



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et de Pharmacie



ANNEE 2020

THÈSE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 12 Novembre 2020 à Poitiers
par **Madame Marilou Lefort**

Élaboration d'un outil « Ma fiche de bord médicaments » et évaluation de son impact sur la connaissance du patient polymédiqué de son traitement de fond

COMPOSITION DU JURY

Président : Madame le Professeur Marie-Christine PERAULT-POCHAT

Membres : Madame le Docteur Valérie VICTOR-CHAPLET, professeur associé
Monsieur le Docteur Bernard FRECHE, professeur associé
Monsieur le Docteur Christophe LE SAOUT

Directeur de thèse : Madame le Docteur Emmanuelle DELEAU-BOUGES





Université de Poitiers

Faculté de Médecine et de Pharmacie



ANNEE 2020

THÈSE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 12 Novembre 2020 à Poitiers
par **Madame Marilou Lefort**

Élaboration d'un outil « Ma fiche de bord médicaments » et évaluation de son impact sur la connaissance du patient polymédiqué de son traitement de fond

COMPOSITION DU JURY

Président : Madame le Professeur Marie-Christine PERAULT-POCHAT

Membres : Madame le Docteur Valérie VICTOR-CHAPLET, professeur associé
Monsieur le Docteur Bernard FRECHE, professeur associé
Monsieur le Docteur Christophe LE SAOUT

Directeur de thèse : Madame le Docteur Emmanuelle DELEAU-BOUGES



Le Doyen,

Année universitaire 2020 - 2021

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en disponibilité**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation

- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie (**retraite 01/03/2021**)
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique (**en mission 2020-2021**)
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie (**en cours d'intégration PH**)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (**en mission 1 an à/c nov.2020**)
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNIER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (**en dispo 1 an**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS :

Aux membres du jury :

Au Professeur Marie-Christine Pérault-Pochat, qui me fait l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

Au Professeur Valérie Victor-Chaplet, que j'ai eu le plaisir de côtoyer durant le cursus théorique du DES de médecine générale. Merci d'avoir eu la gentillesse d'accepter de juger ce travail et de m'accorder de votre temps.

Au Professeur Bernard Freche, qui m'a fait confiance pour prendre soin de ses patients et me fait l'honneur de juger ce travail. Je te prie de bien vouloir trouver ici la marque de ma gratitude.

Au Docteur Christophe Le Saout, mon « *papa* » de la médecine générale. Je sais comme tu aimes suivre tes anciens internes et je suis ravie d'en faire partie. Merci pour ton aide et ta disponibilité, du SASPAS à ma thèse jusqu'à ma vie professionnelle. Ton humeur constante et ta bienveillance ont été un incroyable booster de confiance pour démarrer cette vie de médecin généraliste.

À ma directrice, le Docteur Emmanuelle Deleau-Bouges. Tu m'as vu grandir et évoluer dans mon parcours de futur docteur en médecine générale, de mon tout premier stage à la thèse. Tu m'as transmis l'amour de ton métier, ta pratique m'a inspiré et motivé à faire le travail que j'exerce avec bonheur aujourd'hui. Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse.

À tous ceux qui ont contribué à ce travail :

Aux médecins généralistes qui ont eu la gentillesse de recruter des patients : Aurore et Emmanuelle à Couhé ; Marie-Noëlle à Vouillé ; Marlène, Christelle, Pierre et Greg à Gencay ; Christelle, Jérôme, Christophe, Damien et Xavier à Vivonne ; Aymeric, Franck et Jérémie à Montmidi ; Lydia et Nathalie à Nouaillé. Merci de m'avoir aidé à mener ce projet à bien et de m'avoir accueilli dans vos locaux. Travailler avec vous tous, en stage, en remplacement ou pour la thèse a été un réel plaisir. Le principe de confraternité prend avec vous tout son sens.

À Isabelle Guérineau, du département de la protection des données de l'Université de Poitiers, qui m'a aidé dans le dépôt de la MR-004 et avec qui les échanges ont toujours été très sympathiques.

Au Dr Emilie Bouquet, qui a généreusement accepté de m'éclairer à travers ses connaissances en Santé Publique dans ce projet.

À Quentin, merveilleux statisticien, qui en plus d'être passionné par son métier est d'un altruisme rare. Merci encore à toi pour ta patience, ton temps et ton aide précieuse.

Aux professionnels croisés le long de mon internat :

À toute l'équipe rencontrée du premier stage de gériatrie au CH de Niort. Les « *pauses cohésion* » du matin ont initié des bases solides d'un travail sérieux mais entrecoupé de légèreté et de rires. Avec une pensée particulière pour Yannick et Sandrine, mes premiers maîtres de stage.

À l'équipe médicale et paramédicale des urgences de Châtellerauld, pour cette ambiance de travail... très dissipée mais sans jamais perdre de vue l'attention portée aux patients. Aux séniors, mélange éclectique de personnalités singulières et tous adorables. Aux infirmier(e)s et aides soignant(e)s, aux brancardier(e)s toujours présents pour leurs petits internes.

À Céline et Guillaume, du service de médecine interne de Rochefort.

À mes collègues de travail :

Lydia et Nath : il règne dans votre cabinet une bonne humeur contagieuse qui m'a donné envie de mettre fin à ma vie de remplaçante. Merci de m'avoir fait l'honneur de m'accepter comme future collaboratrice.

Je n'oublie pas **Stéphanie**, notre super secrétaire, pour sa douceur, sa sympathie et ses compétences irremplaçables.

À mes amis :

À Alicia, Alan et Miko. Trois amis qui ont marqué ces années de fac et leurs rebondissements. Copine de blabla, movie-friend et best-partner in crime, vous m'avez changé les idées au cours de ces longues années d'externat. Merci de votre second degré sans faille et vive l'humour carabin.

À Thomas (¿ Oye Como Va ?), pour ton travail de relecture du mémoire et de la thèse, mais surtout pour cette belle amitié qui s'est construite entre les murs de Roche d'Argent.

À Poonam, toute première co-interne et maintenant amie. Tu m'as donné un filleul, et mis du rose et des paillettes dans ma vie.

À Marion, et tous les autres co-internes qui ont croisé ma route à l'hôpital. Les gardes, le rythme parfois effréné ont été contre balancés par ces moments partagés.

À la « bande des kinés » (Léa et Simon, Lucie et Max, Agathe et Bibi, Rémy, Sabrina et Xavier, Charly, Laura & Bérenger, Chloé & Alexis, Maryse), qui s'est bien élargie, pour ces soirées, ces vacances, ces jours de l'an vécus ensemble ces dernières années.

À **Philippe (Fifoune)**, pour qui les remerciements sont difficiles tant tu m'as aidé ces dernières semaines. Merci pour ton investissement dans mon travail (tout à fait démesuré mais vraiment apprécié) et ton incroyable disponibilité. Je suis touchée de tout ce que tu as fait pour moi et reconnaissante que nos chemins se soient finalement croisés.

À **Diane**, qui fait partie de ces amis chers avec qui on peut tout partager.

À **Tom**, parce que mon p'tit bonhomme doit bien apparaître quelque part. Que de souvenirs avec toi et de nuits blanches à refaire le monde... Même de l'autre côté de la Manche, même avec des nouvelles sporadiques, tu restes le meilleur ami que j'ai jamais eu.

À **Caroline**. Je sais que tu aurais été là aujourd'hui et je penserai toujours à toi.

À ma famille :

À **mes oncles, tantes, cousins et cousines**. La famille soudée et parfois un peu folle que nous formons est inestimable.

À **mes grands-parents**, partis depuis longtemps mais pour qui j'ai une pensée émue aujourd'hui.

À **ma « belle-famille »**, Jo, Kris, Jessie, Franck et Rémy. Merci de m'avoir accepté parmi vous.

À **mes grandes sœurs, Zoë et Noémie**, pour la complicité qui nous unit malgré la distance. Merci d'être toujours là dans les moments importants. Sans oublier **Morgan et Amilcar**, que je suis ravie de compter maintenant dans la famille.

À **mes parents**, qui ont toujours tout fait pour que leurs filles aillent le plus loin possible dans leurs études. Sans aucune personne appartenant au corps médical dans la famille, le cursus était souvent difficile à comprendre, mais vous avez toujours été là.

Papa, pour les allers-retours à la gare, tes petits plats maison et les tupperwares bien remplis à ramener pour la semaine.

Maman, pour tes appels et ton soutien indéfectible toutes ces années.

J'espère vous avoir rendus fiers.

À **mon p'tit chat**, qui a assisté à toutes ces dernières étapes fastidieuses des études de médecine : la préparation de l'ECN, l'internat, les gardes, le mémoire puis la thèse... Tout ce temps, tu m'as patiemment réconforté et soutenu. Merci d'avoir cru en moi, plus que je ne l'ai fait moi-même. Merci pour ta présence au quotidien, dans lequel tu as insufflé le bonheur des moments simples.

TABLE DES MATIERES :

LISTE DES ABREVIATIONS	12
INTRODUCTION.....	13
CONTEXTE	16
I. Polypathologie et polymédication.....	16
A. Polypathologie	16
B. Polymédication	17
II. Éducation thérapeutique.....	19
A. Définition	19
B. L’ETP dans les politiques de santé publique en France	20
C. L’intérêt des supports écrits	21
III. Connaissance du traitement.....	22
A. Critères de connaissance du traitement.....	22
B. Facteurs influençant la connaissance des patients sur leurs médicaments	22
1) Facteurs liés au patient	22
2) Facteurs liés à la prescription	23
C. Évaluation de la connaissance des patients de leurs médicaments	23
MATERIEL ET METHODES.....	25
I. Déroulement de l’étude.....	25
A. Population et modalités d’inclusion.....	25
B. Nombre de sujets nécessaires.....	26
C. Recueil des données	27
1) Phase 1 : l’entretien initial à M-0	27
2) Phase 2 : le recueil à M+3	28
D. Objectif de l’étude et critère de jugement principal.....	29
II. Présentation du support d’éducation thérapeutique	29
A. Le principe	29
B. Création du support.....	30
III. Analyse statistique	33
IV. Protection des données et éthique.....	34

RESULTATS	35
I. Données socio-démographiques	36
A. Répartition selon l'âge	36
B. Répartition selon le sexe	36
C. Répartition selon le niveau d'études	37
D. Répartition selon la catégorie socio-professionnelle	37
E. Répartition selon le mode de vie.....	38
F. Nombre de patients en ALD	38
II. Données sur le traitement de fond	39
A. Fréquence du renouvellement	39
B. Utilisation d'un pilulier.....	39
C. Nombre de médicaments.....	39
D. Durée de traitement.....	40
III. Analyse de la connaissance des médicaments à M-0.....	41
A. Connaissance par item	41
B. Connaissance des patients selon le nombre de médicaments	41
C. Connaissance des patients selon le niveau d'études	42
D. Connaissance selon l'âge	42
E. Connaissance selon le sexe	43
F. Connaissance selon la catégorie socioprofessionnelle.....	43
IV. Évènements entre la phase 1 et la phase 2 de l'étude	44
V. Évolution de la connaissance après intervention à M+3	45
VI. Retour d'expérience des patients.....	48
A. Consultation de la fiche de bord	48
B. Aide à la compréhension.....	48
C. Utilité future de l'outil	49
D. Remarques libres.....	49
DISCUSSION	51
I. Confrontation aux données de la littérature	52
A. Caractéristiques de la population étudiée	52
B. Analyse de la connaissance des traitements.....	53
1) Connaissance du nom des médicaments	53
2) Connaissance des indications	54
3) Connaissance du schéma de prise	54
4) Facteurs influençant la connaissance des médicaments	55
C. Impact d'une information écrite sur les médicaments	56

II. Forces et faiblesses de notre étude.....	58
A. Points forts de l'étude	58
B. Limites de l'étude	61
III. Perspectives	63
BIBLIOGRAPHIE.....	65
ANNEXES.....	69
Annexe 1	69
Annexe 2	70
Annexe 3	71
Annexe 4	78
RESUME.....	80
SERMENT D'HIPPOCRATE	81

TABLE DES ILLUSTRATIONS

INDEX DES FIGURES :

Figure 1 : Icônes selon le schéma d'administration et la galénique	30
Figure 2 : Diagramme des flux de l'étude	35
Figure 3 : Répartition des patients par tranches d'âge.....	36
Figure 4 : Répartition selon le sexe par tranches d'âge	36
Figure 5 : Répartition des patients selon le niveau d'études	37
Figure 6 : Répartition des patients selon le nombre de médicaments (comptés en substances actives)	39
Figure 7 : Répartition des patients selon la durée du traitement.....	40
Figure 8 : Répartition de la connaissance de l'indication des médicaments selon le sexe	43
Figure 9 : Répartition des paramètres de connaissance à M-0 et M+3	46
Figure 10 : Différence de connaissance entre M-0 et M+3 selon la tranche d'âge	47

INDEX DES TABLEAUX :

Tableau 1 : Répartition des sujets selon leur catégorie professionnelle	37
Tableau 2 : Connaissance des médicaments selon le niveau d'études.....	42
Tableau 3 : Évolution de la connaissance des médicaments entre M-0 et M+3	45
Tableau 4 : Évolution de la connaissance des patients selon qu'ils aient ou non consulté leur fiche.....	47
Tableau 5 : Réponses des patients selon l'échelle de Likert sur l'aide à la compréhension de la fonction de leurs médicaments	48

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD : Affection Longue Durée

ARS : Agence Régionale de Santé

ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe

BEP : Brevet d'Etudes Professionnelles

BEPC : Brevet d'Etudes du Premier Cycle

BPM : Bilan Partagé de Médication

CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

COVID : Coronavirus Disease / Maladie du coronavirus

CSP : Code de la Santé Publique

DCI : Dénomination Commune Internationale

DPO : Data Protection Officer / Délégué à la protection des données

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

ETP : Education Thérapeutique du Patient

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

INDS : Institut National des Données de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

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

LIL : Loi Informatique et Libertés

MR : Méthodologie de Référence

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle / Pluridisciplinaire

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

SD / DS : Déviation Standard / Ecart-type

RSG : Réseau de Soins Gériatriques

QCM : Questionnaire à Choix Multiples

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

WHO / OMS : Organisation Mondiale de la Santé

INTRODUCTION

Sous l'effet conjugué du vieillissement de la population et de l'amélioration globale de la survie, la prévalence des maladies chroniques ne cesse de s'accroître.¹

Le cumul de différentes maladies chroniques, définissant la polypathologie, pèse sur notre système de santé, tant en matière de dépenses que de consommation de soins.¹ En France, 35 % de la population couverte par le régime général de l'assurance maladie souffre d'une ou plusieurs maladies chroniques. Parmi les admissions en affection de longue durée (ALD) de l'année 2017, plus d'un tiers concernaient des personnes bénéficiant déjà d'une ou plusieurs autres ALD.¹ Chez les 65 ans et plus, au moins 1 personne sur 5 est concernée par la polypathologie.²

Les soins primaires y sont particulièrement confrontés. Selon l'enquête réalisée par la DREES en 2002 auprès des médecins généralistes, 42 % des recours au médecin étaient motivés par le suivi d'affections chroniques.³

Le chevauchement de ces affections mobilise souvent plusieurs spécialistes pour la prise en charge du patient. Dans ce contexte, le médecin traitant a un rôle pivot dans la coordination des soins et est le partenaire privilégié du patient pour l'accompagner dans un processus de prise en charge globale.

L'accumulation de ces pathologies chroniques entraîne une augmentation des prescriptions médicamenteuses, et génère une polymédication. L'ensemble alourdit les coûts en soins de santé et altère la qualité de vie du patient.^{4,5}

Il est estimé que les plus de 65 ans consomment en moyenne 3,9 médicaments différents quotidiennement,⁶ et que 40 % des plus de 75 ans sont en situation de polymédication.⁷ Cependant, polymédication et polypathologie sont deux phénomènes corrélés qui ne concernent pas uniquement les seniors et surviennent bien avant 65 ans.^{8,9} Bien que la prévalence de la polypathologie augmente avec l'âge, le nombre absolu de personnes polypathologiques est plus élevé chez les moins de 65 ans.¹⁰

La connaissance du traitement est inversement liée au nombre de médicaments pris.¹¹⁻¹³ Elle est évaluée à moins de 40 % de connaissance à partir de 3 médicaments et plus, contre 70 % pour 1 ou 2 médicaments.¹⁴

Dans la plupart des études, la connaissance des traitements par les patients est considérée comme insuffisante, mais les chiffres sont très variables du fait de protocoles de recherche

hétérogènes. Dans l'exemple de l'indication du médicament, la connaissance varie de 29 à 89 % selon les études. Pourtant, la connaissance des traitements permettrait une meilleure observance thérapeutique.¹⁵⁻¹⁸

Néanmoins, peu de supports d'éducation thérapeutique ont été développés pour les patients polymédiqués. La plupart sont basés sur le paradigme d'une maladie unique ou d'un traitement spécifique (insuffisance rénale chronique, diabète, VIH, anticoagulants...). Cette approche omet la complexité des patients ayant des problèmes de santé multiples et qui se chevauchent, pourtant communément retrouvée en pratique.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) peut améliorer la connaissance qu'il a de ses médicaments, que ce soit par la délivrance d'une information orale ou écrite.^{15,19,20} En France, l'ETP est aujourd'hui inscrite dans le parcours de soins du patient. Selon le code de santé publique, « *elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle fait partie intégrante de la prise en charge du malade* ». ²¹ L'information orale est la principale source d'information pour le patient. Elle est primordiale dans l'interaction entre patient et soignant, et est indispensable à une relation de qualité. Cependant, les patients peuvent oublier jusqu'à 50 % des informations fournies par les professionnels de santé en consultation.²²

Une communication multimodale alliant le verbal et l'écrit est donc à privilégier car elle apporte de meilleurs résultats sur l'amélioration des connaissances des patients sur leur traitement.^{20,23,24}

On retrouve peu de fiches d'informations portant sur la globalité du traitement suivi par le patient dans la littérature.

La plupart d'entre-elles étaient utilisées dans un milieu hospitalier.^{12,18} Les Français citent pourtant le médecin généraliste (87 %) et le pharmacien (62 %) comme les plus à même de fournir des informations sur la bonne utilisation des médicaments.²⁵

D'autres « fiches traitements » à destination du patient existent, mais elles concernent les sujets âgés.^{26,27} Or, parmi les patients atteints de plusieurs pathologies, 42 % sont âgés de moins de 60 ans, la problématique couvre donc toutes les tranches d'âge.²⁸

Faisant le constat empirique du manque de connaissances des patients sur leurs traitements au cours des consultations en soins primaires, il nous semblait important de créer un outil d'information qui leur serait destiné, portant sur l'ensemble des médicaments pris de façon régulière, et de le tester.

Afin d'avoir une approche globale, l'idée était que cet outil soit utilisable au cabinet du médecin généraliste, chez tout patient polymédiqué, quel que soit son âge ou les classes médicamenteuses prescrites. Nous voulions ainsi nous intéresser à un panel de la population souvent oublié dans les études en incluant également les moins de 65 ans, afin d'être plus représentatifs de notre exercice de la médecine générale.

Nous avons donc créé un document intitulé « *Ma fiche de bord médicaments* » à l'intention de ces patients. Il se présente sous la forme d'un tableau récapitulatif du traitement de fond, reprenant les noms, indications, posologies et horaires de prise des différents médicaments (annexe 1). Sa conception s'est inspirée du travail de thèse de Caillerez F. et Michaut L, dans le cadre de l'étude de Collard et al.^{15,26} Sa forme et son contenu ont été adaptés de façon à prendre en compte les indications du « *guide méthodologique de la HAS pour l'élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients* ». ²⁹ Ainsi, nous nous sommes attelés à rendre l'outil visuellement attrayant pour les patients, et surtout à employer un langage clair et adapté, dans une optique de vulgarisation médicale. L'idée était que ce document puisse être également un instrument de dialogue, qui prolonge et optimise l'échange de la consultation, en plus d'être un support d'éducation thérapeutique.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la connaissance des traitements chez les patients polymédiqués prenant 4 substances actives ou plus, avant puis 3 mois après la remise d'un support éducatif écrit intitulé « *Ma fiche de bord médicaments* » accompagné d'explications orales.

Cette connaissance était évaluée à travers les différents items que sont : le nom, la posologie, l'éventuel organe visé et l'indication du médicament.

L'hypothèse était que la remise de cette fiche de bord améliore les connaissances qu'ont les patients de leur traitement habituel.

CONTEXTE

Les maladies chroniques sont un défi pour l'avenir de notre système de soins. Elles nécessitent une approche différente des maladies aiguës, en s'inscrivant dans la durée et en se concentrant sur le patient et ses attentes. Aujourd'hui, le patient est invité à devenir actif dans sa prise en charge, à comprendre ses pathologies et ses traitements.

Pourtant, le fait d'être atteint de multiples affections augmente inévitablement le nombre de prescriptions. Cette situation peut rendre difficile l'implication des patients dans la gestion de leurs soins, de plus en plus complexes. C'est pourquoi les politiques de santé publique encouragent de plus en plus le développement de l'ETP, devenue un élément incontournable de la prise en charge du patient chronique.

I. Polypathologie et polymédication

A. Polypathologie

La polypathologie est définie comme la présence simultanée de plusieurs pathologies chez le même individu.

Elle augmente significativement avec l'âge : en 2016, elle concernait au moins 1 personne sur 5 à partir de 65 ans et au moins 1 personne sur 3 à partir de 85 ans.²

Néanmoins, les patients plus jeunes sont également concernés. Le profil des pathologies évolue en fonction de la catégorie d'âge : avant 45 ans, elles concernent essentiellement le domaine de la santé mentale ; entre 45 et 65 ans, le diabète et les maladies cardio-vasculaires ; enfin, à partir de 85 ans, la démence et l'insuffisance cardiaque font partie des pathologies les plus souvent présentes.²

La prévalence des maladies chroniques étant en hausse constante, le patient polypathologique occupe une place de plus en plus importante en médecine générale. Entre 2011 et 2017, les admissions en "ALD liste" ont augmenté à un rythme annuel moyen de + 5 %.¹

Une étude rétrospective réalisée en Angleterre montrait ainsi que 32 % des consultations de médecine générale impliquaient des patients polypathologiques, alors que ces mêmes patients ne représentaient que 16 % de la population.³⁰

B. Polymédication

Les définitions de la polymédication sont variées et hétérogènes.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) donne deux définitions, où l'interprétation est différente selon celle utilisée. La première définit la polymédication comme « *l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée* », dans une approche où elle semble légitime notamment dans des contextes de polyopathie. La seconde comme « *l'administration d'un nombre excessif de médicaments* » où elle apparaît comme inappropriée, pourvoyeuse d'effets indésirables ou d'interactions médicamenteuses.³¹

Les personnes âgées sont les principales concernées par la polymédication du fait de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques avec l'âge.¹ Elles sont aussi les plus exposées au risque iatrogénique du fait des modifications physiologiques de leur métabolisme et de la diminution de leurs capacités cognitives.⁶

L'IRDES (Institut de Recherche et de Développement en Economie de la Santé) a réalisé en 2014 un travail de revue de littérature pour inventorier les différentes définitions de la polymédication et sa mesure, explorée selon divers seuils.³²

La polymédication est divisée en plusieurs types selon sa temporalité :

- La polymédication simultanée correspond au nombre de médicaments pris simultanément par le patient un jour donné ;
- La polymédication cumulative, ou « médication multiple », est définie par la somme des médicaments différents administrés au cours d'une période donnée ;
- La polymédication continue s'apparente à la polymédication cumulative mais s'intéresse aux médicaments pris de façon prolongée et régulière.

Le seuil - nombre de médicaments au-delà duquel on parle de polymédication - n'est pas défini de façon consensuelle. Dans la littérature, le nombre s'étend de 2 à 11 médicaments. Le seuil le plus fréquemment retrouvé est celui de 5 médicaments ou plus (46 % des articles).^{32,33} Les termes « *mineure* », « *modérée* », « *majeure* » ou « *excessive* » sont parfois retrouvés pour décrire la polymédication, sans répondre à des critères validés.

Au vu de cette pluralité de définitions, l'IRDES conseille de choisir un indicateur de polymédication selon « *ce que l'on cherche à observer ou à mesurer* ». ³²

Par ailleurs, la prise en compte du nombre de substances actives, au lieu du nombre de boîtes d'emballage médicamenteux, semble plus pertinente sur le plan biologique pour mesurer la polymédication.³⁴ En effet, l'émergence de médicaments combinant deux ou trois substances pharmacologiquement actives (notamment dans le domaine cardio-vasculaire) change l'abord du concept de la polymédication axée uniquement sur le nombre de médicaments. Le nombre de comprimés pris par le patient n'est, dans cette situation, pas le reflet de sa polymédication réelle et la sous-estime. Les deux ou trois substances actives contenues dans le même médicament n'ont pas les mêmes modalités d'action, effets indésirables ou interactions médicamenteuses et méritent à ce titre d'être comptées indépendamment.

II. Éducation thérapeutique

En 1998, l’OMS rédigeait un rapport dont le but était d’émettre des recommandations sur l’éducation thérapeutique des patients (ETP). Ce texte apparaît aujourd’hui comme une référence, fondateur de cette pratique.³⁵

Dans ce rapport, il était souligné que « *de nombreux patients n'observent pas les instructions et prescriptions ; moins de 50 % suivent leur traitement correctement. Les patients sont souvent mal informés sur leur(s) maladie(s), notamment car la formation initiale de la plupart des soignants, en particulier les médecins, est principalement fondée sur l'établissement d'un diagnostic et le choix d'une thérapeutique* ». Pourtant, les patients atteints de maladies chroniques sont eux-mêmes une ressource de première ligne concernant leurs soins. À ce titre, l’ETP doit pouvoir apporter au patient des compétences relatives à sa santé, pour s’assurer de soins appropriés et efficaces.

L’ETP est une pratique qui s’impose lentement dans le paysage de l’organisation des soins en France. Face au défi grandissant des maladies chroniques, les pouvoirs publics se sont appropriés cette thématique depuis maintenant presque 20 ans.

A. Définition

Définie par l’OMS depuis 1996, l’éducation thérapeutique du patient « *vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique [...] Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie* ». ³⁵

En 2008, le rapport pour une politique nationale d’ETP présenté à la ministre de la santé, Roselyne Bachelot, donne une nouvelle définition : « *L'éducation thérapeutique s'entend comme un processus de renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soins. Elle vise à rendre le malade plus autonome par l'appropriation de savoirs et de compétences afin qu'il devienne l'acteur de son changement de comportement, à l'occasion d'événements majeurs de la prise en charge (initiation du traitement, modification du traitement, événement intercurrents, ...) mais aussi plus généralement tout au long du projet de soins, avec l'objectif de disposer d'une qualité de vie acceptable par lui* ». ³⁶

B. L'ETP dans les politiques de santé publique en France

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé définit pour la première fois des objectifs d'une politique de prévention « *qui tend notamment [...] à développer également des actions d'éducation thérapeutique* » (Art. L. 1417-1 du Code de la Santé Publique).

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) de 2009 positionne l'éducation thérapeutique dans le parcours de soins et fixe l'objectif « *de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie* ». Elle confie la gestion de l'ETP aux Agences Régionales de Santé (ARS). Cette loi clarifie le cadre de l'ETP et engage une réflexion sur la formation nécessaire des soignants, ses modalités d'organisation, son financement à l'hôpital et en ambulatoire. Les pharmaciens notamment, sont investis de nouvelles missions de prévention. L'ETP entre alors dans leur champ d'action sous forme d'entretiens pharmaceutiques auprès des patients sous anticoagulants et des asthmatiques.

En juin 2010, des propositions pour une mise en œuvre rapide et pérenne de l'ETP ont été soumises à l'Assemblée nationale. Ce texte soulignait le fait que « *l'offre est hospitalo-centrée alors que les maladies chroniques sont essentiellement prises en charge en ambulatoire* » et que la participation des médecins traitants « *à la conception et à l'animation des programmes d'ETP doit être encouragée.* ». ³⁷ Pourtant, en Nouvelle-Aquitaine en 2018, les maisons et pôles de santé pluridisciplinaires (MSP) ne représentent encore que 4 % des programmes d'ETP de la région, contre 68 % pour les établissements de santé. ³⁸ La mise en place de l'ETP « de proximité » n'est donc qu'à ses débuts. Les difficultés de mise en œuvre peuvent être expliquées par un travail administratif relié à l'autorisation des programmes vraisemblablement conséquent pour des petites structures et des professionnels de santé libéraux.

Dans l'optique d'une approche de proximité de l'ETP, deux acteurs de soins primaires ont particulièrement leur place, en coopération avec le médecin généraliste : les infirmiers et les pharmaciens d'officine. Le dispositif Asalée (action de santé libérale en équipe), s'est étendu sur tout le territoire national en 2012. C'est un protocole de coopération qui permet des délégations d'actes ou d'activités des médecins généralistes vers des infirmières formées à l'ETP, comprenant des dépistages et des suivis de maladies chroniques. Depuis la parution en 2018 de nouveaux avenants dans la convention nationale pharmaceutique, les pharmaciens peuvent accompagner les patients dans le cadre d'un bilan partagé de médication (BPM).

Ce programme de suivi pharmaceutique s'adresse aux patients âgés d'au moins 65 ans atteints d'une ou plusieurs ALD ainsi qu'aux patients de 75 ans et plus, traités de façon chronique par un minimum de 5 principes actifs différents. Les objectifs principaux du BPM sont de prévenir la iatrogénie et d'améliorer l'observance médicamenteuse.

C. L'intérêt des supports écrits

L'information orale est la principale source d'information pour le patient, elle est primordiale car elle permet d'établir une interaction avec son praticien. Cependant, elle peut se révéler problématique : les patients oublient jusqu'à 50 % des informations fournies par les professionnels de santé en consultation.³⁹ L'association des techniques de communication orale et écrite est donc à privilégier car elle apporte de meilleurs résultats sur l'amélioration des connaissances des patients sur leur traitement.^{20,23,40}

Les données de la littérature montrent que la mémorisation de l'information médicale décroît avec le temps chez les patients lorsqu'elle est communiquée verbalement et qu'elle augmente lorsqu'elle est associée à des informations écrites.⁴⁰

La HAS a réalisé en 2008 un guide méthodologique pour l'« *élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé* ». Ce guide décrit notamment « *les préférences des patients et des usagers pour la présentation des documents écrits* ».²⁹

Parmi ces préférences, on retrouve l'emploi d'un ton positif, encourageant et optimiste ; la remise d'une information honnête, pratique et non condescendante ; la personnalisation en utilisant le « *vous* » plus impliquant ; l'emploi d'un vocabulaire d'usage, clair, facile à lire et à comprendre, de phrases courtes ; l'utilisation d'un texte concis avec une structure visible et des caractères lisibles ; et enfin une édition professionnelle, loin d'une apparence « bon marché », avec un mélange équilibré du texte et des illustrations.

Nous avons essayé de conformer au mieux « *Ma fiche de bord médicament* » à ces recommandations lors de sa création, afin de la rendre attractive et facile d'utilisation pour les patients.

III. Connaissance du traitement

La connaissance qu'ont les patients de leur traitement est un paramètre qui est peu documenté dans les études. Celles qui ont été menées retrouvent souvent une connaissance incomplète des médicaments.¹⁷ Cependant, les domaines de connaissance évalués et les méthodes employées sont variables car il n'existe pas de cadre consensuel d'évaluation de cette connaissance

A. Critères de connaissance du traitement

Une revue de la littérature a été réalisée par Sommer et al. pour caractériser les connaissances des patients hospitalisés sur leur prise en charge.¹⁷

Dans cette revue, parmi les études portant sur la connaissance qu'ont les patients de leurs médicaments, on retrouvait plusieurs champs de connaissance explorés. Les différentes compétences du patient évaluées étaient : sa capacité à citer le nom du médicament ; la posologie (« *dosage* », « *frequency* » : grammage et fréquence de délivrance) ; l'indication du médicament (« *purpose* », « *indication* », « *reason for prescription* ») ; les modalités de prise ; l'horaire (« *frequency* ») ; les précautions d'emploi ; la connaissance des effets indésirables et l'existence d'interactions médicamenteuses.

B. Facteurs influençant la connaissance des patients sur leurs médicaments

1) Facteurs liés au patient

Que les études soient menées en milieu hospitalier ou en ambulatoire, on retrouve une relation négative entre l'âge et le degré de connaissance du traitement de fond par le patient.^{12,14,41-43}

Les études de Marks et al. et d'Akici et al. rapportaient un score moyen de connaissance des médicaments positivement associé au sexe féminin, ce qui n'était pas retrouvé dans les autres études.^{43,44}

La connaissance du traitement est d'autant plus importante que le niveau d'études du patient est élevé.^{12,13,42,43}

Par ailleurs, la connaissance décroît parallèlement au déclin cognitif.¹⁴

2) Facteurs liés à la prescription

La connaissance du médicament est inversement liée au nombre de médicaments pris par le patient.^{11-14,16,42}

Certaines études suggèrent que le niveau de connaissance peut varier en fonction des classes thérapeutiques. L'étude de Franchitti et al. révèle que la connaissance peut aller de 42 à 85 % selon la classe thérapeutique concernée.¹³ Parmi les médicaments les mieux connus, on retrouve les anti-diabétiques^{42,45} et les antalgiques.^{13,45} En revanche, les patients ont des connaissances moindres en ce qui concerne les anti-agrégants plaquettaires^{13,42} et les anticoagulants oraux.^{14,42} Dans l'étude de Bouvy portant sur des patients de gériatrie, l'indication des anticoagulants et des antiagrégants plaquettaires est connue à peine plus d'une fois sur deux (57,1 %).¹⁴ Dans ces différents travaux, il n'y avait pas d'hypothèse avancée pour expliquer cette différence de connaissance selon les classes thérapeutiques prescrites.

L'étude d'AlRuthia et al. souligne que la confiance des patients diabétiques en leur médecin généraliste est positivement associée à leur connaissance en matière de médicaments.⁴⁶

C. Évaluation de la connaissance des patients de leurs médicaments

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de questionnaire validé scientifiquement d'évaluation de la connaissance de leurs médicaments par les patients polymédiqués.

Les outils validés d'évaluation de connaissance que l'on retrouve sont des QCM, mais ils sont utilisés dans des situations de mono-pathologie (polyarthrite rhumatoïde, hypertension...) ou d'exploration d'une seule famille thérapeutique (anticoagulants, antidiabétiques, antirétroviraux...). Ces méthodes ne sont pas extrapolables lorsque l'on veut explorer des situations de polymédication et de polypathologie car cela nécessite des questions plus ouvertes.

D'autres études sur le sujet utilisent leurs propres questionnaires, tous basés sur différents critères de connaissance parmi ceux listés dans la partie III.A.

Certaines cotent la connaissance en un score, en classant le niveau de connaissance (par exemple en « mauvais », « acceptable », « bon » ou « très bon »), ou encore en délivrant des points selon la connaissance ou les erreurs,^{47,48} mais aucun de ces scores n'a été soumis à validation.

Face à ce constat, nous avons choisi dans notre étude d'évaluer les connaissances des patients par « items de connaissance », c'est-à-dire en cloisonnant leurs niveaux de connaissances par catégories (nom du médicament, indication, posologie...). De la sorte, nous ne prenons pas le risque méthodologique d'utiliser ou de créer un score de connaissance qui n'aurait pas été soumis à une validation scientifique.

MATERIEL ET METHODES

Notre étude est une étude prospective de type avant/après sans groupe contrôle, dont le but est d'évaluer l'impact d'une action d'ETP avec remise d'une fiche intitulée « *Ma fiche de bord médicaments* » au sein d'une cohorte de patients polymédiqués en soins primaires.

I. Déroulement de l'étude

Le seul investigateur de cette étude était le thésard, qui réalisait les premiers entretiens en cabinet médical sur rendez-vous, puis complétait et délivrait la fiche de bord (phase 1) et rappelait les patients 3 mois après la première entrevue pour un second questionnaire (phase 2).

A. Population et modalités d'inclusion

Les sujets ont été recrutés au sein de la patientèle de 6 cabinets de médecine générale de la Vienne (86), dont 4 maisons médicales et 2 MSP, où 16 praticiens participaient à l'étude, en milieux urbain, péri-urbain et rural (communes de Poitiers, Nouaillé-Maupertuis, Vouillé, Vivonne, Couhé et Gencay).

Les coordonnées des patients répondant aux critères d'inclusion et acceptant de participer à l'étude étaient recueillies par leur médecin traitant. Ce dernier proposait l'étude à tous les patients éligibles durant des plages de consultation préalablement définies.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Personne majeure
- Ayant un traitement de fond avec au moins 4 médicaments (comptés en nombre de substances actives), renouvelables par un médecin généraliste
- En capacité de lire et de parler couramment français
- Se déplaçant au cabinet pour le renouvellement de traitement

Les critères de non-inclusion étaient :

- Patient institutionnalisé
- Retard mental
- Démence avérée, syndrome confusionnel
- Troubles psychiatriques non équilibrés
- Aphasie ou autres troubles du langage
- Refus du patient
- Troubles visuels ou auditifs sévères
- Préparation des médicaments par un tiers
- Analphabétisation

Nous avons fait le choix dans notre travail de compter les médicaments en nombre de substances actives. Le seuil a été fixé à au moins 4 substances actives en polymédication continue. Ce choix du nombre tire sa justification dans les résultats de plusieurs études, qui mettaient en exergue le fait que le patient connaissait moins son traitement au-delà de 3 médicaments.^{11,14,41} Dans l'étude de Chung et al. notamment, où 78% des médicaments étaient correctement identifiés si 1 à 3 médicaments étaient prescrits contre 45% pour 4 à 5 médicaments.¹¹

Les entretiens de la phase 1 ont eu lieu entre le 8 Janvier 2020 et le 21 Février 2020, sur rendez-vous, au sein des cabinets médicaux habituels des patients.

B. Nombre de sujets nécessaires

Les données de la littérature sont limitées en ce qui concerne la connaissance qu'ont les patients de leurs traitements. La plupart sont axées sur des populations précises (insuffisants rénaux, diabétiques, séropositifs...) et donc non extrapolables à notre travail.

Nous souhaitons inclure au moins 90 patients, les études les plus proches (Caillerez F.¹⁵ et Osman A.⁴⁷), ayant été réalisées sur respectivement 89 et 60 patients. L'objectif était donc d'avoir un effectif d'environ 100 patients en projetant les éventuels perdus de vue.

C. Recueil des données

1) Phase 1 : l'entretien initial à M-0

Une note d'information était remise au patient au début de l'entretien, accompagnée d'explications orales, décrivant le projet de thèse et ses modalités, rappelant le cadre légal et expliquant que la réponse au questionnaire impliquait son accord pour participer à l'étude (annexe 4).

Le patient complétait ensuite un questionnaire format papier en présence de l'investigateur (annexe 3).

La première partie du questionnaire collectait des données socio-démographiques : âge, sexe, niveau d'études, mode de vie (seul ou non), catégorie professionnelle selon la nomenclature « Profession et Catégories Socioprofessionnelles » de l'INSEE, bénéficiaire d'une ALD ou non.

La partie suivante était dédiée aux coordonnées du patient : nom, prénom, numéro(s) de téléphone et une précision sur les plages horaires préférentielles pour le futur rendez-vous téléphonique de M+3. Cette partie était séparée des deux autres pour un archivage sécurisé des données personnelles, alors que les deux autres parties ne comportant que des données pseudonymisées étaient regroupées.

La dernière partie était celle consacrée aux médicaments pris régulièrement par le patient.

Les habitudes concernant le traitement étaient demandées : fréquence du renouvellement par le médecin traitant, utilisation ou non d'un pilulier, nombre de médicaments différents pris chaque jour, temps depuis lequel le patient était traité.

Le patient devait ensuite remplir un tableau vierge sur ses médicaments pris de façon régulière (ce que nous appelons « traitement de fond »). Il était attendu qu'il indique au mieux, et pour chacun de ses médicaments : le nom (en DCI ou en nom commercial selon son choix), le dosage, le schéma de prise, l'organe visé (si concerné) et l'indication correspondante. Il pouvait laisser des cases vierges et compléter le tableau dans l'ordre qu'il souhaitait.

La fin du questionnaire comportait des questions sur l'existence d'interactions médicamenteuses et sur la connaissance de la notion de DCI et de nom commercial.

Une fois le questionnaire complété, l'investigateur remettait au patient sa « *fiche de bord médicaments* » personnalisée, en reprenant oralement chacun des médicaments avec le patient.

L'entretien initial durait environ 30 minutes.

2) Phase 2 : le recueil à M+3

Le patient était réévalué par téléphone 84 à 112 jours (soit 3 à 4 mois) après l'entretien initial.

L'appel se faisait sans rendez-vous, en respectant les préférences de contact précisées par le patient dans la deuxième partie du questionnaire de la phase 1.

L'investigateur complétait un questionnaire informatisé durant l'appel téléphonique selon les réponses données par le patient.

Les premières questions s'enquerraient d'une hospitalisation et/ou d'une modification du traitement de fond dans la période écoulée entre les phases 1 et 2 de l'étude.

Les patients devaient ensuite indiquer s'ils avaient ou non eu l'occasion de consulter leur fiche de bord au cours de l'intervalle entre les deux phases.

Ils avaient ensuite à répondre aux deux affirmations suivantes par une échelle de Likert : « *Cette fiche m'a aidé à mieux comprendre l'utilité de mes médicaments.* » et « *Cette fiche pourra m'être utile à l'avenir.* ».

Les sujets inclus étaient ensuite invités à reprendre le nom de leurs différents médicaments, les schémas de prise, l'éventuel organe visé et les indications pour chacun d'entre eux.

Les commentaires libres exprimés par le patient en réponse à la question « *Avez-vous des remarques concernant votre "fiche de bord mes médicaments" ou sur l'entretien d'il y a 3 mois ?* » étaient retranscrits dans le questionnaire.

D. Objectif de l'étude et critère de jugement principal

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'impact de la remise d'un support éducatif écrit personnalisé, intitulé « *Ma fiche de bord médicaments* » accompagné de ses explications orales, sur la connaissance des traitements chez le patient polymédiqué prenant 4 substances actives ou plus.

L'hypothèse principale était que la remise d'un support écrit personnalisé améliore les connaissances du patient sur les traitements qu'il prend de façon régulière.

Le critère de jugement principal recueilli était la connaissance du traitement de fond, répartie en quatre items (critère composite) :

- Connaissance du nom du médicament (DCI ou commercial) ;
- Connaissance de l'organe visé par le médicament (si concerné) ;
- Connaissance de l'indication du médicament ;
- Connaissance de l'horaire de prise du médicament et sa quantité (schéma de prise).

II. **Présentation du support d'éducation thérapeutique**

A. Le principe

À l'issue du questionnaire de la phase 1 de l'étude, réalisée en présentiel dans les différents cabinets médicaux, un support papier était remis au patient sur son traitement de fond.

Le principe était de rappeler au patient, pour chacun de ses médicaments : le nom (en DCI de façon systématique ainsi que le nom commercial, précisé uniquement si « parlant » pour le patient), l'indication et l'horaire de prise. Ces informations étaient résumées dans une fiche personnalisée que nous avons intitulé « *Ma fiche de bord médicament* » (annexe 1). Les indications des médicaments y sont reprises de façon vulgarisée, dans un langage adapté aux patients. Cette fiche était remise en fin d'entretien, en format A5, en couleur, sur du papier cartonné. Le patient n'avait pas de consignes particulières sur l'utilisation de cette fiche, il était libre de l'utiliser et de la conserver de la manière qui lui semblait la plus appropriée.

B. Création du support

L'outil « *Ma fiche de bord médicaments* » a été élaboré sur un tableur Excel. Il s'est inspiré du travail de thèse de médecine générale de Caillerez F. et Michaud L. : « *Évaluation de l'impact d'une intervention éducative visant à améliorer la sécurité de la prescription médicale et son adhérence chez la personne âgée* ». ¹⁵ Leur outil « *Tableau de suivi des traitements* » était lui-même conçu sur la base d'un support similaire « *Mon traitement* » créé par le Réseau de Soins Gériatriques (RSG) de Lille-Hellemmes-Lomme. ²⁷

Une base de données médicamenteuse a été intégrée manuellement au tableur, élaborée à partir du VIDAL. Elle comprend 900 références de médicaments pouvant être prescrits ou renouvelés par des médecins généralistes.

Les médicaments sont classés par grands domaines thérapeutiques (cardiologie, pneumologie, antalgiques...) puis par classe thérapeutique (par exemple dans le domaine de la cardiologie : anti-angoreux, anticoagulants, hypolipémiants...). Pour chaque classe thérapeutique est assignée une ou plusieurs de leurs grandes indications (non exhaustives), formulées dans un langage adapté au patient.

La dénomination est présente dans les deux nomenclatures pour chacun des médicaments : en DCI et en nom commercial.

La forme remise au patient comprenait 3 colonnes principales :

- « *Nom(s) de mon médicament* », reprenant le nom en DCI de manière systématique, le nom commercial était ajouté à la DCI s'il était plus parlant pour le patient.
- « *Son utilité* », reprenant l'indication du médicament de la ligne.
- « *Prise* », rappelant l'horaire de prise du médicament (matin, midi, soir, coucher). Dans la sous-colonne concernée s'affichaient des icônes selon sa forme galénique.

Figure 1 : Icônes selon le schéma d'administration et la galénique



L'utilisation du tableur Excel a été facilitée par l'installation d'un « userform », boîte de dialogue permettant de compléter de façon plus rapide la fiche du patient (annexe 2).

Il suffisait à l'opérateur de sélectionner un domaine thérapeutique dans un menu déroulant et de compléter deux autres menus déroulants en cascade, pour y sélectionner la classe thérapeutique et obtenir le médicament voulu en indiquant ses premières lettres. Il restait ensuite à cocher l'horaire de prise (matin, midi, soir ou coucher). Une fois les informations souhaitées sélectionnées, une validation permettait de les transférer directement dans le tableau. Les indications se complétaient ensuite automatiquement pour chacun des médicaments renseignés. Ainsi, l'opérateur n'avait pas à taper les informations, le remplissage étant en partie automatisé.

Le tableur a été modifié par rapport au travail de Caillerez F. et Michaud L. afin de diminuer le risque d'erreur lié à un remplissage manuel et faciliter son utilisation.

Nous avons conçu notre outil en essayant de respecter au plus près les préférences des patients pour la présentation des documents écrits référencés dans le guide publié par la HAS en 2008.²⁹.

Ainsi, nous avons fait le choix de ne pas intégrer à la fiche les effets indésirables possibles ou des injonctions relatives au traitement pour éviter de véhiculer un message négatif (par exemple : « *Ne pas arrêter sans l'avis d'un médecin* », « *peut donner des douleurs musculaires* », « *risque d'hypoglycémies* »). L'objectif était également de restreindre la quantité d'éléments sur la fiche afin de rester concis, sans surcharge d'informations.

Pour les mêmes raisons, il n'a pas été fait de rappel du dosage, déjà présent sur les boîtes et l'ordonnance du patient, et plus sujet à modifications dans le temps. L'outil devait surtout transmettre un message essentiel : le « pourquoi » du traitement.

L'intitulé « *Ma fiche de bord médicaments* » a été choisi afin d'impliquer le patient par l'usage un adjectif possessif. Pour décrire l'indication des médicaments, le discours employé était adapté au patient, sans jargon médical, dans une colonne nommée « *Son utilité* ». L'expression « *utilité* » a été préférée au terme « indication », qui pouvait ne pas être compris de tous les patients.

Nous avons choisi une taille de caractère suffisante (22) pour une bonne lisibilité.

Pour différencier visuellement le nom DCI du nom commercial, la DCI était représentée en majuscules, et le nom commercial en minuscules suivi d'un « ® », symbole de marque déposée.

Enfin, une grande attention a été apportée au visuel de la fiche (couleurs, choix des illustrations et des polices d'écriture) pour un rendu plus « professionnel » et agréable sans entacher pour autant sa lisibilité (annexe 1).

III. Analyse statistique

Pour évaluer la connaissance d'un patient sur une question donnée concernant son traitement (connaissance du nom, de l'indication...), une moyenne était effectuée sur ses réponses à cette question. Les réponses aux questions portant sur la connaissance du traitement étaient des variables de type booléen (vrai/faux). Il était déduit, par patient et par question, la connaissance moyenne de son traitement (à M-0 puis à M+3). La connaissance « globale » par question sur le panel de patients était calculée en faisant la moyenne des moyennes par patient. L'objectif visé était que chaque patient ait un poids identique dans le calcul.

Afin de comparer les moyennes M-0 et M+3 de connaissance par item, le test de Student apparié a été utilisé lorsque les conditions d'application étaient réunies.

Pour comparer les moyennes M-0 et M+3 de connaissance concernant la différence entre DCI et nom commercial, le test non paramétrique de Wilcoxon apparié a été utilisé.

L'interaction entre deux variables qualitatives a été analysée en utilisant le test du Khi 2. Ce test a été utilisé sur l'ensemble des variables descriptives du panel.

L'ANOVA a été utilisée pour comparer les moyennes de connaissance patient en fonction de plusieurs groupes, généralement définis par les variables de description du panel. Ce test était utilisé lorsque les conditions d'application étaient réunies.

Lorsque l'ANOVA n'était pas applicable, pour les questions concernant la DCI et les interactions médicamenteuses, le test non paramétrique de Kruskal-Willis a été employé.

Les données ont été saisies sur Excel puis le traitement statistique a été effectué à l'aide du logiciel R (v-3.6.3).

Les tests statistiques ont été effectués avec un risque de première espèce de 5 %.

IV. Protection des données et éthique

Une déclaration de conformité à la loi informatique et liberté (LIL) et au RGPD a été déposée sous la méthodologie de référence MR-004, encadrant le traitement des données à caractère personnel. Un résumé des recherches a été enregistré dans le répertoire public tenu par l'INDS sous le numéro 1215150620. L'ensemble du dossier de protection des données personnelles pour la thèse a été réalisé conjointement avec la déléguée à la protection des données (DPO) de l'Université de Poitiers.

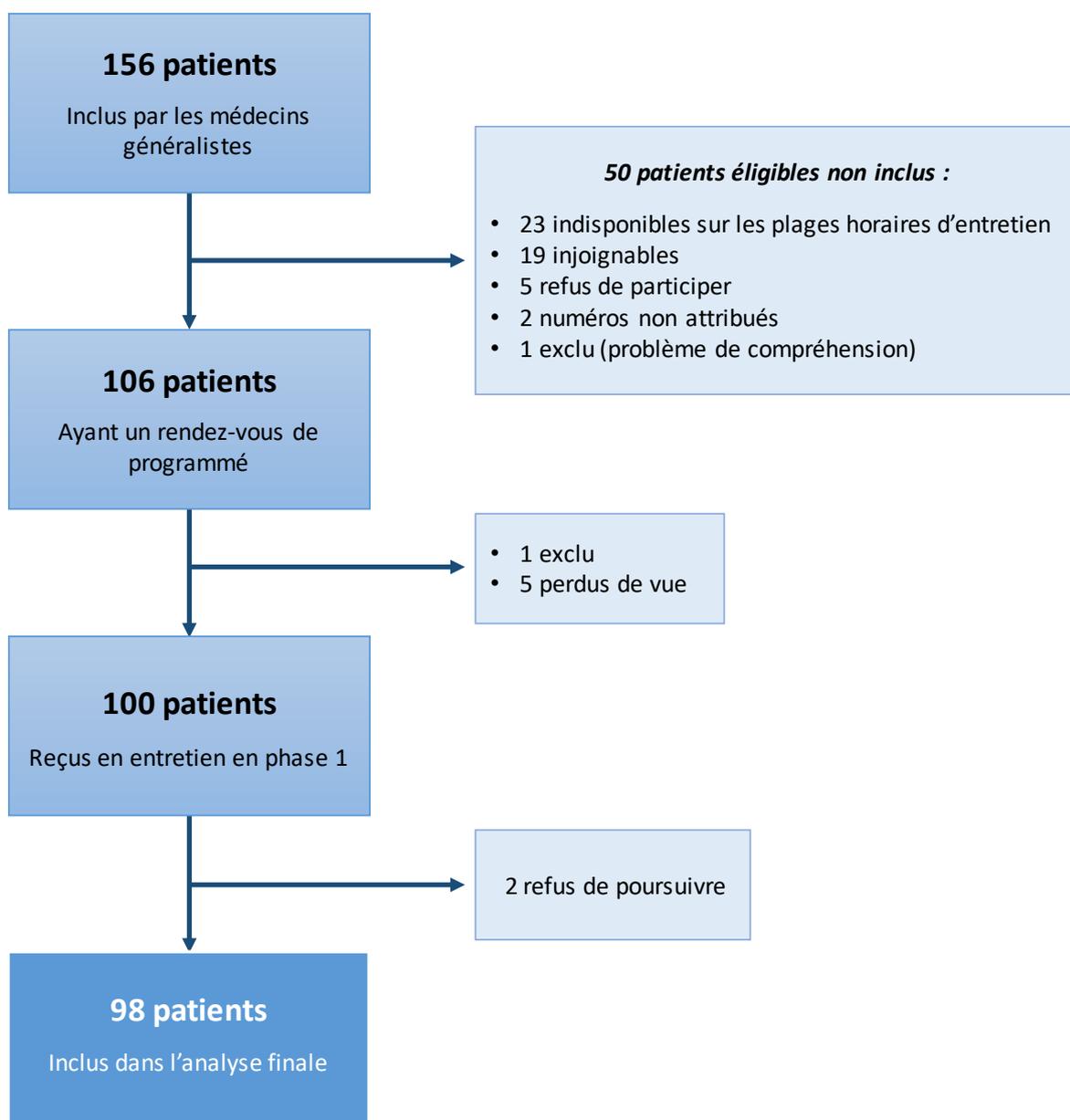
Les données des patients ont été sécurisées par pseudonymisation sous forme d'un code à 7 caractères composé de 3 lettres majuscules et 4 chiffres, généré aléatoirement pour chaque patient. Le tableau de correspondance était crypté afin de sécuriser les coordonnées, qui ont été définitivement supprimées après l'entretien téléphonique à M+3.

Un formulaire de consentement à la recherche et d'information était remis au patient (annexe 4).

RESULTATS

Au total, 101 patients ont été reçus en entretien à M-0 entre le 8 Janvier et le 21 Février 2020. Un patient a été exclu car il ne correspondait pas aux critères d'inclusion (nombre de substances actives < 4). L'analyse initiale a ainsi été effectuée sur 100 patients. Lors de l'entretien téléphonique à M+3, deux patients ont refusé de poursuivre l'enquête. L'analyse après intervention a donc été réalisée sur un panel de 98 patients.

Figure 2 : Diagramme des flux de l'étude

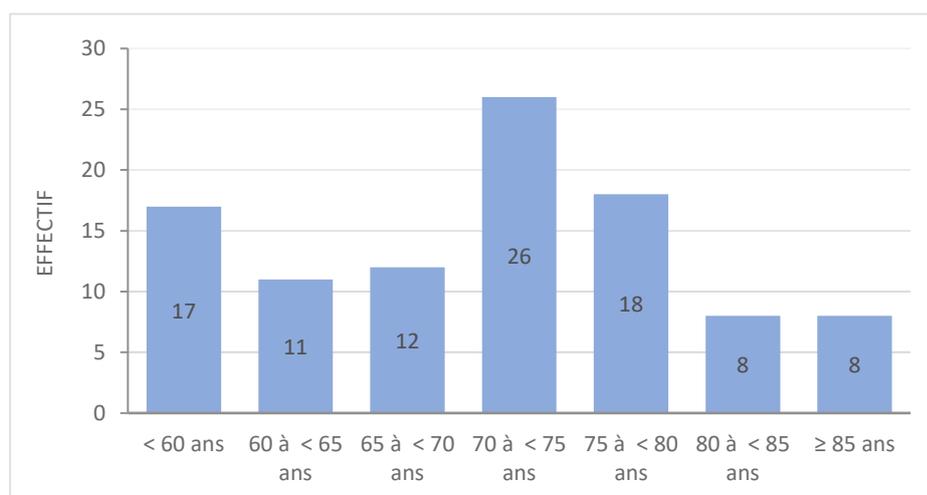


I. Données socio-démographiques

A. Répartition selon l'âge

Les participants étaient âgés de 48 à 90 ans. L'âge moyen était de 70,4 ans (écart type = 9,61), avec une médiane à 71 ans. L'âge moyen des femmes était de 69,9 ans et l'âge moyen des hommes de 71 ans.

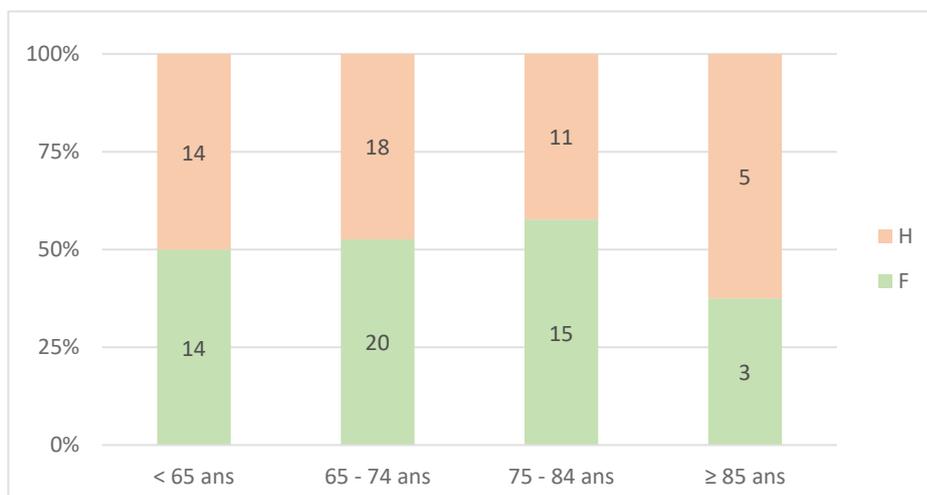
Figure 3 : Répartition des patients par tranches d'âge



B. Répartition selon le sexe

Il y a eu 52 femmes d'incluses pour 48 hommes. La répartition par tranches d'âge selon le sexe était homogène.

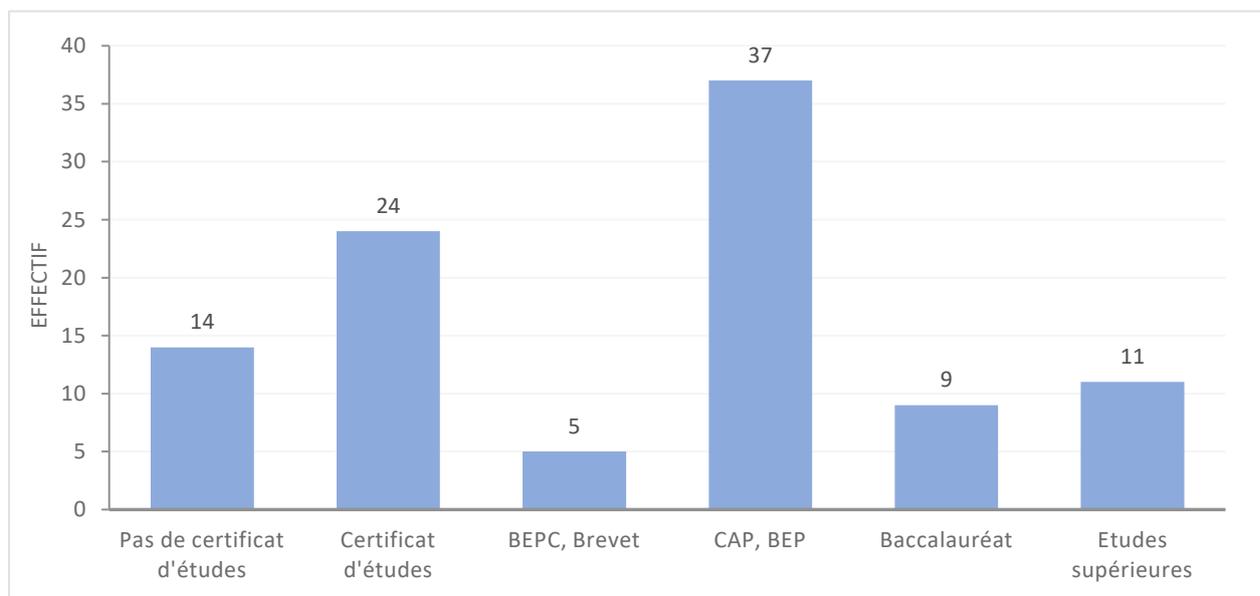
Figure 4 : Répartition selon le sexe par tranches d'âge



C. Répartition selon le niveau d'études

Les patients ayant un CAP ou un BEP ou d'autres diplômes techniques étaient les plus représentés dans l'échantillon (37 %). Au total, les patients étaient 20 % à avoir un diplôme égal ou supérieur au baccalauréat.

Figure 5 : Répartition des patients selon le niveau d'études



D. Répartition selon la catégorie socio-professionnelle

Une majorité de patients étaient à la retraite (72 %). La répartition des patients selon leur catégorie professionnelle actuelle est consignée dans le tableau 1.

Tableau 1 : Répartition des sujets selon leur catégorie professionnelle

Catégories Professionnelles	n =
Retraité	72
Ouvrier	6
Cadre ou profession intellectuelle supérieure	7
Au foyer	2
Professions Intermédiaires	3
Employé	8
Agriculteur exploitant	2

E. Répartition selon le mode de vie

Parmi les 100 sujets inclus, 19 d'entre eux vivaient seuls.

F. Nombre de patients en ALD

Ils étaient 66 % de patients à avoir au moins une ALD en cours.

II. Données sur le traitement de fond

A. Fréquence du renouvellement

Les patients consultaient leur médecin traitant majoritairement tous les 3 mois pour renouveler leur traitement (74 % des patients).

Ils étaient 15 % à consulter tous les 6 mois pour renouveler leur ordonnance, 5 % à avoir un renouvellement mensuel et les 6 % restants à avoir répondu « autre ».

B. Utilisation d'un pilulier

Sur les patients inclus, 41 % s'aidaient d'un pilulier pour prendre leurs médicaments.

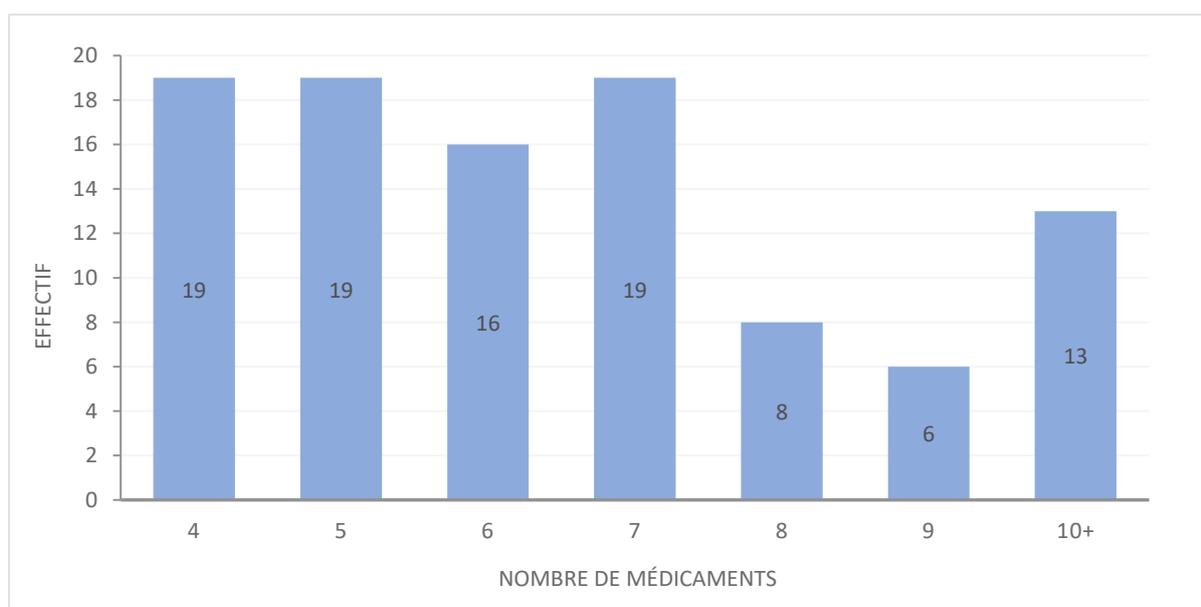
C. Nombre de médicaments

Le nombre est ici décompté par substance active.

Les patients interrogés prenaient en moyenne 6,6 médicaments ($\pm 2,37$) avec un nombre médian de 6 médicaments.

Ils étaient 13 % à prendre 10 médicaments ou plus. Le nombre maximal de médicaments pris par patient s'élevait à 13. Le premier quartile q1 était à 5 et le troisième quartile q3 à 8 médicaments.

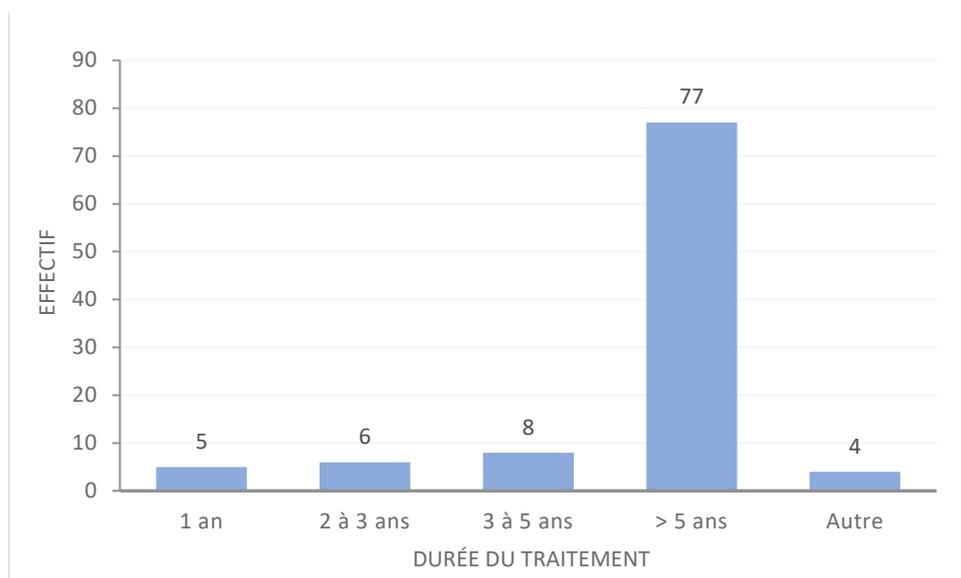
Figure 6 : Répartition des patients selon le nombre de médicaments (comptés en substances actives)



D. Durée de traitement

De manière générale, les patients prenaient le même traitement de fond depuis plus de 5 ans (77 %).

Figure 7 : Répartition des patients selon la durée du traitement



Le traitement avait récemment été modifié (ajout ou modification d'une molécule dans les 6 derniers mois) pour 21 % des patients.

III. Analyse de la connaissance des médicaments à M-0

A. Connaissance par item

La connaissance du nombre de médicaments pris régulièrement était exacte dans 73 % (± 44) des cas en moyenne.

Les patients inclus ont cité correctement le nom de 54 % (± 31) de leurs médicaments (en nom commercial ou en DCI).

Les patients ont su donner l'organe visé de 82 % (± 29) de leurs médicaments en moyenne.

Le niveau de connaissance des indications s'élevait à 77 % (± 24).

La connaissance des schémas de prise (posologie) était juste à 87 % (± 22) en moyenne. Les patients savaient préciser le dosage dans 23 % (± 27) des cas.

Les patients ont su expliquer à 40 % (± 50) la différence entre la DCI et le nom commercial.

Ils étaient 66 patients à penser qu'il n'y avait pas d'interaction existante avec leur traitement. Parmi eux, 51 (77 %) avaient pourtant au moins une interaction possible.

B. Connaissance des patients selon le nombre de médicaments

Seule la connaissance de l'organe visé variait de façon significative selon le nombre de médicaments pris ($p = 0,048$). Plus le nombre de médicaments pris était important, plus la connaissance de l'organe visé avait tendance à décroître.

Les autres paramètres de connaissance ne présentaient pas de différence significative selon le nombre de médicaments pris par le patient.

C. Connaissance des patients selon le niveau d'études

La connaissance du nom des médicaments était significativement liée au niveau d'études du patient ($p < 0,001$). En revanche, pour les autres paramètres de connaissance étudiés, il n'était pas retrouvé de différence significative.

Tableau 2 : Connaissance des médicaments selon le niveau d'études

Niveau de diplôme	Niveau de connaissance par item					
	Nombre	Nom	Dosage	Posologie	Organe	Indication
Aucun diplôme (n = 14)	50 %	29 %	15 %	81 %	83 %	66 %
Certificat d'études (n = 24)	75 %	58 %	22 %	92 %	82 %	78 %
BEPC, Brevet (n = 5)	40 %	53 %	19 %	90 %	80 %	85 %
CAP, BEP * (n = 37)	76 %	49 %	23 %	83 %	78 %	72 %
Baccalauréat ** (n = 9)	89 %	60 %	31 %	91 %	96 %	82 %
Études supérieures (n = 11)	91 %	85 %	33 %	97 %	82 %	92 %
Valeur de la p value (ANOVA)	0,075	< 0,001	0,631	0,223	0,832	0,086

* Ou autres diplômes techniques

** Général, professionnel ou technologique

Les patients ayant un niveau équivalent ou supérieur au baccalauréat (n = 20) avaient un meilleur niveau de connaissance concernant le nom des médicaments (74 % avec contre 49 % sans ; $p = 0,001$) et l'indication (88 % contre 74 % ; $p = 0,022$). Ils connaissaient également mieux la différence entre les noms commerciaux et la DCI (79 % contre 33 % ; $p < 0,001$).

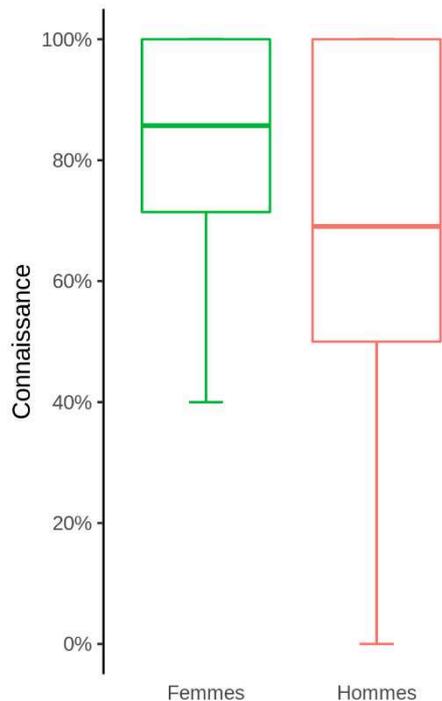
D. Connaissance selon l'âge

La connaissance de l'indication des médicaments était associée négativement avec l'âge des patients ($p = 0,013$). Il n'y avait pas de différence significative de connaissance selon l'âge pour les autres paramètres étudiés.

E. Connaissance selon le sexe

Les femmes avaient un meilleur niveau de connaissance sur l'indication de leurs médicaments (82 % contre 70 % pour les hommes ; $p = 0,008$).

Figure 8 : Répartition de la connaissance de l'indication des médicaments selon le sexe



Le niveau de connaissance des interactions était bien supérieur chez les femmes, avec 65 % de réponses correctes alors que celui des hommes était de 28 % ($p = 0,001$).

Les scores des autres paramètres de connaissance étaient également supérieurs pour les femmes, mais non significatifs. En effet, le niveau moyen de connaissance du nom de leurs médicaments était de 58 % contre 49 % pour les hommes ($p = 0,134$), de 91 % contre 83 % pour l'horaire de prise ($p = 0,073$) et de 85 % contre 75 % pour les hommes concernant l'organe visé ($p = 0,192$).

F. Connaissance selon la catégorie socioprofessionnelle

Etant donné que 72 % des patients étaient retraités, les données concernant les autres catégories socioprofessionnelles représentaient un échantillon trop faible pour en dégager des résultats.

IV. Évènements entre la phase 1 et la phase 2 de l'étude

Les entretiens en cabinet ont été réalisés entre le 8 Janvier 2020 et le 21 Février 2020, avec une réévaluation téléphonique à 3 mois. L'inclusion s'est donc faite peu avant le confinement dans le contexte de Covid-19, et les entretiens téléphoniques ont eu lieu pendant cette période de confinement.

Quatre patients ont été hospitalisés dans l'intervalle entre les deux phases de l'étude.

Des modifications ont été faites sur les traitements habituels pour 14 patients (arrêt, modification ou ajout d'un nouveau médicament).

V. Évolution de la connaissance après intervention à M+3

Les entretiens téléphoniques de M+3 ont en moyenne été menés 91 jours ($\pm 4,6$) après l'entretien initial, avec une médiane à 90 jours.

Au questionnaire de la phase 2, les patients ont su nommer 74 % de leurs médicaments (± 28) contre 54 % initialement, soit une différence de 20 % (évolution significative avec $p < 0,001$).

Le niveau de connaissance de l'organe visé était également croissant, avec une différence de 9 % entre M-0 et M+3 ($p < 0,001$).

La connaissance de l'indication progressait de 13 % ($p < 0,001$).

Le schéma de prise était connu dans 97 % des cas en moyenne en phase 2 au lieu des 87 % de M-0, soit une différence de 10 % ($p < 0,001$).

Tableau 3 : Évolution de la connaissance des médicaments entre M-0 et M+3

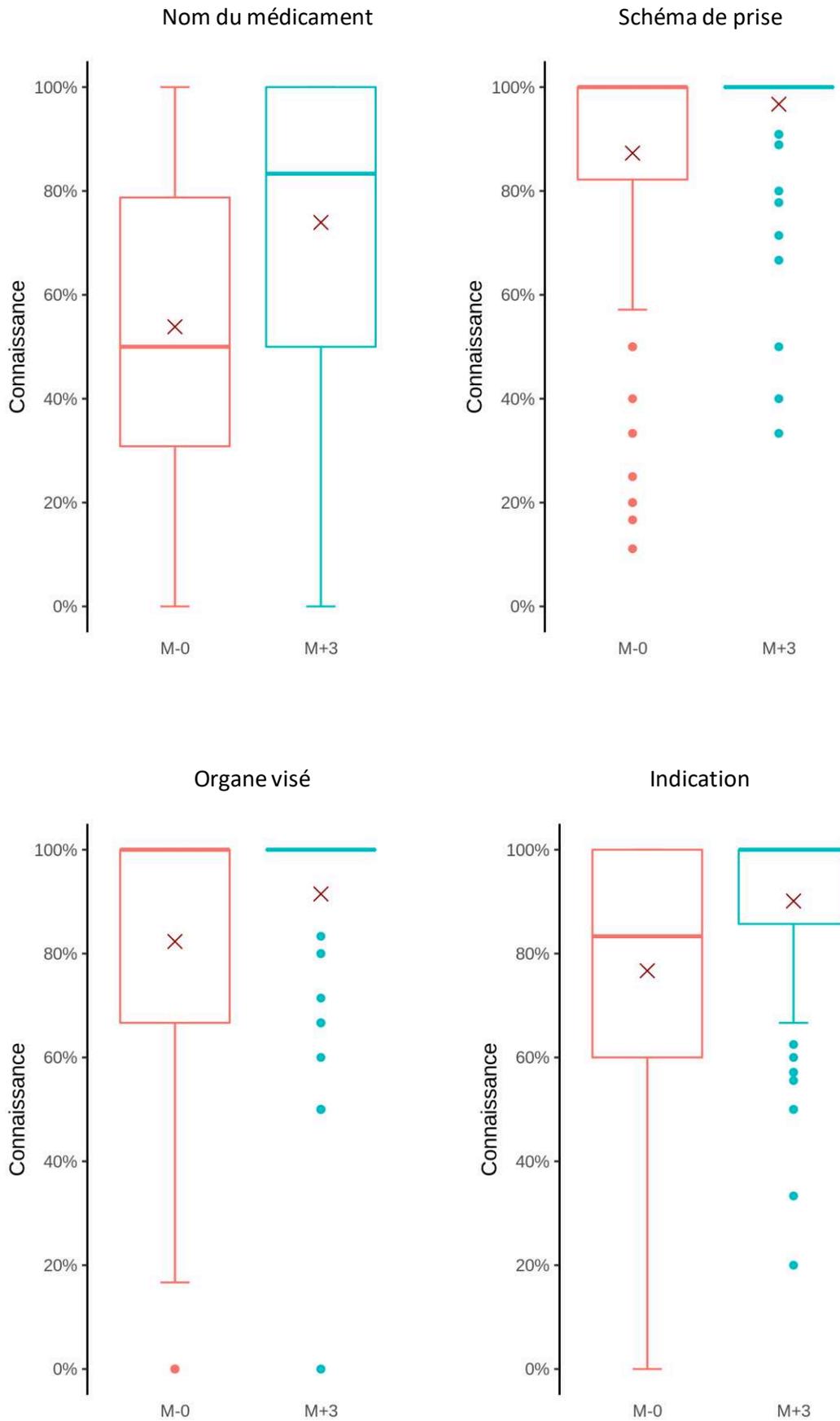
	M-0	M+3	p value
Connaissance du nom des médicaments (% \pm SD)	54 (± 31)	74 (± 28)	< 0,001
Connaissance de l'organe visé par les médicaments (% \pm SD)	82 (± 30)	91 (± 20)	< 0,001
Connaissance de l'indication des médicaments (% \pm SD)	77 (± 24)	90 (± 17)	< 0,001
Connaissance de la posologie des médicaments (% \pm SD)	87 (± 21)	97 (± 11)	< 0,001

La distribution des variables de connaissance avant puis après est exposée dans la figure 10 (page 45).

Parmi les patients n'ayant pas su donner la différence entre nom commercial et DCI à M-0, ils étaient 60 % à avoir su répondre correctement à M+3.

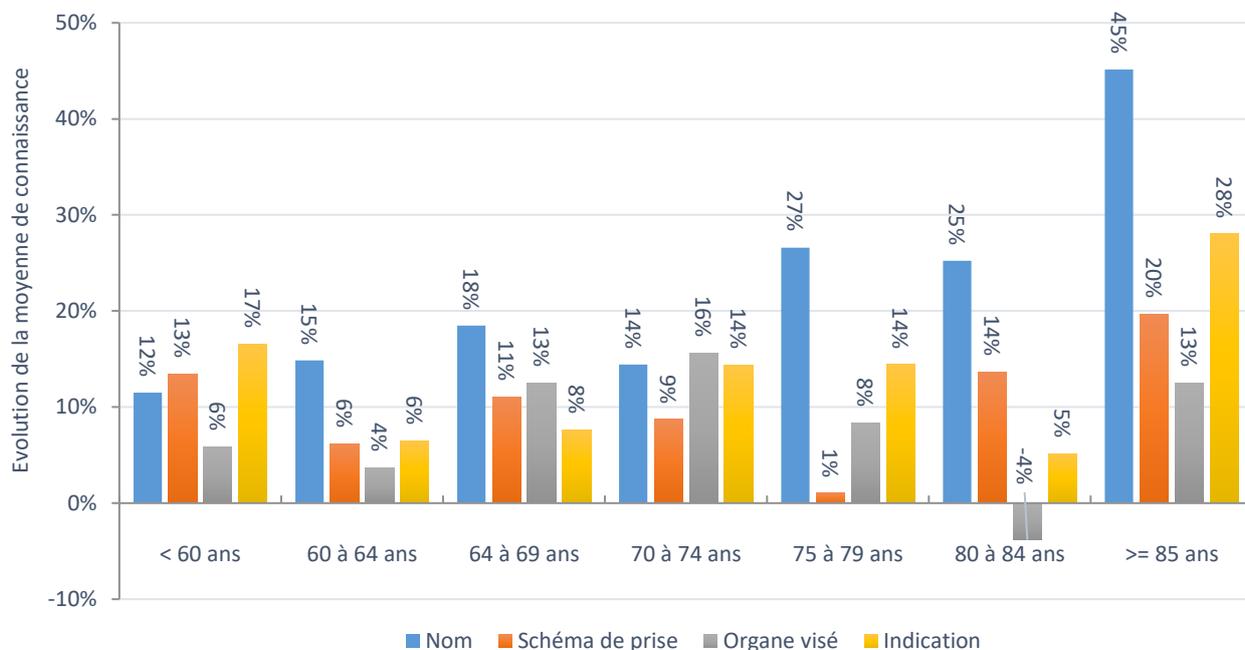
Figure 9 : Répartition des paramètres de connaissance à M-0 et M+3

(La croix rouge représente ici la moyenne)



L'évolution de la connaissance des patients selon leur tranche d'âge (figure 10) n'était significative que pour le nom ($p = 0,024$) : plus les patients étaient âgés, meilleure était leur progression. Pour les autres paramètres de connaissance, il n'y avait pas de différence significative.

Figure 10 : Différence de connaissance entre M-0 et M+3 selon la tranche d'âge



Les patients qui ont déclaré avoir consulté la fiche entre la phase 1 et la phase 2 ont progressé de façon significativement plus importante sur la connaissance du nom ($p = 0,005$), du schéma de prise ($p = 0,001$) et de l'indication ($p = 0,009$) comparé à ceux ne l'ayant pas consulté (tableau 4).

Tableau 4 : Évolution de la connaissance des patients selon qu'ils aient ou non consulté leur fiche

Critère de connaissance	Consultation de la fiche	M-0 (%)	M+3 (%)	Δ (%)	p M0-M3
Nom des médicaments	OUI	50,2	75,3	+ 25,1	0,005
	NON	60,4	71,4	+ 11,0	
Schéma de prise	OUI	83,9	98,1	+ 14,2	0,001
	NON	93,4	94,3	+ 0,90	
Organe visé	OUI	79,5	92,0	+ 12,5	0,124
	NON	87,2	90,6	+ 3,40	
Indication du médicament	OUI	74,6	91,8	+ 17,3	0,009
	NON	80,5	87,0	+ 6,5	

VI. Retour d'expérience des patients

A. Consultation de la fiche de bord

Soixante-trois patients (64,3 %) ont déclaré avoir consulté au moins une fois leur fiche de bord au cours des 3 mois écoulés entre l'entretien initial en cabinet et l'entretien téléphonique.

B. Aide à la compréhension

Au cours de l'entretien téléphonique, les patients étaient invités à répondre à l'affirmation suivante à l'aide d'une échelle de Likert : « *Cette fiche m'a aidé à mieux comprendre la fonction des médicaments qu'on me prescrit.* ». Les résultats sont consignés dans le tableau 5.

Ils étaient 64 patients (65,3 %) à avoir répondu positivement (« d'accord » ou « tout à fait d'accord »), 22 à avoir répondu négativement (22,4 % « pas d'accord », aucune personne n'ayant répondu « pas du tout d'accord ») et 12 indécis (12,2 %).

Tableau 5 : Réponses des patients selon l'échelle de Likert sur l'aide à la compréhension de la fonction de leurs médicaments

	Effectif	Pourcentage
Pas du tout d'accord	0	0 %
Pas d'accord	22	22,4 %
Indécis	12	12,2 %
D'accord	45	45,9 %
Tout à fait d'accord	19	19,4 %

Les personnes ayant répondu négativement connaissaient mieux leurs traitements à la phase 1 par rapport aux personnes ayant répondu positivement. Ces différences sont significatives pour le dosage (différence de 16 %, $p = 0,042$), l'organe (différence de 21 %, $p = 0,009$) et l'indication (différence de 22 %, $p = 0,001$).

Les patients n'ayant pas atteint le niveau baccalauréat répondaient plus favorablement que les patients ayant un niveau d'études supérieur ou égal au baccalauréat (69 % de réponses positives contre 45 % ; $p = 0,004$).

Un nombre plus important de médicaments était statistiquement lié à une réponse positive sur l'échelle de Likert ($p = 0,044$).

C. Utilité future de l'outil

Les patients devaient répondre via une échelle de Likert à l'affirmation suivante : « *Cette fiche pourra m'être utile à l'avenir.* ».

Ils étaient 60 % à répondre positivement (« d'accord » ou « tout à fait d'accord »), 23 % « indécis » et 16 % « pas d'accord ». Aucun patient n'a répondu « pas du tout d'accord ».

Parmi les patients ayant donné une réponse négative (« pas d'accord »), les patients avaient encore une fois un meilleur niveau de connaissance des indications de leurs médicaments : 90 % contre 72 % pour les réponses positives à M-0 ($p = 0,024$).

Plus le niveau d'études était haut, moins les patients pensaient que l'outil pourrait leur être utile à l'avenir ($p = 0,01$).

D. Remarques libres

Au cours de l'entretien téléphonique, une question ouverte était posée : « *Avez-vous des remarques concernant votre "fiche de bord mes médicaments" ou sur l'entretien d'il y a 3 mois ?* ». Ils étaient 61 patients (62 %) à avoir répondu à cette question.

Parmi les remarques négatives qui ont été formulées, 13 personnes soulignaient qu'elles n'avaient pas trouvé d'utilité de la fiche car elles connaissaient déjà bien leurs médicaments. Sur ces 13 patients, l'un d'entre eux indiquait tout de même avoir apprécié l'emploi d'un « *langage à la portée des patients, avec des mots simples* » et deux ont précisé qu'il était « *toujours intéressant de discuter de la santé et de faire le point sur les traitements* » et « *bien d'avoir un temps d'échange sur les médicaments* ».

Deux patients ne trouvaient pas d'intérêt à la fiche, en soulignant que l'important était que le traitement soit bien pris, et que la connaissance de ce dernier relevait plutôt du rôle de leur médecin traitant. Dans le même sens, 7 patients reconnaissaient prendre leur traitement sans se préoccuper du pourquoi, « *par habitude* », « *par automatisme* ».

La phase 2 de l'enquête s'étant déroulée pendant le confinement lié à la Covid-19, deux patients soulignaient le fait que la période était peu propice « *je suis bien plus préoccupé par le Covid et je ne me sens pas disponible pour ça* » et « *envie de rien dans le contexte de Covid* ».

Six personnes trouvaient que les explications orales suffisaient et que le fait de compléter l'entretien par la remise d'une fiche ne leur semblait pas indispensable.

Ils étaient 3 à rapporter utiliser la fiche comme aide à la préparation du pilulier.

Dans les remarques positives, 6 patients manifestaient un regain d'intérêt pour leurs médicaments : « *ça m'a donné envie de m'y intéresser* » ; « *incite à prendre davantage conscience de ce que l'on prend* » ; « *avant je ne tenais pas trop compte de mes médicaments, maintenant je sais ce que je prends et pourquoi* » ; « *cela m'a remis en question [...] car je ne m'intéressais pas forcément à l'utilité de mes médicaments* » ; « *fait réfléchir à pourquoi on prend les médicament et c'est vraiment bien* » ; « *ça a fait marcher mon cerveau, c'est important ça m'évite de prendre mes médicaments " à tout vent "* ».

Les termes positifs employés spontanément par les patients pour décrire l'outil étaient : « *intéressant* » pour 3 patients ; deux « *très bien* » ; deux « *utile* » ; un « *bien expliqué* » ; « *concept génial* » pour une personne et « *" beau cadeau " que d'avoir eu cette feuille* » pour une autre.

Concernant la construction du document, six remarques positives ont été faites : « *fiche très bien faite* » ; « *résume en un coup d'œil l'essentiel* » ; « *fiche très claire* » ; « *feuille jolie, très professionnelle* » ; « *propre* » ; « *suffisant en termes d'information* ».

Six patients ont abordé le sujet des génériques, dont les nouvelles règles de Janvier 2020 visant à favoriser le recours aux génériques étaient contemporaines aux entretiens initiaux. Ils étaient 4 à exprimer le fait que la fiche les aidait à avoir des repères entre la DCI et les noms commerciaux : « *je prenais les mauvais médicaments depuis le passage aux génériques, je me suis rendu compte que je faisais des erreurs* » ; « *depuis l'obligation des génériques, les noms sont trop complexes à retenir* ».

DISCUSSION

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'impact d'un support écrit personnalisé « *Ma fiche de bord médicaments* » sur la connaissance qu'ont les patients polymédiqués de leur traitement de fond.

L'analyse de nos résultats faite sur 98 patients prenant au moins 4 substances actives différentes montre une amélioration significative de leurs connaissances 3 mois après délivrance de la fiche, confirmant notre hypothèse principale. Cette progression entre M-0 et M+3 concernait l'ensemble des paramètres de connaissance du critère de jugement principal composite : les patients avaient de meilleurs résultats concernant la connaissance du nom, de l'indication, de l'organe visé et du schéma de prise de leurs médicaments.

L'évolution des connaissances à 3 mois était présente pour toutes les tranches d'âge, sans différence significative parmi ces groupes en dehors de la connaissance du nom. En ce sens, « *Ma fiche de bord médicaments* », apparaît être un outil pertinent pour aider les patients polymédiqués à comprendre quels médicaments leur sont prescrits et pourquoi, quel que soit leur âge. Ils ont ainsi à leur disposition un référentiel visuel et synthétique qu'ils peuvent consulter à leur guise.

Sa fonction était multiple, le but initial était de délivrer au patient une information écrite visant à renforcer ses connaissances sur son traitement de fond, complétant les informations orales. Mais ce support présentait également une utilité pratique, par exemple comme aide à la préparation des médicaments ou comme support de communication avec l'entourage ou les spécialistes.

Nos résultats soulignent le besoin de développer des outils permettant de renforcer le niveau de littératie en santé des patients. L'amélioration des connaissances sur les traitements pourrait permettre d'améliorer la sécurité du patient en le responsabilisant dans sa propre prise en charge et lui donner des clefs pour interagir avec les partenaires de soins de manière plus éclairée.

I. Confrontation aux données de la littérature

A. Caractéristiques de la population étudiée

- Selon l'âge : Notre population avait un âge moyen de 70,4 ans. La comparaison de cette moyenne d'âge à celle de la population française polymédiquée n'est pas aisée puisque les données chez les moins de 65 ans sont pauvres. La moyenne d'âge de notre échantillon paraît tout de même représentative, puisque la polymédication augmente parallèlement à l'âge. En outre, nous avons plus d'un quart des sujets inclus qui étaient âgés de moins de 65 ans (28 %). Cette proportion est intéressante, car les travaux sur la polymédication concernaient jusqu'ici principalement les personnes âgées, et a fortiori les plus de 75 ans. Nous nous démarquons ainsi des autres études, car bien que la polymédication des moins de 65 ans ait été notée, elle était rarement abordée dans la littérature.^{9,49}
- Selon le nombre de médicaments : Le nombre moyen de médicaments pris par les patients de notre cohorte était de 6,6. Le nombre moyen de médicaments dans les travaux similaires était de cet ordre, allant de 5,83 à 7,8 médicaments en moyenne.^{18,26} Ainsi, malgré des différences méthodologiques (décompte des médicaments par principe actif, seuil de définition de la polymédication, âge de la population), ce résultat est proche des données de la littérature.
- Selon le sexe : Notre échantillon était constitué de 52 % de femmes et 48 % d'hommes, représentatif de la population de la Vienne. En effet, cette répartition est superposable à celle retrouvée par l'INSEE au 1^{er} janvier 2020 dans notre département avec 51,9 % de femmes et 48,1% d'hommes.
- Selon le niveau d'études : En 1968, la part des bacheliers de cette génération était de 19,6 % (et de 20,1 % en 1970) selon l'INSEE. Au vu de la moyenne d'âge de notre échantillon (70,4 ans), cela correspond à l'époque où les personnes âgées aujourd'hui de 70 ans en avaient 18. Cela concorde avec la proportion de bacheliers de notre étude qui est de 20 %.

B. Analyse de la connaissance des traitements

Les résultats sont très hétérogènes selon les études en raison des différences méthodologiques, des domaines de connaissance évalués et des populations étudiées.

1) Connaissance du nom des médicaments

Dans notre enquête, les patients citaient correctement le nom de seulement la moitié (54 %) des médicaments. Cette méconnaissance était déjà décrite dans la littérature, mais de manière très contrastée.

L'étude de Marks et al. (2010) trouvait des résultats équivalents, où les individus étaient en mesure de fournir le nom correct de 56 % des médicaments.⁴³ Cependant, sa population différait de la nôtre. En effet, elle était menée aux Etats-Unis, dans une clinique de soins primaires auprès de patients au faible niveau socio-économique dont l'âge moyen était de 62 ans, avec une moyenne de 5,9 médicaments sur l'ordonnance.

Les études menées en France sur la connaissance des médicaments présentent des résultats différents. Chez Collard et al., les patients citaient en moyenne 67 % des noms de leurs traitements, résultats bien supérieurs au travail de thèse de Bouvy (40 %) et de Morel (44 %).^{14,26,48} La moyenne d'âge de leurs patients était pourtant similaire, de 82 ans pour Collard, et respectivement 83,6 ans et 80 ans pour Bouvy et Morel. Il est possible que la différence de ces résultats, malgré une moyenne d'âge comparable, vienne du niveau de cognition plus important des patients de l'étude de Collard et al. : le MMS moyen était à 27/30, contre 22/30 chez Bouvy.

En revanche, Franchitti et al. dont les patients inclus prenaient moins de médicaments (nombre médian à 4) et étaient plus jeunes (âge médian de 67 ans), obtenaient un niveau de connaissance paradoxalement bas (46 % des médicaments identifiés par leur nom).¹³ Pourtant, il est avéré que la connaissance a tendance à diminuer avec l'âge du patient.^{12,14,16,17,43} Ces résultats discordants peuvent s'expliquer par l'inclusion d'un quart de leur échantillon dans un contexte de soins urgents, où l'état physique et psychique du patient est moins compatible avec la réalisation d'une enquête.

Une grande majorité des études s'accorde en montrant des résultats inférieurs sur la connaissance du nom en comparaison avec la connaissance de l'indication ou du schéma de prise.^{11,14,26,43,48} C'est ce qui ressortait également de notre travail. Cette méconnaissance des noms des médicaments pourrait s'expliquer par leur complexité terminologique ainsi que par la double dénomination (DCI et nom commercial) qui peut s'avérer confusiogène pour le patient.

2) Connaissance des indications

L'enquête cas-témoign de Louis-Simonet et al. réalisée dans le service de médecine interne du CHU de Genève en 2004 sur 809 patients sortant d'hospitalisation avec au moins 1 médicament exposait des chiffres analogues, avec une connaissance de l'indication dans 75 % des cas, proche des 77 % de notre étude.¹²

Cette fois-ci, contrairement à la connaissance du nom, nos résultats s'accordent avec l'étude de Collard et al., où 80 % des indications étaient retrouvées.²⁶ Pourtant, la moyenne d'âge de leur échantillon (n = 89) était de 12 ans supérieure à la nôtre, l'étude portant sur une population gériatrique. On note cependant que la connaissance de l'indication était évaluée chez eux selon la capacité à citer au moins le système où l'organe visé, ce qui était moins exigeant que dans notre évaluation. En effet, nous avons fait le distinguo entre organe visé et indication. La connaissance de l'organe visé (lorsque concerné) était proche de leurs résultats, à 82 % dans notre travail.

Pour Jaye et al. (2002, Nouvelle-Zélande), la connaissance de l'action thérapeutique des médicaments était exacte dans 79 % des réponses données par les 344 patients inclus en cabinet.⁴¹ Le même résultat était retrouvé dans l'étude de Marks et al.⁴³

Dans l'étude de Chung et Bartfield (2002, USA) sur 77 patients de plus de 65 ans se présentant en service d'urgences, les patients ont identifié correctement 83 % des indications.¹¹

L'ensemble de ces résultats est très éloigné de ceux de Franchitti et al., où les patients identifiaient seulement 19 % des médicaments par leur indication.¹³ Cependant, ce faible taux qui peut s'expliquer par les critères de sélection des patients étudiés (contexte d'urgence notamment) apparaît comme marginal rapporté au reste de la littérature. Nos résultats sont donc en adéquation avec cette dernière, renforçant la validité externe de notre étude.

3) Connaissance du schéma de prise

Dans notre enquête, la moyenne de connaissance de ce paramètre était bonne, à hauteur de 87 %. C'est ce qui est globalement retrouvé dans les études portant sur la connaissance des médicaments, qu'elles soient menées en hospitalier, en médecine ambulatoire, en Europe ou aux États-Unis.

Aussi bien dans l'étude française de Collard et al., que dans celle néo-zélandaise de Jaye et al. la connaissance de la posologie était de 83 %.^{26,41}

Un taux de connaissance supérieur à 90 % était décrit dans les études américaines de Marks et al. (93,4 %) et de Chung et Bartfield (91 %).^{11,43}

Ces bons résultats pourraient être liés à l'automatisme créé par la prise quotidienne des médicaments. Il est en effet probable que le patient retienne plus facilement l'association d'un horaire de prise d'une forme galénique particulière (cachet rose, demi comprimé blanc...) que le nom ou l'indication précise de ses traitements.

4) Facteurs influençant la connaissance des médicaments

Le nombre de médicaments pris par le patient était une variable qui avait tendance à diminuer le niveau de connaissance.^{11,14,19,20,26} Nous constatons la même tendance, mais nos résultats n'étaient pas significatifs sur ces données.

Nos résultats faisaient état d'un meilleur niveau de connaissance chez les patients ayant un niveau équivalent ou supérieur au baccalauréat, significatif sur la connaissance du nom ($p = 0,001$), de la compréhension de la différence entre DCI et nom commercial ($p < 0,001$) et de l'indication ($p = 0,022$). Cela est conforme aux résultats de la littérature, qui montrent que plus le niveau d'études est élevé, meilleure est la connaissance des médicaments.^{13,14,26,43,44}

D'autre part, la connaissance de l'indication à M-0 par nos patients était inversement liée leur âge ($p = 0,013$). De nombreuses études exprimaient ce plus bas niveau de connaissance lorsque l'âge augmentait.^{12,14,17,41,50}

Dans la littérature, soit les études ne voyaient pas de différence de connaissance selon le sexe,^{17,48,50} soient elles trouvaient une meilleure connaissance pour le genre féminin.^{12,43} C'est ce qui était constaté dans notre travail, où le fait d'être une femme était associé à une meilleure connaissance sur l'ensemble des paramètres étudiés. A l'inverse, aucune étude ne décrivait des résultats supérieurs pour les hommes.

C. Impact d'une information écrite sur les médicaments

Les études similaires francophones ayant mesuré l'impact d'un outil papier d'information sur les médicaments auprès des patients sont celles de Collard et al., de Louis-Simonet et al., Dambielle et Lepoutre ainsi que le travail de thèse de médecine d'A. Osman.^{12,18,26,47}

Chez Collard et al., la remise d'un support écrit « *tableau de suivi des traitements* » au cabinet de médecine générale ou au domicile du patient améliorait significativement la connaissance des patients âgés de plus de 75 ans prenant au moins un médicament 3 mois après l'intervention.²⁶ La progression était plus importante dans notre étude sur le nom, avec une différence significative de 20 % sur la connaissance avant/après du nom, contre 9 % dans la leur. Ce décalage peut s'expliquer par le fait que la connaissance initiale des noms à M-0 était supérieure chez eux (67 % contre 54 % dans notre étude). En effet, la marge de progression pour leurs patients apparaissait plus étroite, à la lumière de cet écart initial. En revanche, les résultats de notre étude concernant l'indication sont de 13 % de connaissance et 9 % pour l'organe visé (versus 11 % dans leur travail) et de 10 % pour le schéma de prise (versus 9 % dans leur travail) et donc tout à fait comparables. Ceci met en exergue le fait que l'outil, dont l'utilité est démontrée chez les personnes âgées, a toute sa place également chez les patients plus jeunes et que l'approche d'ETP doit donc être pensée sans limite d'âge.

Chez Louis-Simonet et al., l'intervention consistait en la remise d'une « *carte de traitement* » au cours d'un entretien de sortie aux patients hospitalisés dans le service de médecine interne du CHU de Genève ayant au moins un traitement de sortie, suivie d'une réévaluation téléphonique à 1 semaine.¹² Les patients ayant bénéficié de cette intervention ont progressé de 7,5 % concernant la connaissance de l'indication en comparaison au groupe contrôle.

Chez Dambielle et Lepoutre, la méthodologie employée était voisine de celle de Louis-Simonet et al. C'était également une étude contrôlée, randomisée, ouverte, réalisée en sortie d'hospitalisation de maladies infectieuses d'un CH en Île-de-France, chez les patients initialement admis via les urgences sortant avec au moins un traitement.¹⁸ Les patients du groupe test (n = 29) à qui on avait remis une « *carte de traitement* » répondaient en effet mieux aux questions posées sur le traitement (objectif du traitement, noms des médicaments, posologie, horaires de prise, effets indésirables) 1 mois après l'intervention, de façon significative par rapport au groupe contrôle (n = 28). La moyenne d'âge était de 60 et 63 ans selon les groupes, avec un nombre moyen de 7,3 et 7,8 médicaments. Ces résultats sont intéressants car l'étude était de bon niveau de preuve, malgré une faible puissance, et ne ciblait pas que les sujets âgés ou gériatriques, tout en faisant état d'une polymédication.

Cependant, ces deux études ont été menées dans un cadre hospitalier, et s'axaient sur un traitement de sortie qui peut contenir des médicaments à prise ponctuelle (antibiotiques, antalgiques...), avec des délais de réévaluation courts, pouvant biaiser l'évaluation de la mémorisation du patient. Nos travaux s'en distinguent par une approche de soins primaires, se concentrant sur le traitement chronique des patients et donc dans une démarche d'ETP plus pérenne.

Dans la thèse d'A. Osman, c'est une « *fiche de synthèse* » qui était remise aux patients de médecine générale de plus de 60 ans ayant au moins une ALD et prenant plus de 4 médicaments par jour.⁴⁷ Il évaluait la connaissance globale des patients sur leurs médicaments sur la base d'un score arbitraire créé pour l'étude, et retrouvait une amélioration significative du score de connaissance de 63 %, avant, puis à 2 mois de la remise de la fiche. L'âge moyen des patients inclus était de 76 ans. Bien que l'emploi d'un score arbitraire rende la confrontation à nos données difficile, ce résultat souligne une fois de plus la tendance à l'amélioration des connaissances des patients grâce aux supports écrits.

A. Mandil démontrait à travers son travail de revue de littérature réalisé en 2014 que la remise d'une information écrite par le professionnel de santé augmente de façon significative les connaissances des patients.²³

À l'instar de toutes ces études, notre travail illustre bien l'intérêt d'une information écrite délivrée au patient dans l'amélioration de ses connaissances. Il nous permet également de souligner l'intérêt de remettre un outil papier qui délivre des renseignements synthétiques sur les médicaments du patient, y compris chez les plus jeunes.

En consultation de médecine générale, l'utilisation de ce document écrit d'information peut constituer une véritable stratégie cohérente de communication, qui complète l'échange verbal. Ce support écrit prolonge la consultation par un temps de lecture et de réflexion, et reste disponible à tout instant. D'ailleurs, les patients qui avaient consulté « *Ma fiche de bord médicaments* » avaient une meilleure progression que ceux ne l'ayant pas relu entre M-0 et M+3, soulignant le bénéfice de disposer de la fiche à leur domicile.

II. Forces et faiblesses de notre étude

A. Points forts de l'étude

Mener une action d'éducation thérapeutique en prenant en compte le patient dans la globalité de sa polymédication et de sa polypathologie se différencie de la plupart des travaux d'ETP. Les actions menées sont habituellement centrées sur une pathologie ou une classe médicamenteuse (l'asthme, l'insuffisance rénale, la corticothérapie au long cours, les anti-diabétiques, les anti-coagulants...).

Notre étude était orientée vers une pratique de soins primaires, en accord avec les propositions pour la mise en œuvre de l'ETP,³⁷ contrastant avec des études jusqu'ici plutôt hospitalo-centrées.^{12,18} La population de l'étude a été incluse au sein de 16 patientèles différentes issues de 6 cabinets de la Vienne, allant du milieu rural au milieu urbain. Cette approche multicentrique nous permettait d'avoir un panel bien diversifié, représentatif de l'exercice de médecine générale.

Contrairement aux travaux similaires sur des fiches traitement destinées aux patients qui se concentraient sur le sujet âgé ou gériatrique,^{26,27,47} notre enquête était plus inclusive concernant l'âge. Ainsi, près d'un tiers (29 %) des patients ayant participé à notre étude avaient moins de 65 ans. Jusqu'ici, il n'y avait à notre connaissance aucune étude qui avait testé un outil d'information sur les traitements habituels d'une population polymédiquée, de soins primaires, sans se focaliser sur une tranche d'âge donnée. Nous nous démarquons ainsi, en étant plus proches des réalités de la polymédication : un problème global, fréquemment rencontré en consultation de médecine générale et ce, bien avant l'âge de 65 ans.⁸

Au-delà de l'âge, l'originalité de ce travail résidait dans le fait que la polymédication ait été décrite par nombre de substances actives, et non par nombre de médicaments. Cela permettait de prendre en compte la polymédication réelle, car chacune des molécules peut être pourvoyeuse d'effets indésirables ou d'interactions, de façon indépendante. Cette approche a ainsi toute sa place, et apporte un éclairage au patient qui peut également prendre conscience de l'existence de ces associations.

Par ailleurs, le seuil utilisé de 4 substances actives n'était pas consensuel, car le seuil de 5 médicaments est le plus fréquemment évoqué pour aborder le sujet de la polymédication.³² Pour autant, comme nous l'avons déjà souligné, la polymédication n'a aujourd'hui pas de définition unique. L'IRDES suggérait à ce titre de faire le choix d'un indicateur « *selon ce que*

l'on cherche à observer ou à mesurer ». ³² Malgré un seuil plus bas de choisi au début de l'étude, compté en principes actifs (qui pourrait se traduire par un nombre médicaments plus restreint du fait des associations), les résultats que nous trouvons sont en accord avec les données de la littérature. Cela suggère que la polymédication aurait une incidence sur la connaissance du traitement même lorsqu'elle est « mineure », et que des actions d'ETP comme dans notre étude pourraient être bénéfiques y compris chez ces patients faiblement polymédiqués.

En ce qui concerne notre support d'ETP, bien que sa création ait été influencée par les outils des précédentes études, ^{12,18,26,27} nous avons repensé la mise en page. L'objectif était de se rapprocher au mieux de la chartre graphique et visuelle proposée dans le guide méthodologique de la HAS, en prenant en compte les conseils de présentation donnés. ²⁹ Dans ce but, nous avons essayé de rendre la fiche plus illustrée, colorée et engageante, tout en restant claire. (annexe 1) Les supports retrouvés dans la littérature avaient jusqu'alors un visuel neutre, sous forme d'un tableau récapitulatif. ^{18,26,27}

La génération de la fiche a été automatisée afin d'éliminer le point noir que constitue l'emploi de ce genre d'outil : la perte de temps liée au remplissage par le praticien qui le délivre. Une fois le domaine et la classe thérapeutique sélectionnés, il suffisait de taper les premières lettres du nom du médicament (DCI ou nom commercial) afin que celui-ci soit intégré à la fiche de bord, avec l'attribution automatique d'une ou plusieurs indications, permettant un remplissage rapide du tableau.

En médecine ambulatoire, la plupart des ordonnances sont maintenant réalisées via les logiciels médicaux, dont mise en page « type » n'est pas toujours pensée pour les patients. On peut par exemple y retrouver le nom en DCI accompagné du nom commercial (même si le patient prend le générique) ; le nom du laboratoire ; les abréviations type « cp » ou « gel » sur la galénique ; les détails sur les molécules tels que « *chlorhydrate* » ... donnant un ensemble peu lisible. Sur notre outil, nous avons fait le choix d'utiliser des symboles pour imager la galénique et les horaires de prise et d'omettre le nom commercial si celui-ci n'était pas délivré au patient dans un souci de clarté.

Afin de transmettre un message essentiel, le « pourquoi » du traitement, nous avons choisi de donner des informations concises en faisant ressortir essentiellement l'indication, désignée dans la fiche de bord comme « *son utilité* ».

« *Ma fiche de bord médicaments* », sans se substituer à l'ordonnance, était donc un outil complémentaire, plus « visuel » et synthétique.

Enfin, l'outil a été reçu favorablement par les patients. Les 2/3 d'entre eux trouvaient que la fiche les avait aidés à mieux comprendre l'intérêt de leur traitement (65 %) et que la fiche pourrait leur être utile à l'avenir (60 %). Il était intéressant de voir que les patients qui n'avaient pas trouvé d'intérêt à l'outil connaissaient significativement mieux leurs médicaments à la phase initiale. Ainsi, l'outil devrait être proposé en priorité aux patients en exprimant le besoin ou qui semblent avoir des difficultés à comprendre leur médication. Son utilisation systématique ne serait pas pertinente, mais devrait répondre à une attente du patient, comme souligné par la HAS dans son guide pour structurer les actions d'ETP dans le champ des maladies chroniques : « *L'acquisition de ces compétences tout comme leur maintien sont fondés sur les besoins propres du patient* ». ²⁹

La meilleure connaissance des patients ayant un plus haut niveau d'études se recoupait avec nos résultats, où les patients qui n'avaient pas le baccalauréat ont trouvé plus d'intérêt dans leur fiche de bord que les patients qui avaient un niveau baccalauréat ou supérieur. ^{12,13,17} D'ailleurs, les patients n'ayant pas le baccalauréat avaient plus de difficultés à distinguer DCI et nom commercial, alors que cette double dénomination peut déjà être une source de confusion pour l'ensemble des patients. Mener une action d'ETP pourrait donc également être un moyen de lisser les inégalités sociales. C'est un point qui avait été souligné par l'Académie de Médecine dans son rapport sur l'ETP en 2013 : « *L'ETP représente aussi un élément de l'amélioration des inégalités sociales de santé dans une époque où émerge la notion de démocratie sanitaire* ». ⁵¹

Un autre élément intéressant était que plus les patients prenaient de médicaments, plus ils considéraient l'outil utile pour comprendre leur traitement. Les patients polymédiqués s'avèrent donc être un public qui semble particulièrement sensible à une démarche d'éducation sur les médicaments.

Enfin, plusieurs patients avaient spontanément exprimé le fait que l'entretien et la fiche de bord avaient suscité chez eux une remise en question. Celle-ci témoigne que la remise de « *Ma fiche de bord médicaments* » permettait une certaine prise de conscience de l'importance de s'intéresser à leur traitement habituel, et puisse rendre les patients plus impliqués dans la gestion de leurs soins.

B. Limites de l'étude

Pour évaluer la connaissance des patients, l'idéal aurait été d'utiliser un score clinique de connaissance validé. Malgré nos recherches bibliographiques, nous n'avons pas trouvé de score validé scientifiquement. Dans les autres études sur le même sujet, soit la connaissance était évaluée comme dans la nôtre (par items de connaissance), soit à partir de scores créés pour l'étude mais non validés. Cela souligne la nécessité d'une validation d'un score de connaissance des médicaments, qui permettrait d'avoir un paramètre de mesure fiable. De plus, l'utilisation d'un même score pour les études rendrait la comparaison des données plus pertinente.

Concernant l'outil en lui-même, bien que nous ayons fait au mieux pour rendre l'utilisation du tableur fluide et rapide, il peut être complexe à intégrer à une pratique courante tel qu'il a été conçu pour l'étude. En effet, le temps imparti pour les consultations étant déjà un paramètre complexe à gérer, l'ajout de cette tâche supplémentaire n'est pas négligeable.

Par ailleurs, le fait de ne pas avoir apporté de précisions sur d'éventuelles précautions d'emploi, d'informations sur des effets indésirables ou des interactions médicamenteuses est discutable. Néanmoins, nous avons fait ce choix volontairement afin de ne pas véhiculer de message négatif sur la fiche. En effet, des études ont démontré que la description des risques potentiels a provoqué des émotions négatives chez les patients, ayant un effet dissuasif sur l'adhérence au traitement.^{29,52} L'autre objectif était une fois encore de limiter les informations présentes sur l'outil.

Nous avons également dû statuer sur le mode et le délai de réévaluation des patients à l'issue de la remise de « *Ma fiche de bord médicament* ».

La réévaluation à 3 mois était un choix arbitraire, qui ne nous permet pas de savoir si les patients vont maintenir les compétences acquises dans la durée.

Cet intervalle plutôt court, d'autant plus que l'entretien était récent, ne se prêtait pas forcément à la consultation de la fiche : 1/3 des patients n'ont pas consulté leur fiche entre les deux phases. Il reste tout de même parmi les plus longs, les études cas-témoin réalisées sur ce sujet avaient des délais de réévaluation courts (1 semaine pour Louis-Simonet et al. et 1 mois Dambielle et Lepoutre)^{12,18} liés probablement à une méthodologie centrée sur le milieu hospitalier ; et les deux autres travaux de thèse de médecine générale (Osman, Collard et al.) ayant choisi des délais de respectivement 2 et 3 mois.^{26,47}

La réévaluation téléphonique des patients était la plus simple à mettre en œuvre mais n'éliminait pas la possibilité pour les patients de consulter leur feuille ou d'accéder à leurs traitements pour orienter leurs réponses. Cependant, ils n'étaient pas prévenus de la date de l'appel, et ne pouvaient donc pas « réviser » avant l'entretien. De plus, au début de l'entretien téléphonique, ils étaient également invités à ne pas s'aider de leurs ordonnances, boîtes de médicaments ou fiche de bord pour répondre aux questions.

Nos résultats, bien que très encourageants, sont à nuancer pour plusieurs raisons.

Seuls les patients ayant donné leur accord pour transmettre leurs coordonnées via leur médecin traitant à l'investigateur ont été contactés, ce qui constituait un biais de volontariat.

Afin de limiter au maximum le biais de sélection, les médecins participants proposaient à tous les patients éligibles de participer, sur des créneaux de consultation préalablement définis.

Ensuite, en se fiant au cadre donné pour planifier une action d'ETP par le guide HAS de 2007, il aurait été intéressant de cibler notre population selon sa réceptivité au projet éducatif.⁵³ C'était en partie le cas lors des pré-inclusions où la thèse était exposée dans les grandes lignes par les praticiens à leurs patients, qui acceptaient ensuite ou non d'être contactés en vue de participer au projet. Cependant, nous avons pu voir en pratique que l'accord du patient relevait parfois de la simple volonté de rendre service, ou par crainte de refuser plutôt que par intérêt pour le sujet.

À l'inverse, on ne sait pas si ces patients « volontaristes » acceptant de participer à l'étude ne correspondraient pas à des profils de patients déjà engagés dans la gestion de leur maladie, et donc pas nécessairement ceux qui auraient le plus besoin d'ETP.

En outre, il n'est malheureusement pas possible de différencier clairement l'influence de la fiche de bord de celle des informations orales.

Même si le fait d'avoir consulté la fiche était un paramètre ayant permis aux patients une meilleure progression sur la connaissance du nom, de l'indication et du schéma de prise, la comparaison d'un groupe ayant consulté par rapport à un autre ne l'ayant pas consulté, surtout dans le cas de 2 groupes inhomogènes, ne constitue pas un bon niveau de preuve scientifique pour l'affirmer. Pour cela, l'étude cas-témoin serait la plus adaptée.

Pour autant, l'intérêt de la feuille résidait dans le fait que ces informations restaient à portée de main, et que l'on sait déjà que le rappel des informations délivrées aux patients est meilleur lorsque celles-ci sont données à l'écrit.²⁰

III. Perspectives

La prévalence de la polymédication est en constante augmentation en France. Dans ce contexte, les schémas thérapeutiques devenant plus complexes, il s'avère primordial de développer des outils et des actions d'ETP pour faciliter la compréhension des patients de leur ordonnance.

Le support qu'est « *Ma fiche de bord médicaments* », sans remplacer l'échange avec le soignant, peut présenter une véritable utilité dans l'exercice courant de médecine générale. En effet, près d'un quart des patients ne connaissent pas les indications de leurs médicaments, et la moitié n'en connaissent pas le nom.

Cependant, l'utilisation de la fiche peut se heurter aux réalités de la pratique. Son remplissage est certes rapide, mais reste tout de même chronophage à l'échelle du temps imparti lors d'une consultation. Nous l'avons testé chez les patients, dans le cadre d'un entretien réalisé avec l'investigateur, mais pas confronté aux médecins dans leur activité. De plus, sa conception sur un tableur limite la possibilité de l'utiliser tel quel, et la base de données sur les médicaments qu'elle contient risque de devenir rapidement obsolète.

La solution la plus évidente serait que des développeurs professionnels investissent le sujet, en l'intégrant aux logiciels médicaux. L'industrialisation de ce genre d'outil permettrait ainsi un déploiement important, et offrirait la possibilité de générer la fiche en un clic au cours de la consultation. Il serait ainsi possible de la remettre au patient, par exemple au moment de l'impression de l'ordonnance.

En revanche, la délivrance de ce support sous-tend la prise en compte des attentes du patient. Ce dernier doit pouvoir s'identifier à la problématique exposée et trouver dans la fiche un apport qui correspond à son niveau de littératie en santé et ses préférences.

Le médecin traitant est un acteur primordial de cette démarche éducative : en tant que prescripteur, mais aussi à travers la proximité et la relation de confiance privilégiée qu'il a avec les patients. Pour autant, l'ETP en soins primaires n'est pas l'apanage du médecin généraliste. Le trio médecin – infirmière libérale – pharmacien d'officine représente l'une des clefs pour accompagner et éduquer le patient, dans un parcours coordonné.

Les pharmaciens ont ici un rôle central, d'autant plus quand il s'agit de médicaments, car l'éducation est maintenant l'une de leurs missions. C'est d'ailleurs dans ce sens qu'ont été créés les bilans partagés de médication. On peut en effet penser qu'il est intuitif pour le patient de se tourner vers son pharmacien pour éclairer sa compréhension de ses médicaments. Il est de plus,

le premier professionnel de santé de proximité ce qui, dans une époque où l'inégalité démographique d'accès aux soins se creuse, est un paramètre non négligeable. À ce titre, le pharmacien d'officine est d'ailleurs considéré par les patients comme l'une des personnes les plus à même de délivrer des informations sur les médicaments, juste après le médecin.^{16,25}

Les infirmières Asalée pourraient également jouer ce rôle, car leurs actes sont orientés sur la prévention et l'éducation, et que leurs entretiens avec les patients, plus longs peuvent s'y prêter.

Enfin, il faudrait continuer de sensibiliser les médecins et les futurs médecins à l'intérêt de délivrer des informations écrites, qui ont déjà montré leur efficacité sur l'observance et la connaissance.^{18,20,24,26,27} En effet, ceux-ci seront de bons partenaires thérapeutiques pour le patient uniquement s'ils sont convaincus de la pertinence d'une communication multimodale alliant le verbal et l'écrit.

La formation des professionnels de santé à l'ETP a été négligée pendant de nombreuses années, les faisant évoluer dans un système de santé qui se concentre sur une approche biomédicale, aux dépens d'une approche plus globale du patient, pourtant essentielle. Aujourd'hui encore, son enseignement est disparate dans les facultés de médecine, mais en voie d'évolution, car plusieurs facultés commencent à l'intégrer dans leurs maquettes de formation initiale.

La poursuite de ces efforts est primordiale, car l'éducation thérapeutique amène les futurs professionnels à changer leurs représentations de la pratique de l'exercice de la médecine, et les patients à s'impliquer activement dans la gestion de leur(s) maladie(s), renforçant ainsi leur autonomie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Chassang M, Gautier A. Les maladies chroniques : Avis du Conseil économique, social et environnemental [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2019/2019_14_maladies_chroniques.pdf
2. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : Propositions de l'Assurance Maladie pour 2019 [Internet]. CNAM; 2018 juill. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapport-charges-et-produits-2019-web.pdf>
3. DREES. Les consultations et visites des médecins généralistes : un essai de typologie. Etudes et Résultats [Internet]. juin 2004;(315). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er315.pdf>
4. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Research Reviews*. 1 sept 2011;10(4):430-9.
5. Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A, Ntetu AL, Maltais D. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes*. 20 sept 2004;2:51.
6. Legrain PS. Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé. 2005;16.
7. Le Cossec C. La polymédication au regard de différents indicateurs de sa mesure: impact sur la prévalence, les classes thérapeutiques concernées et les facteurs associés. Paris: IRDES; 2015.
8. Clerc P, Breton JL, Mousquès J, Hebbrecht G. Les enjeux du traitement médicamenteux des patients atteints de polyopathologies - Résultats de l'étude expérimentale Polychrome. IRDES. 2010;6.
9. Courtois M. Etude observationnelle de la polymédication chez le patient de 50 à 74 ans en médecine générale. Université de Limoges; 2017.
10. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 7 juill 2012;380(9836):37-43.
11. Chung MK, Bartfield JM. Knowledge of prescription medications among elderly emergency department patients. *Ann Emerg Med*. juin 2002;39(6):605-8.
12. Louis-Simonet M, Kossovsky MP, Sarasin FP, Chopard P, Gabriel V, Perneger TV, et al. Effects of a structured patient-centered discharge interview on patients' knowledge about their medications. *Am J Med*. 15 oct 2004;117(8):563-8.
13. Franchitti J, Desmaizières M, Reuter P-G, Galinski M, Adnet F, Lapostolle F. Connaissances des patients sur leurs traitements en fonction de la classe thérapeutique : les antiagrégants plaquettaires mal placés. *La Presse Médicale*. 1 mars 2015;44(3):354-6.
14. Bouvy G. Critères influençant la connaissance des traitements chez les sujets âgés : étude prospective chez 200 patients [Thèse]. Rouen; 2012.

15. Caillierez F, Michaut L. Evaluation de l'impact d'une intervention éducative visant à améliorer la sécurité de la prescription médicale et son adhérence chez la personne âgée [Thèse]. Claude Bernard - Lyon 1; 2016.
16. François A. Connaissance et observance des traitements chroniques des patients au cabinet de médecine générale [Thèse]. Amiens; 2016.
17. Sommer AE, Golden BP, Peterson J, Knoten CA, O'Hara L, O'Leary KJ. Hospitalized Patients' Knowledge of Care: a Systematic Review. *J Gen Intern Med.* 2018;33(12):2210-29.
18. Dambielle K, Lepoutre B. Observance thérapeutique à la sortie de l'hôpital. L'utilisation d'une « carte de traitement » peut l'améliorer. *Médecine.* 1 oct 2010;6(8):370-4.
19. Lager G, A. Gollay, Z. Pataky. Efficacy of therapeutic patient education in chronic diseases and obesity. *Rev Med CH.* mars 2009;5:688-90.
20. Nicolson DJ, Knapp P, Raynor DK, Spoor P. Written information about individual medicines for consumers. Cochrane Consumers and Communication Group, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 15 avr 2009 [cité 2 juin 2020]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002104.pub3>
21. Article L1161-1. Code de la santé publique.
22. Flocke SA, Stange KC. Direct observation and patient recall of health behavior advice. *Preventive Medicine.* 1 mars 2004;38(3):343-9.
23. Mandil AI. Impact de la remise d'une information écrite au cours de la consultation en médecine de premier recours par le professionnel de santé sur les connaissances, attitudes et comportements des patients: une revue de littérature [Thèse]. Faculté de médecine de Grenoble; 2014.
24. Sustersic M, Jeannet E, Cozon-Rein L, Maréchaux F, Genty C, Foote A, et al. Impact of information leaflets on behavior of patients with gastroenteritis or tonsillitis: a cluster randomized trial in French primary care. *J Gen Intern Med.* janv 2013;28(1):25-31.
25. Les Français et les médicaments : attitudes, comportements et perception des risques [Internet]. IPSOS Santé; 2006 mai p. 9/20. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cp10072006.pdf
26. Collard CV, Michaut L, Caillierez F, Parra D, Bonnefoy M. Impact d'un temps d'éducation thérapeutique avec remise d'un support écrit sur la connaissance des traitements et l'observance des patients âgés Résultats d'une étude pilote. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement.* 1 déc 2017;15(4):394-400.
27. Crocfer A. L'outil « mon traitement » pour améliorer l'observance médicamenteuse de la personne âgée : évaluation des pratiques du réseau de soins gérontologiques de Lille Hellemmes Lomme [Internet]. Lille 2; 2014 [cité 2 avr 2020]. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-2571>
28. Taylor AW, Price K, Gill TK, Adams R, Pilkington R, Carrangis N, et al. Multimorbidity - not just an older person's issue. Results from an Australian biomedical study. *BMC Public Health.* 22 nov 2010;10(1):718.

29. Elaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé : guide méthodologique. Saint-Denis: HAS (Haute Autorité de Santé); 2008.
30. Salisbury C, Johnson L, Purdy S, Valderas JM, Montgomery AA. Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study. *Br J Gen Pract.* 1 janv 2011;61(582):e16.
31. WHO Centre for Health Development (Kobe J. A glossary of terms for community health care and services for older persons. 2004;109.
32. Monégat M, Sermet C. La polymédication : définitions, mesures et enjeux. *Revue de la littérature et tests de mesure. IRDES, Questions d'économie de la santé.* déc 2014;(n° 204):8.
33. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr.* 10 oct 2017;17:10.
34. Abolhassani N, Marques-Vidal P. Polypharmacy, defined as taking five or more drugs, is inadequate in the cardiovascular setting. *J Clin Epidemiol.* 2018;101:1-4.
35. Europe WHORO for. Continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases. 1998 [cité 18 mars 2020]; Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108151/E63674.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
36. Saout C, Charbonnel B, Bertrand D. Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports; 2010 juin.
37. Denis Jacquat. Education thérapeutique du patient Propositions pour une mise en œuvre rapide et pérenne [Internet]. 2010 juin. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Education_therapeutique_du_patient.pdf
38. Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine. Politique régionale 2019/2022 en Nouvelle-Aquitaine pour la promotion de l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) [Internet]. ARS Nouvelle Aquitaine; 2018 p. 42. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2019-03/ETP_Bilan_2018.pdf
39. Anderson JL, Dodman S, Kopelman M, Fleming A. Patient information recall in a rheumatology clinic. *Rheumatology.* 1979;18(1):18-22.
40. Johnson A, Sandford J. Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home: systematic review. *Health Educ Res.* 1 août 2005;20(4):423-9.
41. Jaye C, Hope J, Martin IR. What do general practice patients know about their prescription medications? *N Z Med J.* 27 sept 2002;115(1162):U183.
42. Haidar-Ahmad F. Les facteurs influençant la connaissance du traitement chronique [Internet] [Thèse]. Marseille; 2019. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02274110/document>
43. Marks JR, Schectman JM, Groninger H, Plews-Ogan ML. The association of health literacy and socio-demographic factors with medication knowledge. *Patient Education and Counseling.* 1 mars 2010;78(3):372-6.

44. Akici A, Kalaça S, Uğurlu MU, Toklu HZ, Iskender E, Oktay S. Patient knowledge about drugs prescribed at primary healthcare facilities. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* déc 2004;13(12):871-6.
45. Persell SD, Heiman HL, Weingart SN, Burdick E, Borus JS, Murff HJ, et al. Understanding of drug indications by ambulatory care patients. *Am J Health Syst Pharm.* 1 déc 2004;61(23):2523-7.
46. AlRuthia Y, Almalag H, Sales I, Albassam AA, Alharbi FA, Almutairi AM, et al. The relationship between trust in primary care physicians and medication knowledge among diabetic patients. *Res Social Adm Pharm.* 2019;15(6):656-61.
47. Osman A. Amélioration de la compréhension et de l'intégration des traitements par les patients de plus de 60 ans atteints de maladies chroniques en médecine de ville grâce à l'élaboration d'une fiche de synthèse individuelle et personnalisée pour le patient. Nice; 2015.
48. Morel A. Evaluation de la connaissance qu'ont les personnes âgées de leurs médicaments [Internet]. Lille 2; 2014 [cité 4 sept 2019]. Disponible sur: <http://pepите.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-3265>
49. Clerc P, Breton JL, Mousquès J, Hebbrecht G. Les enjeux du traitement médicamenteux des patients atteints de polyopathologies - Résultats de l'étude expérimentale Polychrome. *IRDES.* 2010;6.
50. Vrhovac R, Rojnic-Putarek N, Jaksic B. Knowledge of and attitudes to pharmacotherapy in medical inpatients. *Int J Clin Pharmacol Ther.* sept 2000;38(9):441-5.
51. Jaffiol C, Corvol P, Basdevant A, Bertin É, Reach G, Bringer J, et al. L'éducation thérapeutique du patient (ETP), une pièce maîtresse pour répondre aux nouveaux besoins de la médecine. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine.* 2013;197(9):1747-81.
52. Herber OR, Gies V, Schwappach D, Thürmann P, Wilm S. Patient information leaflets: informing or frightening? A focus group study exploring patients' emotional reactions and subsequent behavior towards package leaflets of commonly prescribed medications in family practices. *BMC Family Practice* [Internet]. 2014 [cité 18 sept 2020];15. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4287479/>
53. Haute Autorité de Santé. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques - Guide méthodologique [Internet]. 2007 juin [cité 18 mars 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_601290/fr/structuration-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques

ANNEXES

Annexe 1 : Exemple d'une fiche de bord médicaments



Ma Fiche de bord Médicaments



Mr Gilbert UNTEL

Tableau actualisé le : 03/02/2020

<i>Nom(s) de mon médicament :</i>	<i>Son utilité :</i>	PRISE 🕒			
		Matin	Midi	Soir	Coucher
VALSARTAN + AMLODIPINE / Exforge®	Association de 2 traitements contre l'hypertension	●			
NEBIVOLOL	Aide le cœur à travailler, régule le rythme			◐	
DULAGLUTIDE / Trulicity®	Traitement injectable contre le diabète	🪡 1 injection le Lundi			
METFORMINE	Traite le diabète, diminue le sucre dans le sang	●	●	●	
Seretide®	Ouvre les bronches, traitement de fond de l'asthme	📖		📖	

Annexe 2 : Utilisation du "userform" sous Excel pour générer la fiche de bord médicaments automatisée

Tableau actualisé le : 2/10/2020

Mr Gilbert UNTEL

Noms(s) de mon médicament :	Conduites :	PRISE		
		Matin	Midi	Soir
BISOPROLOL / Bisoce®	Diminue la tension, aide le cœur à travailler	☾		

Medoc

Médicaments

Domaine : HTA

Classe : BB

Médicament : bisq

Pour info : BISOPROLOL / BISOCE®
BISOPROLOL / Cardisels®
BISOPROLOL / Détense®

Soit :

Diminue la tension, aide le cœur à travailler

Prescription

Matin Midi Soir Nuit

Transférer les données et saisir suivantes

Transférer les données et quitter

Quitter

N° d'identification :

Questionnaire M-0 :

I. Quelques informations sur vous sont nécessaires dans un premier temps :

1. Quelle est votre âge ? _____

2. Quel est votre sexe : Homme Femme Autre

3. Vivez-vous seul ? Oui Non

4. Quel est votre niveau d'études ?
 - Pas de certificat d'études
 - Certificat d'études
 - BEPC, Brevet
 - CAP, BEP (et autres diplômes techniques)
 - Baccalauréat (général, pro et technologique)
 - Etudes supérieures :
 - Bac +2 (BTS, DUT, équivalent Bac+2...)
 - Bac +3 (Licence, maîtrise...)
 - Bac +5 (Master, école d'ingénieur...)
 - > Bac +5

5. Quelle est votre catégorie professionnelle ?

- Ouvrier
- Employé
- Artisan, commerçant
- Agriculteur exploitant
- Cadre ou profession intellectuelle supérieure
- Profession intermédiaire
- Autres :
 - Chômage
 - Au foyer
 - Etudiant
 - Retraité

6. Êtes-vous en Affection Longue Durée (ALD) pour une ou plusieurs pathologies ?

- Oui Non

II. Coordonnées

Elles sont nécessaires pour que nous fassions le point suite à cet entretien. Je vous rappellerai d'ici environ 3 mois afin que l'on voie ensemble si cette fiche a eu un impact positif sur la compréhension que vous avez de votre traitement. L'entretien téléphonique sera court, maximum une dizaine de minutes.

Seul l'investigateur de l'étude (la thésarde) aura accès à vos données, qui ne seront en aucun cas utilisées à des fins commerciales. Elles ne seront pas diffusées et seront supprimées à l'issue de l'entretien téléphonique.

Madame Monsieur

- **Nom :** _____

- **Prénom :** _____

- **Numéro de téléphone :** (entourer si préférence pour l'un ou l'autre)

• Portable : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

• Fixe : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

- **Vers quelle heure préférez-vous être appelé(e) ? :**

En début de matinée : 8h – 10h

Fin de matinée : 10h – 12h

Lors du déjeuner : 12h – 14h

Début d'après-midi : 14h – 16h

Fin d'après-midi : 16 – 18h

Début de soirée : 18h – 20h

En soirée : 20h – 21h30

Précisions libres concernant l'appel si vous avez des préférences (un jour de la semaine en particulier par exemple) :

III. Vos traitements

1. Quelle est la fréquence de votre renouvellement de traitement ?

- Plusieurs fois par mois
- Tous les mois
- Tous les 3 mois
- Tous les 6 mois
- Une fois par an
- Autre : Tous les _____ mois

2. Utilisez-vous un pilulier ? Oui Non

3. Combien de médicaments prenez-vous au quotidien ? *Ne citez pas le nombre de cachets dans la journée mais le nombre de médicaments différents que vous prenez. (Exemple : si je prends un cachet de nifopril le matin et le soir je ne compte qu'un médicament.)*

- 4 médicaments
- 5 médicaments
- 6 médicaments
- 7 médicaments
- 8 médicaments
- 9 médicaments
- 10 médicaments
- Plus de 10 médicaments

4. Entrez dans le tableau ci-dessous le nom, la posologie, l'horaire de prise, l'organe visé par votre médicament et sa fonction :
 Remplissez ce que vous pouvez, si vous ne savez pas compléter certaines cases ce n'est pas grave, laissez des trous. Par fonction on entend le rôle de votre médicament, à quoi sert-il, pour quelle maladie...

	Nom des médicaments	Dosage	Horaire de prise				Autre horaire de prise	Organe visé	Fonction (utilité) de votre médicament
			Matin	Midi	Soir	Coucher			
Ex:	PROPOFINE	18 mg	1/2		1		(1 à 16h, que le mercredi...)	Pour le cœur	Pour le ralentir
1									
2									
3									
4									
5									

	Nom des médicaments	Dosage	Horaire de prise				Autre horaire de prise	Organe visé	Fonction du médicament
			Matin	Midi	Soir	Couché			
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									

5. Est-ce qu'un ou plusieurs de vos traitements est/sont susceptible(s) d'interagir avec l'alimentation ou d'autres médicaments ?

- Oui
 Non

Le ou Lesquels ? : _____

6. Saviez-vous que les deux noms notés sur l'ordonnance pour un même médicament correspondaient au nom de la substance active + au nom commercial ?

- Oui
 Non

7. Depuis combien de temps environ prenez-vous la plupart de ces médicaments ?

- Moins de 6 mois
 Environ 1 an
 2 à 3 ans
 3 à 5 ans
 Plus de 5 ans

8. Votre traitement « de fond » a-t-il été modifié récemment (il y a moins de 6 mois) ?

- Oui Non

Merci de votre participation à l'étude. Je vous recontacte dans environ 3 mois. N'hésitez pas à me faire part de vos impressions ou questions.



Elaboration d'une « Fiche de bord médicaments » et évaluation de son impact sur la connaissance du patient de son traitement de fond

Pour commencer, quelques explications :

Vous avez été invité(e) à participer à mon projet de thèse sur l'impact d'une fiche « Mes médicaments » sur la compréhension qu'ont les patients de leurs traitements, et je vous remercie de m'accorder un peu de votre temps.

L'objectif est de voir si la remise d'une fiche expliquant l'intérêt de vos médicaments vous permet d'avoir plus de connaissances sur votre traitement.

Je vous recontacterai d'ici 3 mois environ par téléphone afin de voir si ce document vous a été utile.

La réponse au questionnaire qui va suivre implique votre accord pour participer à cette étude.

Vos coordonnées ne seront conservées que pour pouvoir vous recontacter par téléphone. Elles seront associées à un numéro d'identification permettant de masquer votre identité. Vos coordonnées seront supprimées après l'entretien téléphonique, et ainsi vos réponses ne seront plus associées à vos coordonnées et seront complètement anonymes.

Les données fournies seront traitées uniquement dans le cadre de cette thèse, et en aucun cas à des fins commerciales. Comme précisé au dos de ce document, cette étude répond à des règles de conformité concernant la protection des données à caractère personnel.

Je vous remercie de votre participation, elle me permettra de soutenir ma thèse afin d'obtenir le titre de docteur en médecine générale.



Information concernant le traitement des données à caractère personnel :

Le traitement des données à caractère personnel concernant cette recherche est conforme au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et à la loi Informatique et Libertés (LIL). Ce traitement a été déclaré au registre des activités de traitement des données à caractère personnel de l'Université de Poitiers.

Conformément à l'article 13 du RGPD, les informations suivantes vous sont communiquées :

- *Responsable du traitement : Président de l'Université de Poitiers*
- *Base légale du traitement (article 6 du RGPD) : Mission d'intérêt public*
- *Déléguée à la protection des données (DPO) : Mme Guerineau Isabelle (dpo@univ-poitiers.fr)*
- *Destinataire des données (toute personne amenée à manipuler les données) : Mme Lefort Marilou (marilou.lefort@etu.univ-poitiers.fr), médecin généraliste / thésarde*
- *Durée de conservation des données : 4 mois pour la table de correspondance entre vos coordonnées et votre numéro d'identification (soit le délai entre notre premier contact et celui où vous allez être recontacté) ; sans limite de durée concernant les données de recherche anonymes*

Droits sur vos données à caractère personnel :

Vous exercez vos droits d'accès, de rectification, d'opposition, de limitation ou d'effacement concernant le traitement de vos données auprès de Mme Lefort Marilou

marilou.lefort@etu.univ-poitiers.fr

Si vous estimez que les réponses apportées ne sont pas satisfaisantes, vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés), autorité de contrôle de l'application du RGPD et de la LIL.

Élaboration d'un outil « *Ma fiche de bord médicaments* » et évaluation de son impact sur la connaissance du patient polymédiqué de son traitement de fond.

Thèse de médecine générale – Faculté de Médecine de Poitiers – 12 Novembre 2020

Résumé

Contexte : La connaissance qu'ont les patients de leurs médicaments est inversement liée au nombre de médicaments sur l'ordonnance. Afin de renforcer la compréhension de celle-ci, des supports écrits personnalisés d'éducation thérapeutique ont été développés, mais ces derniers s'adressaient jusqu'alors majoritairement aux patients âgés ou étaient délivrés dans des contextes hospitaliers. Pourtant, la polymédication concerne toutes les tranches d'âge et est une problématique centrale en médecine de ville.

Objectif : Évaluer l'impact d'un support éducatif « *Ma fiche de bord médicaments* » sur la connaissance qu'ont les patients polymédiqués de leur traitement de fond en médecine générale.

Méthode : Étude prospective, non contrôlée, menée dans six cabinets de médecine générale de la Vienne, chez des patients polymédiqués prenant au moins quatre médicaments décomptés en principes actifs. La connaissance du traitement de fond des patients était évaluée avant, puis trois mois après un entretien initial avec remise du support papier créé pour l'étude, selon un critère composite : connaissance du nom des médicaments, de l'organe visé, de l'indication et de la posologie (schéma de prise).

Résultats : Nous avons inclus 100 patients entre le 8 Janvier et le 21 Février 2020. L'utilisation de l'outil « *Ma fiche de bord médicaments* » améliorait significativement la connaissance des patients sur leurs médicaments trois mois après l'intervention : le nom de 74 % des médicaments était cité correctement après intervention contre 54 % initialement ; l'organe visé par le médicament à 91 % contre 82 % ; l'indication à 90 % contre 76 % et le schéma de prise à 97 % contre 87 % ($p < 0,001$ pour l'ensemble de ces paramètres).

Conclusion : « *Ma fiche de bord médicaments* » est un outil personnalisé d'aide à la compréhension du traitement habituel du patient polymédiqué. Ce support papier apparaît être un complément intéressant des informations orales délivrées en consultation et pourrait être développé plus largement en soins primaires, en l'intégrant aux logiciels de prescription médicale ou en l'associant aux actions d'éducation thérapeutique du pharmacien d'officine et des infirmières libérales formés.

Mots clefs : Connaissance des médicaments - Éducation thérapeutique - Carte de traitement - Médecine générale - Relation médecin-patient

Président du jury : Pr Marie-Christine PERAULT-POCHAT

Membres du jury : Pr Valérie VICTOR-CHAPLET, Pr Bernard FRECHE, Dr Christophe LE SAOUT, Dr Emmanuelle DELEAU-BOUGES



UNIVERSITE DE POITIERS



Faculté de Médecine et de
Pharmacie

SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans 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 le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

