

**UNIVERSITE DE LIMOGES  
FACULTE DE MEDECINE**



ANNEE 2004

THESE N° 151/2



**LES PATIENTS CONNAISSENT-ILS  
LEUR TRAITEMENT HABITUEL ?**

**THESE  
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

présentée et soutenue publiquement le 29 Octobre 2004

Par

Marina MOULINIER

Née le 12 Décembre 1977 à Périgueux

EXAMINATEURS DE LA THESE

Mme. le Professeur VIDAL

M. le Professeur BUCHON

M. le Professeur MERLE

M. le Professeur VIROT

M. le Docteur DENES

M. le Docteur MOULIN

- Président

- Juge

- Juge

- Juge

- Membre invité

- Membre invité

**UNIVERSITE DE LIMOGES  
FACULTE DE MEDECINE**

---



ANNEE 2004

THESE N° 151

**LES PATIENTS CONNAISSENT-ILS  
LEUR TRAITEMENT HABITUEL ?**

**THESE  
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

présentée et soutenue publiquement le 29 Octobre 2004

Par

Marina MOULINIER

Née le 12 Décembre 1977 à Périgueux

EXAMINATEURS DE LA THESE

Mme. le Professeur VIDAL

M. le Professeur BUCHON

M. le Professeur MERLE

M. le Professeur VIROT

M. le Docteur DENES

M. le Docteur MOULIN

- Président

- Juge

- Juge

- Juge

- Membre invité

- Membre invité

**UNIVERSITE DE LIMOGES  
FACULTE DE MEDECINE**

---

**DOYEN DE LA FACULTE:**

Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude

**ASSESEURS:**

Monsieur le Professeur LASKAR Marc  
Monsieur le Professeur VALLEIX Denis  
Monsieur le Professeur COGNE Michel

**SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS**

**ROCHE** Doriane

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS:**

\* C.S = Chef de Service

ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul * (C.S)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Jean-Luc	CHIRURGIE INFANTILE
ALDIGIER Jean-Claude (C.S)	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX Françoise (C.S)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves (C.S)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BEDANE Christophe (C.S)	DERMATOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BONNAUD François (C.S)	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie	DERMATOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (C.S)	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
CHAPOT René	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre (C.S)	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre (C.S)	PSYCHIATRIE ADULTES
COGNE Michel (C.S)	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre	UROLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
CUBERTAFOND Pierre	CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure (C.S)	PARASITOLOGIE
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S)	PEDIATRIE
DENIS François (C.S)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE-HYGIENE
DESCOTTES Bernard (C.S)	ANATOMIE
DUDOGNON Pierre (C.S)	REEDUCATION FONCTIONNELLE
DUMAS Jean-Philippe (C.S)	CHIRURGIE UROLOGIQUE ET ANDROLOGIE
DUMONT Daniel (C.S)	MEDECINE DU TRAVAIL
FEISS Pierre (C.S)	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
FEUILLARD Jean (C.S)	HEMATOLOGIE
GAINANT Alain (C.S)	CHIRURGIE DIGESTIVE
GAROUX Roger (C.S)	PEDOPSYCHIATRIE
GASTINNE Hervé (C.S)	REANIMATION MEDICALE
JAUBERTEAU-MARCHAN Marie-Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François (C.S)	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
LACROIX Philippe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LASKAR Marc (C.S)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LE MEUR Yannick	NEPHROLOGIE
LEROUX-ROBERT Claude (surnombre)	NEPHROLOGIE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
MABIT Christian	ANATOMIE-CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE

**MAUBON** Antoine (C.S)  
**MELLONI** Boris  
**MENIER** Robert (surnombre)  
**MERLE** Louis  
**MOREAU** Jean-Jacques (C.S)  
**MOULIES** Dominique (C.S)  
**NATHAN-DENIZOT** Nathalie  
**PARAF** François  
**PILLEGAND** Bernard  
**PIVA** Claude (C.S)  
**PREUX** Pierre-Marie  
**RIGAUD** Michel (C.S)  
**SALLE** Jean-Yves  
**SAUTEREAU** Denis (C.S)  
**SAUVAGE** Jean-Pierre (C.S)  
**STURTZ** Franck  
**TEISSIER-CLEMENT** Marie-Pierre  
**TREVES** Richard (C.S)  
**TUBIANA-MATHIEU** Nicole (C.S)  
**VALLAT** Jean-Michel (C.S)  
**VALLEIX** Denis  
**VANDROUX** Jean-Claude (C.S)  
**VERGNEGRE** Alain (C.S)  
**VIDAL** Elisabeth (C.S)  
**VIGNON** Philippe  
**VIROT** Patrice (C.S)  
**WEINBRECK** Pierre (C.S)  
**YARDIN** Catherine (C.S)

RADIOLOGIE  
 PNEUMOLOGIE  
 PHYSIOLOGIE  
 PHARMACOLOGIE  
 NEUROCHIRURGIE  
 CHIRURGIE INFANTILE  
 ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE  
 ANATOMIE PATHOLOGIQUE  
 HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE  
 MEDECINE LEGALE  
 INFORMATION MEDICALE ET EVALUATION  
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE  
 MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION  
 HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE  
 OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE  
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE  
 ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES  
 RHUMATOLOGIE  
 CANCEROLOGIE  
 NEUROLOGIE  
 ANATOMIE  
 BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE  
 EPIDEMIOLOGIE-ECONOMIE DE LA SANTE-PREVENTION  
 MEDECINE INTERNE  
 REANIMATION MEDICALE  
 CARDIOLOGIE  
 MALADIES INFECTIEUSES  
 HISTOLOGIE-CYTOLOGIE, CYTOGENETIQUE ET BIOLOGIE  
 CELLULAIRE ET DE LA REPRODUCTION

#### PROFESSEUR ASSOCIE A MI-TEMPS

**BUCHON** Daniel

MEDECINE GENERALE

#### MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

**BUISSON** Jean-Gabriel

MEDECINE GENERALE

#### MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

**ALAIN** Sophie  
**ANTONINI** Marie-Thérèse  
**BOUTEILLE** Bernard  
**CHABLE** Hélène  
**DAVIET** Jean-Christophe  
**DRUET-CABANAC** Michel  
**DURAND-FONTANIER** Sylvaine  
**ESCLAIRE** Françoise

Bactériologie – virologie – hygiène hospitalière  
 Explorations Fonctionnelles Physiologiques  
 Parasitologie - mycologie  
 Biochimie et génétique moléculaire, chimie des explorations fonctionnelles  
 Médecine physique et réadaptation  
 Epidémiologie, économie de la santé et prévention  
 Anatomie  
 Laboratoire d'histologie-cytologie, cytogénétique et de  
 Biologie cellulaire et de la reproduction  
 laboratoire d'hématologie  
 Biochimie et génétique moléculaire, chimie des explorations fonctionnelles  
 Bactériologie – virologie – hygiène hospitalière  
 Anatomie et cytologie pathologiques  
 Bactériologie – virologie – hygiène hospitalière  
 Laboratoire d'histologie-cytologie, cytogénétique et de  
 Biologie cellulaire et de la reproduction  
 Rhumatologie

**JULIA** Annie  
**LAPLAUD** Paul  
**MOUNIER** Marcelle  
**PETIT** Barbara  
**PLOY** Marie-Cécile  
**RONDELAUD** Daniel  
  
**VERGNE-SALLE** Pascale

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

**Madame le Professeur VIDAL Elisabeth**  
Professeur des Universités de Médecine Interne  
Chef de service

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse.

Nous avons apprécié la qualité de votre enseignement au cours de nos études.

Veillez trouver dans ce travail le témoignage de notre profonde reconnaissance  
et de notre respectueuse admiration.

A NOTRE JURY DE THESE

**Monsieur le Professeur MERLE Louis**  
Professeur des Universités de Pharmacologie Clinique  
Médecin des hôpitaux

Vous nous faites l'honneur de siéger à notre jury.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre considération.

**Monsieur le Professeur VIROT Patrice**  
Professeur des Universités de Cardiologie  
Médecins des hôpitaux  
Chef de service

Nous vous remercions d'avoir bien voulu participer à ce jury de thèse.

Vos connaissances nous ont été précieuses tout au long de nos études.

Soyez assuré de notre sincère reconnaissance.

**Monsieur le Professeur BUCHON Daniel**  
Professeur des Universités de Médecine Générale  
Professeur associé à mi-temps

Nous sommes très honorés de vous compter parmi nos juges.

Nous avons apprécié votre gentillesse et votre humour.

Veillez trouver ici l'expression de notre considération.

**Monsieur le Docteur DENES Eric**

Chef de Clinique  
Maladies Infectieuses

Tu m'as fait l'honneur de diriger ce travail.

Tu m'as permis de réaliser ce travail et je te remercie de ta gentillesse et de ton aide précieuse.

Trouve dans ce travail l'expression de ma reconnaissance.

**Monsieur le Docteur MOULIN Jean-Louis**

Médecin Généraliste

Nous sommes honorés de vous compter parmi nos juges.

Nous avons eu l'honneur de travailler à vos côtés.

Ce travail est l'occasion de vous assurer de notre respectueuse considération  
et de notre gratitude.

*A Nicolas*, sans ta patience et ton soutien quotidien ce travail ne serait pas ce qu'il est.  
Reçoit en retour tout mon amour.

*A mes parents*, avec toute mon affection et ma profonde reconnaissance pour m'avoir permis d'accéder à ce merveilleux métier. Votre soutien et votre amour m'ont permis d'être ce que je suis aujourd'hui.

*A Ghislain, mon frère*, avec toute mon affection. Je te remercie pour ton soutien malgré les 8000 km qui nous séparent.

*A Jian, ma belle-sœur*.

*A mes grands-mères*, recevez ici le témoignage de mon profond attachement.

*A mes grands-pères défunts*.

*A tous les membres de ma famille*.

*A Christine et Patrick Béarez*, recevez ici l'assurance de mon attachement.

*A Sophie*, dans quelques années ce sera à toi de rédiger ces quelques lignes, je te souhaite plein de courage pour ces longues études.

*A Benjamin*.

*A Marinette Faucher*, je vous remercie pour votre enseignement de la médecine générale, vos conseils m'ont été précieux. Merci de votre accueil chaleureux malgré quelques sautes d'humeur qui n'ont d'égal que votre humour et votre générosité.

*A Caroline*, en témoignage de notre longue amitié.

*A tous mes amis*.

# SOMMAIRE

INTRODUCTION

MATERIEL ET METHODES

RESULTATS

DISCUSSION

LIMITES DE L'ETUDE

PERSPECTIVES

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

ABREVIATIONS

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE

*N.B. : la liste des abréviations se trouve page 73.*

# 1. INTRODUCTION

La prescription médicamenteuse représente un temps important de la consultation médicale.

La prise d'un médicament n'est jamais un acte anodin et il est indispensable que les patients prennent leurs médicaments en connaissant les indications et le bénéfice qu'ils peuvent en attendre. Cependant, il est fréquent que les médecins rencontrent des difficultés à faire préciser à un malade quel est son traitement habituel. Ainsi, à la question : « Que prenez-vous comme médicaments ? », le patient a parfois bien du mal à répondre et le médecin obtient souvent la réponse suivante : « Mais si Docteur, vous savez bien cette pilule rouge et blanche ?! »

Il s'ensuit des conséquences plus ou moins graves que ce soit les risques d'induire des pathologies iatrogènes, les risques dûs à l'automédication, etc....

La France est un des pays où la consommation médicamenteuse est la plus forte.

Alors que le gouvernement a fait de la sécurité et du bon usage du médicament un des piliers de sa politique de santé, très peu d'études ont été réalisées sur le sujet que nous allons aborder.

Aussi nous nous proposons dans ce travail d'évaluer la connaissance que les patients ont de leurs traitements, à savoir, s'ils sont capables de citer les noms de leurs médicaments, ainsi que leurs indications respectives.

Nous avons également cherché à mettre en évidence les facteurs susceptibles d'influer sur cette connaissance, les causes d'une éventuelle méconnaissance ainsi que les conséquences.

Enfin nous proposons un certain nombre de solutions pour améliorer le niveau de connaissance des patients vis à vis de leurs traitements.

## **2. MATERIEL ET METHODES**

Il s'agit d'une étude prospective menée du mois de mai 2002 au mois d'avril 2004.

### **2.1 LES PATIENTS**

Cette étude a été menée sur 150 patients, au cours de leur hospitalisation.

Les patients étaient inclus dans l'étude quels que soient le mode d'admission ou la pathologie en cause. Ils ont tous été choisis au hasard.

Ont été exclus : les patients ayant une altération des fonctions supérieures ainsi que ceux ne pouvant pas répondre au questionnaire pour des raisons linguistiques.

### **2.2 LES DIFFERENTS SERVICES**

Cette étude a été effectuée au sein de différents services hospitaliers de la région Limousin :

- Urgences à Brive-la-Gaillarde (Corrèze) du mois de mai 2002 au mois de novembre 2002 (10 patients).
- Médecine Interne à Saint Junien (Haute-Vienne) du mois de novembre 2002 au mois de mai 2003 (90 patients).
- Cardiologie à Brive-la-Gaillarde (Corrèze) du mois de novembre 2003 au mois d'avril 2004 (42 patients).
- Seulement 8 patients ont pu être questionnés durant le stage chez le praticien effectué dans la région de Meuzac (Haute-Vienne) pour des raisons techniques de réalisation.

## 2.3 CREATION D'UNE FICHE DE RECUEIL DE DONNEES

Une fiche a été créée afin de recueillir les réponses de chaque patient.

Elle prend en compte les éléments suivants [Annexe 1] :

- des données générales concernant le patient telles que : l'âge, le sexe, l'adresse, le mode de vie (domicile ou institution), la catégorie socioprofessionnelle, le mode d'hospitalisation (en urgence ou non), le nombre de médecins prescripteurs (généralistes ou spécialistes), la présence ou non d'une lettre d'un médecin ;
- des renseignements concernant l'ordonnance du patient : le nombre de médicaments prescrits, la fréquence du renouvellement, les différentes voies d'administration, la présence ou non de médicaments nécessitant une surveillance particulière (par exemple, les AVK), le mode de remboursement (100% ou non) ;
- des informations concernant le comportement du patient vis à vis de son traitement : lecture de la notice, « achat » et préparation des médicaments (par qui?), utilisation d'un pilulier ou non ;
- l'énumération des noms des spécialités avec leurs indications respectives et l'origine des informations qu'ils recevaient concernant leur traitement.

## 2.4 RECUEIL DES DONNEES

Cette fiche a servi de support pour interroger oralement chacun des 150 patients.

Cela était réalisé, le plus souvent, au moment même de l'admission dans les différents services, en l'intégrant à l'interrogatoire ou parfois au cours de l'hospitalisation.

A titre d'exemple, les questions suivantes leurs étaient posées :

- ✓ « Pouvez-vous me citer les noms des médicaments que vous prenez tous les jours et, si vous le savez, pourquoi les prenez-vous ? »
- ✓ « Qui vous explique à quoi servent les médicaments que vous prenez ? »

En ce qui concerne les patients interrogés au sein d'un cabinet de médecine générale les questions étaient posées au moment de la rédaction de l'ordonnance. Malheureusement, peu de patients ont pu être interrogés dans ce cadre soit par manque de temps soit parce que cela gênait le déroulement normal de la consultation mais aussi parce que certaines réponses (comme par exemple la réponse à la question « qui vous donne des explications ? ») risquaient d'être biaisées par la présence du médecin traitant

Seuls les traitements instaurés avant l'hospitalisation ont été pris en compte.

Nous avons également ignoré tous les traitements concernant les affections aiguës intercurrentes.

L'exactitude des réponses était vérifiée de façon systématique en se référant à la dernière ordonnance du patient. Si cette vérification s'avérait impossible, le patient était exclu de l'étude.

## **2.5 ANALYSE DES DONNEES**

Quelques précisions concernant l'analyse des données doivent être faites :

- Concernant les différentes voies d'administration des médicaments : la voie sous-cutanée était représentée par l'insuline (sauf dans un cas où il s'agissait d'une HBPM) et la voie trans-dermique par les patches de trinitrine (sauf dans 2 cas où il s'agissait de Durogésic et d'oestroderm).
- Concernant les médicaments nécessitant une surveillance particulière : nous avons inclus les AVK, les HBPM, les insulines et les pilules contraceptives. L'item « autres » concernait essentiellement les hormones thyroïdiennes de synthèse et les hypolipémiants. Nous entendons par surveillance soit une surveillance biologique (INR, plaquettes, HbA1C, T4 TSH, glycémie, bilan lipidique), soit un auto-contrôle des glycémies capillaires.

- Concernant la profession des patients, nous avons défini de façon arbitraire 2 groupes :
  - ✓ les métiers plutôt « manuels » englobant les agriculteurs, artisans, ouvriers...
  - ✓ les métiers plutôt « intellectuels » englobant les employés de l'éducation nationale, les autres employés, les professions libérales...

Pour les patients retraités nous avons pris en compte la profession antérieurement exercée.

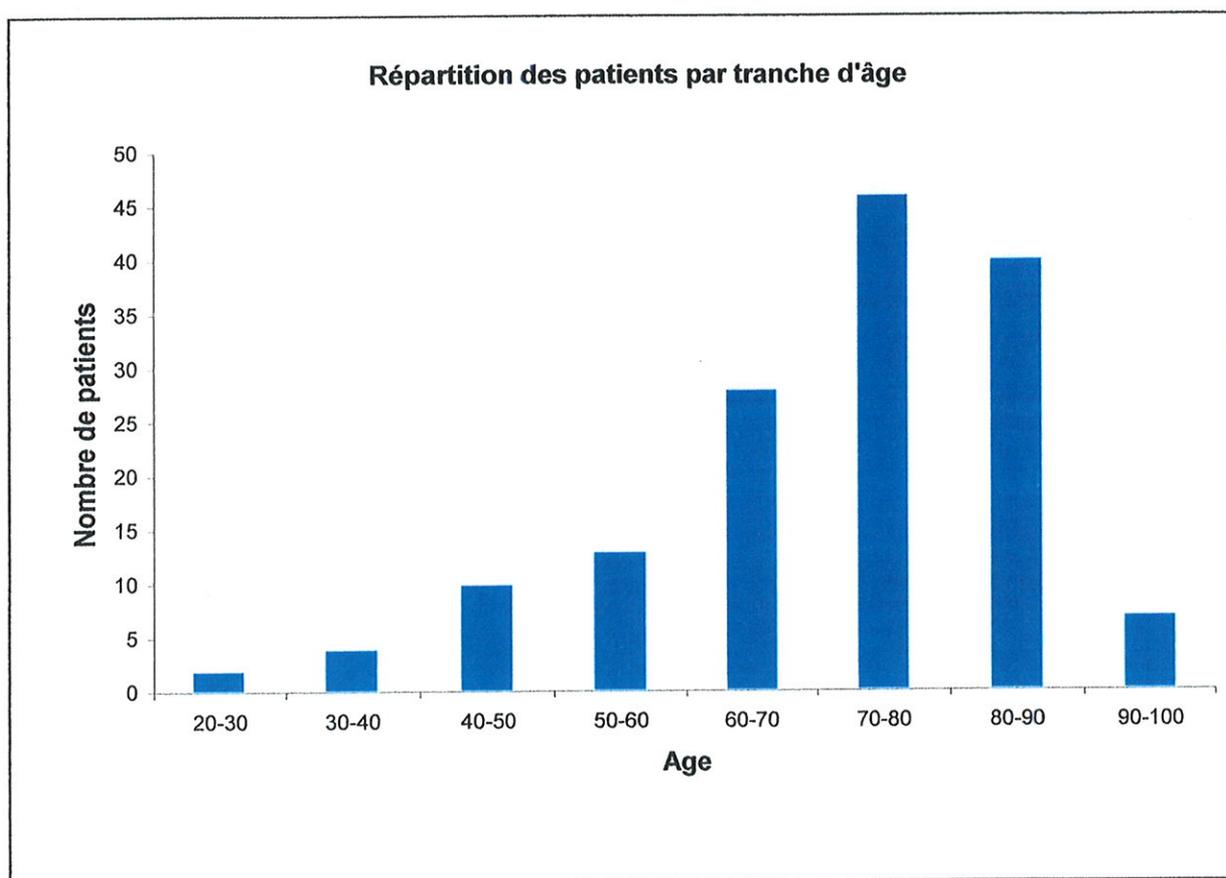
- Nous avons utilisé la classification du dictionnaire Vidal pour faire une répartition des différents médicaments en grandes classes thérapeutiques : système cardiovasculaire, antidiabétiques oraux, appareil digestif, antalgiques (système locomoteur) et insuline. Les anxiolytiques, antipsychotiques, somnifères et antidépresseurs ont été regroupés dans une seule et même classe (psychotropes). Toutes les autres classes thérapeutiques (antiparkinsoniens, hormones thyroïdiennes, vitamines, antiépileptiques, broncho-dilatateurs...) ont été classées dans « divers ».
- Pour l'analyse statistique par groupe nous avons utilisé le test *t de Student*.  
Un  $p < 0,05$  est considéré comme significatif.  
Nous avons utilisé le logiciel StatView pour Windows, version 5.0.

## 3. RESULTATS

### 3.1 DONNEES DEMOGRAPHIQUES

#### 3.1.1 L'âge

La moyenne d'âge était de **70,8 ans**, avec des extrêmes allant de 23 à 96 ans, et 73% des patients étaient âgés de plus de 65 ans.



### 3.1.2 Le sexe

Les 150 patients étaient répartis en 58 hommes (39%) et 92 femmes (61%).

### 3.1.3 Le lieu et le mode d'habitation

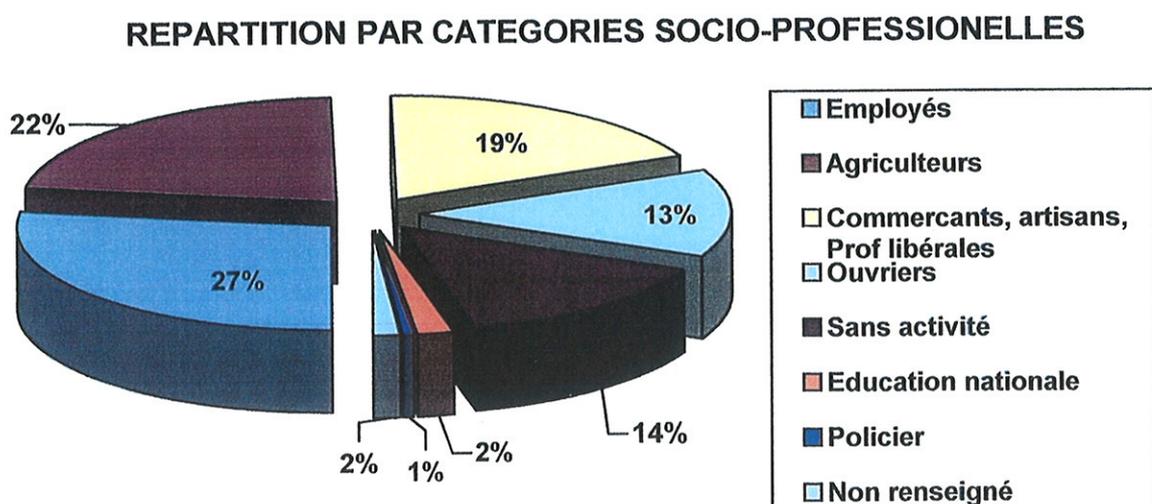
Cent deux patients vivaient en milieu rural (68%) contre 47 en milieu urbain ou semi-urbain (31%).

Seuls 8 patients vivaient en institution (5%).

### 3.1.4 La profession

Parmi les différentes catégories socioprofessionnelles on retrouvait :

- 41 employés (27%)
- 33 agriculteurs (22%)
- 28 commerçants, artisans ou professions libérales (19%)
- 20 ouvriers (13%)
- 21 personnes sans activité (14%)
- 3 employés de l'éducation nationale (2%)
- 1 policier (0,6%)
- 3 non renseignés (2%)



### **3.2 LE MODE D'HOSPITALISATION ET LE NOMBRE DE MEDECINS PRESCRIPTEURS**

Quatre vingt dix neuf patients (66%) ont été hospitalisés en urgence et 51 (34%) dans le cadre d'hospitalisations programmées.

Cent quatre patients (69%) possédaient une lettre d'un médecin (généraliste ou spécialiste).

Cent quarante et un patients (94%) consultaient un seul médecin généraliste alors que 8 patients (5%) en consultaient 2 différents. Il nous manque la donnée pour un patient.

Le nombre de spécialistes, quant à lui, variait de 0 à 4.

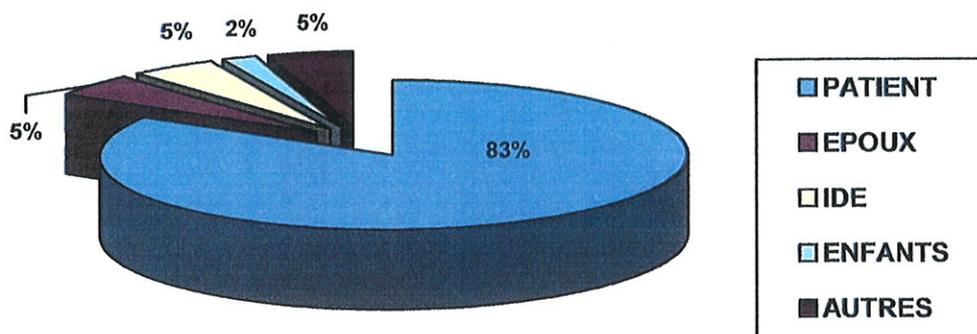
### 3.3 COMPORTEMENT DU PATIENT VIS A VIS DE SON TRAITEMENT

#### 3.3.1 La préparation des médicaments

La préparation des médicaments était effectuée par :

- le patient dans 125 cas (83%) ;
- l'époux(se) dans 7 cas (5%) ;
- l'infirmière dans 7 cas (5%) ;
- les enfants dans 3 cas (2%) ;
- une autre personne (voisin, aide ménagère...) dans 8 cas (5%).

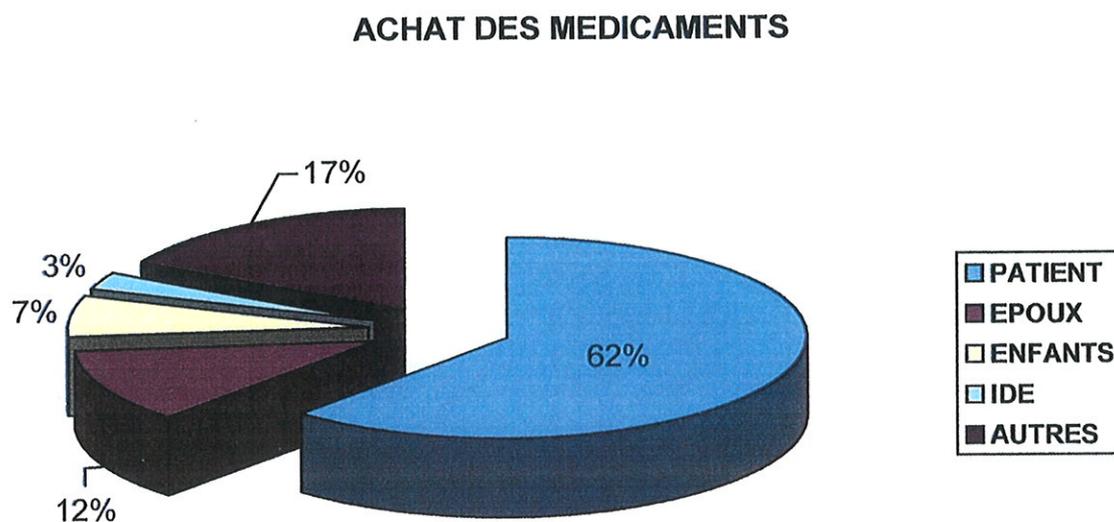
PREPARATION DES MEDICAMENTS



### 3.3.2 L' « achat » des médicaments

L' « achat » des médicaments était effectué par :

- le patient lui-même dans 93 cas (62%) ;
- l' époux(se) dans 18 cas (12%) ;
- les enfants dans 10 cas (7%) ;
- l'IDE dans 4 cas (3%) ;
- une autre personne (aide ménagère, voisin...) dans 25 cas (17%).



### 3.3.3 L'utilisation d'un pilulier

Cinquante deux patients utilisaient un pilulier à leur domicile (35%).

### 3.3.4 Lecture de la notice explicative

Cent huit patients affirmaient lire les notices explicatives (72%).

### 3.4 LE CONTENU DE L'ORDONNANCE

Le nombre de médicaments prescrits sur l'ordonnance variait de 1 à 16 avec une moyenne de 6,07 médicaments par ordonnance.

Par ailleurs, les patients les plus âgés prenaient plus de médicaments avec une moyenne de 6,7 médicaments prescrits chez les sujets de plus de 70 ans (minimum : 1, maximum : 16) contre une moyenne de 5,1 médicaments chez les sujets de moins de 70 ans (minimum : 1, maximum :14).

Quatre vingt quatre patients (56%) étaient pris en charge à 100% dans le cadre d'une ALD.

Les ordonnances étaient renouvelées tous les mois chez 73 patients (49%), tous les 2 ou 3 mois chez 71 autres (47%) et avant un mois chez 2 patients (1%). Il nous manque les données de 4 patients.

Trente huit patients (25%) prenaient des médicaments par une autre voie que la voie orale :

- onze patients utilisaient la voie sous-cutanée ;
- vingt patients utilisaient des dispositifs transdermiques ;
- sept patients utilisaient une autre voie (topique, inhalation, collyre...).

Quatre vingt quatre patients (56%) prenaient des médicaments nécessitant une surveillance régulière. Parmi ces médicaments on retrouvait :

Classes thérapeutiques	Nombre de cas
AVK	21
HBPM	1
INSULINE	10
OESTROPROGESTATIFS	4
AUTRES (lipides...)	58

## 3.5 MEDICAMENTS CITES ET INFORMATIONS DONNEES AUX PATIENTS

### 3.5.1 Résultats globaux

Le nombre de médicaments cités variait de 0 à 11 avec une moyenne de 2,9 médicaments cités par patient :

- 29% des patients ont cité la **totalité** de leur traitement ;
- 31% en ont cité entre 50% et 75% ;
- 39% en ont cité moins de la moitié dont **46%** n'en ont cité **aucun** (ce qui représente **18%** de la totalité des patients).

Concernant le **motif de prescription** des médicaments :

- les patients qui arrivaient à citer la totalité de leur traitement en connaissaient les indications respectives dans 93% des cas ;
- ce chiffre chutait à 30% lorsque le patient ne citait aucun nom de médicament.

**Les informations** concernant les différents traitements prescrits étaient données par :

- Le médecin généraliste dans 85 cas (57%).
- Personne dans 40 cas (27%).
- Le médecin spécialiste dans 23 cas (15%).
- Le pharmacien dans 15 cas (10%).
- Un membre de la famille dans 2 cas (1,3%).
- Une autre personne dans 2 cas (1,3%).
- L'IDE dans 1 cas (0,6%).

### 3.5.2 Résultats par classes thérapeutiques

CLASSES THERAPEUTIQUES	% prescrit sur la totalité des ordonnances	% prescrit (St Junien)	% prescrit (Brive)	% cités sur la totalité des ordonnances	% cités (St Junien)	% cités (Brive)
CARDIO VASCULAIRE	85	82	95	54	46	64
INSULINE	7	7	5	60	67	50
ADO	16	11	16	62	52	57
PSYCHOTROPES	46	55	39	46	34	79
DIGESTIF	34	43	21	36	33	50
ANTALGIQUES	32	25	16	50	39	86
AVK/HBPM	15	1	30	73	75	69
DIVERS	55	66	35	41	40	37

Il ressort de ce tableau que les **spécialités les plus prescrites** étaient celles à visée cardio-vasculaire, suivies de classes thérapeutiques diverses telles que les hormones thyroïdiennes, les antiparkinsoniens, etc..., en troisième position on retrouvait les psychotropes, puis les médicaments de l'appareil digestif, suivis de près par les antalgiques.

Les **médicaments les plus fréquemment cités** sont les anticoagulants suivis des ADO et de l'insuline. Les traitements à visée cardio-vasculaire (autres que les anticoagulants) ne se placent qu'en quatrième position des médicaments les plus cités.

Le **nombre de classes thérapeutiques** par ordonnance était en moyenne de 2,7.

Le **nombre de classes thérapeutiques citées** était en moyenne de 54% par patient.

## En Résumé

Sur les 150 patients interrogés :

- Le nombre moyen de médicaments prescrits est de **6,07** par patient.
- Les médicaments les plus prescrits sont les **spécialités cardio-vasculaires**.
- Le nombre moyen de classes thérapeutiques prescrites est de **2,7** par patient.
- Le nombre moyen de médicaments cités est de **2,9** par patient.
- Les médicaments les plus cités sont les AVK et les antidiabétiques (ADO et insuline).
- Seuls **29%** des patients citent entièrement leur traitement.
- **18%** des patients n'ont pu citer aucun médicament.
- La connaissance du motif de prescription est comparable à la connaissance des noms des spécialités.

## **3.6 LES FACTEURS INFLUENÇANT LES CONNAISSANCES**

### **3.6.1 L'âge**

Nous avons classé les patients selon les tranches d'âge suivantes : < 70 ans ou > 70ans.

Nous avons trouvé une différence significative entre les patients âgés de plus ou de moins de 70 ans ( $p = 0,04$ ) : les patients de moins de 70 ans citent en moyenne 3,4 médicaments et ceux de plus de 70 ans en citent en moyenne 2,6.

Plus le patient est âgé moins le nombre de médicaments cités est élevé.

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative en prenant l'âge de 60 ans comme critère.

### **3.6.2 Le sexe**

Il existe une différence significative ( $p = 0,03$ ) selon le sexe.

Les hommes citent moins de médicaments que les femmes (en moyenne 5,4 contre 6,5).

### **3.6.3 Le lieu d'habitation**

Il n'y a pas de différence significative entre les patients vivant en milieu rural ou urbain ( $p = 0,09$ ).

### **3.6.4 La catégorie socioprofessionnelle**

Il n'y a pas de différence significative selon la catégorie socioprofessionnelle.

Ces résultats sont à nuancer par le caractère forcément arbitraire du regroupement des patients dans des catégories que nous avons défini précédemment.

### **3.6.5 Le mode de remboursement**

On retrouve une différence significative selon que le patient est pris en charge à 100% ou non ( $p = 0,001$ ) : les patients remboursés à 100% citent plus de médicaments (4,8 en moyenne contre 7).

### **3.6.6 Le mode de vie**

On retrouve une différence significative entre les patients vivant en institution et ceux vivant à leur domicile ( $p = 0,03$ ) : les patients en institution citent plus de médicaments (8 en moyenne contre 6).

Ces résultats doivent être interprétés avec une certaine réserve compte-tenu du petit effectif de patient vivant en institution (8) par rapport à l'effectif total.

### **3.6.7 Le mode d'hospitalisation**

Il n'y a pas de différence significative entre les patients hospitalisés en urgence ou dans le cadre d'une hospitalisation programmée ( $p = 0,2$ )

### **3.6.8 La lettre du médecin**

On retrouve une différence significative entre les patients munis d'une lettre d'un médecin et ceux qui n'en possèdent pas ( $p = 0,03$ ) : les patients munis d'une lettre citent plus de médicaments que les autres avec une moyenne de 6 contre 5.

### **3.6.9 La voie d'administration du traitement**

On observe une différence significative entre les patients qui reçoivent un traitement par voie sous-cutanée ( $p = 0,04$ ) ou par voie transdermique ( $p = 0,002$ ) par rapport à ceux qui reçoivent un traitement uniquement par voie orale :

- Les patients traités par voie sous-cutanée (insuline majoritairement) citent en moyenne 7,6 médicaments contre 5,9 pour les autres.
- Les patients recevant un traitement par voie transdermique (trinitrine en patch essentiellement) citent en moyenne 7,9 médicaments contre 5,8 pour les autres.

### **3.6.10 Les médicaments avec surveillance**

On observe une différence significative entre les patients recevant un traitement nécessitant une surveillance particulière (AVK, insuline, etc...) et les autres ( $p = 0,01$ ) : les premiers citent plus de médicaments avec une moyenne de 6,5 contre 5,3 pour les autres.

### **3.6.11 L'utilisation d'un pilulier**

On retrouve une différence significative entre les patients utilisant ou pas un pilulier ( $p = 0,04$ ) : les premiers citent plus de médicaments avec une moyenne de 6,8 contre 5,7 chez les seconds.

### **3.6.12 La préparation des médicaments**

On retrouve une différence significative entre les patients qui préparent eux-mêmes leur traitement et les autres ( $p = 0,0003$ ) : les patients qui préparent eux-mêmes leur traitement citent en moyenne 3,2 médicaments alors que les patients qui reçoivent l'aide d'une tierce personne n'en citent que 1,4.

### **3.6.13 Lecture de la notice**

Il n'y a pas de différence significative entre les patients qui lisent les notices explicatives et ceux qui ne les lisent pas ( $p = 0,15$ ).

### **3.6.14 La fréquence du renouvellement des ordonnances**

Il n'y a pas de différence significative entre les patients qui font renouveler leur traitement tous les mois ou au delà d'un mois ( $p = 0,3$ ).

### **3.6.15 L'« achat » des médicaments**

On retrouve une différence significative entre les patients qui se déplacent ou non à la pharmacie ( $p = 0,0003$ ) : les patients qui « achètent » eux-mêmes leurs médicaments citent en moyenne 3,4 médicaments alors que les autres n'en citent que 2,02 en moyenne.

### **3.6.16 L'information du patient**

Il n'y a pas de différence significative entre les patients qui reçoivent des explications concernant leur traitement et les autres et cela, quelque soit la personne qui les fournies :

- Le médecin généraliste ( $p = 0,3$ ).
- Le pharmacien ( $p = 0,24$ ).

### **3.6.17 Le nombre de médicaments prescrits**

Nous avons effectué une analyse de régression et nous n'avons pas retrouvé de corrélation entre les deux paramètres pris deux à deux.

Il n'y a donc pas de corrélation entre le nombre de médicaments prescrits et leur connaissance.

### **3.6.18 La connaissance des indications**

Les patients qui citent le plus de médicaments en connaissent d'avantage leurs indications respectives.

Par ailleurs, on retrouve une différence très significative dans la connaissance des indications thérapeutiques selon l'âge des patients ( $p = 0,0001$ ) : plus le patient est âgé moins il connaît les indications thérapeutiques de son traitement.

## En Résumé

Les principaux facteurs influençant la connaissance des traitements sont :

- L'âge
- Le sexe
- Le taux de remboursement du traitement
- L'utilisation d'un pilulier
- Le fait de préparer soit même son traitement et de se rendre soit même à la pharmacie
- La prise d'un traitement nécessitant une surveillance particulière
- La voie d'administration du traitement

## 3.7 PARTICULARITES OBSERVEES EN FONCTION DU SERVICE

### 3.7.1 Patients hospitalisés en Médecine Interne à Saint Junien

Les principales différences observées par rapport à l'ensemble des résultats sont les suivantes:

- une moyenne d'âge légèrement plus élevée (72,9 ans) ;
- une proportion beaucoup plus élevée de patients hospitalisés en urgence (83% contre 66%) ;
- des patients beaucoup plus souvent munis d'une lettre d'un médecin (81%) ;
- un pourcentage un peu plus élevé de médicaments nécessitant une surveillance (60% contre 56%) ;
- concernant la préparation des médicaments on note une particularité importante à savoir une plus forte proportion de patients aidés par une IDE (8%), il en va de même pour l'« achat » des médicaments avec une plus forte proportion d'aides extérieures pour cette tâche (26%) ;
- on observe également une prescription plus importante de psychotropes et de médicaments à visée digestive. Cela est probablement dû au fait que les patients étaient recrutés au sein d'un service de médecine interne à orientation gastro-entérologie.

Malgré ces différences, le nombre moyen de médicaments prescrits est comparable (6,3) ainsi que le nombre de médicaments cités (2,6). Les pourcentages de médicaments cités en fonction des différentes classes thérapeutiques restent également les mêmes (voir tableau plus haut).

### 3.7.2 Patients hospitalisés en cardiologie à Brive

Les principales différences observées sont les suivantes :

- on retrouve une plus grande proportion de sujet de sexe féminin avec presque 70% de femmes soit environ 10% supplémentaires ;
- la population était composée dans une plus grande proportion de patients vivant en milieu rural (75%) ;
- la répartition par catégorie socioprofessionnelle était à peu près identique avec cependant un peu moins d'employés (environ 5% de moins) et un peu plus de personnes sans activité ;
- le nombre d'hospitalisations en urgence était moins important (50% contre 66%) ;
- la préparation des médicaments était très souvent réalisée par le patient lui-même (88% contre 83%) ;
- l'« achat » des médicaments était effectué en majorité par le patient lui-même (74%) ou par le conjoint (12%) et quasiment jamais par des personnes extérieures ;
- quarante quatre pour cent de patients utilisaient un pilulier soit 10% de plus ;
- la proportion de patients traités pour une affection de longue durée était plus grande avec 65% de personnes en ALD 30 ;
- les ordonnances étaient renouvelées tous les mois dans plus de la moitié des cas (55%) ;

- on retrouvait environ 75% de patients prenant des médicaments nécessitant une surveillance biologique avec une sur-représentation des AVK et de classes thérapeutiques diverses (il s'agissait dans ce cas essentiellement d'hypolipémiants et de Lévothyrox) ;
- la moyenne des médicaments prescrits était la même (6,07), par contre le nombre de médicaments cités est plus élevé dans cette population (3,6 médicaments contre 2,9). Le motif de prescription était également connu dans la très grande majorité des cas avec 86% de patients donnant des indications correctes.

## En Résumé

1/ L'échantillon de patients de la région de St Junien était majoritairement composé de sujets :

- âgés
- dépendants, nécessitant une aide extérieure pour la préparation des médicaments
- hospitalisés le plus souvent en urgence
- ayant une connaissance de leur traitement comparable à l'ensemble de la population étudiée.

2/ L'échantillon de patients de la région de Brive-la-Gaillarde était majoritairement composé de sujets :

- autonomes
- utilisant des piluliers
- lisant le plus souvent les notices explicatives
- porteurs de pathologies prises en charge à 100% et nécessitant parfois une surveillance particulière
- connaissant globalement mieux leur traitement.

## 4. DISCUSSION

### 4.1 POURQUOI LES PATIENTS CONNAISSENT MAL LEUR TRAITEMENT ?

D'après nos résultats, il semblerait que les patients connaissent mal leur traitement habituel.

En effet, seuls 29 % des patients sont capables de citer leur traitement dans sa totalité et, pour une moyenne de 6 médicaments prescrits, seulement 3 médicaments sont cités en moyenne. Les patients connaissent donc à peu près la moitié des noms de leurs médicaments avec une très nette prédominance des spécialité cardiovasculaire et des antidiabétiques et notamment lorsque ces traitements nécessitent une surveillance particulière.

Soixante quinze pour cent des patients inclus dans l'étude prenaient un traitement à visée cardiovasculaire. Cela demanderait à être confirmé par une étude de plus grande envergure mais il semblerait que ce soit la classe médicamenteuse la plus prescrite. Il y a cependant plusieurs biais à prendre en considération dans cette étude, à savoir : les services hospitaliers dans lesquels les patients ont été recrutés (Cardiologie pour presque un quart des patients) mais aussi l'âge élevé des patients qui augmente la probabilité d'être atteint d'une maladie cardio-vasculaire.

Concernant la connaissance des indications thérapeutiques, les résultats sont superposables, à savoir que dans la très grande majorité des cas, lorsque le sujet est capable de citer son traitement, il en connaît aussi les indications. De la même façon, les patients qui ne connaissent pas les noms de leurs médicaments, connaissent moins bien les indications thérapeutiques.

Nous n'avons retrouvé que peu d'études concernant la connaissance des traitements, cependant certaines d'entre elles trouvent des résultats comparables. Par exemple : une étude Française menée en milieu hospitalier retrouve que le motif de prescription est connu dans 67,5% des cas [1], une autre étude montre que 56% des patients ignorent le nom des médicaments qu'ils prennent [2]. En Corrèze, une étude a été menée dans un service de

médecine polyvalente : seuls 45% des patients hospitalisés avaient une bonne connaissance de leur traitement, plus de 20% ignorant tout de celui-ci [3]. A Nice, dans un service d'urgences, 33% des patients interrogés ignoraient le nom des médicaments et 20% le motif de prescription [4].

Plusieurs hypothèses peuvent être émises pour expliquer ces résultats, nous allons les détailler.

#### **4.1.1 Un nombre trop élevé de médicaments prescrits.**

Dans notre étude, le nombre de médicaments prescrits ne semble pas être un facteur influençant la connaissance des traitements. En effet, nous avons réalisé une analyse de régression qui ne montre pas de corrélation entre les paramètres pris deux à deux.

Cependant, la plupart des études retrouvées dans la littérature montrent des résultats opposés.

Ainsi, plusieurs auteurs ont mis en évidence que le nombre de médicaments cités était d'autant plus faible que le nombre de médicaments prescrits était élevé [4, 5]. Pour certains, la connaissance de l'indication s'infléchit très nettement au-delà de 7 médicaments prescrits [1].

En France, la moyenne de médicaments par ordonnance varie de 4 à 5 et, 38% des personnes âgées de plus de 65 ans prennent de 5 à 10 médicaments par jour, selon les données de l'Assurance Maladie. Ainsi, la France compte parmi les plus gros consommateurs de médicaments si l'on compare, par exemple, avec les pays du nord de l'Europe (seulement 0,8 médicament par ordonnance) [5]. Dans notre étude, le nombre moyen de lignes par ordonnance est supérieur à la moyenne nationale mais nous comptons 73% de sujets de plus de 65 ans, ce qui peut l'expliquer en partie.

Un nombre élevé de médicaments pose très probablement un problème de mémorisation (qu'il s'agisse des noms des médicaments ou des indications thérapeutiques), en particulier chez les personnes âgées. Ceci est certainement une des principales causes de méconnaissance des traitements. De plus, nous n'avons pas cherché à étudier la compliance, mais il semblerait que celle-ci soit directement liée au nombre de médicaments prescrits [4, 6, 7], notamment chez les sujets âgés [8].

#### 4.1.2 L'âge comme principal facteur limitant ?

Dans notre enquête, l'âge semble être un des principaux facteurs influant sur la connaissance des traitements.

Plusieurs études retrouvent des résultats comparables.

Une enquête a été menée dans différents services hospitaliers de l'hôpital Cochin à Paris [1]. Celle-ci évaluait la connaissance des traitements prescrits durant l'hospitalisation ainsi que les facteurs pouvant l'influencer : les auteurs étudiaient la connaissance du motif de prescription et des modalités d'administration.

La moyenne d'âge est un peu plus basse que la nôtre (65 ans contre 71 ans) mais leurs résultats sont comparables aux nôtres, à savoir : la moyenne de médicaments prescrits est la même (soit environ 6 médicaments par patient), la connaissance des traitements est moindre chez les sujets les plus âgés et la catégorie socioprofessionnelle n'intervient pas. Les différentes catégories socioprofessionnelles se répartissent à peu près comme dans notre étude avec une majorité d'employés, par contre en deuxième position on retrouve surtout des personnes sans emploi alors que dans notre étude il s'agissait d'agriculteurs. Cependant, des différences apparaissent concernant les informations données au patient : les auteurs retrouvent 94% de patients informés contre seulement 75% dans la notre. La majorité des patients reste, dans les deux cas, informée par le médecin traitant.

Cette étude n'est pas tout à fait comparable à la notre car elle ne prend pas en compte le traitement habituel du patient mais au contraire les traitements instaurés à l'hôpital. Cependant, l'âge semble être un des facteurs qui influence le plus la connaissance des traitements.

D'autres études retrouvent des résultats similaires :

- Une étude menée dans un service de gériatrie en Angleterre montre que seuls 10% des patients sont capables de donner une liste complète de leur traitement et ce d'autant plus que le sujet est âgé [9].
- Une autre étude réalisée dans un service de psychiatrie met en évidence que les patients les plus jeunes connaissent mieux leur traitement [2].
- Joglekar *et al.* [10] montrent que, dans un service de gériatrie où la moyenne d'âge est de 78 ans, moins de la moitié des patients interrogés ont des connaissances satisfaisantes de leur traitement.

Par ailleurs, certains auteurs, toutefois moins nombreux, retrouvent des résultats opposés.

Ainsi, une enquête réalisée en Corrèze [3] a évalué la connaissance des noms, des doses et des indications respectives des traitements de patients hospitalisés dans un service de Médecine Polyvalente. Deux cent quatre patients ont été inclus et il apparaissait que seuls 45% des patients avaient une bonne connaissance de leur traitement, plus de 20% ignorant tout de celui-ci. Contrairement à notre étude, l'âge n'apparaissait pas de façon évidente comme un facteur prépondérant.

D'autres auteurs ont retrouvé des résultats comparables avec 67% d'erreur chez les sujets jeunes et 55% chez les sujets plus âgés [11].

L'âge du patient a certainement un rôle important dans le degré de connaissance des traitements mais, face à ces résultats contradictoires, il semblerait qu'une étude de plus grande envergure soit utile afin de pouvoir conclure de façon formelle.

#### **4.1.3 La catégorie socioprofessionnelle**

Nous pensions trouver une différence significative selon la catégorie socioprofessionnelle à laquelle appartenait le patient. Ce n'est apparemment pas le cas. Cependant nous avons établi une répartition de façon tout à fait arbitraire qui peut fausser les résultats.

Par ailleurs, une étude réalisée par Dhôte *et al.* [1] retrouve les mêmes résultats, alors qu'une situation socioprofessionnelle favorable semble aller de paire avec une meilleure connaissance dans l'étude de Bertrand *et al.* [4]. Dans cette dernière étude, le regroupement des patients était pourtant équivalent à celui que nous avons fait à savoir les travailleurs manuels d'un côté et les employés, cadres, commerçants, artisans et sans profession de l'autre.

Ces résultats contradictoires mériteraient probablement d'être réévalués à plus grande échelle en utilisant des critères de classification validés.

#### **4.1.4 Le sexe**

Dans notre étude, il semblerait que les femmes connaissent mieux leurs traitements que les hommes. Nous n'avons cependant trouvé aucune autre enquête qui vienne le confirmer.

#### **4.1.5 L'utilisation d'un pilulier**

L'utilisation d'un pilulier semble être un facteur améliorant la connaissance des traitements.

Il faut préciser que, parmi les patients qui utilisaient un pilulier, 70% préparaient eux-même leur traitement. Il ne s'agissait donc pas, dans la très grande majorité des cas, de patients dépendants nécessitant l'aide d'une tierce personne.

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'autres données concernant l'utilisation de pilulier mais le fait de préparer ses médicaments de façon organisée au moins une fois par semaine permet sans doute de mieux mémoriser les noms des médicaments. De plus, l'utilisation d'un pilulier est peut être le reflet d'une attitude plus consciencieuse vis à vis de son traitement et du respect d'une bonne observance.

Cette pratique est donc à encourager et à conseiller à chaque patient.

#### **4.1.6 Les malades atteints d'une affection de longue durée sont-ils plus impliqués dans leur traitement ?**

Parmi les autres facteurs influençant la connaissance du traitement, nous avons constaté que les patients atteints d'une pathologie chronique prise en charge à 100% semblent mieux connaître leur traitement. Il en va de même pour les patients prenant un traitement nécessitant une surveillance particulière et/ou dont la voie d'administration est différente de la voie orale (tel que les AVK ou l'insuline).

Quelques exemples retrouvés dans la littérature, concernant des patients insuffisants cardiaques ou hypertendus, vont dans le même sens que nos résultats. Par exemple :

- Une étude menée en Suède visant à savoir si les patients traités par Digoxine pour une insuffisance cardiaque connaissaient leur traitement montre que 60% des patients savait pourquoi ils prenaient ce traitement [6].

- Une étude, menée dans un service de médecine en Angleterre, visant à savoir ce que les patients connaissaient de leur traitement par diurétiques, montrent que les patients connaissent l'indication thérapeutique dans 69% des cas [12].

Ces patients se sentent peut-être plus impliqués dans leur traitement et dans leur maladie, car ils bénéficient d'un suivi régulier avec des consultations spécialisées et des examens complémentaires plus fréquents, leur permettant d'être plus attentifs à leur traitement et donc de mieux le connaître.

#### **4.1.7 Rôle des informations données aux patients**

Dans notre étude, 27% des patients affirmaient ne recevoir aucune explication concernant les médicaments qui leurs étaient prescrits. Il semble pourtant nécessaire que les malades connaissent les indications de leur traitement, la posologie, les principaux effets secondaires et interactions médicamenteuses afin d'en faire le meilleur usage possible.

Environ 75% des patients interrogés recevaient des informations sur leur traitement, dont 55% étaient informés par leur médecin traitant. Paradoxalement, cela ne semble pas influencer la connaissance du traitement.

De la même façon, il est surprenant de constater que les patients qui lisent les notices explicatives ne connaissent pas mieux leur traitement.

La difficulté à mémoriser les informations, outre l'âge du patient, est peut-être due à la complexité des traitements et surtout des différents noms des médicaments.

Cependant, nos résultats doivent, tout de même, nous amener à nous interroger sur la qualité des informations que nous donnons aux patients, que nous soyons médecins ou pharmaciens et sur les moyens que nous pouvons mettre en œuvre afin de l'améliorer.

##### **4.1.7.1 Quel est le souhait des patients ?**

Même si 75% des patients inclus dans notre étude recevaient des informations concernant leur traitement, certaines études montrent que beaucoup de patients s'estiment mal ou insuffisamment informés. L'information est une exigence forte des patients qui semble ne pas être toujours prise en compte par les différents professionnels de la santé. Ainsi, un français sur cinq se dit mal informé sur le médicament [15].

Selon les études, 18 à 86% des patients affirment n'avoir reçu aucune information écrite ou orale concernant leur traitement et 57% d'entre eux souhaiteraient en recevoir plus [16, 17, 18, 19, 20, 21]. Dans l'étude de Dhôte *et al.* [1], par exemple, 87% des patients interrogés étaient très demandeurs d'informations supplémentaires.

Parallèlement à ces résultats, Morris *et al.* [22] ont mis en évidence que, seuls 3 à 6% des patients interrogés quant à leurs sources d'informations, posent des questions au médecin ou au pharmacien.

Cela nous amène à nous interroger sur la concordance entre ce que les patients voudraient savoir et les informations que les médecins leur fournissent.

Les patients et les professionnels de santé semblent ne pas avoir la même opinion sur la nature et la quantité d'informations à fournir aux malades : les patients souhaitent souvent des renseignements précis sur les risques et effets secondaires, la durée, le coût du traitement et les différentes options thérapeutiques possibles. Les médecins et les pharmaciens sont généralement conscients des besoins d'informations exprimés par les patients, même s'ils sous-estiment fréquemment ce besoin [19, 20, 21]. Ils sont toutefois réticents à fournir une trop grande quantité d'informations sur les risques et les effets secondaires, par crainte d'affecter l'observance au traitement [23, 24, 25].

Malgré tout, un minimum d'informations doit être fourni au patient et certaines données paraissant évidentes au médecin ne doivent pas être omises. A titre d'exemple, nous avons retrouvé le cas d'un patient qui avait stoppé son traitement à cause d'effets secondaires importants : en effet, le patch de trinitrine qu'il *ingérait* chaque jour lui provoquait des nausées, céphalées et vertiges !... [26]

D'autres auteurs ont étudié la relation entre les erreurs faites par les patients et les informations qui leur étaient données. Dans une population de patients traités pour diabète ou insuffisance cardiaque, le nombre d'erreurs augmente chez les patients ne connaissant pas l'indication de leur traitement et pour les patients insuffisants cardiaques, une meilleure communication est associée à un taux d'erreurs plus bas [27].

**Pour conclure** : il apparaît important d'apporter plus d'informations aux patients sans toutefois entrer dans trop de détails qui ne feraient que les effrayer.

#### 4.1.7.2 Rôle des informations écrites

De nombreux auteurs ont montré qu'une information écrite supplémentaire pouvait améliorer la compréhension et la connaissance des traitements :

- Johnson *et al.* [28] ont mis en évidence que les patients qui reçoivent des informations écrites sur leur traitement en ont une meilleure connaissance. Deux molécules étaient concernées : le propranolol et la digoxine. Les informations qui étaient données aux patients concernaient l'action principale de la molécule, la posologie et les principaux effets secondaires. Les auteurs ont observé une amélioration des connaissances chez les patients ayant reçu des informations écrites. Malgré tout, les connaissances s'atténuent avec le temps. Il faut préciser que dans cette étude la moyenne d'âge des patients inclus était de 59 ans.
- Ellis *et al.* [29] ont montré que la plupart des patients avait un faible niveau de compréhension et de mémorisation de leur traitement lorsque les explications étaient données oralement, alors que les résultats étaient nettement meilleurs chez ceux qui recevaient un support écrit complémentaire concernant leur traitement et leur maladie.
- Une étude menée par Gibbs *et al.* [30, 31] au sein de différentes pharmacies, a mis en évidence que les patients recevant une information écrite, connaissent mieux leurs médicaments que ceux n'ayant reçu qu'une information orale, et ce, quel que soit l'âge, le sexe et la classe sociale. Quatre vingt dix sept pour cent des patients ayant reçu une information écrite pensent que c'est une bonne idée et sont plus satisfaits. Chaque patient était interrogé entre 4 et 10 jours après le début du traitement. Seuls les traitements de courte durée (antibiotiques, AINS, etc...) étaient pris en compte par les auteurs.
- D'autres auteurs ont fait un travail comparable en pharmacie à partir de traitements antibiotiques : les patients ayant reçu une double information donnent 89% de bonnes réponses [32].

- Nous n'avons retrouvé qu'une étude menée en milieu hospitalier : les résultats restent les mêmes, cependant, il semblerait que ces informations supplémentaires influencent essentiellement la connaissance des effets secondaires et très peu la connaissance des noms ou des indications thérapeutiques [33].

**Pour conclure** : une information supplémentaire écrite semble favoriser la connaissance des traitements.

#### 4.1.7.3 Qui informe les patients ?

Nous venons de le voir, il existe des vecteurs ou des supports d'information. Le premier de ces vecteurs est incontestablement la relation médecin/patient. Cette relation est souvent à l'origine de frustrations et de malentendus chez le patient, faute de temps et d'écoute suffisante des besoins des malades.

Dans notre étude, 27% des patients ne recevaient aucune explication concernant leur traitement. Il convient alors de rappeler que le médecin doit être le principal acteur dans l'information du patient : cette fonction du docteur en médecine (*doctor* = docere, celui qui enseigne) correspond à son obligation pédagogique d'information à l'égard des patients, à sa responsabilité dans le domaine de la santé et le dialogue médecin-malade demeure un élément capital de toute thérapeutique. Rappelons, à ce titre, que toute prescription doit être conforme au code de déontologie [36] :

- ✓ Art. 34 « *le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution* ».
- ✓ Art. 35 « *le médecin doit à la personne qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose* ».

Concernant les patients qui reçoivent des informations sur leur traitement, la majorité d'entre eux obtient ces informations par le médecin (72% des cas dans notre étude dont 57% par le généraliste et 15% par le spécialiste). Dans la littérature, nous retrouvons des chiffres tout à fait comparables. Ainsi, dans une enquête réalisée sur un échantillon de 873 patients qui

visait à savoir quelles informations ils désiraient obtenir, 72% affirmaient recevoir les informations d'un professionnel de santé et la plupart du temps par le médecin lui-même [16, 18, 25].

Une information supplémentaire doit tout particulièrement être donnée, de façon adaptée, aux personnes âgées. Le médecin joue un rôle majeur dans l'information des sujets âgés qui s'intéressent peu aux autres sources d'information contrairement aux patients les plus jeunes pour lesquels l'information peut aussi venir des différents médias [15].

En effet, les sources d'information peuvent être très variées. Ainsi dans une étude genevoise [15], la notice vient en tête des sources d'information pour 94% des personnes interrogées, puis le médecin pour 91%, le pharmacien pour 81% et les médias pour 45% seulement. Bien que principale source d'information [15, 17], la notice est jugée insuffisante dans 64% des cas, elle est même inquiétante pour 50% par la liste d'effets secondaires qu'elle contient.

Au cours de ce travail, nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre les patients qui lisent ou pas les notices explicatives, cela signifie peut-être qu'elles sont peu adaptées au grand public.

C'est sans doute la raison pour laquelle il existe des guides à l'attention des patients. Par exemple, certains auteurs ont mis au point un guide à l'attention des patients traités par tétracycline [34]. Ce guide contient les informations utiles pour un bon usage du traitement avec notamment : comment prendre le médicament, comment le conserver, les effets attendus du traitement et comment reconnaître les effets indésirables.

Un ouvrage a également été rédigé par l'Association de Pharmacie Hospitalière de l'Ile-de-France (APHIF) [35]. Les résultats de l'expérience de certains pharmaciens hospitaliers dans l'information du patient à sa sortie de l'hôpital, les ont poussés à mettre à la disposition des malades, des fiches, élaborées à l'hôpital, contenant les recommandations essentielles pour chaque médicament prescrit. Ces fiches, avant d'être publiées sous la forme d'un ouvrage, étaient remises au patient à la fin d'une entrevue qui se déroulait avec le pharmacien, juste avant la sortie de l'hôpital. Cette entrevue permettait d'apporter au patient une information complémentaire sur les médicaments prescrits, de s'assurer de la bonne compréhension des modes d'administration, de préciser les éventuels effets secondaires et les précautions d'emploi adaptées à chaque cas particulier.

Ce genre d'ouvrages semble trouver sa place et convenir à certains patients qui, comme l'ont montré Morris *et al.*, préfèrent se renseigner dans un livre médical [22] plutôt que demander conseils au médecin ou au pharmacien.

**En conclusion**, de nombreuses études ont été réalisées concernant l'information du patient, les points essentiels qui apparaissent sont les suivants :

- La plupart des patients se disent mal informés sur leur traitement.
- Les patients souhaitent, la plupart du temps, obtenir plus d'informations sur leur traitement.
- La connaissance des traitements est meilleure chez les patients qui reçoivent plus d'informations de la part d'un soignant.
- Les soignants sous-estiment souvent le souhait des patients et sont souvent réticents à donner plus d'informations.
- Le médecin reste, malgré tout, la principale source d'informations pour le patient.
- Une information écrite supplémentaire, exclusivement destinée aux patients, semble être une bonne alternative.

## En Résumé

Les principales causes de méconnaissance des traitements retrouvées dans la littérature sont :

- Un nombre élevé de médicaments
- L'âge avancé
- Des explications trop succinctes de la part des professionnels de santé
- Des informations données de façon orale uniquement

#### **4.1.8 Résultats d'une enquête téléphonique menée auprès de 16 médecins généralistes de la région de St Junien et de Meuzac.**

Dans le cadre de notre étude, nous avons effectué une enquête téléphonique auprès de médecins généralistes libéraux exerçant en Haute-Vienne.

Seize médecins, choisis au hasard dans l'annuaire téléphonique, ont ainsi été interrogés par téléphone afin d'évaluer leur sentiment concernant la connaissance de leurs patients vis à vis de leur traitement habituel.

La question qui leur était posée est la suivante : « A votre avis quel est le pourcentage approximatif de vos patients qui connaît bien son traitement habituel, autrement dit, qui pourraient citer le nom des médicaments ainsi que leurs indications respectives approximatives? »

Les réponses étaient très variables d'un médecin à un autre, ils estimaient de 5 à 80% le nombre de leurs patients connaissant bien leur traitement ce qui fait une moyenne de 42%.

Certains médecins complétaient leur réponse en faisant part de réflexions notamment concernant le problème de l'âge de leurs patients ; il semble que ce soit, pour eux, le facteur qui intervient le plus dans le fait que les patients connaissent ou non leur traitement, les personnes les plus âgées ayant plus de difficultés à mémoriser les noms des médicaments et parfois à comprendre les indications. Cet argument est tout à fait concordant avec nos résultats.

Ce sondage, bien que très restreint, nous a permis de comparer le sentiment des médecins prescripteurs avec les résultats que nous avons obtenus lors de notre étude.

Il faut préciser que, concernant les médecins de la région de St Junien, les patients inclus dans notre enquête n'étaient autres que certains de leurs propres patients.

Les médecins interrogés semblent, dans l'ensemble, conscients du problème de la méconnaissance des patients, vis à vis de leurs traitements et certaines raisons sont d'emblée évoquées (l'âge en particulier). Les pouvoirs publics ne devraient-ils pas s'alarmer de ce problème qui, nous allons le voir, peut avoir de graves conséquences ?

## 4.2 LES CONSEQUENCES

### 4.2.1 La compliance

La compliance peut être définie comme la mesure de l'adéquation existant entre le comportement du patient et les recommandations de son médecin [37].

Dans les traitements au long cours la compliance est évaluée autour de 50% [37]. Elle peut diminuer jusqu'à 26% chez les sujets âgés et notamment lorsqu'ils vivent seuls à leur domicile [8, 38]. Certains auteurs retrouvent cependant des résultats opposés avec plus de 80% de patients compliants chez les plus de 85 ans [8].

Les sujets âgés sont plus fréquemment atteints de pathologies chroniques, ils reçoivent donc un plus grand nombre de médicaments. Or, plusieurs auteurs ont mis en évidence que plus le nombre de médicaments est élevé plus l'observance est médiocre [8, 37]. Les personnes âgées sont, de plus, beaucoup plus exposées aux risques d'effets indésirables et de complications liés à la mauvaise observance [8].

Nous n'avons pas étudié l'observance dans cette enquête mais plusieurs études montrent qu'une meilleure information et donc une meilleure compréhension du traitement permet d'améliorer l'observance [39, 40, 41, 42].

Certains facteurs diminuant l'observance ont été mis en évidence dans plusieurs études : un nombre élevé de médicaments prescrits, un niveau socioprofessionnel bas, les âges extrêmes, une mauvaise information du patient et l'incompréhension du traitement semblent être les facteurs les plus importants [39, 37, 42].

Ainsi, Weintraub *et al.* [43], dans une étude sur les traitements par Digoxine, ont pu évaluer la compliance à environ 66%. L'âge extrême et le nombre élevé de médicaments semblaient être les principales causes de mauvaise observance.

Stephen *et al.* [39] ont montré que seuls 17% des patients ayant mal compris le rôle de leur traitement étaient compliants alors que ce chiffre atteint 60% chez les patients recevant des informations précises sur leur traitement.

Wandless *et al.* [42] ont montré que parmi les sujets âgés, ceux à qui l'on donnait un support écrit afin de les aider à mémoriser leur traitement, un calendrier ou une carte par exemple, faisaient moins d'erreurs que les patients qui recevaient uniquement les informations orales habituelles. Par ailleurs ils ont également mis en évidence que cela améliorerait significativement la compliance de ces patients.

Un des moyens pour améliorer l'observance est donc d'améliorer l'information du malade. Cela repose sur une bonne relation médecin-malade. La faillite fréquente de cette relation est rappelée par Anderson *et al.* [44] : parmi sept informations données sur un traitement, en moyenne les patients ne sont capables de n'en fournir que la moitié à la consultation suivante. Cependant, la régularité et la fréquence élevée des consultations médicales entraînent une meilleure compliance [37, 45].

Certains auteurs ont fait un certain nombre de propositions utilisables par les médecins afin de s'assurer de la bonne compréhension de leurs explications [39]. Ils proposent par exemple, de façon tout à fait simple, que le médecin, lors d'une nouvelle prescription, demande au patient de lui répéter les points essentiels qu'il aura abordé et notamment la principale action du traitement.

**Pour conclure**, une meilleure information doit être donnée par les professionnels de santé afin de s'assurer de la bonne compréhension du traitement dont découlera l'observance. L'idéal serait que le médecin donne une information orale, puis que le patient prenne le temps de lire une information écrite et puisse ensuite poser les questions qu'il souhaite au médecin ou au pharmacien [15].

#### 4.2.2 Les effets indésirables

L'incompréhension et donc la méconnaissance des traitements peut être à l'origine de nombreux accidents évitables, qu'ils soient liés à des interactions médicamenteuses, à des oublis, au non-respect des posologies ou des durées de traitement.

Méconnaître certains effets secondaires peut présenter un risque concret immédiat.

Dans certaines études on retrouve les chiffres suivants : 51% des patients ne respectent pas la durée du traitement et 30% ne respectent pas la posologie. Cela peut entraîner des accidents graves, voire mortels, notamment avec les anticoagulants oraux.

Classen *et al.* [46] ont montré que la plupart des effets indésirables résultent d'erreurs commises par le patient, les erreurs étant d'autant plus fréquentes que le sujet est plus âgé [9]. Cela peut aboutir à des hospitalisations évitables et, en France, les effets indésirables des médicaments constituent le motif d'admission de 3,2% des hospitalisations dans les services de spécialités médicales des hôpitaux publics. Les personnes âgées y sont particulièrement vulnérables avec 12% d'admissions dues aux effets indésirables selon Joglekar *et al.* [5, 9]. Le risque d'effets indésirables est 5 à 7 fois plus élevé chez les sujets âgés [47].

D'après les données de l'Assurance Maladie datant de 1998 [48], les effets indésirables ayant conduit à une hospitalisation, relèvent dans 31% des cas, de pratiques de prescription par le médecin mais aussi d'utilisation par le patient, non conformes à l'AMM. Ils sont causés, par ordre de fréquence décroissante, par des médicaments cardio-vasculaires (13%), des psychotropes (11%), des cytostatiques (8,3%), des anticoagulants et des antibiotiques (7,8%), des analgésiques (6,7%), des anti-inflammatoires et des anti-rhumatismaux (5,7%).

D'autres études [49, 50] ont montré que la proportion d'hospitalisations dues aux effets indésirables variait de 2,3% à 27,3% avec 5% d'effets indésirables secondaires à une mauvaise observance médicamenteuse.

Einarson [50] a étudié les hospitalisations secondaires à des effets indésirables dans 49 hôpitaux sur une période de 23 ans. Il trouve les résultats suivants : ces hospitalisations représentent environ 5% de toutes les hospitalisations et 22,7% d'entre elles sont dues à la non compliance.

Mc Kenney *et al.* [49] sont arrivés à la même conclusion, à savoir que la non compliance et les effets indésirables semblent être les principaux facteurs d'hospitalisations.

Une étude a été réalisée dans un service d'urgences afin d'évaluer le rôle des effets indésirables et de la non compliance, dans les admissions aux urgences [51]. Sur 14,4% d'admissions dues aux traitements, 7,6% étaient liées à la non compliance. Trente trois pour cent des patients étaient, par ailleurs, non compliant. Les facteurs associés à un haut risque d'admission pour non compliance étaient, entre autres, une faible connaissance des traitements et un nombre élevé de médicaments prescrits.

Par ailleurs, un autre problème se pose lorsque le patient ne connaît pas son traitement et est incapable de le citer : il s'agit des situations où le patient consulte un autre médecin que le sien, soit en cas de « vagabondage » médical, soit dans le cadre d'une urgence. Les

décisions thérapeutiques faites aux urgences peuvent parfois être influencées par le traitement habituel du malade afin d'éviter, par exemple, d'éventuelles interactions médicamenteuses. Des orientations diagnostiques peuvent également découler du traitement antérieur (AVC hémorragique sous AVK, etc...) D'autre part, cela entraîne souvent une véritable perte de temps pour le médecin (appel du médecin traitant, de la famille, etc...) afin de réunir les informations nécessaires à une prise en charge optimale du malade.

Ainsi, une étude a été réalisée dans un service d'urgences à San-Diego aux Etats-Unis par Gary *et al.* [52]. Les auteurs ont étudié la connaissance du nom des médicaments, de leur posologie respective et du nombre de prises quotidiennes. Les résultats sont les suivants : seulement 48% des patients interrogés citaient le nom de tous leurs médicaments, 39% savaient à quel moment de la journée ils prenaient leur traitement et 24% seulement connaissaient les posologies. Par ailleurs, 70% des patients étaient munis d'une liste écrite de leur traitement.

Une autre étude a été menée dans un service d'urgences à Nice [4]. Les auteurs cherchaient, à l'aide d'un questionnaire, à apprécier la connaissance que les patients avaient de leur traitement habituel (traitement suivi depuis au moins 3 mois). Leurs résultats sont les suivants : 33% d'entre eux ignoraient le nom des médicaments, 26% les horaires des prises, 25% la posologie et 20% le motif de prescription. Les principaux facteurs influençants individualisés étaient : l'âge, la situation socioprofessionnelle, les explications du médecin traitant sur l'ordonnance et le nombre de médicaments prescrits. La moyenne d'âge de leurs patients était la même que la notre. Leurs résultats sont à peu près superposables aux nôtres sauf pour deux items, à savoir : le nombre de médicaments prescrits et la catégorie socioprofessionnelle qui, dans notre étude, n'apparaissaient pas comme étant des facteurs influants.

Dans certains cas, qui restent rares cependant, il n'est possible d'obtenir les informations que de façon différée par rapport à la prise en charge et cela peut avoir des conséquences néfastes pour le patient.

Le meilleur moyen pour éviter ce genre de problème serait d'inciter tous les patients à posséder sur eux en permanence une liste écrite de leur traitement et de leurs antécédents.

### 4.2.3 Les problèmes dûs à l'automédication

L'automédication consiste en la prise d'un ou plusieurs médicaments sans prescription médicale et sans avis pharmaceutique [35].

L'automédication est de pratique courante au sein de la population française. Ainsi, d'après une enquête réalisée par TNS Santé [53], menée sur un échantillon représentatif de 1 135 personnes (de 15 ans et plus), 80% des sujets interrogés déclarent se soigner ainsi pour des problèmes bénins. Cette pratique serait plus fréquente parmi les jeunes de 18 à 24 ans et dans la population féminine, elle est faible chez les sujets âgés et elle serait plus importante chez les cadres, artisans, commerçants et chefs d'entreprises [54].

A l'étranger les comportements semblent être identiques. Ainsi, une étude menée par Lau *et al.* [55] dans une population d'étudiants à Hong Kong, montre que 94% d'entre eux ont recours à l'automédication. Il s'agit le plus souvent d'antitussifs, d'antipyrétiques et d'antalgiques.

Une autre étude, menée par Torrible *et al.* [56] sur une population de patients âgés de plus de 75 ans, vivant à domicile et en milieu rural, montre que les patients prennent en moyenne 3,5 médicaments en vente libre (non prescrit par le médecin) en plus des 5,6 médicaments prescrits en moyenne sur leur ordonnance. Il s'agit par ordre de fréquence décroissant : de vitamines, d'antalgiques, de laxatifs et de phytothérapie. Ainsi, 18 patients sur 25 associent des médicaments entraînant des interactions médicamenteuses. Par ailleurs, les auteurs ont mis en évidence (c'était le but de leur étude) que le médecin et le pharmacien avaient une connaissance globalement faible de ce que leurs patients consommaient réellement.

Le médicament est au cœur des comportements d'automédication et environ 75% des français achètent des médicaments sans ordonnance [54]. De tels chiffres, associés à une connaissance très médiocre des médicaments, laissent entrevoir un réel danger pour les consommateurs.

Cette attitude demeure une réalité dangereuse et contestable suivant les cas : lorsqu'elle est pratiquée à l'aveugle pour répondre à la survenue d'un symptôme, et de façon prolongée, il est évident que cette pratique est discutable car elle masque la survenue possible d'une pathologie, parfois grave, qui sera alors prise en charge avec retard.

Lorsque les risques encourus sont extrêmement faibles, dans des conditions normales d'utilisation, et que le bénéfice réel est pertinent et scientifiquement prouvé ou lorsqu'elle correspond à un conseil pharmaceutique, elle peut être acceptable mais elle manque nécessairement de rigueur et de pertinence en l'absence de référence à une pathologie identifiée.

C'est pourquoi l'automédication reste une « pratique à risques » : elle augmente le risque de surdosage, d'interactions médicamenteuses et d'erreurs diagnostiques ce qui est encore plus vrai et problématique chez les sujets âgés [57].

La CNAM n'étant pas restée indifférente face à ce problème, des campagnes d'information ont vu le jour dans les années 1990 : « un médicament ça ne se prend pas à la légère » qui concernaient manifestement l'automédication. En effet, les accidents consécutifs à l'automédication, qu'il s'agisse d'effets secondaires ou de iatrogénie, entraînent des soins coûteux pour l'assurance maladie : des hospitalisations, des arrêts de travail, etc ... avec toutes les conséquences économiques que cela peut entraîner [54].

Rappelons également les risques du conditionnement sans rapport avec la durée nécessaire du traitement d'où le reliquat inévitable dans la pharmacie familiale. Dans l'étude de Torrible *et al.* [56], les patients conservaient à leur domicile en moyenne 2 médicaments dont ils avaient cessé l'usage. En dehors du risque d'intoxication accidentelle chez l'enfant, on n'insistera jamais assez pour dire combien la conservation d'un médicament prescrit antérieurement est inutile et dangereuse dans la mesure où l'autoprescription risque d'être totalement inappropriée.

Il existe cependant des guides de l'automédication qui visent à informer les patients sur les risques potentiels. Citons, par exemple, le Vidal de l'automédication [58] : plus de 100 maux et maladies sont présentés par organe avec :

- les symptômes et causes possibles,
- les mesures de prévention et d'automédication,
- quand consulter le médecin,
- une liste complète des médicaments disponibles sans ordonnance dans ce domaine.

On y trouve également 250 fiches médicaments, classées par ordre alphabétique, rédigées dans un langage simple en suivant le même modèle que dans le Vidal de la famille, ainsi qu'un lexique de 600 termes médicaux, des adresses et des sites internet.

Concernant les sites internet, il est intéressant de constater que l'on peut aussi trouver un certain nombre de conseils comme par exemple, les risques de l'automédication dans la migraine [59].

**Pour conclure :** il est évident que l'automédication se justifie dans certains cas pour soulager des symptômes tout à fait banals tel qu'un mal de tête passager mais s'il est raisonnable d'envisager des économies dans le domaine de la santé en prônant une automédication, il est tout aussi raisonnable d'exiger une automédication contrôlable. Les professionnels de santé ont ici une place importante et le médecin lors d'une prescription doit informer du danger du médicament si celui-ci est utilisé hors du cadre dans lequel il est prescrit.

#### **4.2.4 Un coût supplémentaire pour l'assurance maladie**

En France, 128 000 personnes sont hospitalisées chaque année en raison d'effets indésirables liés à leur consommation de médicaments et cela représente 320 millions d'euros par an [5].

8,4% des patients hospitalisés le sont du fait d'un effet indésirable d'origine médicamenteuse dont 35% de patients de plus de 65 ans [54].

Une étude, réalisée par Livry *et al.* dans un centre régional de pharmacovigilance [60], visant à quantifier le nombre d'effets indésirables (EI) liés à un mésusage des médicaments, a montré que le coût annuel lié à la prise en charge de ces EI, pour un hôpital de 700 lits, s'élevait à 5,6 millions de dollars pour tous les EI, et à 2,8 millions de dollars pour les mésusages.

De la même façon, une évaluation du coût évité par l'intervention du pharmacien d'officine a été réalisée [61]. Par extrapolation à l'ensemble des officines françaises, le coût évité à l'assurance maladie est compris entre 13 et 25 millions d'euros (soit entre 86 et 163 millions de francs), et ce, pour les seuls effets iatrogènes des AINS dans le cas des EI digestifs.

Au regard de ces résultats, il apparaît évident que l'assurance maladie se doit d'entreprendre des campagnes d'informations à l'attention des patients et de mettre en œuvre

un certain nombre de mesures simples, telles que la diffusion de prospectus, afin de sensibiliser les patients à l'importance d'une meilleure connaissance de leurs traitements et d'aboutir ainsi à un meilleur usage du médicament.

Nous avons précédemment cité un livre de vulgarisation réalisé par des pharmaciens à l'attention des patients [35]. Les pouvoirs publics devraient peut-être s'inspirer de ce genre d'ouvrages dans le but de responsabiliser la population vis à vis de l'utilisation de leurs médicaments.

## En Résumé

Les principales conséquences d'une mauvaise connaissance des traitements sont :

- Une mauvaise observance.
- Une augmentation des erreurs avec apparition d'effets indésirables évitables notamment lors d'automédication.
- Un surcoût pour l'assurance maladie.

## **4.3 LES SOLUTIONS**

### **4.3.1 Diminuer le nombre de médicaments par ordonnance**

Un nombre élevé de médicaments apparaît comme étant un facteur diminuant la connaissance des traitements.

Si cela pose très probablement un problème de mémorisation pour les patients, il pose également un problème plus général de pratiques de prescription et de consommation médicamenteuse en France.

Un exemple reflète assez bien ces pratiques : les veinotoniques sont reconnus comme ayant un service médical rendu insuffisant mais figurent pourtant parmi les 100 médicaments les plus vendus en France [5]. Malheureusement, il est souvent difficile pour les médecins de résister à la pression exercée par certains patients persuadés de l'efficacité d'un traitement qu'ils prennent, bien souvent, depuis de longues années.

De plus, il ne faut pas négliger l'influence que les visiteurs médicaux peuvent avoir sur les prescriptions des professionnels de santé.

Par ailleurs, il convient de rappeler que plus le nombre de médicaments est élevé, plus le risque d'interactions médicamenteuses augmente avec toutes les conséquences que cela peut entraîner.

Pour l'ensemble de ces raisons, des changements de comportements (qu'il s'agisse des patients ou des médecins) doivent être envisagés, car le médicament est un produit précieux dont la consommation est bénéfique si elle est bien conduite : l'efficacité d'un traitement ne se mesure pas à la longueur de l'ordonnance.

### **4.3.2 Améliorer la qualité des informations**

Nous l'avons déjà vu, dans notre étude, seuls 56% des patients reçoivent des informations concernant leur traitement de la part de leur médecin traitant et 26% affirment ne pas avoir reçu d'explications. Or, il semble normal que les médecins s'attachent à fournir aux patients des explications concernant leurs médicaments, qu'il s'agisse de la posologie, des indications, des principaux effets secondaires et interactions médicamenteuses. De plus, il

semblerait que les bénéfices attendus soient d'autant meilleurs que le patient a plus confiance en son traitement.

Par ailleurs, il apparaît de façon tout à fait contradictoire que les patients qui reçoivent des informations ne connaissent pas mieux leur traitement que les autres. Nous devons donc renforcer notre réflexion sur la façon d'informer les patients et les moyens à mettre en œuvre pour l'améliorer.

Nous avons déjà évoqué au cours de notre discussion un certain nombre de propositions afin d'améliorer les connaissances des patients : prescrire moins de médicaments, les inciter à utiliser des piluliers, donner des informations complémentaires écrites, adapter notre langage à chaque patient... et ce, d'autant plus que celui-ci est âgé.

Le médecin n'est pas seul et de nombreux autres acteurs ont un rôle à jouer auprès des patients [14].

#### **4.3.2.1 Le rôle du médecin**

L'information est une exigence forte des patients. Celle-ci ne semble pas être toujours prise en compte par les médecins. L'information sur les traitements doit être complète, objective et adaptée à chaque patient. Dans la plupart des cas, le patient n'est pas un spécialiste de la santé, d'où un effort nécessaire de présentation et de clarification dans l'information donnée, qu'il s'agisse des notices ou des mots que choisissent le médecin ou le pharmacien [14]. En effet, beaucoup de termes médicaux que nous employons ne sont pas compris par les patients [13] et il est important d'adapter notre langage en fonction de chacun.

Certains peuvent être demandeurs d'informations très pointues selon la pathologie dont il sera question ou au contraire ne poser que très peu de questions ce qui ne doit pas empêcher de leur donner une information minimum.

Nous l'avons vu, le médecin semble se situer au premier plan concernant l'information. Cela repose sur une bonne relation médecin/malade. Le patient a besoin d'être compris, informé mais aussi, bien souvent, rassuré. Une consultation de 15 minutes environ est bien souvent insuffisante pour permettre une communication efficace [14].

L'évolution actuelle de la démographie médicale et la demande croissante de soins, ne va certainement pas permettre une amélioration de la situation. C'est la raison pour laquelle, les autres acteurs du système de santé doivent participer à ce devoir de communication et d'information auprès des patients.

#### **4.3.2.2 Le rôle du pharmacien**

Les pharmaciens, au même titre que les médecins, jouent un rôle fondamental dans l'information du patient. En effet, il serait dommage que ces derniers se contentent de jouer un rôle de simples « distributeurs de médicaments ». Ils leur incombent de préciser aux patients la posologie et la durée du traitement et de les prévenir de certains effets indésirables. Leur rôle est aussi de dépister certaines contre-indications ou certaines associations médicamenteuses dangereuses qui auraient échappé au médecin et de l'en informer le cas échéant.

Par ailleurs, il est souvent plus facile pour le patient de s'adresser directement au pharmacien qui lui semble plus disponible que le médecin.

Les pharmaciens tiennent une place particulièrement importante en ce qui concerne l'automédication. En effet, ils ont un rôle majeur d'information et de conseil auprès des patients qui se présentent spontanément et sans ordonnance en officine, notamment pour le traitement de symptômes mineurs, tout en sachant orienter vers un médecin si cela leur semble justifié. Certaines études montrent très clairement que les patients sont globalement satisfaits des conseils donnés par le pharmacien [62].

Le pharmacien tient donc un rôle fondamental dans l'information du patient et plus particulièrement en ce qui concerne le côté purement pharmacologique des médicaments.

#### **4.3.2.3 Le rôle des médias**

Par leur capacité à atteindre rapidement et de façon massive le grand public, les médias, et en particulier les nouveaux médias tels qu'internet, exercent probablement une réelle influence sur le comportement des patients.

Il est effectivement très aisé pour les patients de se procurer les informations concernant tel ou tel produit. Le problème qui se pose est de connaître la fiabilité des informations en fonction des différents sites rencontrés.

Cependant, le rôle des médias pourrait très certainement être mieux exploité dans le cadre de la relation patient/système de santé sans toutefois négliger la dimension humaine

dans la relation médecin/malade, les outils technologiques n'étant que des compléments au service de cette relation.

#### **4.3.2.4 Le rôle de l'entourage**

Dans notre étude, il apparaît que l'entourage intervient de façon conséquente au niveau de la gestion du traitement. Par exemple, 36% des patients ont recours à une personne de leur entourage pour l'« achat » des médicaments, et 12% d'entre eux y font appel pour la préparation.

Nous pouvons penser que cela peut déresponsabiliser le patient vis à vis de son traitement mais cette population est sans doute composée de personnes dépendantes et nécessitant l'aide d'un tiers.

#### **4.3.3 L'implication du patient**

Pour une meilleure connaissance et une meilleure compréhension de la maladie et des traitements, les patients doivent se sentir impliqués et actifs dans les prises de décisions et dans la prise en charge de leur maladie.

Nous avons déjà vu que la majorité des patients souhaite être plus impliquée dans les décisions de soins et les médecins devraient y être plus attentifs. En effet, l'évolution sociologique actuelle est marquée par une diffusion de l'information au-delà des cercles initiés. Il en résulte une remise en cause du pouvoir médical, une demande de plus en plus importante de partage de l'information, et dans une moindre mesure du partage des décisions.

La relation médecin/malade est fondamentale car les patients expriment de plus en plus souvent le désir d'être partie prenante dans la décision thérapeutique qui les concerne. Cela passe par une éducation du patient dans le cadre d'un véritable partenariat entre le médecin et le malade, impliquant une formation des médecins à ce partage du pouvoir et à la gestion partagée des maladies chroniques [15].

#### **4.3.4 Le rôle de l'assurance maladie et des pouvoirs publics**

Le gouvernement a fait de la sécurité et du bon usage du médicament un des piliers de sa politique de santé.

La iatrogénie médicamenteuse, le mésusage des médicaments, leur coût respectif pour l'assurance maladie, etc ... ont déjà fait l'objet d'études nationales mais nous n'avons retrouvé aucune étude sur la connaissance des traitements par les patients et ses conséquences.

Il semble que la méconnaissance des traitements ait un retentissement financier non négligeable, il paraît donc indispensable que de telles évaluations soient menées par les différentes caisses d'assurance maladie ce qui pourrait engendrer de grandes campagnes d'informations afin de sensibiliser les patients à l'importance de bien connaître ses médicaments.

Il appartient aux représentants de l'Etat de sensibiliser les médecins mais aussi les patients à ce problème, de proposer des solutions et pourquoi pas d'en faire une véritable préoccupation de santé publique au même titre que l'information du patient ou que la prescription d'antibiotiques en France.

#### **4.3.5 Le rôle des laboratoires pharmaceutiques**

Les laboratoires pharmaceutiques tiennent une place particulièrement importante dans notre système de santé.

Même si les notices explicatives ont été nettement simplifiées en utilisant un langage adapté au grand public, des efforts ne restent-ils pas à faire afin de rendre les noms des différents médicaments plus évocateurs et donc plus facilement mémorisables par les patients ?

Cependant, l'incitation à prescrire en DCI ne fait qu'accroître les difficultés de mémorisation et entraîne des problèmes de confusion encore plus fréquents chez les sujets âgés.

## 5. LIMITES DE L'ETUDE

Il s'agit d'une étude régionale, elle ne peut être représentative que de la région Limousin (voire même des départements de la Corrèze et de la Haute-Vienne).

Cette région a des caractéristiques démographiques particulières à savoir qu'il s'agit de la région la plus âgée d'Europe, 30% de la population ayant plus de 60 ans selon les données récentes de l'INSEE [63].

De plus, il s'agit d'une population à nette prédominance rurale où l'on retrouve 2 fois plus d'agriculteurs que sur le reste du territoire. Les employés et les ouvriers quant à eux représentent environ 15% des actifs ce qui est inférieur à la moyenne nationale. Les cadres supérieurs, artisans et chefs d'entreprises ne représentent que 5% d'entre eux et les inactifs représentent 50% de la population du Limousin (5 points de plus qu'au niveau national) [64].

Ces caractéristiques sont à prendre en compte car certaines études ont mis en évidence que la catégorie socio-professionnelle jouait un rôle dans la connaissance des traitements.

D'autre part, les patients inclus dans cette étude étaient quasi exclusivement des patients hospitalisés. Nous pouvons nous demander si l'hospitalisation en elle-même ne créait pas de confusion, d'oublis ou d'erreurs en raison du caractère parfois brutal et/ou traumatisant d'une hospitalisation, en urgence ou non, et plus particulièrement chez les personnes âgées.

## 6. PERSPECTIVES

Une autre étude a débuté au mois de septembre 2004 dans la région Limousin, sur trois départements : Creuse, Haute-Vienne et Corrèze.

Cette enquête s'inscrit dans un objectif de démarche qualité mise en place par une association de médecins généralistes : le Cercle Limousin d'Evaluation et d'Amélioration des Pratiques, avec la collaboration des pharmaciens maîtres de stage du Limousin.

Cette étude vise à évaluer la prise en charge et la connaissance des traitements ainsi que l'observance thérapeutique. Pour cela, un questionnaire a été réalisé qui reprend les mêmes types d'items que dans notre étude [Annexe 2]. Ce questionnaire est distribué par des pharmaciens volontaires de la région aux patients chroniques, choisis arbitrairement. Il est rempli de façon anonyme sans intervention d'un tiers pendant que le pharmacien prépare l'ordonnance.

Cela devrait permettre d'obtenir des informations à plus grande échelle tout en restant dans la même zone géographique et donc avec les mêmes caractéristiques socio-économiques et démographiques que dans notre étude. Il s'agit, par contre, d'une enquête ambulatoire ce qui ne permettra donc pas de transposer totalement les résultats avec ceux que nous venons d'exposer.

## 7. CONCLUSION

Le travail présenté dans cette thèse vise essentiellement à mesurer la connaissance que les malades ont de leur traitement. L'analyse de 150 questionnaires nous a permis de mettre en évidence un manque considérable de connaissance et essentiellement en ce qui concerne le « listing » des médicaments consommés quotidiennement.

Certains facteurs pouvant influencer sur la connaissance des traitements ont pu être mis en évidence :

- L'âge semble être le facteur le plus déterminant.
- L'existence d'une pathologie chronique prise en charge à 100% et/ou la prise de médicaments nécessitant une surveillance, ainsi que,
- l'utilisation d'un pilulier et la préparation des médicaments par le patient lui-même semblent être les facteurs qui améliorent la connaissance du traitement.
- Les informations données au patient ne modifient pas le degré de connaissance.

Cette étude, bien que limitée en effectif et en localisation géographique, mesure l'ampleur des efforts éducatifs à effectuer auprès de chaque patient. La méconnaissance des médicaments peut présenter des risques concrets importants. Il semble donc important que les personnels de santé améliorent la qualité et la quantité d'informations fournies aux patients en s'adaptant à chacun et tout particulièrement chez les personnes âgées.

Malgré tout, le principal souci du médecin reste l'observance du traitement qu'il prescrit. S'il n'est pas prouvé que l'observance soit contingente de la connaissance, celle-ci semble d'égale importance dans le succès d'une thérapeutique. Il apparaît que les facteurs qui en déterminent la qualité soient superposables : l'autonomie du patient, la bonne compréhension du traitement et la qualité des informations fournies au patient sont sans doute prédominantes. Tout cela repose sur une bonne qualité de la relation médecin-malade qui ne peut se concevoir sans une éventuelle mutation profonde de la consultation de Médecine Générale.

Ce type d'enquête mérite probablement d'être affinée et étendue à l'ensemble du territoire en y associant les différents acteurs du système de soins.

## 8. BIBLIOGRAPHIE

1. Dhote, R., Conort, O., Hazebrouck, G., et al., *Les patients hospitalisés connaissent-ils leur traitement ?* J Pharm Clin, 1997. **16**: p. 117-20.
2. Geller, J.L., *State hospital patients and their medication--do they know what they take?* Am J Psychiatry, 1982. **139**(5): p. 611-5.
3. Alliot, C., *Les patients connaissent-ils leur traitement habituel ?* Presse Med, 2000. **29** : p.369.
4. Bertrand, F., Plent, I., Fournier, J.P., et al., *Les malades connaissent-ils leurs médicaments ?* Sem Hôp Paris, 1993. **69**(6): p.145-9.
5. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. *Le médicament dans tout ses états.* [en ligne]. Site disponible sur : <http://www.ameli.fr>. (page consultée le 20 novembre 2002).
6. Boman, K., Mollerberg, H. and Ogren, J.E., *What do patients know about their digitalis? A comparison between two different areas in Sweden.* Ups J Med Sci, 1983. **88**(2): p. 141-9.
7. Makinen, S., Suominen T. and Lauri, S., *What asthma patients know about their illness and its treatment.* Clin Nurse Spec, 1999. **13**(6): p. 277-82.
8. Balkrishnan, R., *Predictors of medication adherence in the elderly.* Clin Ther, 1998. **20**(4): p. 764-71.
9. Al Mahdy, H. and Seymour, D.G., *How much can elderly patients tell us about their medications?* Postgrad Med, 1990. **66**(772): p. 116-21.
10. Joglekar, M., Mohanaruban, K. and Bayer, A.J., *Medication for the elderly: what do patients know?* Br J Clin Pract, 1988. **42**(7): p. 289-91.
11. Mc Cormack, P.M., Lawlor, R., Donegan, C., et al., *Knowledge and attitudes to prescribed drugs in young and elderly patients.* Ir Med J, 1997. **90**(1): p. 29-30.
12. Bevan, E.G., Currie, E.M., Mc Ghee, S.M., et al., *Patient knowledge about diuretic prescription.* Br J Clin Pharmacol, 1993. **35**(2): p. 152-5.
13. Kirscht, J.P. and Rosenstock, I.M., *Patients' problems in following the recommendations of health experts.* In: Stone, G.C., Cohen, F., Adler, N.E., eds. Health psychology. San Fransisco: Jossey-Bass, Inc; 1979: 189-215.

14. Syndicat National de l'Industrie Pharmaceutique. *Bon usage du médicament : responsabilité individuelle et collective*. Edition John Libbey Eurotext, 1999: p.76-80.
15. Leduc, P., *Forum médicaments: les Français et leurs médicaments*. Concours médical, 2003. **125**(19): p. 1031-42.
16. O'Connell, M.B. and Johnson, J.F., *Evaluation of medication knowledge in elderly patients*. Ann Pharmacother, 1992. **26**(7-8): p. 919-21.
17. Altimiras, J., Borrás, J.M., Mendez, E., et al., *Knowledge of medication in hospitalized chronic respiratory patients*. Pharm Weekbl Sci, 1992. **14**(4): p. 174-9.
18. Regensberg, L.D. and Tanchel, M., *Are we telling elderly patients enough about their medication?* S Afr Med J, 1988. **74**(5): p. 229-30.
19. Strull, W.M., Lo, B. and Charles, B., *Do patients want to participate in medical decision making?* JAMA, 1984. **252**(21): p. 2990-4.
20. Boreham, P., *The informative process in private medical consultations: a preliminary investigation*. Soc Sci Med, 1978. **12**: p. 409-416.
21. Svarstad, B., *Physician-patient communication and patient conformity with medical advice*, in Mechanic D (ed). *The Growth of Bureaucratic Medicine*. New-York, John Wiley and Sons Inc, 1976, p. 220-38.
22. Morris, L.A., Grossman, R., Barkdoll, G.L., et al., *A survey of patient sources of prescription drug information*. Am J Public Health, 1984. **74**(10): p. 1161-2.
23. Nightingale, S.L., *Do physicians tell patients enough about prescription drugs? Do patients think so?* Postgrad Med, 1983. **74**(2): p. 169-75.
24. Nair, K., Dolovich, L., Cassels, A., et al., *What patients want to know about their medications?* Can Fam Physician, 2002. **48**: p. 104-10.
25. Lyons, R.F., Rumore, M.M. and Merola, M.R., *An analysis of drug information desired by the patient*. J Clin Pharm Ther, 1996. **21**: p. 221-8.
26. Bakris, G., *It may seem obvious to you...: giving medication instructions to patients*. JAMA, 1988. **260**(9): p.1243-4.
27. Hulka, B.S., Cassel, J.C., Kupper, L.L., et al., *Communication, compliance, and concordance between physicians and patients with prescribed medications*. Am J Public Health, 1976. **66**(9): p. 847-53.

28. Johnson, M.W., Mitch, W.E., Sherwood, J., et al., *The impact of a drug prescription information on the understanding and attitude of patients about drugs*. JAMA, 1986. **256**(19): p. 2722-4.
29. Ellis, D.A., Hopkin, J.M., Leitch, A.G., et al., « *Doctors' orders* » : *controlled trial of supplementary, written information for patients*. Br Med J, 1979. **1**(6161): p. 456.
30. Gibbs, S., Waters, W.E. and George, C.F., *Prescription information leaflets: a national survey*. J R Soc Med, 1990. **83**(5): p. 292-7.
31. George, C.F., Waters, W.E. and Nicholas, J.A., *Prescription information leaflets: a pilot study in general practice*. Br Med J (Clin Res Ed), 1983. **287**(6400): p. 1193-6.
32. Crichton, E.F., Smith, D.L., and Demanuele, F., *Patient recall of medication information*. Drug Intell Clin Pharm, 1978. **12**(10): p. 591-9.
33. Rabol, R., Andreasen, A.G., Kampmann, J.P., et al., *Written drug information: do patients benefit*. Ugeskr Laeger, 2002. **164**(19): p. 2509-13.
34. Hermann, F., Herxheimer, A. and Lionel, N.D.W., *Package inserts for prescribed medicines: what minimum information do patients need?* Br Med J, 1978. **2**: p. 1132-5.
35. Descoutures, J.M., *A quoi servent les médicaments que vous prenez ?* In : *Le bon usage des médicaments*. Edition Frison-Roche, 1988, Chapitre 4: p. 373-5.
36. Ordre National des Médecins. Conseil National de l'Ordre. *Code de Déontologie Médicale*. Edition Avril 1998: Articles 34 et 35.
37. Dahan, R., Dahan, A., Cadranel, J., et al., *La compliance: mesure de l'adhérence au traitement et au suivi thérapeutique*. Thérapie, 1985. **40**: p. 17-23.
38. Coons, S.J., Shehan, S.L., Martin, S.S., et al., *Predictors of medication non compliance in a sample of older adults*. Clin Ther, 1994. **16**: p. 110-7.
39. Eraker, S.A., Kirscht, J.P. and Becker, M.H., *Understanding and improving patient compliance*. Annals Intern Med, 1984. **100**: p. 258-68.
40. Becker, M.H., *Patients adherence to prescribed therapies*. Med Care, 1995. **23**: p. 539-55.
41. Schwartz, D., Wang, M., Zeitz, L., et al., *Medication errors made by elderly, chronically ill patients*. Am J Public Health, 1962. **52**: p. 2018-29.

42. Wandless, I. and Davie, J.W., *Can drug compliance in the elderly be improved ?* Br Med J, 1977. **1**: p. 359-61.
43. Weintraub, M., Au, W.Y. and Lasagna, L., *Compliance as a determinant of serum digoxin concentration.* JAMA, 1973. **224**(4): p. 481-5.
44. Anderson, R.J. and Kirk, L.M., *Methods of improving patient compliance in chronic disease states.* Arch Intern Med, 1982. **142**: p. 1673-6.
45. Monane, M., Bohn, R.L. and Gurwitz, J.H., *The effect of initial drug choice and comorbidity on antihypertensive therapy compliance. Results from a population-based study in the elderly.* Am J Hypertens, 1997. **10**: p. 697-704.
46. Classen, D.C., Pestotnik, S.L., Evans, R.S., et al., *Computerized surveillance of adverse drug events in hospital patients.* JAMA, 1991. **266**: p. 2847-51.
47. Jackson, J.E., Ramdsell, J.W., Cross, D., et al., *Drug history reliability in elderly outpatients.* Clin Pharmacol Ther, 1987. **41**: p. 210.
48. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. *La iatrogénie médicamenteuse en France.* [en ligne]. Site disponible sur : [http://www.sante.gouv.fr/html/actu/34\\_980706s.htm](http://www.sante.gouv.fr/html/actu/34_980706s.htm). (page consultée le 12 mars 2003).
49. Mc Kenney and J.M., Harrison, W.L., *Drug-related hospital admissions.* AM J Hosp Pharm, 1976. **33**: p. 792-5.
50. Einarson, T.R., *Drug-related hospital admissions.* Ann Pharmacother, 1993. **27**: p. 832-40.
51. Malhotra, S., Karan, R.S., Pandhi, P., et al., *Drug related medical emergencies in the elderly: role of adverse drug reactions and non-compliance.* Postgrad Med J, 2001. **77**(913): p. 703-7.
52. Vilke, G., Marino, A., Iskander, J., et al., *Emergency department patient knowledge of medications.* J Emerg Med, 2000. **19**(4): p. 327-30.
53. TNS Sofres, *Les Français et l'automédication : enquête réalisée pour l'Association Française de l' Industrie Pharmaceutique pour une Automédication responsable.* [en ligne]. Site disponible sur : [http://www.tns-sofres.com/etudes/sante/150601\\_automed.htm](http://www.tns-sofres.com/etudes/sante/150601_automed.htm). (page consultée le 17 juillet 2004).

54. Pouillard, J., *L'automédication*. Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins, février 2001. [en ligne] Site disponible sur : <http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/automedication.pdf> (page consultée le 17 juillet 2004).
55. Lau, G.S., Lee, K.K. and Luk, C.T., *Self-medication among university students in Hong Kong*. Asia Pac J Public Health, 1995. **8**(3): p. 153-7.
56. Torrible, S.J. and Hogan, D.B., *Medication use and rural seniors: who really knows what they are taking?* Can Fam Physician, 1997. **43**: p. 893-8.
57. Hughes, C.M., McElnay, J.C. and Fleming, G.F., *Benefits and risks of self medication*. Drug Saf, 2001. **24**(14): p. 1027-37.
58. *Vidal de l'automédication*. [en ligne]. Site disponible sur : [http://www.kiria.fr/pages/static/vidal\\_de\\_lautomedication\\_2004.php](http://www.kiria.fr/pages/static/vidal_de_lautomedication_2004.php). (page consultée le 17 juillet 2004).
59. Garcia- Fricheux, F., *Migraine : les risques de l'automédication*. [en ligne]. Site disponible sur : [http://www.doctissimo.fr/html/dossiers/migraine/sa\\_6554\\_migraine\\_risques\\_automediation.htm](http://www.doctissimo.fr/html/dossiers/migraine/sa_6554_migraine_risques_automediation.htm). (page consultée le 17 juillet 2004).
60. Livry, C., Disson-Dautriche, A., Jolimoy, G., et al., *Identification du mésusage de médicaments : Etude de la notification spontanée des effets indésirables dans un centre régional de pharmacovigilance*. Presse Med, 2003. **32**: p.1552-6.
61. Caignou, J.L., *L'acte pharmaceutique révélé*. Les nouvelles pharmaceutiques, 1999. **185**: p. 3-7.
62. Krishnan, H.S. and Schaefer, M., *Evaluation of the impact of pharmacist's advice giving on the outcomes of self-medication in patients suffering from dyspepsia*. Pharm World Sci, 2000. **22**(3): p. 102-8.
63. Pagnoux, R., *Des valeurs extrêmes pour le Limousin*. INSEE Limousin « la revue », Nov. 2003. Numéro **44**. [en ligne]. Site disponible sur : [http://www.insee.fr/fr/region/rFc/Ficdoc\\_Frame.asp?doc\\_id=6734](http://www.insee.fr/fr/region/rFc/Ficdoc_Frame.asp?doc_id=6734) (page consultée le 15 mars 2004).
64. Aguer, M., *Les métiers se redéplient*. INSEE Limousin « la revue », juin 2002. Numéro **36**. [en ligne]. Site disponible sur : [http://www.insee.fr/fr/region/rFc/ficdoc\\_Frame.asp?doc\\_id=5118](http://www.insee.fr/fr/region/rFc/ficdoc_Frame.asp?doc_id=5118) (page consultée le 15 mars 2004).

## 9. ANNEXES

**ANNEXE 1**

**Exemple de fiche de recueil des données :**

NOM :					No fiche:
AGE:					
SEXE:	M / F				
Adresse:	ville	ville moyenne	campagne		
Profession :					
Statut SS :	100%	non 100%			
Institution :	O / N				
Hospi. en urgence :	O / N				
Nbre de mèdeceins:	généralistes:		spécialistes :		
Lettre jointe:	O / N				
Nbre de médic prescrits:					
Nbre de médic cités :					
Mode d' administration:	SC	IM	IV	autre	
Médic. avec surveillance:	AVK	HBPM	Insuline	Pilule	Autres
Pilulier:	O/N				
Qui prépare?	patient	époux	enfants	IDE	Autres
Lecture de la notice?	O / N				
Fréquence du renouvellement:	ts les mois	< 1 mois	> 1 mois		
Qui « achète » les médic ?	patient	époux	enfants	IDE	Autres
Qui informe ?	Medecin :	spécialiste	Pharmacien	IDE	
		généraliste			
	Famille	Personne	Autre		



## 10. ABREVIATIONS

ADO : antidiabétique oral

AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien

ALD : affection de longue durée

AMM : autorisation de mise sur le marché

AVC : accident vasculaire cérébral

AVK : anti-vitamine K

CNAM : caisse nationale d'assurance maladie

DCI : dénomination commune internationale

EI : effet indésirable

HBPM : héparine de bas poids moléculaire

IDE : infirmière diplômée d'Etat

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

MMS : mini mental score

TNS : T. Nelson Sofrès

# TABLE DES MATIERES

<b>1. INTRODUCTION .....</b>	<b>12</b>
<b>2. MATERIEL ET METHODES .....</b>	<b>13</b>
2.1 LES PATIENTS .....	13
2.2 LES DIFFERENTS SERVICES .....	13
2.3 CREATION D'UNE FICHE DE RECUEIL DE DONNEES .....	14
2.4 RECUEIL DES DONNEES .....	14
2.5 ANALYSE DES DONNEES .....	15
<b>3. RESULTATS.....</b>	<b>17</b>
3.1 DONNEES DEMOGRAPHIQUES .....	17
3.1.1 <i>L'âge</i> .....	17
3.1.2 <i>Le sexe</i> .....	18
3.1.3 <i>Le lieu et le mode d'habitation</i> .....	18
3.1.4 <i>La profession</i> .....	18
3.2 LE MODE D'HOSPITALISATION ET LE NOMBRE DE MEDECINS PRESCRIPTEURS .....	19
3.3 COMPORTEMENT DU PATIENT VIS A VIS DE SON TRAITEMENT .....	20
3.3.1 <i>La préparation des médicaments</i> .....	20
3.3.2 <i>L'« achat » des médicaments</i> .....	21
3.3.3 <i>L'utilisation d'un pilulier</i> .....	21
3.3.4 <i>Lecture de la notice explicative</i> .....	21
3.4 LE CONTENU DE L'ORDONNANCE .....	22
3.5 MEDICAMENTS CITES ET INFORMATIONS DONNEES AUX PATIENTS.....	23
3.5.1 <i>Résultats globaux</i> .....	23
3.5.2 <i>Résultats par classes thérapeutiques</i> .....	24
3.6 LES FACTEURS INFLUENÇANT LES CONNAISSANCES .....	26
3.6.1 <i>L'âge</i> .....	26
3.6.2 <i>Le sexe</i> .....	26
3.6.3 <i>Le lieu d'habitation</i> .....	26
3.6.4 <i>La catégorie socioprofessionnelle</i> .....	26
3.6.5 <i>Le mode de remboursement</i> .....	26
3.6.6 <i>Le mode de vie</i> .....	27
3.6.7 <i>Le mode d'hospitalisation</i> .....	27
3.6.8 <i>La lettre du médecin</i> .....	27
3.6.9 <i>La voie d'administration du traitement</i> .....	27
3.6.10 <i>Les médicaments avec surveillance</i> .....	27
3.6.11 <i>L'utilisation d'un pilulier</i> .....	28

3.6.12	<i>La préparation des médicaments</i> .....	28
3.6.13	<i>Lecture de la notice</i> .....	28
3.6.14	<i>La fréquence du renouvellement des ordonnances</i> .....	28
3.6.15	<i>L' « achat » des médicaments</i> .....	28
3.6.16	<i>L' information du patient</i> .....	29
3.6.17	<i>Le nombre de médicaments prescrits</i> .....	29
3.6.18	<i>La connaissance des indications</i> .....	29
3.7	<b>PARTICULARITES OBSERVEES EN FONCTION DU SERVICE</b> .....	31
3.7.1	<i>Patients hospitalisés en Médecine Interne à Saint Junien</i> .....	31
3.7.2	<i>Patients hospitalisés en cardiologie à Brive</i> .....	32
<b>4.</b>	<b>DISCUSSION</b> .....	<b>35</b>
4.1	<b>POURQUOI LES PATIENTS CONNAISSENT MAL LEUR TRAITEMENT ?</b> .....	35
4.1.1	<i>Un nombre trop élevé de médicaments prescrits</i> .....	36
4.1.2	<i>L'âge comme principal facteur limitant ?</i> .....	37
4.1.3	<i>La catégorie socioprofessionnelle</i> .....	38
4.1.4	<i>Le sexe</i> .....	39
4.1.5	<i>L'utilisation d'un pilulier</i> .....	39
4.1.6	<i>Les malades atteints d'une affection de longue durée sont-ils plus impliqués dans leur traitement ?</i> .....	39
4.1.7	<i>Rôle des informations données aux patients</i> .....	40
4.1.7.1	<i>Quel est le souhait des patients ?</i> .....	40
4.1.7.2	<i>Rôle des informations écrites</i> .....	42
4.1.7.3	<i>Qui informe les patients ?</i> .....	43
4.1.8	<i>Résultats d'une enquête téléphonique menée auprès de 16 médecins généralistes de la région de St Junien et de Meuzac</i> .....	47
4.2	<b>LES CONSEQUENCES</b> .....	48
4.2.1	<i>La compliance</i> .....	48
4.2.2	<i>Les effets indésirables</i> .....	49
4.2.3	<i>Les problèmes dus à l'automédication</i> .....	52
4.2.4	<i>Un coût supplémentaire pour l'assurance maladie</i> .....	54
4.3	<b>LES SOLUTIONS</b> .....	57
4.3.1	<i>Diminuer le nombre de médicaments par ordonnance</i> .....	57
4.3.2	<i>Améliorer la qualité des informations</i> .....	57
4.3.2.1	<i>Le rôle du médecin</i> .....	58
4.3.2.2	<i>Le rôle du pharmacien</i> .....	59
4.3.2.3	<i>Le rôle des médias</i> .....	59
4.3.2.4	<i>Le rôle de l'entourage</i> .....	60
4.3.3	<i>L'implication du patient</i> .....	60
4.3.4	<i>Le rôle de l'assurance maladie et des pouvoirs publics</i> .....	61
4.3.5	<i>Le rôle des laboratoires pharmaceutiques</i> .....	61

5. LIMITES DE L'ETUDE .....	62
6. PERSPECTIVES .....	63
7. CONCLUSION .....	64
8. BIBLIOGRAPHIE.....	65
9. ANNEXES .....	70
10. ABREVIATIONS .....	73

## SERMENT D'HIPPOCRATE

---

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 151

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

MOULINIER Marina- Les patients connaissent-ils leur traitement habituel ?  
77 p. (Thèse : Médecine Limoges ; 2004)

## RESUME

Le travail réalisé dans cette thèse vise à évaluer la connaissance des patients vis-à-vis de leur traitement habituel. Pour cela, 150 patients, hospitalisés dans différents services de Médecine, ont été interrogés. Il leur était demandé d'énumérer les noms de leurs médicaments et leurs indications respectives.

La moyenne d'âge des patients était de 70,8 ans. Le nombre moyen de médicaments prescrits était de 6,07 (variant de 1 à 16) et le nombre moyen de médicaments cités de 2,9. Seuls 29% des patients étaient capables de citer la totalité de leur traitement et 18% d'entre eux étaient incapables de citer un seul nom de médicament. La connaissance du traitement est d'autant meilleure que l'âge est inférieur à 70 ans, que le patient gère lui-même son traitement, qu'il utilise un pilulier, qu'il prend un traitement nécessitant une surveillance particulière.

Les conséquences d'une mauvaise connaissance des traitements sont nombreuses : inobservance, augmentation des effets indésirables, surcoût pour l'Assurance Maladie, etc...

Des mesures sont envisageables afin d'améliorer l'état des connaissances de chaque patient. Elles reposent essentiellement sur la qualité des informations fournies lors de la consultation et de la délivrance du traitement par le pharmacien : il semblerait qu'un support écrit soit relativement efficace et en particulier chez les sujets âgés.

Cette étude, restreinte en effectif et en répartition géographique, mériterait probablement d'être étendue et ce, avec le concours des pouvoirs publics et de l'Assurance Maladie.

## MOTS-CLES

Traitement – Information du patient – Relation médecin/malade – Effets indésirables  
Automédication – Observance – Patient – Connaissance.