

ANNEE 2016

N°

**ANALYSE DES SOURCES D'INFORMATION DES PRECAUTIONS D'EMPLOI AUPRES
DE PATIENTS BENEFICIANT D'UN TRAITEMENT CHRONIQUE.**

**ETUDE REALISEE SUR 279 PATIENTS BOURGUIGNONS DANS 6 CABINETS DE
MEDECINE GENERALE.**

THESE

Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 13 Octobre 2016

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par **GARES Aurélie**

Né(e) le 01/01/1987

A Saint Rémy (71)

ANNEE 2016

N°

**ANALYSE DES SOURCES D'INFORMATION DES PRECAUTIONS D'EMPLOI AUPRES
DE PATIENTS BENEFICIANT D'UN TRAITEMENT CHRONIQUE.**

**ETUDE REALISEE SUR 279 PATIENTS BOURGUIGNONS DANS 6 CABINETS DE
MEDECINE GENERALE.**

THESE

Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 13 Octobre 2016

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par **GARES Aurélie**

Né(e) le 01/01/1987

A Saint Rémy (71)

Année Universitaire 2016-2017
au 1^{er} Septembre 2016

Doyen :
1^{er} Assesseur :
Assesseurs :

M. Frédéric HUET
M. Yves ARTUR
Mme Laurence DUVILLARD
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
M. Marc MAYNADIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Laurent	BEDENNE	Gastroentérologie et hépatologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
M.	Alain	BERNARD	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Jean-François	BESANCENOT	Médecine interne
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Bernard	BONIN	Psychiatrie d'adultes
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	ORL
M.	Alain	BRON	Ophtalmologie
M.	Laurent	BRONDEL	Physiologie
M.	François	BRUNOTTE	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	Médecine physique et réadaptation
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Pascal	CHAVANET	Maladies infectieuses
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophtalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Serge	DOUVIER	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSSELL	Médecine légale et droit de la santé
M.	Pierre	FUMOLEAU	Cancérologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Claude	GIRARD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Vincent	GREMEAUX	Médecine physique et réadaptation
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie

M.	Denis	KRAUSÉ	Radiologie et imagerie médicale
M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romaric	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-François	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIE	Hématologie - transfusion
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
M.	Klaus Luc	MOURIER	Neurochirurgie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	Médecine et santé au travail
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénérologie
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS ASSOCIES DES DISCIPLINES MEDICALES

M.	Bruno	MANGOLA	Urgences (du 01/05/2016 au 14/11/2016)
----	-------	----------------	--

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Roger	BRENOT	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
M.	Philippe	CAMUS	(surnombre jusqu'au 31/08/2019)
Mme	Monique	DUMAS-MARION	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
M.	Maurice	GIROUD	(surnombre jusqu'au 21/08/2018)
M.	Frédéric	MICHEL	(surnombre du 20/10/2015 au 31/12/2016)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(surnombre du 05/02/2014 au 31/08/2017)

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES**

			Discipline Universitaire
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie, psychologie médicale
			(Mobilité Novembre 2016 à 2017)
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Ségolène	GAMBERT-NICOT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	LEGRAND	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
			(Mobilité Novembre 2016 à 2017)
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Jean	CUISENIER	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	Jean	FAIVRE	(01/09/2012 au 31/08/2018)
M.	Marc	FREYSZ	(01/09/2016 au 28/02/2017)
M	Philippe	GAMBERT	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2016 au 31/08/2019)
M.	François	MARTIN	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M.	Pierre	POTHIER	(01/09/2015 au 31/08/2018)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jean-Noël	BEIS	Médecine Générale
----	-----------	------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	Gilles	MOREL	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
Mme	Anne	WALDNER-COMBERNOUX	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

M.	Didier	CARNET	Anglais
M.	Jean-Pierre	CHARPY	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	--------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
Mme	Virginie	ROUXEL	Anglais (Pharmacie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	LIRUSSI	Toxicologie
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Jean-Michel PETIT

Membres : Monsieur le Professeur Serge DOUVIER

Monsieur le Professeur Bernard BONIN

Monsieur le Docteur François MORLON, directeur de Thèse

À Monsieur le Professeur Jean-Michel PETIT.

Pour l'honneur que vous me faites de présider mon jury de thèse. Soyez assuré de mes sincères remerciements.

À Monsieur le Professeur Serge DOUVIER.

Pour l'honneur que vous me faites de juger mon travail. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Bernard BONIN.

Pour l'honneur que vous me faites de juger mon travail. Vous avez accepté avec gentillesse de prendre part à ce jury. Je vous en remercie très sincèrement.

À Monsieur le Docteur François MORLON.

Je te remercie très sincèrement d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse. Ta gentillesse, ton investissement, ton enthousiasme et ta disponibilité m'ont été d'une précieuse aide dans la réalisation de mon travail. Sois assuré de ma profonde gratitude.

À Monsieur le Docteur Philippe d'ATHIS.

Je vous remercie très sincèrement de votre patience et vos précieux conseils sans lesquels ce travail n'aurait pas été possible.

Je remercie **le groupe recherche du Département de Médecine Générale de Dijon** et la **pharmacie des Arts** de Dijon qui nous a permis d'avoir accès aux notices des médicaments.

À mon mari **Luc** pour son soutien, sa patience presque sans faille et ses compétences informatiques si précieuses pour ce travail. À notre future famille.

À mes parents **Roger et Maryline** et mon frère **Christophe** pour tout ce que vous m'avez apporté. Votre confiance absolue en mes capacités m'a permis d'arriver jusqu'ici.

À toute **ma famille**.

À **mes amis Pickwick** qui ont rendu ces années de faculté inoubliables et qui me promettent à présent d'incroyables week-ends. Une pensée particulière pour Mathilde et sa grande patience envers moi lorsqu'il a fallu me faire comprendre l'inexplicable.

À **tous mes amis** : Charlotte et Thomas pour le temps consacré à corriger mon travail, les 3 Chatons, les Loulous, les Mono, Rachel et tous les autres auxquels je pense et que je n'oublie pas.

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

TABLE DES MATIERES

TABLES DES TABLEAUX	11
TABLES DES FIGURES	12
LISTE DES ABREVIATIONS	13
I. INTRODUCTION	14
II. MATERIELS ET METHODES	18
A. Type d'étude	18
B. Population	18
1. Critères d'inclusion	18
2. Critères d'exclusion	18
C. Déroulement de l'étude	19
D. Elaboration d'un référentiel des PE attendues par classe médicamenteuse	19
1. Croisement des données	19
2. Lecture des notices	19
3. Grille de correction des PE	20
E. Caractéristiques du questionnaire	20
F. Analyses statistiques	22
G. Considérations éthiques	22
III. RESULTATS	23
A. Caractéristiques de la population étudiée	23
1. Répartition des patients selon les données sociodémographiques	23
2. Répartition des patients par classe d'âge	24
3. Répartition des patients par nombre de médicaments pris par jour	25
B. Identification des sources d'information	26
C. Connaissance des PE selon les sources d'information ou corrélation entre la source et la connaissance des PE	27
D. Facteurs influençant l'accès aux sources d'information	28
1. Le sexe	28
2. L'âge	29
3. Le lieu d'habitation	30
4. La CSP	31
5. La durée du traitement	32
6. Le nombre de médicaments pris par jour	33

E.	Identification des sources d'information préférées des patients concernant les PE	34
F.	Répartition des patients selon la lecture des notices des médicaments	35
G.	Répartition des patients selon la fréquence des informations données par le MT	36
H.	Fiabilité des informations reçues concernant les PE	36
I.	Connaissance des PE selon le nombre de sources d'information	37
1.	En fonction d'une seule source d'information contre plusieurs	37
2.	En fonction de deux sources d'information contre plus de trois	37
IV.	DISCUSSION	38
A.	Source médecin traitant	38
B.	Source « autre » médecin	42
C.	Source pharmacien	44
D.	Source paramédicale	45
E.	Source notice	46
F.	Source Internet	48
G.	Source ateliers thérapeutiques	50
H.	Source « autres »	52
I.	Connaissance des PE selon le nombre de sources d'information	53
J.	Limites méthodologiques	54
K.	Perspectives	55
V	CONCLUSION	57
VI.	BIBLIOGRAPHIE	59
VII.	ANNEXES	64
A.	ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE	64
B.	ANNEXE 2 : GRILLE DE CORRECTION DES PE ATTENDUES	67

TABLES DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée.

Tableau II: Connaissance des PE selon la source d'information.

Tableau III : Sources d'information selon le sexe.

Tableau IV : Sources d'information selon l'âge.

Tableau V : Sources d'information selon le lieu d'habitation.

Tableau VI : Sources d'information selon les catégories socio-professionnelles.

Tableau VII : Sources d'information selon la durée du traitement.

Tableau VIII : Sources d'information selon le nombre de médicaments pris par jour.

Tableau IX : Connaissance des PE selon l'accès à une seule source d'information contre plusieurs.

Tableau X : Connaissance des PE selon le nombre médian de sources d'information.

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des patients par classe d'âge.

Figure 2 : Répartition des patients par nombre de médicaments par jour.

Figure 3 : Sources d'information concernant les PE.

Figure 4 : Identification des sources d'information préférées des patients concernant les PE.

Figure 5 : Répartition des patients selon la lecture des notices des médicaments.

Figure 6 : Répartition des patients selon la fréquence des informations données par le MT.

LISTE DES ABREVIATIONS

AAP : AntiAgrégant Plaquettaire

AINS : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

APMG : Attitudes Professionnelles des Médecins Généralistes

ARA 2 : Antagonistes du Récepteur de l'Angiotensine 2

AVK : Anti-Vitamine K

CAT : Conduite A Tenir

CSP : Catégorie Socio-Professionnelle

EMIR : Effets indésirables des Médicaments : Incidence et Risque

ENEIS : Enquête Nationale sur les Evénements Indésirables liés aux Soins

ENTRED : Echantillon National Témoin REprésentatif des personnes Diabétiques

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

INR : International Normalised Ratio

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

ISRS : Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine

ISRSNA : Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine et de la NorAdrénaline

MT : Médecin traitant

NACO : Nouveaux Anti-Coagulants Oraux

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PE : Précautions d'Emploi

RCP : Résumé des caractéristiques du Produit

TSH : Thyroid-Stimulating Hormone

I. INTRODUCTION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les maladies chroniques représentent la première cause de mortalité au monde soit 63% des décès. En 2008, 29% des personnes décédées de maladies chroniques étaient âgées de moins de 60 ans et la moitié étaient des femmes (1). En France, en 2007, le nombre de personnes souffrant d'une maladie chronique était estimé à 15 millions de personnes soit environ 20% de la population. On peut supposer que depuis 2007, avec l'augmentation de l'espérance de vie et les progrès médicaux, ce nombre ait augmenté (2). En 2014, 9.9 millions de français étaient en affection longue durée (3).

Les maladies chroniques sont des pathologies pouvant engendrer des prises en charge multidisciplinaires et complexes. Elles représentent près de deux tiers des dépenses publiques, soit un vrai enjeu de santé publique. Devant cet enjeu, la Haute Autorité de Santé (HAS) a créé des guides de parcours de soins pour améliorer leur prise en charge (4). Elles nécessitent dans la très grande majorité des cas, une prise chronique de médicaments. Or quand on prend des médicaments quotidiennement, il semble important de connaître leurs indications et la manière de les prendre afin d'éviter la survenue d'effets indésirables évitables (erreur posologique, interactions médicamenteuses...). Selon l'étude ENEIS (Enquête Nationale sur les Evénements Indésirables liés aux Soins), 54% des effets indésirables graves recensés paraissaient évitables (5). L'étude EMIR (Effets indésirables des Médicaments : Incidence et Risque) retrouvait que 3,6% des hospitalisations paraissaient dues à un effet indésirable médicamenteux. Une fois sur deux, cet effet était considéré évitable ou "potentiellement" évitable. Dans 30% des cas, il était imputé à une interaction médicamenteuse. Elle faisait le constat que l'incidence des hospitalisations liées à des effets indésirables médicamenteux était

stable depuis dix ans alors qu'un certain nombre semblait évitable. Elle concluait que notre système de soins n'avait pas appris de ces constats (6).

La connaissance des Précautions d'Emploi (PE) des médicaments par les patients nous semble donc importante car elles correspondent aux mesures associées à un médicament afin d'assurer son efficacité et d'éviter la survenue d'effets indésirables.

En France, chaque médicament possède un Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) et une notice dont le premier est davantage destiné à informer les professionnels de santé et la seconde, davantage aux patients. Ces deux types d'information sont définis par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) (7). Le RCP et la notice doivent contenir les indications thérapeutiques, les contre-indications, les modalités d'utilisation et les effets indésirables (8). Il n'y a pas de notion concernant les PE. On peut seulement suggérer qu'elles soient incluses dans les modalités d'utilisation. Pourtant, l'article R.521-23 du code de la santé publique stipule clairement que ces deux systèmes d'information doivent comporter les « [...] Précautions particulières d'emploi, notamment en cas de grossesse et d'allaitement, d'utilisation par des enfants ou des personnes âgées et dans des circonstances pathologiques particulières. S'il y a lieu, les précautions particulières qui doivent être prises par les personnes qui manipulent le médicament et qui l'administrent aux patients ainsi que les précautions qui doivent éventuellement être prises par le patient ; ... » (9). Il existe donc un cadre législatif qui reconnaît l'importance d'être informé et donc de connaître les PE.

Plusieurs études ont révélé que les patients étaient en recherche d'information concernant leur traitement afin d'être actifs dans leur santé et gagner en autonomie (10). Par exemple, dans son étude réalisée en 2014 dans un service d'urgence, Agneau E. a montré que 60% des patients ayant un traitement chronique s'estimaient insuffisamment informés sur les risques

liés aux médicaments contre 38% pour les informations portant sur les bénéfices (11). L'édition 2015 de l'Observatoire sociétal du médicament, dit « Les Entreprises du Médicament », révèle que 62% souhaitent être d'avantage informés sur leurs médicaments. Les médecins généralistes sont les premiers sollicités (95% de confiance) puis les infirmières (91%), les pharmaciens (90%) et la notice des médicaments (87%) (12).

Dans les maladies chroniques, il y a souvent plusieurs professionnels de santé intervenants. Chaque professionnel informe sur les éléments concernant son domaine de compétences en les incluant dans une prise en charge globale du patient, tout en recherchant les connaissances déjà acquises par le patient.

D'autres travaux ont étudié la connaissance des patients sur les indications de leurs médicaments, leur comportement vis-à-vis de l'automédication et l'observance des patients vis-à-vis de leur traitement. On peut citer Bizouard F. et Jungers C., qui dans leur étude de 2014 sur 200 personnes, retrouvaient une connaissance parfaite des indications de leur traitement chronique chez 68% des patients et une observance (via le questionnaire Girerd) chez 53% des patients. Il existait un lien significatif entre la connaissance des indications du traitement et l'observance ainsi qu'un lien significatif entre ces 2 items et la relation médecin-malade. Cette relation médecin-malade était évaluée par le score Attitudes Professionnelles des Médecins Généralistes (APMG) (13). L'étude de Franchitti J. réalisée en 2013 sur 272 patients interrogés dans un cabinet de médecine générale ou aux urgences retrouvait des chiffres plus faibles avec un seul patient sur deux connaissant le nom de leurs médicaments et un sur cinq leur indication. Par ailleurs, 38% des patients ayant un traitement chronique affirmaient être observant (14).

Curieusement, aucune étude ne s'est intéressée à leur connaissance des PE ni à leur source d'information.

Notre étude originale s'est donc intéressée à ces deux composantes. La première partie réalisée par Blusseau M. a révélé que seulement 2% des patients avaient une connaissance supérieure à 75% des PE. Sachant que ces patients correspondaient à des femmes utilisant un contraceptif. La connaissance était significativement meilleure chez les femmes, les personnes de moins de 64 ans et la prise de moins de 4 médicaments par jour. 54% des patients étaient dans la méconnaissance. Selon lui, cette méconnaissance semble illustrer un faible investissement des patients concernant l'éducation thérapeutique (15). La seconde partie réalisée par Favre d'Anne J. a aussi étudiée la connaissance des PE mais en s'intéressant à plusieurs sous-populations qui semblaient les plus propices à présenter des particularités spécifiques par rapport à la population d'étude. Néanmoins aucune différence significative n'a été retrouvée entre les femmes en âge de procréer prenant une contraception contre celle n'en prenant pas, ni entre les patients prenant un traitement cardio-vasculaire avec anticoagulant oral contre ceux sans, ni entre les patients prenant un traitement hypoglycémiant contre les patients prenant un traitement cardio-vasculaire (sans antihypoglycémiant) ni entre ceux prenant des antalgiques en fonction de leur âge (plus ou moins de 65 ans). Dans ces sous-populations, il n'a pas non plus retrouvé de différence significative, que la source d'information soit le médecin traitant (MT) ou la lecture des notices des médicaments. Il conclut également que le facteur déterminant à cette méconnaissance est probablement un manque d'investissement des patients (16).

Notre objectif principal était d'identifier les sources d'information des patients concernant les PE de leur traitement chronique. Nos objectifs secondaires étaient d'une part de rechercher un lien entre ces différentes sources d'information et la connaissance des patients et d'autre part de rechercher des facteurs influençant le choix de ces sources.

II. MATERIELS ET METHODES

A. Type d'étude

Une étude quantitative, descriptive, multicentrique, a été menée de juillet à septembre 2015, dans deux départements de Bourgogne (Côte d'or et Yonne) afin d'identifier les différentes sources d'information des précautions d'emploi et d'évaluer leur lien avec la connaissance réelle des patients vis-à-vis des précautions d'emploi.

B. Population

1. Critères d'inclusion

Tout patient âgé de 18 ans ou plus, prenant au moins un médicament de manière chronique, soit depuis au moins 3 mois, consultant leur médecin généraliste quel que soit le motif de la consultation était inclus.

Les patients atteints de troubles cognitifs qui étaient accompagnés lors de la consultation par la personne préparant leur traitement étaient également inclus. Les personnes interrogées et donc incluses étaient alors les accompagnants.

2. Critères d'exclusion

Tous les patients mineurs, ceux sous mesure de protection légale, ceux non interrogeables (présence de troubles cognitifs, de démence, ne parlant pas la langue française...) et ceux qui ne prenaient pas de traitement au long cours étaient exclus.

C. Déroulement de l'étude

Le recueil des données s'est déroulé, de manière anonyme, par l'intermédiaire d'un questionnaire (**Annexe 1**). Le questionnaire était réalisé en début de consultation de médecine générale par cinq médecins (quatre médecins généralistes remplaçants et un médecin généraliste installé) dans six cabinets de médecine générale (un dans l'Yonne et cinq en Côte d'Or).

L'accord des patients était demandé et obtenu oralement.

D. Elaboration d'un référentiel des PE attendues par classe médicamenteuse

1. Croisement des données

Nous avons croisé les données présentes dans deux bases de données médicamenteuses destinées aux professionnels de santé : le Vidal et la Base de Claude Bernard, pour chaque classe de médicaments à usage chronique.

2. Lecture des notices

Nous les avons ensuite comparées à celles fournies par la lecture des notices d'un échantillon de médicaments par classe médicamenteuse (dans une pharmacie Dijonnaise). Nous voulions nous assurer de l'accessibilité de ces connaissances par les patients et vérifier leur concordance avec la base de données des médecins.

3. Grille de correction des PE

Ainsi, nous avons élaboré une liste de PE en retenant celles qui nous semblaient importantes d'être connues par les patients dans le bon usage de leur traitement. Une liste a été élaborée pour chaque classe médicamenteuse en les classant selon quatre critères (**Annexe 2**) :

- Horaire, mode de prise
- Alimentation, consommation d'alcool
- Conduite A Tenir (CAT) de situation
- Interactions médicamenteuses

Chaque critère correspondait à 1 point. Ainsi, chaque médicament obtenait une note allant de 0/4 à 4/4 (ou de 0/3 à 3/3 pour les classes médicamenteuses référencées en seulement 3 critères). Lorsque le patient prenait plusieurs médicaments d'une même classe thérapeutique, une moyenne des notes pour chaque médicament était réalisée.

E. Caractéristiques du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré spécifiquement pour cette étude afin de répondre à plusieurs questions de thèse. Au mois de juin 2015, il a d'abord été testé afin de s'assurer de sa faisabilité durant une consultation (durée moins de 5 minutes, clarté des questions...).

Il comporte 5 parties.

La première partie du questionnaire portait sur les données sociodémographiques : sexe, âge, lieu d'habitation et la classe socio-professionnelle (CSP). (Questions 1, 2, 3, 4 et 5). Pour les CSP, nous les avons d'abord réparties selon les 8 groupes de la liste issue de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Ainsi, 56% de notre

population correspondait au groupe n°7 (les retraités). Afin d'obtenir des groupes avec des effectifs suffisants pour pouvoir réaliser des comparaisons, nous avons regroupé les CSP en 3 groupes. Le groupe 1 réunit les professions « intellectuelles », le groupe 2 les professions « manuelles » et le groupe 3 les professions « intermédiaires ». Les retraités ont été classés dans le groupe selon leur ancienne profession, les étudiants selon la nature de leurs études et les personnes sans activité professionnelle selon leur dernier emploi.

La deuxième partie portait sur les modalités de prise de leur traitement : indication, historique du traitement... (Questions 6, 7, 8 et 9).

La troisième partie évaluait la connaissance des PE de leur traitement. Le tableau était rempli en 2 temps :

* Pour chaque médicament, on leur demandait s'ils pensaient les connaître (réponse binaire).

* Ensuite, s'ils répondaient « oui », on leur demandait de nous les citer. Puis, on les orientait selon nos quatre critères : le mode de prise, l'alimentation, les conduites à tenir et les interactions médicamenteuses. S'ils répondaient « non », on les orientait directement sur ces quatre critères.

Ainsi nous avons évalué la perception des patients concernant les PE (c'est à dire ce que le patient pense connaître des PE) puis leur connaissance.

La bonne connaissance des PE est définie par un score supérieur à 25%. Inversement, la méconnaissance équivaut à une connaissance inférieure à 25% des PE attendues et une non connaissance équivaut à la connaissance d'aucune PE.

La quatrième partie s'intéressait aux sources d'information : leur identification, ce qui correspondait à notre objectif principal, la préférence des patients et la fiabilité des informations transmises. (Questions 10, 11 et 12).

La cinquième partie évaluait l'information fournie par le MT concernant les PE et la fréquence de lecture des notices par les patients. (Questions 13 et 14).

F. Analyses statistiques

Toutes les données recueillies ont été intégrées dans un tableau Excel puis traitées par le logiciel TRIOMPHE, développé au service de Biostatistique et Informatique Médicale du Centre Hospitalier Universitaire de Dijon. Les variables qualitatives ont été décrites par effectifs et pourcentages, les variables quantitatives par moyenne et écarts type. Le test de Fischer (et le test de Chi2 si nécessaire) a été utilisé pour comparer les fréquences. Les tests de Mann-Whitney et Kruskal-Wallis ont été utilisés pour comparer des moyennes. Le seuil de significativité a été fixé à $p = 0.05$ pour l'ensemble des analyses statistiques.

G. Considérations éthiques

Chaque questionnaire était rendu anonyme par un numéro et réalisé avec le patient après avoir obtenu son accord oral.

III. RESULTATS

A. Caractéristiques de la population étudiée

Au total, 282 questionnaires ont été réalisés dont 279 ont été inclus. Sur les trois questionnaires exclus, deux concernaient des patients présentant des troubles cognitifs et un concernait un patient suivi uniquement par le service de maladies infectieuses pour un traitement antirétroviral.

1. Répartition des patients selon les données sociodémographiques

Les données sociodémographiques de la population étudiée sont exposées dans le **tableau I**.

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée.

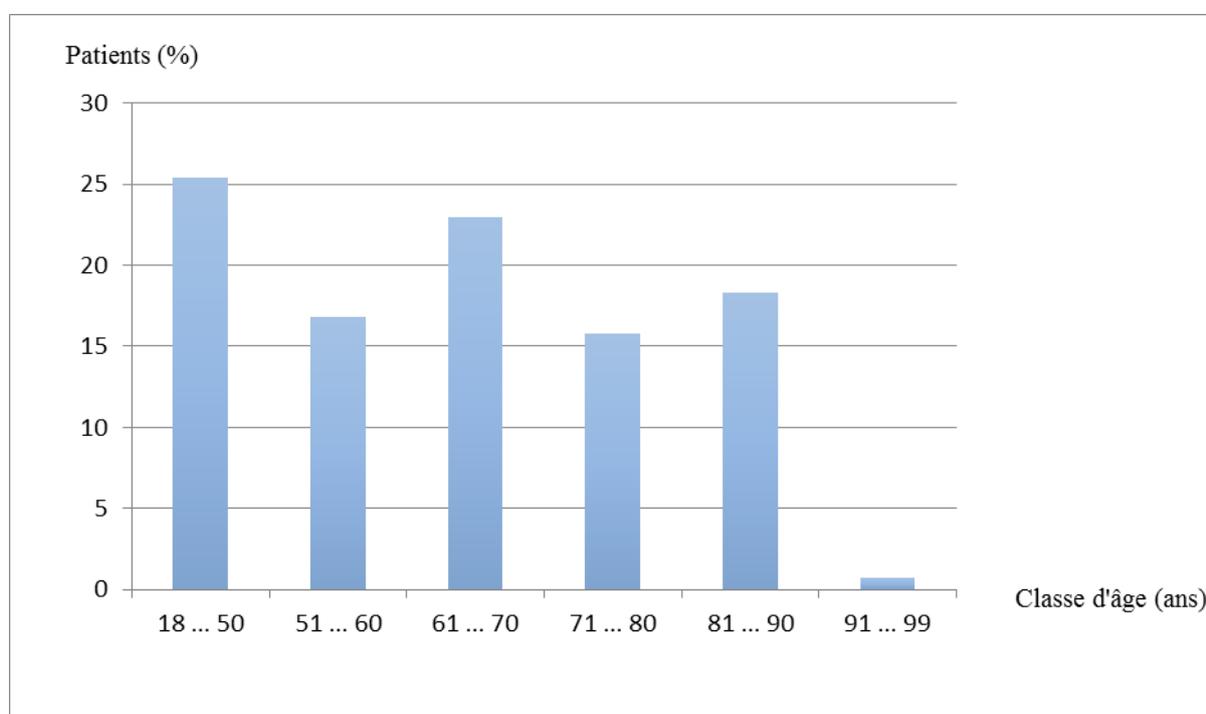
Paramètres	Population d'étude (n=279)	
Sexe (%)	Femme	56
	Homme	44
Âge moyen (écart type)	61,50 (18,80)	
Lieu d'habitation (%)	Rural	34
	Semi-rural	8
	Urbain	58
Catégorie socio-professionnelle (%)	1	26
	2	41
	3	33
Nombre moyen de médicaments (écart type)	4,05 (3,08)	

n: effectif

2. Répartition des patients par classe d'âge

Nos patients avaient entre 18 et 93 ans. La médiane était de 63ans. La répartition des patients selon leur âge est représentée dans la **figure 1**.

Figure 1 : Répartition des patients par classe d'âge.

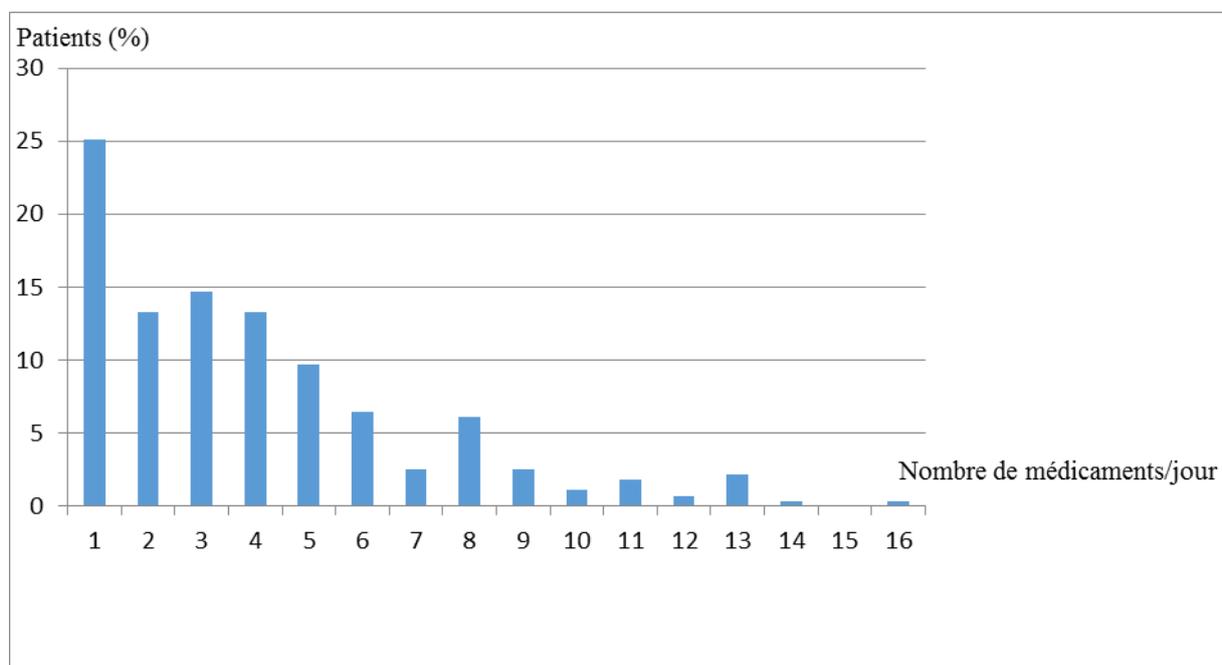


3. Répartition des patients par nombre de médicaments pris par jour

Nos patients prenaient entre 1 et 16 médicaments quotidiennement. La médiane était de 3 médicaments par jour.

La **figure 2** illustre cette répartition.

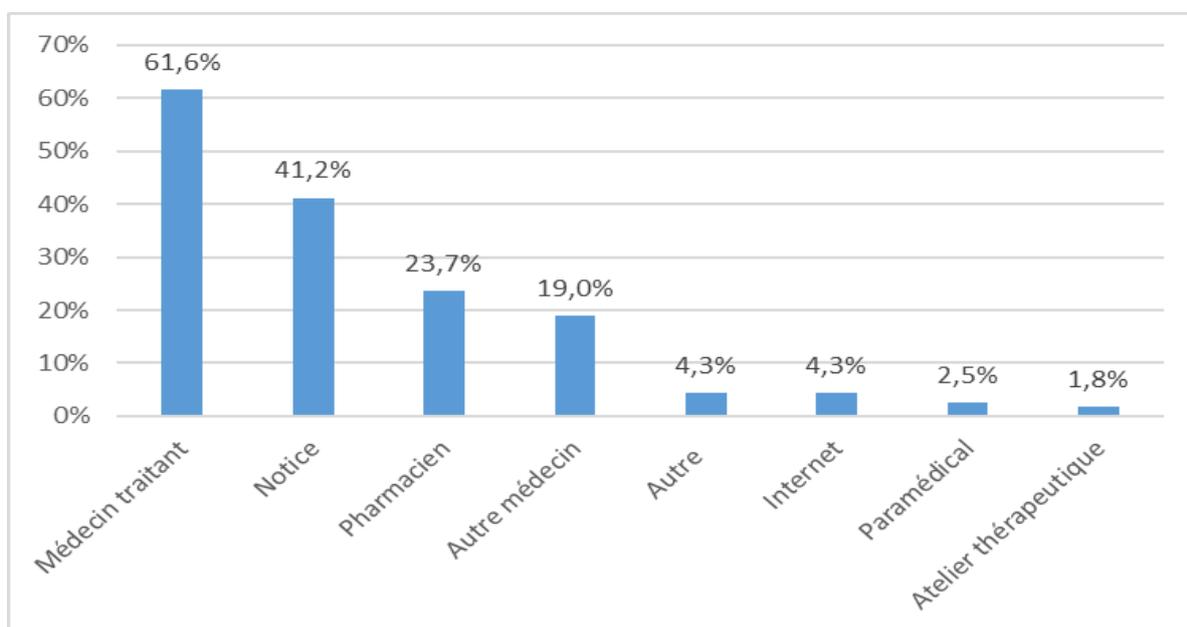
Figure 2 : Répartition des patients par nombre de médicaments par jour.



B. Identification des sources d'information

Les patients pouvaient citer une ou plusieurs sources d'information. Le total de nos résultats n'est donc pas 100%.

Figure 3 : Sources d'information concernant les PE.



La principale source d'information citée par les patients est leur médecin traitant, à hauteur de 61.6%.

C. Connaissance des PE selon les sources d'information ou corrélation entre la source et la connaissance des PE

Tableau II: Connaissance des PE selon la source d'information.

Sources		Bonne connaissance (%)	Méconnaissance (%)	p
Médecin traitant	Cité (n=172)	57	43	<0,0001
	Non cité (n=107)	29	71	
Autres médecins	Cité (n=53)	66	34	0,002
	Non cité (n=226)	41,6	58,4	
Pharmacien	Cité (n=66)	56	44	0,090
	Non cité (n=213)	43,2	56,8	
Paramédical	Cité (n=7)	57,1	42,9	0,839
	Non cité (n=272)	46	54	
Notice	Cité (n=115)	56,5	43,5	0,006
	Non cité (n=164)	39	61	
Internet	Cité (n=12)	50	50	0,977
	Non cité (n=267)	46	54	
Ateliers thérapeutiques	Cité (n=5)	60	40	0,864
	Non cité (n=274)	46	54	
Autres	Cité (n=12)	42	58	0,977
	Non cité (n=267)	46,4	53,6	

n : effectif

Une bonne connaissance des PE est significativement plus élevée lorsque le médecin traitant est défini comme au moins une des sources d'information. 57% de ces patients ont une bonne connaissance ($p < 0,0001$).

Une bonne connaissance des PE est également significativement plus élevée lorsque les « autres » médecins ou la lecture de la notice sont définis comme au moins une des sources d'information, avec respectivement 66% ($p= 0.002$) et 56.5% ($p=0.006$) des patients ayant une bonne connaissance. Afin d'être sûr que l'une des sources ne soit pas un facteur de confusion, nous avons réalisé une régression logistique qui confirme nos résultats ($p<0.001$ pour le MT, $p=0.001$ pour les « autres » médecins et $p=0.008$ pour la lecture de la notice).

D. Facteurs influençant l'accès aux sources d'information

1. Le sexe

Tableau III : Sources d'information selon le sexe.

Sources	Femme (n=157)	Homme (n=122)	p
Médecin traitant	103	69	0,156
Autre médecin	31	22	0,835
Pharmacien	33	33	0,301
Paramédical	6	1	0,141
Notice	62	53	0,587
Internet	3	9	0,036
Ateliers thérapeutiques	1	4	0,171
Autres	7	5	1

n : effectif

Dans notre population, les hommes s'informent significativement plus par Internet que les femmes.

2. L'âge

Tableau IV : Sources d'information selon l'âge.

Sources	≤ 63 ans (n=142)	≥ 64 ans (n=137)	p
Médecin traitant	90	82	0,629
Autre médecin	38	15	0,001
Pharmacien	32	34	0,758
Paramédical	5	2	0,447
Notice	55	60	0,460
Internet	10	2	0,035
Ateliers thérapeutiques	2	3	0,679
Autres	5	7	0,566

n : effectif

Les personnes âgées de moins de 64 ans citent davantage de façon significative leurs « autres » médecins et Internet comme source d'information.

3. Le lieu d'habitation

Tableau V : Sources d'information selon le lieu d'habitation.

Sources	Rural (n=95)	Semi-rural (n=23)	Urbain (n=161)	p
Médecin traitant	60	14	98	0,932
Autre médecin	18	3	32	0,736
Pharmacien	21	6	39	0,891
Paramédical	2	1	4	1
Notice	47	7	61	0,104
Internet	3	0	9	0,360
Ateliers thérapeutiques	2	0	3	1
Autres	3	1	8	0,822

n : effectif

Aucune corrélation significative n'a été mise en évidence entre le lieu d'habitation et l'accès aux sources d'information.

4. La CSP

Tableau VI : Sources d'information selon les catégories socio-professionnelles.

Sources	CSP 1 (n=73)	CSP 2 (n=114)	CSP 3 (n=92)	p
Médecin traitant	45	58	69	0,002
Autre médecin	21	15	17	0,029
Pharmacien	73	26	20	0,670
Paramédical	1	2	4	0,434
Notice	28	46	41	0,702
Internet	4	4	4	0,930
Ateliers thérapeutiques	0	1	4	0,071
Autres	3	4	5	0,874

n : effectif

Les personnes du groupe « profession intermédiaire » citent significativement plus leur médecin traitant comme source d'information alors que ceux du groupe « profession intellectuelle » citent significativement plus les « autres » médecins. Après régression logistique, il n'existe plus de différence significative pour le groupe des autres médecins, l'âge étant un facteur de confusion.

5. La durée du traitement

Pour 7 de nos patients, la durée de prise de leur traitement n'a pu être déterminée. Nos analyses ont donc été effectuées sur 272 patients.

Tableau VII : Sources d'information selon la durée du traitement.

Sources	< 5 ans (n=88)	entre 5 et 10 ans (n=77)	> 10 ans (n=107)	p
Médecin traitant	57	51	62	0,461
Autre médecin	19	12	22	0,592
Pharmacien	18	20	28	0,606
Paramédical	1	3	3	0,563
Notice	40	32	42	0,685
Internet	7	2	3	0,154
Ateliers thérapeutiques	0	1	4	0,105
Autres	4	1	6	0,342

n : effectif

Aucune corrélation significative n'a été mise en évidence entre la durée du traitement et l'accès aux sources d'information.

6. Le nombre de médicaments pris par jour

Tableau VIII : Sources d'information selon le nombre de médicaments pris par jour.

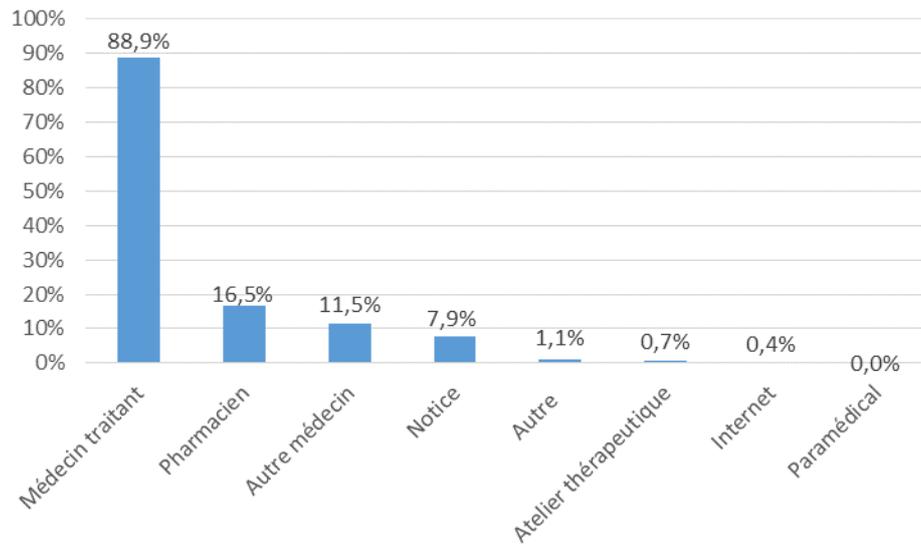
Sources	≤ 3 (n=148)	≥ 4 (n=131)	p
Médecin traitant	97	75	0,194
Autre médecin	34	19	0,100
Pharmacien	34	32	0,885
Paramédical	3	4	0,709
Notice	63	52	0,715
Internet	10	2	0,039
Ateliers thérapeutiques	2	3	0,668
Autres	6	6	1

n : effectif

Les patients prenant moins de 4 médicaments citent significativement davantage Internet comme source d'information.

E. Identification des sources d'information préférées des patients concernant les PE

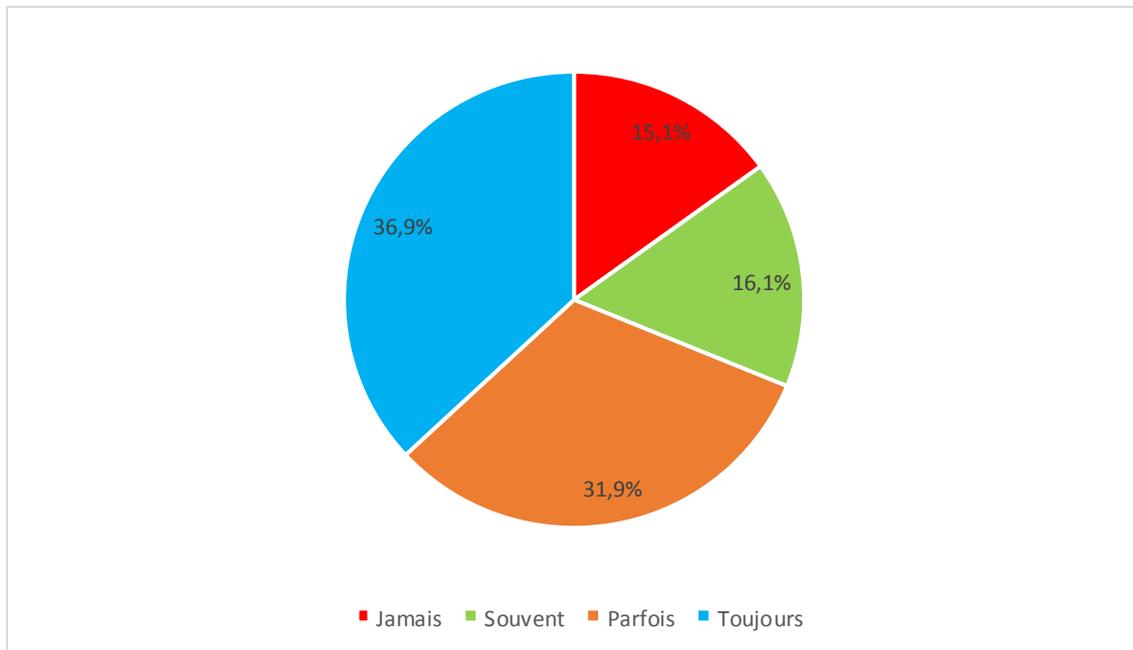
Figure 4 : Identification des sources d'information préférées des patients concernant les PE.



Le médecin traitant est cité comme source préférentielle dans 88.9%.

F. Répartition des patients selon la lecture des notices des médicaments

Figure 5 : Répartition des patients selon lecture des notices des médicaments.

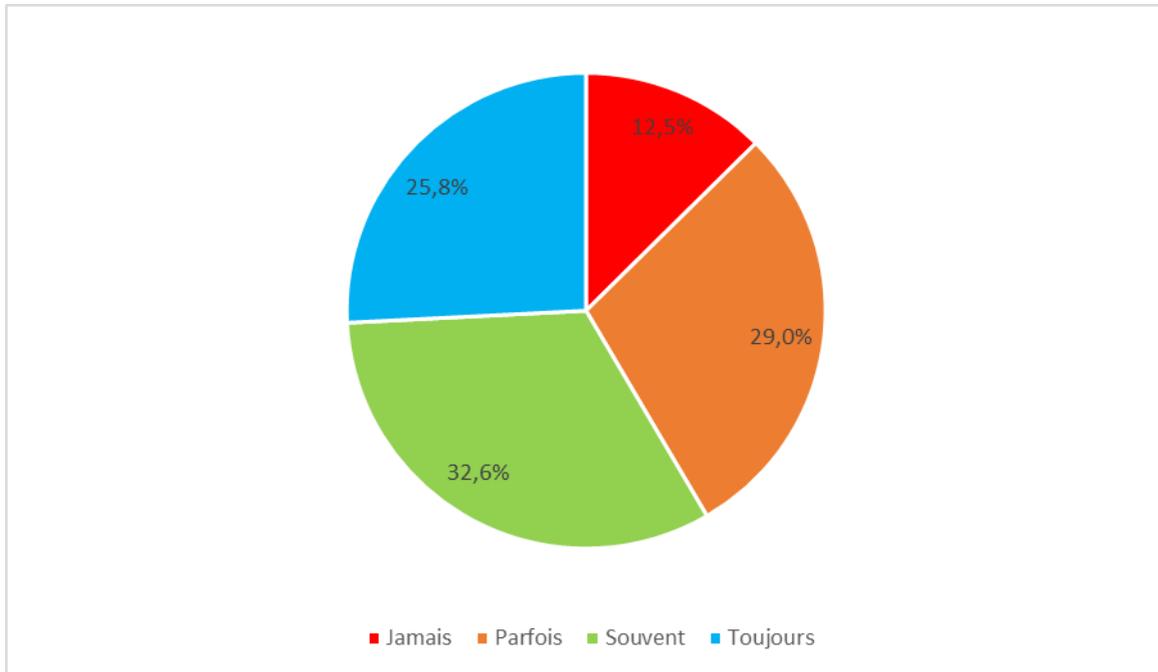


la

Ainsi, 36.9 % des patients lisent systématiquement la notice de leurs médicaments contre 15.1 % ne la lisant jamais.

G. Répartition des patients selon la fréquence des informations données par le MT

Figure 6 : Répartition des patients selon la fréquence des informations données par le MT.



Ainsi, 25.8 % des patients déclarent être toujours informés des PE de leurs médicaments.

H. Fiabilité des informations reçues concernant les PE

Les patients ont accordé une note de 7.4/10 concernant la fiabilité des informations reçues.

I. Connaissance des PE selon le nombre de sources d'information

1. En fonction d'une seule source d'information contre plusieurs

Tableau IX : Connaissance des PE selon l'accès à une seule source d'information contre plusieurs.

Connaissance	1 seule source (n=88)	≥ 2 sources (n=141)	p
Méconnaissance (%)	48,86	41,13	
Bonne (%)	51,14	58,87	0,312

n : effectif

Aucune différence significative n'a été mise en évidence concernant le niveau de connaissance des PE que le patient ait accès à une seule source d'information ou plusieurs.

2. En fonction de deux sources d'information contre plus de trois

Tableau X : Connaissance des PE selon le nombre médian de sources d'information.

Connaissance	≤ 2 sources (n=176)	≥ 3 sources (n=53)	p
Méconnaissance (%)	44,89	41,51	
Bonne (%)	55,11	58,49	0,782

n : effectif

Le nombre médian de sources d'information est de deux. Aucune différence significative n'a été mise en évidence concernant le niveau de connaissance des PE que le patient ait accès à moins de 3 sources d'information différentes ou 3 sources et plus.

IV. DISCUSSION

Notre étude est originale car bien que plusieurs travaux aient étudié l'observance des patients et leur connaissance vis-à-vis de leurs médicaments et de leurs effets indésirables, aucunes n'ont étudié les précautions d'emploi.

L'identification des différentes sources d'informations et des facteurs influençant leur accès semble important afin d'améliorer la connaissance des PE avec l'espérance d'améliorer l'observance et de diminuer la survenue d'effets indésirables évitables. Chaque source a donc été étudiée selon ces différentes caractéristiques.

A. Source médecin traitant

Le résultat principal de notre étude montre que le médecin traitant est la première source d'information des PE à hauteur de 61.6%. Ce résultat n'est pas étonnant car le médecin généraliste est en première ligne dans les soins primaires du patient. Il assure notamment le suivi, la coordination des soins et l'éducation du patient afin d'améliorer leur vie quotidienne (17, 18, 19).

Dans l'étude de Rivière O. réalisée dans le Limousin, 98% des patients, prenant un traitement chronique, affirmaient que leur ordonnance leur avait été expliquée par leur médecin généraliste. Cependant, son travail portait uniquement sur la connaissance du nom des médicaments et leur indication et non sur les PE, expliquant probablement notre chiffre plus faible (20). Nos chiffres sont cohérents avec ceux de Franchitti J. où 26% des patients en recherche d'information sur leur traitement questionnaient seulement leur médecin, 19% leur pharmacien et 20% les deux. Soit un patient sur deux interrogeant son médecin traitant (14). Dans l'étude d'Agneau E., les patients se tournaient aussi en majorité vers leur médecin

traitant pour avoir des informations sur leur médicament mais seulement dans 26% des cas (11). Ce chiffre est moins élevé que le nôtre. Cette différence peut s'expliquer par un de nos biais de recrutement. Effectivement, notre étude était exclusivement menée par des médecins et dans un cabinet de médecine générale, d'où la probable surestimation de nos chiffres. Martin S. et Vallée J. ont étudié la perception et le comportement des effets indésirables médicamenteux des patients dans des cabinets de médecine générale. Le MT était aussi la première source d'information citée et ressentie comme la plus fiable. Pour la plupart des patients, l'information souhaitée lors d'une prescription devait être globale et systématique notamment lors de la première prescription (21). L'édition 2015 de l'Observatoire sociétal du médicament révèle que 62% souhaitent être d'avantage informés sur leurs médicaments. Les médecins généralistes sont alors les premiers sollicités dans cette démarche d'information (12).

Une bonne connaissance des PE est significativement plus élevée lorsque le médecin traitant est défini comme au moins une des sources d'information. 57% de ces patients ont une bonne connaissance ($p < 0,0001$). Malheureusement, il n'existe pas d'étude strictement comparative. Néanmoins, Bizouard F. et Jungers C., retrouvaient une connaissance parfaite des indications de leur traitement chronique chez 68% des patients et une observance (via le questionnaire Girerd) chez 53% des patients. Il existait un lien significatif entre la connaissance des indications du traitement, l'observance et la relation médecin-malade. Cette relation médecin-malade était évaluée par le score Attitudes Professionnelles des Médecins Généralistes (13). Une bonne relation médecin traitant-malade peut en partie expliquer cette bonne connaissance des PE lorsque le médecin traitant est cité comme source d'information.

Les patients ayant une profession « intermédiaire » (CSP 3) ont significativement davantage cité leur médecin traitant comme source d'information. Cependant nous ne pouvons pas davantage comparer nos résultats car nous avons créé cette division en trois groupes.

Le médecin traitant est cité comme source préférentielle dans 88.9% ce qui révèle une relation de confiance entre le patient et son médecin. Dans cette même édition de 2015 de l'Observatoire sociétal du médicament, il était montré une confiance à hauteur de 95% en leur médecin traitant (12). Dans son étude réalisée en 2014 dans un service de néphrologie, Planes S. retrouvait des chiffres similaires avec 54.3% des patients ayant entièrement confiance en leur médecin généraliste et 42.9% ayant répondu « plutôt oui ». Soit 97.2% de patients ayant confiance en leur médecin (22).

32.7% de nos patients estimaient être souvent informés des PE de leurs médicaments par leur médecin traitant, 29% parfois, 25.8% toujours et 12.5% jamais. On peut estimer qu'une information est correctement donnée si elle est souvent ou toujours fournie. Soit 58.5% de nos patients se déclarent toujours et souvent informés. Ceci est cohérent avec notre taux de 57% de patients ayant une bonne connaissance dans l'hypothèse où plus une information est donnée plus elle a de chance d'être apprise puis appliquée.

D'après l'article 35 du code de déontologie médicale et l'article R.4127-35 du code de la santé publique modifié par Décret n°2012-694 du 7 Mai 2012-art.2, tout médecin est tenu de fournir « une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. » (23)

D'après les recommandations de bonne pratique de la HAS, l'information délivrée au patient doit :

- L'éclairer sur son état de santé actuel et à venir
- Lui fournir les indications, le déroulement, les bénéfices escomptés, les risques prévisibles et les recommandations des examens complémentaires et des soins médicaux et paramédicaux

- Lui présenter les différents choix envisageables
- Lui expliquer les conséquences de leur refus
- Lui expliquer le suivi et ses modalités

Ceci dans le but de permettre au patient de prendre leur décision en connaissant les conséquences et les aboutissements de leur accord ou refus (24).

L'écoute du patient (notamment sur la représentation qu'il se fait de sa maladie, sur ses croyances, ses besoins...), les informations fournies et adaptées à la compréhension des patients (sur la maladie, les prescriptions...), la mise en place d'un projet de soin, le suivi, la formation médicale continue, la neutralité affective du médecin et son attitude positive centrée sur le patient, une relation médecin-malade de bonne qualité, sont des éléments de bonne observance et donc d'efficacité thérapeutique (25, 26).

D'après une étude réalisée à Montréal, chez des patients âgés de 60 ans ou plus, une consultation de médecine générale durait en moyenne 20,4 minutes. Seulement 2,3 minutes étaient consacrées à parler des médicaments. Il semblerait que 40% à 80% des éléments ayant fait l'objet de la discussion sont immédiatement oubliés par le patient et que près de la moitié de l'information retenue est incorrecte. Ceci est particulièrement vrai lorsque l'élément est à l'encontre des croyances du patient ou lorsqu'il provoque chez lui de l'anxiété (27, 28).

La répétition des informations paraît alors nécessaire pour que le patient les retienne. De même, la délivrance fractionnée des informations sur plusieurs consultations peut parfois être nécessaire pour laisser du temps au patient d'intégrer les données sur sa maladie chronique et sur ses traitements. Le médecin généraliste est en contact régulier avec le patient notamment lors des consultations pour renouveler le traitement. Il est donc en première position dans la délivrance et l'apprentissage des informations. Interroger régulièrement les patients sur leur

usage des médicaments et sur leur connaissance des PE pourrait permettre une meilleure prise en charge et une diminution des effets indésirables évitables.

B. Source « autre » médecin

Seul 4 patients ont cité les remplaçants de leur médecin généraliste comme source d'information contre 49 pour les spécialistes, sachant qu'aucun patient n'a cité les deux. Ainsi, les remplaçants ne représentent que 8% des autres médecins. On peut donc estimer que la source « autres » médecins représente les médecins spécialistes.

Ainsi, 36% des spécialistes cités étaient des cardiologues, 23% des gynécologues et 14% des endocrinologues. Ces chiffres ne sont pas étonnants car les traitements cardiovasculaires et endocrinologues arrivent respectivement à la première et troisième place des traitements pris par nos patients, à hauteur de 70% et 25%. De plus, la majorité des femmes ont déjà vu au moins une fois un gynécologue dans leur parcours de soin. Il n'est donc pas étonnant que les spécialistes correspondant soient davantage cités. Collard Donger F. s'est intéressée aux sources d'informations des patientes concernant leur contraception. Le gynécologue est la première source médicale de référence à hauteur de 84% (29). Les autres spécialités représentaient moins de 5% chacune.

Cette source arrive en quatrième position dans les sources d'information des PE à hauteur de 19%. Et 11.5% des patients préfèrent être informés par les médecins spécialistes, derrière le MT et le pharmacien.

Dans notre étude, les personnes de jeune âge (moins de 64 ans) s'informaient significativement davantage auprès des médecins spécialistes. Est-ce parce que cette tranche d'âge consulte davantage les spécialistes notamment pour l'introduction d'un traitement au

début de la prise en charge de la maladie ? L'ajout d'un médicament étant le moment où l'on va nécessairement expliquer l'indication du traitement, sa posologie et les PE notamment. Est-ce parce que les personnes plus âgées consultent plus pour un renouvellement d'ordonnance où l'on se concentre davantage sur l'état clinique du patient plutôt que de rappeler les PE de leur traitement habituel ?

Une bonne connaissance des PE est significativement plus élevée lorsque les médecins spécialistes sont définis comme au moins une des sources d'information. 66% de ces patients ont une bonne connaissance ($p = 0.001$). Hormis les consultations d'urgence, les consultations assurées par les spécialistes ont pour but d'évaluer régulièrement l'état de santé du patient et de s'assurer de la bonne prise des traitements. La consultation permet le rappel du bon usage des traitements de leur spécialité. Ceci peut être une explication de cette bonne connaissance. De plus, on peut supposer que les patients consultant les spécialistes sont des patients s'intéressant à leur santé et donc plus enclin à se tenir informé de leur maladie et leur traitement. Cependant nos chiffres peuvent être surestimés car notre sous-population contient les 5 patientes qui prenaient un contraceptif et qui représentaient les seuls patients connaissant plus de 75% des PE.

Nos chiffres ne peuvent malheureusement pas être comparés de quelque manière car aucune étude ne s'est intéressée aux médecins spécialistes en général. Chacune étudiait un corps de spécialité particulier.

C. Source pharmacien

Le pharmacien était cité dans 23.7% des cas comme source d'information des PE, soit à la troisième place. Lorsqu'il s'agissait de déterminer quelles sources d'information les patients préféraient, le pharmacien arrivait en deuxième place à hauteur de 16.5%. Ce résultat est cohérent à ceux de la thèse d'Agneau E. où 39% des patients, recherchant des informations sur leur traitement, s'adressaient à leur pharmacien et leur médecin, dont 19% exclusivement auprès de leur pharmacien (11). Franchitti J. montrait également que pour s'informer sur leur traitement, 20% questionnaient leur pharmacien et leur médecin traitant et 19% des patients seulement leur pharmacien (14).

Dans l'édition 2015 de l'Observatoire sociétal du médicament, les pharmaciens étaient sollicités en troisième position par les patients dans la recherche d'information avec 90% de confiance (12). Ces résultats diffèrent de ceux de Planes S. qui retrouvaient un taux de confiance plus faible avec 48.6% des patients ayant entièrement confiance en leur pharmacien (22). Cependant, on rappelle que leur effectif était faible.

Nous n'avons pas retrouvé de lien significatif entre cette source et une bonne connaissance des PE et aucun de nos facteurs étudiés n'a révélé d'influence dans le choix du pharmacien comme source d'information.

D'après l'article 7 de la convention nationale des pharmaciens du 4 avril 2012, « à l'occasion de la dispensation de produits de santé remboursables, le pharmacien apporte aux assurés sociaux les informations et les conseils nécessaires à la bonne compréhension et à l'observance des traitements, notamment au bon usage des produits de santé » (30). D'après l'article 8 de la convention nationale des pharmaciens du 4 mai 2012, « le pharmacien prévoit dans son officine un espace de confidentialité où il peut recevoir isolément les patients. Cet

espace est réputé adapté dès lors qu'il permet un dialogue entre le pharmacien et le patient en toute confidentialité » (30).

Cependant, en pratique, cet espace est peu utilisé. Les conseils, les informations et ou, la vente de médicament sont réalisés au comptoir, à la vue et en présence d'autres clients sans aucune confidentialité. Certaines personnes peuvent donc être gênées et ne pas oser demander toutes les informations dont elles auraient besoin (31). Elles préfèrent donc probablement se tourner vers une autre source.

D. Source paramédicale

2.5 % des patients l'ont cité comme source d'information mais aucun ne l'a cité comme source de choix pour s'informer. Sur les 7 patients ayant cités cette source, ils ont tous cités les infirmiers et un a cité le kinésithérapeute en plus. Ils souffraient soit d'un diabète soit d'une pathologie anxio-dépressive. Ces faibles chiffres peuvent s'expliquer par le fait que cette source ne s'adresse pas à l'ensemble de nos patients. Toutes les maladies chroniques ne nécessitent pas de soins infirmiers ou de kinésithérapie, par exemple. Aucun lien entre cette source et la connaissance des PE ni aucun profil de patient n'ont été mis en évidence. Cependant notre échantillon est faible ce qui peut fausser les résultats. Nous n'avons pu comparer nos résultats devant l'absence d'études similaires.

E. Source notice

La lecture de la notice arrive en seconde position dans les sources d'information des PE à hauteur de 41.2%. Ageneau E. retrouvait un chiffre similaire avec 40% de patients consultant la notice dans le but de s'informer (11). Notre chiffre amène à penser qu'un peu plus de la moitié des patients ne ressentent pas le besoin de la lire car ils ont confiance dans les prescriptions, les conseils délivrés par l'ensemble des professionnels de santé et qu'ils se sentent informés. Néanmoins, on peut aussi supposer qu'au lieu de lire la notice, ils se tournent vers d'autres sources d'information.

Pourtant, 36.9% de nos patients déclaraient toujours la lire, 31.9% parfois, 16.1% souvent et 15.1% jamais. Par contre, dans notre question, nous ne précisions pas les raisons de la lecture : effets indésirables, indication... Nos chiffres ne sont donc pas totalement interprétables par rapport aux PE. L'étude de Planes S. retrouvait des chiffres relativement similaires avec 31.4% de patients qui la lisaient toujours et 11.4% jamais, mais leur étude n'incluait que 35 patients. Il n'était pas non plus précisé les raisons de la lecture (22). En 2011, le Groupe Pasteur Mutualiste a réalisé un sondage montrant que 43% des français lisaient systématiquement la notice et 33% jamais ou très peu. Il conclut aussi à une bonne confiance dans les professionnels de santé. Cependant, les raisons de cette lecture n'étaient pas non plus précisées et cette étude ne visait pas les traitements chroniques. Il retrouve que les femmes et les personnes de plus de 65ans la lisaient davantage (32). Ces résultats diffèrent de ceux de Muller et al. qui dans son étude de 2015 en consultation de néphrologie chez des patients insuffisants rénaux, retrouvait des chiffres plus élevés avec 65.1% qui lisaient la notice dont 11.9% qui stoppaient ou ne commençaient pas leur traitement suite à cette lecture. Par contre, l'âge et le sexe n'influençaient pas la lecture ou non de la notice (33).

Nous n'avons également pas mis en évidence de facteur influençant la lecture de la notice.

Néanmoins, cette source était significativement liée à une bonne connaissance des PE. Est-ce parce que les patients lisant la notice s'intéressent davantage à leur santé ? Est-ce parce qu'ils l'utilisent comme complément d'une information déjà donnée mais incomplète ou incomprise ? D'après l'édition 2015 de l'Observatoire sociétal du médicament, 87% des français font confiance aux informations lues dans les notices (12).

Sur les 115 personnes ayant cité la notice comme source d'information, 20% d'entre eux n'ont cité aucune autre source. La grande majorité s'informe donc de plusieurs manières. De plus, elle n'apparaît qu'en quatrième position dans le choix des sources préférées avec seulement 7% de citation par les patients. Les patients ayant privilégiés les contacts directs avec les médecins ou pharmaciens. On peut supposer que les patients préfèrent dans l'idéal pouvoir échanger et poser leur question lors d'une conversation mais que par manque de temps ou par honte de poser une question qu'il juge stupide, ils utilisent la notice. Dans l'étude de Martin S. et Vallée J., la difficulté à comprendre les termes médicaux utilisés était évoquée comme facteur limitant la lecture des notices (21).

A noter que devant la constatation du faible nombre de français lisant la notice, l'ANSM a créé un dépliant intitulé « Toujours lire la notice de votre médicament ». Les règles de bon usage d'un médicament sont énumérées avec l'explication des rubriques à lire selon les informations recherchées. Le but étant d'inciter les patients à lire la notice mais surtout de la lire correctement (34).

Il pourrait être intéressant que les professionnels de santé incitent les patients à lire les notices en priorisant la lecture de la rubrique : « quelles sont les informations à connaître avant de prendre le médicament ? » et / ou la rubrique « modalités d'utilisation », selon les notices. Ces rubriques informent sur les PE du médicament. Ainsi le patient sait où trouver les

informations nécessaires au bon usage du médicament. De plus, il peut les lire ou relire à tout moment car la notice est un support qu'il a à disposition chez lui. La lecture des notices sert alors de rappel ou de complément aux informations fournies lors des consultations.

F. Source Internet

Ainsi, 4.3% de nos patients ont cité Internet comme source d'information. Le chiffre chute à 0.4% lorsqu'on leur demandait leur préférence. Ces chiffres peuvent être sous-estimés car notre population avait un âge moyen de 63 ans. Effectivement, selon un rapport de l'INSEE de 2012, seul 62% des français âgés de 60 à 74 ans ont accès à Internet à domicile, 26% à partir de 75 ans contre 85% entre 30 et 60 ans et 96% chez les moins de 30 ans (35).

Dans l'étude de Planes S., 14.3% des patients déclaraient consulter souvent Internet, 57.1% ne le consultaient jamais et 28.6% rarement. Aucun patient ne déclarait consulter Internet de manière systématique. L'âge moyen était de 62,4 ans, or la plupart des patients âgés ont déclaré ne pas avoir d'accès à Internet et le nombre de patients était faible ce qui peut induire une sous-estimation des résultats (22). Leurs chiffres sont plus élevés que les nôtres mais dans leur étude il n'était pas précisé la cause de cette recherche. Il pouvait s'agir d'information sur la maladie ou les effets secondaires des médicaments. Nos chiffres ne sont donc pas totalement comparables.

Être de sexe masculin, avoir moins de 64 ans et prendre moins de 4 médicaments par jour étaient des facteurs significativement liés à l'utilisation d'Internet comme source d'information. Nos résultats diffèrent en partie du profil du patient internaute réalisé en 2007 par la HAS. Le jeune âge (pas de chiffre précisé) était un facteur significativement associé à l'utilisation d'Internet. Cependant, elle retrouvait aussi le sexe féminin (36). Une enquête

réalisée en France en 2007, sur 4543 questionnaires, retrouvait un profil similaire à la HAS : sexe féminin, jeune ou d'âge moyen, ayant une grande expérience d'Internet et confrontée à un problème de santé (37).

L'âge moyen des hommes était de 64 ans et celui des femmes étaient de 60 ans. L'âge n'est donc pas une explication à cette différence. Par contre, notre faible échantillon peut en être une. De plus, pour cette même raison nous n'avons pu réaliser une recherche de facteur de confusion par une régression logistique.

Plusieurs enquêtes suggèrent que les internautes les plus actifs sont notamment ceux ayant peu confiance en l'information reçue, ceux n'ayant pas été satisfait ou encore ceux n'ayant pas eu l'occasion ou ayant eu peur de poser leur question...(38). Ainsi Berger et al. retrouvait que les personnes souffrant de maladies stigmatisantes (les infections sexuellement transmissibles, l'anxiété, la dépression, l'incontinence...) consultaient davantage Internet pour s'informer sur leur santé (39).

Cependant la qualité variable des informations retrouvées sur Internet peut engendrer des comportements à risque si l'information est mal interprétée ou si elle retarde une consultation. Elle peut aussi être génératrice d'une anxiété. Par contre, des études montrent que lorsque le patient est correctement informé par les sites Internet, ils utilisent mieux les ressources de santé et surtout leur compliance au traitement est meilleure (38, 40).

G. Source ateliers thérapeutiques

Ainsi, 1.8% de nos patients ont cité cette source comme moyen d'information et 0.7% la citent en source préférentielle.

Dans son étude de 2013, sur une cohorte de 130 patients diabétique de type 2, Bazureau S. retrouve que 49% des patients souhaiteraient avoir plus d'information sur leur maladie. Pourtant seulement 28% pensent que participer à un « réseau diabète » leur serait utile et seulement 4.6% des patients en faisaient partie. Elle retrouve aussi un important désinvestissement des patients concernant leur maladie (41). Dans son travail de 2011 sur les facteurs associés à l'adhésion des patients diabétiques au projet thérapeutique, Sidot E. retrouve des chiffres similaires avec seulement 22% de patients ayant déjà participé à un programme d'éducation thérapeutique. Elle a jugé que l'observance médicamenteuse était « bonne » dans seulement 30% des cas (42). L'étude ENTRED (Echantillon National Témoin REprésentatif des personnes Diabétiques) de 2007-2010 retrouve également des chiffres similaires avec 39% de patients diabétiques jugés « bien-observants » (43).

Ce faible taux de participation aux ateliers peut expliquer notre faible pourcentage de patient citant cette source comme moyen d'information. De plus, cette mauvaise observance médicamenteuse est cohérente avec nos résultats ne retrouvant pas de lien significatif entre les ateliers et la connaissance des précautions d'emploi. Aucun profil de patient informé par les ateliers thérapeutiques n'a été mis en évidence.

Ageneau E. retrouve dans son étude que 60 % des patients ayant un traitement chronique s'estimaient insuffisamment informés sur les risques liés aux médicaments (11). Plusieurs études vont dans ce sens en révélant que les patients sont en recherche d'informations concernant leur traitement (10). En 2016, Descamps P. s'est intéressée au vécu des patients diabétiques ayant participé à des ateliers d'éducation thérapeutique à Outreau. Ces ateliers

répondaient dans la majorité aux attentes des patients avec une meilleure connaissance de leur maladie, leur traitement et les mesures hygiéno-diététiques ainsi qu'un effet bénéfique sur le moral. Cependant, ils ont rapporté avoir oublié une partie des connaissances avec le temps (44). En 2011, Pot-Vaucel M. et al. s'est aussi intéressé au programme d'éducation thérapeutique en comparant des patients atteints d'une polyarthrite rhumatoïde ayant suivi un programme contre ceux n'en ayant pas fait. Le premier groupe reconnaît mieux les poussées, utilise plus l'ergothérapie...La satisfaction est excellente à hauteur de 85% mais la connaissance vis-à-vis de leur traitement n'a pas été améliorée (45).

Nous sommes donc devant un double paradoxe entre d'une part des patients souhaitant être informés et une faible participation aux ateliers thérapeutiques et d'autre part, une faible connaissance acquise malgré une satisfaction des patients. Comme dit précédemment, ceci s'explique en partie par un oubli des informations mais aussi par un faible investissement des patients pour leur maladie. Cette faible participation peut être expliquée par un manque de temps des patients (44) ou un manque d'information des patients concernant ces ateliers.

Pourtant l'objectif de cette éducation thérapeutique est fondamental en permettant aux patients d'acquérir et d'entretenir les compétences nécessaires pour devenir des acteurs de leur santé. Ainsi ils deviennent davantage autonomes en facilitant leur adhésion aux traitements prescrits et en améliorant leur qualité de vie (46, 47). Afin d'améliorer l'observance, la loi HPST du 21/07/09 a donné un cadre juridique à l'éducation thérapeutique (48). Cependant pour que cela fonctionne, l'investissement des patients est nécessaire. Du côté des professionnels de santé, il ne faut pas hésiter à proposer régulièrement l'accès à cette source d'information.

H. Source « autres »

Ainsi, 4.3% des patients ont cité cette source comme source d'information. Par contre, si on leur demande de choisir une source d'information, ils ne sont plus que 1.1% à la citer. La famille était citée en première intention à hauteur de 58% puis les amis à 25%. Les autres patients citaient les études ou les brochures. La majorité de ces patients prenait une contraception ou un traitement par Anti-vitamine K (AVK). Ceci est en adéquation avec l'étude de 2014 de Collard Donger F. qui s'est intéressée aux sources d'information des patientes concernant leur contraception. Elle retrouve comme source principale l'entourage (notamment pour les effets secondaires) qui était cité par toutes les patientes de l'étude. Le gynécologue arrivant en seconde position (29).

Il existe de nombreuses campagnes de sensibilisation concernant la contraception (49,50) ainsi que de nombreux documents d'informations concernant le bon usage des anticoagulants oraux avec notamment le « carnet de suivi AVK » (51). Pourtant, aucun de nos patients n'a cité les campagnes de sensibilisation et un seul à citer les brochures comme source d'information. On peut supposer qu'ils ont rattaché cette source de connaissance aux personnes qui leur ont fourni comme le MT, le spécialiste ou le pharmacien entraînant donc un biais dans notre étude.

Nous n'avons pas retrouvé de profil de patient significatif ni de lien entre cette source et la connaissance des précautions d'emploi mais une fois de plus notre échantillon était faible.

I. Connaissance des PE selon le nombre de sources d'information

Contrairement à ce que nous aurions pu penser, nous n'avons pas mis en évidence de lien significatif entre le nombre de sources d'information et le niveau de connaissance des PE, que ce soit entre une seule source et plusieurs ou entre moins de 3 sources et 3 ou plus. Effectivement, il aurait semblé logique qu'un patient informé par plusieurs sources d'information est une meilleure connaissance. De plus, Favre d'Anne J. n'a pas retrouvé de différence significative entre ses différentes sous-population. Son hypothèse étant que certains groupes devaient être mieux informés du fait des nombreuses sources d'information notamment avec les ateliers thérapeutiques, les professionnels de santé et les campagnes de sensibilisation (16). Cependant sans étude comparative, nous ne pouvons affirmer que ces autres sources ne jouent aucun rôle significatif dans l'information. Mais, on peut de nouveau suggérer une part de responsabilité des patients. Effectivement, même si une information est donnée de la meilleure des façons possibles et répétée par plusieurs sources différentes, cela n'est pas suffisant. L'adhérence au traitement et l'observance sont des éléments essentiels. La notion d'adhérence renvoie à une volonté et une approbation du patient concernant sa prise en charge. Elle inclut des facteurs intrinsèques aux individus avec des facteurs de personnalité, sa relation entre sa maladie et son vécu, sa motivation... L'adhérence permet une meilleure observance médicamenteuse. La délivrance adaptée d'une information est donc importante car elle contribue à une bonne adhérence et observance (52). Des études montrent qu'une bonne relation médecin-malade contribue également à les améliorer (16, 52) . Or l'OMS estime que dans les pays développés seulement 50% des personnes atteintes de maladies chroniques adhèrent aux recommandations de leur traitement. Cette adhérence est « un facteur déterminant de la réussite du traitement. Une mauvaise observance atténue les avantages cliniques optimaux et réduit donc l'efficacité globale des systèmes de santé » (53). La mauvaise observance et une moindre adhérence au traitement augmentent la morbidité

(complications médicales et psychosociales, pharmacorésistance...) et sont responsables de traitements supplémentaires qui auraient pu être évités. Ce qui engendre des surcoûts humains et financiers (54, 55). Les améliorer devient un vrai enjeu de santé publique car cela impacte sur les risques liés à la iatrogénie, l'inadaptation stratégique, l'automédication et sur l'impact écologique et économique (56). L'OMS va même jusqu'à dire qu'il « se pourrait que l'amélioration de l'observance donne de meilleurs résultats sanitaires que l'avènement de nouvelles technologies. C'est un investissement rentable, qui permettra d'éviter des dépenses excessives aux systèmes de santé déjà à la limite de leurs capacités et améliorera la vie des malades chroniques. » (55).

Par conséquent, le rôle des sources d'information notamment du médecin traitant est primordial car elles fournissent les connaissances de bon usage du traitement et participe ainsi aux notions d'adhérence et d'observance.

J. Limites méthodologiques

Notre méthodologie ne garantit pas la représentativité de l'ensemble des patients bourguignons prenant un traitement chronique. 4 cabinets sur 6 étaient à Dijon, 1 en semi-rural en Côte d'Or et 1 seul dans l'Yonne en milieu rural. Aucune randomisation n'a été effectuée, le recrutement des patients ayant été exhaustif. Concernant la taille de la population, pour être représentative nous aurions dû inclure environ 4000 patients. Notre population était correcte pour l'étudier dans sa globalité mais dans mon étude, j'ai travaillé sur certains groupes dont les effectifs étaient faibles pouvant ainsi limiter la significativité des résultats.

Le recueil des informations s'est déroulé dans un cabinet de médecine générale, dont 4 appartenant à des maîtres de stage de la faculté, engendrant un biais de mesure. Effectivement, les patients ont été interrogés par 4 médecins généralistes remplaçants et même directement par un médecin généraliste installé. On peut donc supposer une surestimation de la citation de leur médecin traitant comme source d'information. Il en va de même, pour les notes de fiabilité de l'information reçue et les adjectifs retenus concernant la fréquence des informations fournies par le médecin traitant. Le patient n'osant pas exprimer qu'il se sent peu ou pas averti.

De plus, le recueil a été effectué par 5 médecins différents engendrant un autre biais de mesure. Néanmoins, afin de le minimiser nous avons tenté de standardiser la manière de poser nos questions. Parfois, nous devions rappeler aux patients que notre questionnaire traitait des PE et non des effets indésirables. Ceci a pu engendrer un biais de compréhension.

L'absence de « gold standard » dans l'évaluation des PE est une limite importante de notre étude. Notre choix d'utiliser ces 4 critères ne repose sur aucune validation scientifique, il est donc tout à fait discutable. Il en est de même de notre choix de fixer le seuil de connaissance des PE à 25 %.

K. Perspectives

Notre étude a mis en évidence trois sources d'information liées significativement à une bonne connaissance des PE dont certaines sont significativement associées à un profil type de patient. Contrairement à ce qu'on aurait pu penser, le nombre de source d'information ne joue pas sur cette connaissance. Nous avons émis l'hypothèse d'un manque d'investissement des patients concernant leur maladie avec une moindre adhérence et observance. Un travail

pourrait s'intéresser aux liens entre connaissance des PE, sources d'information, observance et adhérence.

La connaissance de ces PE nous semble indispensable pour un bon usage de leur traitement.

Une étude pourrait rechercher un lien entre connaissance des PE et la survenue d'effets indésirables évitables.

Notre travail étant original, nous n'avons pu correctement confronter nos résultats. Il serait intéressant que d'autres travaux de plus grande envergure soient réalisés.

La perspective la plus intéressante serait d'étudier, via une étude qualitative, les facteurs d'appropriation chez les patients ayant une bonne connaissance et de non appropriation chez les personnes ayant une méconnaissance afin de déterminer quels sont les facteurs influençant. Ainsi, les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des patients ayant une maladie chronique pourraient notamment d'une part améliorer la délivrance de leurs informations et d'autre part repérer les patients les plus ignorants et stimuler leur investissement pour leur santé.

UNIVERSITE DE BOURGOGNE

THESE SOUTENUE PAR Mme GARES Aurélie

CONCLUSIONS

Mené par 5 investigateurs, notre travail original, réalisé dans 6 cabinets de médecine générale en Bourgogne, a étudié la connaissance des 279 patients inclus dans l'étude concernant les précautions d'emploi de leur traitement chronique ainsi que leurs sources d'information.

La première partie de ce travail a révélé une faible connaissance des précautions d'emploi. Etre de sexe féminin, être âgé de moins de 64 ans et prendre moins de 4 médicaments par jour sont des facteurs favorisant une bonne connaissance des précautions d'emploi.

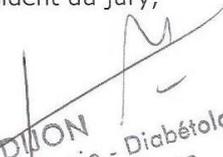
La deuxième partie de ce travail a étudié cette connaissance sur 5 sous populations susceptibles de présenter des particularités spécifiques par rapport à la population : les femmes sous contraception, les patients sous anticoagulants, les patients ayant un traitement cardiovasculaire et antidiabétique, ceux sous antalgiques et ceux ayant cité une seule source d'information. Aucune différence significative n'a été retrouvée.

Notre travail, qui a analysé les sources d'information des précautions d'emploi des patients prenant un traitement chronique, a montré que le médecin traitant est leur première source d'information. Trois sources sont significativement associées à une bonne connaissance de ces précautions d'emploi : le médecin traitant, les médecins spécialistes et la lecture des notices. 58.5 pour cent des patients, se déclarent toujours et souvent informés des précautions d'emploi par leur médecin traitant. Les patients âgés de 63 ans ou moins s'informent significativement davantage via les médecins spécialistes et internet. Les patients prenant moins de 4 médicaments par jour et, ou de sexe masculin utilisent significativement plus fréquemment la source internet. Contrairement à ce que l'on aurait pu penser, le nombre de source d'information n'influence pas sur la connaissance des précautions d'emploi. Le rôle des sources d'information notamment du médecin traitant paraît primordial. Effectivement, elles fournissent les connaissances de bon usage des traitements et participent ainsi aux notions d'adhérence et d'observance médicamenteuse.

Certains travaux récents sur la connaissance des patients concernant les indications de leurs traitements chroniques et l'observance ont étudié partiellement certaines sources d'information. Leurs résultats rejoignent les nôtres notamment pour le médecin traitant qui est dans la majorité des cas cité en première position.

Il serait intéressant d'étudier, via une étude qualitative, les facteurs d'appropriation chez les patients ayant une bonne connaissance et de non appropriation chez les personnes ayant une méconnaissance afin de déterminer quels sont les facteurs influençant. Ainsi, les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des patients ayant une maladie chronique pourraient notamment améliorer la délivrance de leurs informations. En particulier, ils pourraient inciter les patients à lire les notices en priorisant la lecture de la rubrique : « quelles sont les informations à connaître avant de prendre le médicament ? » et/ou la rubrique « modalités d'utilisation », selon les notices. D'autre part, ils pourraient davantage repérer les patients les plus ignorants pour améliorer leur information et stimuler leur investissement dans leur santé.

Le Président du jury,

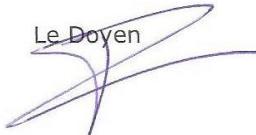


CHU DIJON
Endocrinologie - Diabétologie
Maladies Métaboliques
03 80 29 34 53
Docteur J.M. PETIT
10002178167

Vu et permis d'imprimer

Dijon, le 8 SEPTEMBRE 2016

Le Doyen



P. F. HUET

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé. Maladies chroniques [En ligne]. OMS [Consulté le 9 mai 2016]. Disponible : http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/
2. Ministère de la Santé. Pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Plan 2007-2011. [En ligne].32p. ; 2007 [Consulté le 9 mai 2016]. Disponible : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf
3. Assurance Maladie. Affection de longue durée (ALD) : Prévalence. [En ligne].2016. [Consulté le 23 août 2016]. Disponible : <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2014.php>
4. Haute Autorité de Santé. Maladies chroniques : une vision renouvelée du parcours de soins. [En ligne]. HAS ; 2012 [Consulté le 9 mai 2016]. Disponible : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1301349/fr/maladies-chroniques-une-vision-renouvee-du-parcours-de-soins
5. Prescrire Rédaction. En France environ la moitié des effets indésirables graves sont liés à des produits de santé. Rev Prescrire. déc 2011;31(338):9- 15.
6. Prescrire Rédaction. Petit Manuel de Pharmacovigilance : 3.1 - 1997-2007 : 4 enquêtes nationales (en France) incontournables. Rev Prescrire. 2009;29(308):434- 5.
7. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Répertoire des médicaments. [En ligne]. ANSM [Consulté le 26 août 2016]. Disponible : <http://ansm.sante.fr/Services/Repertoire-des-medicaments>
8. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Glossaire. [En ligne]. ANSM ; 2016 [Consulté le 23 août 2016]. Disponible : <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/glossair/glossair.php>
9. France. Code de la santé publique - Article R5121-23 abrogé par Décret 2008-435 du 6 Mai 2008-art.13 (V). Code de la santé publique.
10. Prescrire Rédaction. Les patients veulent savoir. Rev Prescrire. 2011;31(338):937.
11. Ageneau E. Le patient et son traitement: entre connaissance et perception. 94p. Thèse d'exercice : Pharmacie : Nantes : 2014
12. Les Entreprises du Médicament. Médicament : rebond du niveau de confiance des Français à 85 % [En ligne]. LEEM - Les entreprises du médicament ; 2015 [Consulté le 23 août 2016]. Disponible : <http://www.leem.org/medicament-rebond-du-niveau-de-confiance-des-francais-85>
13. Bizouard J, Jungers C. Évaluation de la connaissance des indications des traitements chroniques en médecine générale et de la relation médecin malade : impact sur l'observance. [En ligne]. 56p. Thèse d'exercice : Médecine : Grenoble; 2014. [Consulté le 24 août]. Disponible : http://dumas.ccsd.cnrs.fr/file/index/docid/992739/filename/2014GRE15026_bizouard_fanny_et_jungers_caroline_1_D_.pdf

14. Franchitti J. Evaluation des connaissances que les patients ont de leurs traitements. [En ligne]. 61p. Thèse d'exercice : Médecine : Paris 6 : 2014. [Consulté le cité 6 janv 2016]. Disponible : <http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/franchitti-these.pdf>
15. Blusseau M. Précautions d'emploi des traitements chroniques : quelle est la connaissance des patients ? Enquête auprès de 279 patients bourguignons dans 6 cabinets de médecine générale. 55p. Thèse d'exercice : Médecine : Dijon : 2015.
16. Favre d'Anne J. Connaissance des précautions d'emploi des traitements chroniques : Etude de 5 sous-populations d'après une enquête menée auprès de 279 patients bourguignons dans 6 cabinets de médecine générale.66p. Thèse d'exercice : Médecine : Dijon : 2016.
17. Société Française de Médecine Générale. Le patient et son généraliste « médecin traitant ». [En ligne]. SFMG ; 2010 [Consulté le 24 août 2016]. Disponible : http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/609/fichier_lepatient_medtrait_vf0af76.pdf
18. Gay B. Repenser la place des soins de santé primaires en France – Le rôle de la médecine générale. Revue Épidémiologie et de Santé Publique. 2013 juin ;61(3):193- 8.
19. Brunn M, Chevreur K. Prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Concepts, évaluations et enseignements internationaux. Santé Publique. 2013 avril ;25(1):87- 94.
20. Rivière O. Le patient chronique en Limousin et son ordonnance(connaissance et observance). 90p.Thèse d'exercice : Médecine : Limoges : 2008.
21. Martin S, Vallée J. Effets indésirables médicamenteux : exploration de l'expérience des patients, place attribuée aux différents acteurs.Exercer. 2016 mai ;27(125):108- 16.
22. Planes S. L'effet nocebo : étude préliminaire descriptive chez des patients hospitalisés en néphrologie. [En ligne]. 71p. Thèse d'exercice : Pharmacie : Grenoble : 2014. [Consulté le 24 août 2016]. Disponible : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01141452/document>
23. France. Code de la Santé Publique. Article R4127-35 modifié par décret n°2012-694 du 7 Mai 2012-art.2.
24. Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé. [En ligne]. HAS ; 2012[Consulté le 24 août 2016]. Disponible : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations_-_delivrance_de_linformation_a_la_personne_sur_son_etat_de_sante.pdf
25. Anandamanoharan J. Observance et médecine générale : peut-on dépister les problèmes d'observance chez les patients atteints de pathologies chroniques ? [En ligne]. 104p. Thèse d'exercice : Médecine : Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines : 2012. [Consulté le 24 août 2016]. Disponible : http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/729/fichier_these_kanagarajah_1406201275b35.pdf
26. Gallois P, Vallée J-P, Noc YL. L'observance des prescriptions médicales : quels sont les facteurs en cause ? Comment l'améliorer ?. Rev Médecine. nov 2006;2(9):402- 6.
27. Lussier M-T, Richard C. Le dialogue de prescription un incontournable dans l'usage optimal du médicament !. Le Médecin du Québec.2008 décembre;43(12):45- 52.

28. Kessels RPC. Patients' memory for medical information. J R Soc Med. 2003 mai ;96(5):219- 22.
29. Collard Donger F. Sources d'information et moyens d'amélioration des connaissances sur la pilule oestroprogestatives des femmes de 18 à 50 ans dans la région Nord-Pas-de-Calais : approche qualitative. 68p.Thèse d'exercice : Médecine : Lille : 2014.
30. France. Arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie. JORF n°0107 du 6 Mai 2012 page 8112 texte n°34.
31. Manaouil C, Lemaire-Hurtef A-S, Senechal A, Jardé O. Information du patient par le pharmacien en officine. Médecine et Droit. 2016;2016(138):70- 81.
32. Derrien E. Lire la notice des médicaments n'est pas un réflexe. Actualités pharmaceutiques.[En ligne]. 2011 novembre ; [Consulté le cité 24 août 2016].50(510):p10. Disponible : [\[http://www.sciencedirect.com.proxy-scd.u-bourgogne.fr/science/article/pii/S0515370011710679\]](http://www.sciencedirect.com.proxy-scd.u-bourgogne.fr/science/article/pii/S0515370011710679)
33. Muller C, Chantrel F, Bazin-Kara D, Ott J, Krummel T, Imhoff O, et al. Influence de la lecture des notices des médicaments sur l'adhésion thérapeutique.Néphrologie et Thérapeutique. 2015;11(5):401.
34. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Toujours lire la notice de votre médicament. [En ligne]. ANSM ; 2007 [. Consulté le 24 août 2016]. Disponible : http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/fd6f9db222b33b8800cfce899bd690fb.pdf
35. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques - Conditions de vie-Société - L'internet de plus en plus prisé, l'internaute de plus en plus mobile. [En ligne]. INSEE ; 2012[Consulté le 25 août 2016]. Disponible : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1452#inter1
36. Haute Autorité de Santé. Le patient internaute. [En ligne]. HAS ; 2007.[Consulté le 25 août 2016]. Disponible : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/patient_internaute_revue_litterature.pdf .
37. Renahy E, Parizot I, Chauvin P. Determinants of the frequency of online health information seeking: results of a web-based survey conducted in France in 2007. Inform Health Soc Care. 2010 janvier ;35(1):25- 39.
38. Weber J-C. L'impact de l'Internet sur la relation médecin-malade. Ethique et Santé. 2012;9(3):101- 6.
39. Berger M, Todd H, Wagner, Laurence C, Baker. Internet use and stigmatized illness. Social Science et Médecine. 2005;61(8):1821- 7.
40. Nabarette H. L'internet medical et la consommation d'information par les patients. Réseaux. 2002 ; 114(4):249- 86.
41. Bazureau S. Diabète de type 2 : étude sur les connaissances et idées reçues d'une cohorte de 130 patients en Pays de Loire. Impact sur la prise en charge éducative en médecine générale. [En ligne] 101p.Thèse d'exercice : Médecine : Nantes : 2013. [Consulté le 25 août 2016]. Disponible : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/chercher/theses/medecine.php?auteur=bazureau>

42. Sidot E. Les facteurs associés à l'adhésion des patients diabétiques au projet thérapeutique : la place de la relation patient-médecin. Réalisation d'une étude transversale ambulatoire dans plusieurs laboratoires d'analyses médicales de l'agglomération nancéenne. [En ligne].40p. Thèse d'exercice : Médecine : Nancy : 2011.[Consulté le 25 août 2016]. Disponible : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2011_SIDOT_ELODIE.pdf
43. Fournier C, Chabert A, Mosnier-Pudar H, Aujoulat I, Fagot-Compagna A, Gautier A. Etude ENTRED 2007-2010 (Echantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques traitées). Résultats du module «information et éducation». Rapport concernant : l'information et l'éducation reçues par les personnes diabétiques, les pratiques éducatives des médecins, ainsi que les attentes des personnes diabétiques et des médecins. [En ligne]. INPES ; 2011 [Consulté le 25 août 2016]. Disponible : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/etudes/pdf/rapport-entred.pdf>
44. Descamps P. Vécu des patients diabétiques ayant participé aux ateliers d'éducation thérapeutique en groupe à la maison de santé d'Outreau. [En ligne]. 24p.Thèse d'exercice : Médecine : Lille : 2016. [Consulté le 25 août 2016]. Disponible : <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/6a3121fd-f4e4-4aaf-a918-463bc5e3864a>
45. Pot-Vaucel M, Aubert M-P, Guillot P, Glémarec J, Berthelot J-M, Le Goff B, et al. Étude contrôlée du rôle d'une éducation thérapeutique personnalisée pour les patients suivis pour une polyarthrite rhumatoïde. *Rhumatisme*. 2016;83(4):287 - 94.
46. Haute Autorité de Santé. Recommandations. Education thérapeutique des patients. Définitions, finalité et organisation. [En ligne]. HAS ; 2007 [Consulté le 25 août 2016]. Disponible : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf
47. Simon D, Traynard P-Y, Bourdillon F, Gagnayre R, Grimaldi A. Education thérapeutique, prévention et maladies chroniques. Elsevier Masson; 2009. 307 p.
48. France. Article 84 LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. *JORF* n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184.
49. Institut National de prévention et d'Education pour la Santé. Choisir sa contraception. [En ligne].INPES ; 2015 [Consulté le 25 août 2016]. Disponible : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1371>
50. Haute Autorité de Santé. Vers une contraception mieux adaptée au profil de chacun. [En ligne].HAS ; 2013 [Consulté le 25 août 2016]. Disponible : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1545515/fr/vers-une-contraception-mieux-adaptee-au-profil-de-chacun
51. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. La surveillance du traitement par AVK : quelques outils [En ligne]. ANSM ; 2016 [Consulté le 25 août 2016]. Disponible : [http://ansm.sante.fr/Dossiers/Les-Anti-vitamine-K-AVK/La-surveillance-du-traitement-par-AVK-quelques-outils/\(offset\)/1](http://ansm.sante.fr/Dossiers/Les-Anti-vitamine-K-AVK/La-surveillance-du-traitement-par-AVK-quelques-outils/(offset)/1)
52. Lamouroux A, Magnan A, Vervloet D. Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? *Maladies Respiratoires*. 2005;22(1):31 - 4.
53. World Health Organization. Adherence to long-term therapies : evidence for action. [En ligne]. OMS ; 2003 [Consulté le 9 mai]. Disponible : http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/

54. Fondation Concorde. L'observance des traitements : un défi aux politiques de santé. [En ligne]. Paris. 2014 mars.p39. [Consulté le 25 août 2016]. Disponible : <http://www.fondationconcorde.com/publications-fiche.php?id=126>
55. Organisation Mondiale de la Santé. L'observance des traitements prescrits pour les maladies chroniques pose problème dans le monde entier. [En ligne]. OMS ; 2003 [Consulté le 11 mai 2016]. Disponible : <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/fr/>
56. Jung G. L'observance. Faculté de Médecine d'Amiens. Cours DES Médecine générale. [En ligne]. CNGE; 2007 mai ; 22p. [Consulté le 23 août 2016]. Disponible : http://www.picardie.cnge.fr/IMG/pdf/observance_dr_g_jung_mai_2007.pdf

VII. ANNEXES

A.ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE

Date lieu Nom de l'investigateur N°

1. Vous êtes un homme une femme
 2. Age :
 3. Habitat : urbain semi rural rural
 4. Métier/Classe socio professionnelle
 5. Entretien mené avec le patient un proche
 6. Pour quelles raisons prenez-vous des médicaments :
 7. Qui va chercher vos médicaments à la pharmacie ? le patient un proche
 8. Qui prépare les médicaments ? le patient, autre (qui) :
 9. Depuis quand prenez vous vos médicaments ?
Moins de 5 ans, entre 5 et 10 ans, plus de 10 ans
- Passer au tableau 15
10. Accessibilité à la connaissance des précautions d'emploi : Comment connaissez vous les précautions d'emploi ?
 1. votre MT
 2. Autre médecins (spécialiste, remplaçants)
 3. le pharmacien
 4. Paramédical : IDE, auxiliaires de vie, Kinésithérapeute...
 5. lecture des notices

6. internet
7. les ateliers thérapeutiques
8. Autres (à préciser) :

11. Parmi les sources d'information précédentes laquelle préférez-vous (ou préféreriez-vous) ?

12. Pensez-vous que vos informations sont fiables ? cotation de 0 à10 :

13. Mon médecin traitant m'informe sur les précautions d'emploi des médicaments

Jamais – parfois – souvent - toujours

14. Lisez-vous les notices explicatives de vos médicaments ?

Jamais – parfois - souvent - toujours

Nom/DCI/indication	Pensez-vous connaître les P.E?	Lesquelles ? Si oui ok Si non reprendre chaque médicament	Connaissez-vous les P.E essentielles ? Selon les 4 critères	PDE essentielles OUI/NON
	OUI /NON			

B. ANNEXE 2 : GRILLE DE CORRECTION DES PE ATTENDUES

1. ANTIHYPERTENSEURS :

- HORAIRE / MODE DE PRISE : Prendre tous les jours
- ALIMENTATION / MODE DE VIE :
 - Régime pauvre en sel
 - Hydratation suffisante pour éviter hypotension (chaleur)
 - Inhibiteur Calcique ET anti arythmique classe 3 : éviter le jus de pamplemousse
 - Action centrale : éviter la consommation d'alcool
- CAT DE SITUATION :
 - Pas d'arrêt brutal pour ARA2, action centrale, Béta Bloquant
 - Action centrale : attention utilisation de lentille (sécheresse oculaire), conduite (sommolence)
 - Béta Bloquant : chez diabétique, signes d'hypoglycémie sont masqués ; réaction positive au contrôle antidopage, bradycardie
 - Diurétique : réaction positive au contrôle antidopage
 - Anti arythmiques :
 - Classe 1 : surveillance digoxinémie
 - Classe 3 : protection contre le soleil
- INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

2. ANTIARYTHMIQUES :

- HORAIRE / MODE DE PRISE : Prendre tous les jours
- ALIMENTATION / MODE DE VIE : Eviter le jus de pamplemousse
- CAT DE SITUATION :
 - Classe 1 : Surveillance de la digoxinémie
 - Classe 3 : Protection contre le soleil
- INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

3. AVK :

- HORAIRE / MODE DE PRISE : Prendre tous les jours
- ALIMENTATION / MODE DE VIE :
 - Régime alimentaire : chou, épinard, asperge...
 - Eviter la consommation d'alcool
- CAT DE SITUATION :
 - CAT si INR anormal ou saignement ou traumatisme crânien, Surveillance biologique INR (même laboratoire de préférence)
 - Eviter sport/comportement violent susceptible d'entraîner des traumatismes
 - Pas d'intramusculaire
 - A stopper si chirurgie
- INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES : Eviter automédication (AINS, AAP...)

4. NACO :

- HORAIRE/ MODE DE PRISE : Prendre tous les jours
- ALIMENTATION / MODE DE VIE : Eviter la consommation d'alcool
- CAT DE SITUATION :
 - Consultation si saignement ou traumatisme (en particulier crânien)
 - Stopper si chirurgie
- INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES : Eviter automédication (AINS, AAP...)

5. AAP :

- HORAIRE/MODE DE PRISE : Prendre tous les jours
- ALIMENTATION / MODE DE VIE : Eviter la consommation d'alcool
- CAT DE SITUATION : Consultation si saignement
- INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES : Eviter automédication (AINS, AAP...)
-

6. HYPOLIPEMIANTS :

- HORAIRE/MODE DE PRISE : Prendre tous les jours
- ALIMENTATION / MODE DE VIE :
 - Régime pauvre en graisse
 - Statines : éviter jus de pamplemousse
- CAT DE SITUATION : Consultation si crampes ou douleur musculaire
- INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

7. DERIVES NITRES :

a) Patch :

- HORAIRE/MODE DE PRISE:
 - Peau saine, sec, propre, faible pilosité
 - Changer d'endroit
 - Prendre tous les jours
- ALIMENTATION / MODE DE VIE : Eviter la consommation d'alcool
- CAT DE SITUATION : Si décollement, mettre un nouveau patch
- INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

b) Spray :

- HORAIRE/MODE DE PRISE:
 - Sublingual
 - Etre assis
- ALIMENTATION / MODE DE VIE : Ne pas prendre avec de l'alcool
- CAT DE SITUATION : Prendre si crise
- INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

8. ASTHME :

- HORAIRE/MODE DE PRISE:
 - Laver les embouts, technique de prise
 - Bronchodilatateurs anticholinergiques et Corticoïdes inhalés : Se rincer la bouche après inhalation

- ALIMENTATION / MODE DE VIE :
 - Bronchodilatateurs b2m action prolongée et Corticoïdes inhalés : peut perturber la glycémie
 - Antileucotriènes : en dehors des repas
- CAT DE SITUATION :
 - Consulter si crises fréquentes ou surconsommation
 - Réaction positive au contrôle antidopage
- INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

9. ANTI-HISTAMINIQUES :

- HORAIRE / MODE DE PRISE :
 - Prendre tous les jours (durée variable)
- ALIMENTATION / MODE DE VIE : Eviter la consommation d'alcool
- CAT DE SITUATION : Conduite
- INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

10. ANTIACIDES :

- HORAIRE/MODE DE PRISE: A prendre à distance des repas et de la prise médicamenteuse (au moins 2h)
- ALIMENTATION / MODE DE VIE: Régime pauvre en sel
- CAT DE SITUATION : RAS
- INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

11. IPP :

- HORAIRE/MODE DE PRISE:
 - Prendre tous les jours
 - Ne pas prendre avec de l'eau gazeuse
 - Ne pas croquer ni mâcher le comprimé
- ALIMENTATION / MODE DE VIE :
 - Pariet ® : à jeun

- Eviter la consommation d'alcool
- CAT DE SITUATION : RAS
- INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

12. PILULES OESTROPROGESTATIVES :

- HORAIRE/MODE DE PRISE:
 - Prendre tous les jours/ Ne pas oublier
 - Prendre à heure fixe
- ALIMENTATION / MODE DE VIE : Eviter la consommation de Tabac
- CAT DE SITUATION :
 - CAT si oubli inférieur ou supérieur à 12 heures
 - CAT si vomissement ou diarrhée sévère
- INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

13. PILULES PROGESTATIVES :

- HORAIRE/MODE DE PRISE:
 - Prendre tous les jours/ Ne pas oublier
 - Prendre à heure fixe
- ALIMENTATION / MODE DE VIE : RAS
- CAT DE SITUATION :
 - CAT si oubli inférieur ou supérieur à 12 heures (3h pour microval ®)
 - CAT si vomissement ou diarrhée sévère
- INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

14. STERILETS :

- HORAIRE/MODE DE PRISE: A changer tous les 5 ans
- ALIMENTATION / MODE DE VIE : RAS
- CAT DE SITUATION :
 - Consulter en cas de leucorrhées
 - CAT si nécessité d'utiliser des AINS pour les stérilets au cuivre

- INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES Cuivre : pas d'automédication avec AINS

15. TRAITEMENT HYPOTHYROIDIE :

- HORAIRE/MODE DE PRISE: Prendre tous les jours
- ALIMENTATION / MODE DE VIE : A jeun
- CAT DE SITUATION : Surveillance biologique TSH
- INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

16. ANTIDIABETIQUES ORAUX :

- HORAIRE/MODE DE PRISE: Prendre tous les jours
- ALIMENTATION / MODE DE VIE :
 - Mesures hygiéno-diététiques (régime + activités sportives)
 - Glinides : prendre 15 min avant le repas
- CAT DE SITUATION :
 - Surveillance biologique
 - Sulfamides et Glinides : Connaître signes hypoglycémie, les facteurs favorisants et la CAT ; contrôle dextro (carnet)
 - Biguanides : stopper si besoin d'injection de produits de contraste iodés
 - IDPP 4 : ne pas prendre double dose si oublié
- INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

17. INSULINES :

- HORAIRE/MODE DE PRISE:
 - Conserver au frais
 - Rapides : Sous cutané, changer de site, avant le repas
 - Lentes : Sous cutané, changer de site, à faire tous les jours
- ALIMENTATION / MODE DE VIE: Mesures hygiéno-diététiques (régime + activités sportives)
- CAT DE SITUATION :
 - Surveillance biologique
 - Surveillance dextro (carnet)

- Rapides : A adapter selon protocole, Connaître les signes d'hypo et d'hyperglycémie

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

18. ANTIDEPRESSEURS :

- HORAIRE/MODE DE PRISE: Ne pas arrêter d'un seul coup (diminution progressive)
 - Benzodiazépines : durée courte (dépendance), phénomène rebond
 - Hypnotiques : durée courte (dépendance)
- ALIMENTATION / MODE DE VIE :
 - Eviter la consommation d'alcool
 - ISRS + ISRSNA : hydratation (hypotension), hygiène dentaire (carie), régime pauvre en sucre
 - Non imipramique non IMAO et Théralène : régime pauvre en sucre
- CAT DE SITUATION :
 - ISRS + ISRSNA : Consulter si saignement (sd sérotoninergique, Glaucome Angle Fermé Aigu)
 - Théralène : Protection solaire
 - Pour tous sauf hypnotiques : surveillance renforcée en début de traitement (risque suicidaire)
 - Benzodiazépines : Consulter si dyspnée
 - Conduite
- INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

19. ANTALGIQUES :

- a. Palier 1 :
 - HORAIRE/MODE DE PRISE :
 - Au moins 4 heures entre 2 prises
 - Maximum 4 grammes par jour
 - ALIMENTATION / MODE DE VIE : Eviter la consommation d'alcool
 - CAT DE SITUATION : Prendre si douleur

- INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES : attention à la forme effervescente (sel)

b. Palier 2 :

- HORAIRE/MODE DE PRISE :
 - Au moins 4 heures entre 2 prises
 - Durée courte (dépendance)
- ALIMENTATION / MODE DE VIE : Eviter la consommation d'alcool
- CAT DE SITUATION :
 - Prendre si douleur non soulagée par palier 1
 - Conduite
- INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

c. Palier 3 :

i. Action rapide :

- HORAIRE/MODE DE PRISE :
 - Prendre si douleur
 - Toutes les 4 à 6 heures
- ALIMENTATION / MODE DE VIE :
 - Eviter la consommation d'alcool
 - Favoriser une alimentation facilitant le transit
- CAT DE SITUATION :
 - Conduite
 - Consulter si signe de surdosage et de sevrage
 - Consulter si constipation

- INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

ii. Action prolongée :

- HORAIRE/MODE DE PRISE :
 - Prendre tous les jours

- 12 heures d'intervalle entre deux prises
 - Ne pas arrêter brutalement
 - ALIMENTATION / MODE DE VIE :
 - Favoriser une alimentation facilitant le transit
 - Eviter la consommation d'alcool
 - CAT DE SITUATION :
 - Conduite
 - Consulter si constipation
 - INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES
- iii. Patch :
- HORAIRE/MODE DE PRISE :
 - Peau saine du haut du corps, propre, sèche
 - Changer les sites
 - Ne pas raser les poils mais les couper
 - Appuyer pendant 30 secondes
 - Après avoir enlevé le patch, nettoyer la peau à l'eau et savon, pas d'alcool
 - A changer toutes les 72 heures
 - ALIMENTATION : Eviter la consommation d'alcool
 - CAT DE SITUATION : Conduite
 - INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

d) Autres antalgiques à visée neuropathique:

- HORAIRE / MODE DE PRISE :
 - Prendre tous les jours
 - Ne pas arrêter brutalement (risque de sevrage)
- ALIMENTATION : Eviter la consommation d'alcool
- CAT DE SITUATION : Conduite
- INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

e) Anti-inflammatoires stéroïdiens :

- HORAIRE / MODE DE PRISE :
 - Prendre tous les jours
 - Ne pas arrêter brutalement
- ALIMENTATION :
 - Régime pauvre en sucre et hyper protidique
 - Régime pauvre en sel
 - Supplémentation en vitamine D et calcium
- CAT DE SITUATION : Réaction positive au contrôle antidopage
- INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

20. DYSFONCTION ERECTILE :

- HORAIRE / MODE DE PRISE : Prendre avant rapport sexuel ou tous les jours si hypertrophie bénigne de prostate
- ALIMENTATION : Hydratation suffisante (hypotension)
- CAT DE SITUATION : Consulter si priapisme ou trouble de la vision aigue
- INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

21. ALLOPURINOL / LITHIASE URINAIRE :

- HORAIRE / MODE DE PRISE : Prendre tous les jours
- ALIMENTATION : Régime hypo protidique, attention calcium, limiter consommation d'alcool
- CAT DE SITUATION :
 - Consulter si atteinte cutanée
 - Conduite
- INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

22. HYPERTROPHIE BENIGNE DE PROSTATE :

- HORAIRE /MODE DE PRISE :

- Prendre tous les jours
- Ne pas croquer ni écraser le comprimé (xatral®)
- ALIMENTATION :
 - Alphabloquant : Hydratation suffisante
- CAT DE SITUATION :
 - Alphabloquant : Conduite (hypotension)
- INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

23. INCONTINENCE URINAIRE :

- HORAIRE / MODE DE PRISE :
 - Prendre tous les jours
 - Ne pas croquer ni écraser le comprimé
- ALIMENTATION :
 - _A jeun (Chlorure de trospium, Ceris®)
- CAT DE SITUATION :
 - Consulter si dysurie (risque de rétention aigue d'urine)
 - Consulter si constipation (risque d'occlusion)
 - Consulter si douleur oculaire (risque glaucome aigu par fermeture de l'angle)
- INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

24. ANTIPILEPTIQUES :

- HORAIRE / MODE DE PRISE :
 - Prendre tous les jours
 - Pas d'arrêt brutal
 - Ne pas croquer ni écraser le comprimé (acide valproïque)
- ALIMENTATION :
 - Consommation d'alcool déconseillé
 - Mesures hygiéno-diététiques
- CAT DE SITUATION :

- Conduite
- Consulter si idées noires
- +/- Surveillance biologique (concentration sanguine)

- INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

25. ANTIPARKINSONIENS :

- HORAIRE / MODE DE PRISE :

- Prendre à heures fixes
- Pas d'arrêt brutal

- ALIMENTATION : Hydratation suffisante

- CAT DE SITUATION :

- Consulter si dysurie (risque rétention aigue d'urine), si douleur oculaire (risque glaucome aigu par fermeture de l'angle), si constipation (risque d'occlusion) pour les anticholinergiques
- Conduite

- INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

26. BIPHOSPHONATES :

- HORAIRE / MODE DE PRISE :

- Prendre tous les jours
- Ne pas croquer ni écraser le comprimé
- Avaler en position assise ou debout dans un grand verre d'eau
- Ne pas s'allonger au cours des 30 minutes qui suivent la prise du traitement

- ALIMENTATION :

- Prendre 30 minutes avant l'absorption d'aliment ou de boisson
- Alimentation riche en calcium et vitamine D

- CAT DE SITUATION :

- Consulter si présence de symptômes d'irritation oesophagienne
- Consulter si douleur aux niveaux des hanches (fracture atypique fémorale), à la mâchoire.

- INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

TITRE DE LA THESE : Analyse des sources d'information des précautions d'emploi auprès de patients bénéficiant d'un traitement chronique.

Etude réalisée sur 279 patients bourguignons dans 6 cabinets de médecine générale.

AUTEUR : Aurélie GARES

RESUME :

Contexte : Un premier travail a montré que seulement 2 pour cent des patients connaissaient 75 à 100 pour cent des précautions d'emploi. Être de sexe féminin, avoir moins de 64 ans et prendre moins de 4 médicaments par jour étaient des facteurs favorisant cette connaissance. Un second travail a étudié cette connaissance sur 5 sous-populations susceptibles de présenter des particularités spécifiques par rapport à la population : les femmes sous contraception, les patients sous anticoagulants, les patients ayant un traitement cardio-vasculaire et antidiabétique, ceux sous antalgiques et ceux ayant cité une seule source d'information. Aucune différence significative n'a été retrouvée. Notre objectif était d'analyser les différentes sources d'information en se focalisant sur la connaissance des précautions d'emploi selon les sources d'information et la recherche des facteurs influençant le choix de ces sources.

Méthodes : Une enquête a été réalisée durant des consultations de médecine générale de Juillet à Septembre 2015. Après avoir renseigné ses données personnelles, chaque patient était interrogé sur ses connaissances des précautions d'emploi de ses médicaments chroniques selon 4 critères : le mode de prise, l'alimentation, les conduites à tenir et les interactions médicamenteuses. Ensuite, il était interrogé sur la ou les sources d'information de cette connaissance.

Résultats : Le médecin traitant était la première source d'information (61.6 pour cent). Trois sources d'information étaient significativement associées à une bonne connaissance de ces précautions d'emploi : le médecin traitant, les médecins spécialistes et la lecture de la notice. Les patients âgés de moins de 64 ans s'informaient significativement davantage via les médecins spécialistes et Internet. Les patients prenant moins de 4 médicaments par jour et, ou de sexe masculin utilisaient significativement plus fréquemment la source Internet. Contrairement à ce que l'on aurait pu penser, le nombre de source d'information n'influçait pas sur la connaissance des précautions d'emploi.

Conclusion : Le rôle des sources d'information notamment du médecin traitant paraît primordial. Effectivement, elles fournissent les connaissances de bon usage des traitements et participent ainsi aux notions d'adhérence et d'observance médicamenteuse.

MOTS-CLES : connaissance des médicaments par le patient ; gestion du traitement médicamenteux ; soins primaires ; précautions d'emploi.