

UNIVERSITE PARIS DIDEROT – PARIS 7

FACULTE DE MEDECINE

Année 2011

THESE

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Par

TRAORE Arabiatou

Née le 22 juillet 1979 à Paris X ème

Présentée et soutenue publiquement le : 26 Janvier 2011

CONNAISSANCE DES PATIENTS SUR LEUR TRAITEMENT :
IMPACT SUR LE TRAVAIL AUX URGENCES

Président : Professeur Enrique CASALINO

Directeur : Catherine LE GALL

REMERCIEMENTS

Au **Pr CASALINO** qui a accepté d'être président de cette thèse.

Au **Dr LE GALL**, qui m'a aidée et soutenue pendant tout ce travail. Qu'elle trouve ici l'expression de mon profond respect.

Je tiens à remercier le **Dr. PINOT**, le **Dr. AILLERES** et le **Dr. AIM**, qui ont gentiment accepté de faire partie de mon jury.

A mes parents sans qui rien n'aurait commencé, à Ami qui m'a poussée à aller à la maternelle, aux familles nombreuses parce que la famille c'est sacré et plus il y a de monde plus on est bien, à Bamby Nasri, à Mariam CDR, à tous mes frères et sœurs, cousins, cousines, oncles et tantes, à Matchi ma copine de vacances, aux familles TRAORE, KOÏTA, DEMBELE, LY, WALPOLE, SISSOKO, DIABIRA, SIBY, CAMARA, DRAME, KANTE, CISSE, aux gens de Sansangué Bogota Mali qui attendent que je m'y installe, à Simé tu vas pouvoir me déclarer médecin traitant.

Aux personnes que j'ai côtoyées au cours de mon parcours médical dans les différents services sans distinction de catégories professionnelles.

A Julie Cetelem, à Rosa, à Doris la lilloise, Mariama ma coépouse, Choukri l'homme de la mer, Samia ma jumelle, l'homme en or qui veut garder l'anonymat et qui m'a soutenu tout au long de la réalisation de ce travail.

Mes amis d'enfance Nadia toujours à mes cotés dans les bons comme dans les mauvais moment, Olivier, Tony, Nora, Masta, Bidia, Mariam, Julienne, la belle commanderie à NSO .

A vouloir citer tous le monde forcément je vais en oublier alors aux personnes que j'ai oubliées qui n'en restent pas moins importante.

Au noyau dur (Matchi, Amy no limit, Fatoumata, Céline) et ce qui aiment se greffer à nous , au prochain After je vous mets bien !!!! A Therèse la Belge, Véro, à l'Alambra et spécial

dédicace à Facebook qui m'a permis de retrouver pas mal de monde, au Dr CAMAGNA, Pr DUGUET, Pr MARTINOT, au SAMU 92 et au SMUR de Garges.

Une ligne spécial au Dr LEGALL son dévouement au travail, sa volonté, sa façon de faire et son service

A AN que notre relation dure toujours et que nos enfants inch'allah puisse lire cette thèse, à Sadia, 13 ans aujourd'hui merci de ton soutien et continue sur ta lancée.

Mali Terre d'Origine, Mali Puissanci Amagni Déh.

Une pensée à mes proches et amis partis trop tôt...Que vos âmes reposent en paix.

TABLE DES MATIERES

I.	Introduction	8
II.	Revue de la littérature	11
A.	Les critères de connaissance	3
1.	La capacité à dénommer les médicaments	12
2.	Les motifs de prescription	12
3.	Les doses de médicaments	13
4.	Les horaires d'administration	14
B.	Les facteurs influençant les degrés de connaissance	14
1.	Les caractéristiques liées aux patients	14
2.	Les caractéristiques liées au médicament	16
III.	Objectif de l'étude	19
IV.	Matériel et Méthodes	20
A.	L'étude	20
B.	Le Questionnaire	20
V.	Résultats	22
A.	Présentation de l'activité du service des urgences	22
B.	Données épidémiologiques et descriptives des patients inclus	27
C.	Analyse univariée des facteurs prédictifs de connaissance et de méconnaissance du traitement.....	36
D.	Charge de travail induite par la méconnaissance du traitement	39
E.	Tolérance du patient vis-à-vis de modifications éventuelles de ce traitement par le service des urgences	42
VI.	Discussion	43
A.	Les principaux résultats	43
B.	Notre enquête	45
C.	Les biais de notre enquête	46

D.	Les changements à proposer	47
1.	L'information donnée au patient	47
2.	Le partage de l'information : le DMP	49
VII.	Conclusion	51
	Abréviations	52
	Annexes	53
VIII.	Références bibliographiques	59

I. INTRODUCTION

Il est de notoriété publique que la population française est caractérisée par une consommation record de médicaments, ceci en comparaison avec des pays proches en termes de qualité de vie et de revenus par habitant. Cette situation perdure depuis de nombreuses années et ne semble pas se modifier [1].

Le médicament est l'élément le plus familier de notre consommation de soins. Chacun sera, tout au long de sa vie, amené à consommer des médicaments que ce soit en aigue ou au cours de maladies chroniques.

Le médicament est, encore aujourd'hui, souvent considéré comme le principal vecteur de la guérison. Près de 80% des consultations en médecine générale se terminent par la rédaction d'une ordonnance [2].

Le patient peut-être amené à consulter un autre médecin ou être hospitalisé et le praticien qui le prend en charge, et qui ne le connaît pas, se trouve alors dans une situation délicate lorsque celui ci ne connaît pas son traitement. En effet, il peut, en prescrivant un nouveau traitement être délétère provoquant la survenue d'interaction médicamenteuse fâcheuse voire néfaste. La connaissance des traitements antérieurs permet en effet de raisonner de manière plus efficiente, de gagner du temps et de nourrir la réflexion clinique

Les différentes études concernant la connaissance du traitement ont été axées sur des pathologies précises chroniques comme le VIH par exemple [3]. Il en ressort que les patients ne connaissent pas leur traitement.

L'objectif primaire de cette thèse est d'évaluer la connaissance par le patient de son traitement sans cibler de pathologies particulières, à travers un questionnaire soumis à 100 patients consultant aux urgences du Centre Hospitalier d'Argenteuil du 1^{er} Juin 2010 au 30 juin 2010.

L'objectif secondaire est de mesurer l'impact de la méconnaissance du traitement sur le travail médical aux urgences, notamment la charge de travail induite, tout particulièrement le temps passé à joindre les correspondants médicaux.

En effet, en ce qui concerne le travail bien spécifique d'un médecin exerçant aux urgences, un des aspects fondamentaux est d'appréhender rapidement quels médicaments prend le patient, ceci avec la contrainte majeure d'être sous la pression d'une situation médicalement instable et sous la pression d'un flux considérable de patients.

Nous avons retenu comme critère de connaissance, l'ensemble des quatre items suivants : la capacité à citer le nom du médicament puis être apte à préciser son utilité, la dose prescrite et dire à quel moment il est pris [4].

Les patients de notre enquête connaissent-ils leur traitement?

Nous avons ensuite analysés les facteurs qui influencent cette méconnaissance, et la charge de travail induite pour l'obtention de l'information si nous ne possédons pas l'ordonnance du patient.

Il s'est avéré qu'il y avait deux catégories de patients pour qui nous avons évalués la connaissance de leur traitement ;

- Ceux avec leur ordonnance.
- Ceux sans ordonnance, chez qui nous avons analysé les moyens d'obtenir l'information et le temps nécessaire à la recherche de cette information.

II. REVUE DE LA LITTÉRATURE

A. Les critères de connaissance

La connaissance du médicament par le patient a été évaluée de différentes façons dans la littérature médicale abordant ce sujet.

Les trois critères qui sont retrouvés le plus souvent sont : la capacité du patient à pouvoir donner le nom du médicament, le motif de prescription et la dose.

Mais d'autres questions sont posées au patient pour évaluer son degré de connaissance dans d'autres études.

Jaye[5], en 2002, dans son étude réalisée en Nouvelle-Zélande, évalue également la connaissance des 344 patients qu'il a interrogés dans un cabinet de médecins généralistes sur l'action thérapeutique du médicament.

Silva [6] a mené une enquête sur une cohorte de 264 patients, juste après une consultation avec leur médecin référent et s'est intéressé à la durée du traitement, aux effets secondaires et aux précautions à prendre lors du traitement.

1. La capacité à dénommer les médicaments

La connaissance du nom des médicaments varie dans les différentes études de 41% de bonnes réponses dans l'étude de Fanello [7] en 1999 sur le niveau de connaissance des 94 personnes âgées dans un service de médecine polyvalente entre Mai et Octobre 1998 au CHU d'Angers à 85% dans l'étude de Jaye [5].

Cet écart peut être attribué à l'âge moyen des patients recrutés dans ces 2 études.

En effet, dans l'étude de Fanello [7] l'ensemble des 94 patients a plus de 75 ans avec un score MMS supérieur à 10 alors que dans l'étude de Jaye qui compte 344 patients, on a seulement 92 patients âgés de plus de 60 ans.

Dans l'étude de Cline [8], réalisée en Suède sur 22 patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque, on retrouve 55% de bonnes réponses à la question de dénomination du nom de leur médicament.

Bertrand et Plent [9], en 1993 ont un taux de réponses sur la connaissance du nom du médicament qui s'élève à 67% sur les 97 patients qu'ils ont interrogés dans le service des urgences de l'hôpital Saint Roch à Nice.

2. Les motifs de prescription

Le degré de connaissance du motif de prescription par le patient est retrouvé à un bon niveau dans les différentes études sauf celle de Fanello et Dutartre [7] où l'on ne retrouve que 51% de réponses correctes.

Le pourcentage de patients capables de préciser le motif de prescriptions de leur médicament est de 80% dans l'étude de Bernard et Plent [9], et de 64% dans celle de Cline [8].

3. Les doses de médicaments

Les différentes études retrouvent des résultats très différents sur le degré de connaissance de la dose du médicament.

Nous avons ainsi deux études où le degré de connaissance de la dose du médicament était médiocre : l'étude de O'Connell [10] avec 30% de réponses correctes, et celle de Gary [11] avec 24 % de réponses correctes.

O'Connell et son équipe s'étaient intéressés à 47 patients de plus de 60 ans hospitalisés dans un service de gériatrie d'un centre hospitalier en 1992 dans l'état du Minnesota.

Gary et son équipe avaient eux sondés 188 patients âgés de plus de 18 ans consultant aux urgences d'un centre hospitalier universitaire en Californie en 2000.

A l'opposé, nous avons les résultats d'autres études qui retrouvent des statistiques assez satisfaisantes avec 75% de bonnes réponses pour Bertrand et Plent [9], 62% pour Fanello [7] 83% pour Jaye [5] et 81% pour l'étude de Silva [6]

4. Les horaires d'administration

Cette connaissance est globalement bonne avec 70% de bonnes réponses dans l'étude de Silva [6], 74% dans celle de Bertrand et Plent [9] et de 66% dans celle de O'connell [10]. Par contre l'étude de Gary retrouve seulement 39% de personnes capables de donner le schéma thérapeutique exact de leur traitement.

B. Les facteurs influençant les degrés de connaissance

A travers la revue de la littérature, on peut distinguer trois grands groupes de facteurs influençant le degré de connaissance des médicaments par le patient.

Tout d'abord il existe les caractéristiques définissant le patient avec son âge, son sexe, sa situation socioprofessionnelle et les pathologies qui peuvent entraîner des troubles auditifs, visuels et une altération des fonctions cognitives.

Ensuite les caractéristiques de l'ordonnance peuvent influencer l'appréhension de cette dernière. Nous entendons par là, la classe thérapeutique du médicament, le nombre de médicaments par ordonnance, l'ancienneté de la prise du traitement et la lecture par le patient de la notice. Enfin la présence d'un médecin traitant influe sur la connaissance du traitement.

1. Les caractéristiques liées au patients

- L'âge : La plupart des études retrouvent une relation entre l'âge du patient et son degré de connaissance. Ainsi Bertrand et Plent [9], Gary [11] et Jaye [5] montrent une diminution logique de la connaissance avec l'âge.

- Le sexe : Les études ayant analysé la relation entre le sexe du patient et son degré de connaissance n'ont pas retrouvé de différence significatives entre les hommes et les femmes [12]. L'équipe de Jeandel a réalisé son étude auprès de 300 patients hospitalisés dans un service de médecine interne. Ces patients avaient plus de 65 ans.

- Les pathologies associées : une altération des fonctions cognitives amène à une diminution de la connaissance. Ceci a été évalué par rapport au MMS. [7, 12]. Fanello [7] dans son étude rapporte aussi que l'institutionnalisation est un facteur important de dégradation de connaissance concernant le traitement, car les médicaments sont distribués. Par ailleurs le degré d'autonomie donc la gestion autonome du traitement semble jouer un rôle important dans la connaissance du traitement [13].

L'équipe d'A. Santin [13], dans son étude auprès de 175 patients aux urgences d'Henri Mondor en 2004 amène à penser que la connaissance du traitement était significativement liée à la gestion autonome du traitement.

2. Les caractéristiques liées au médicament

➤ Nombre de médicaments

L'étude de Bertrand et Plent [9] retrouve une différence très significative entre les niveaux de connaissance de 61 patients qui prenaient de 1 à 3 médicaments et ceux de 36 patients qui prenaient plus de 4 médicaments par jour.

On aboutit également à la conclusion qu'une ordonnance contenant plus de 4 médicaments est corrélée à une méconnaissance du traitement dans l'étude de Jeandel [12].

Chung [14] conclut aussi que plus le nombre de médicaments augmente, plus la capacité à retenir son traitement dans son intégralité diminue. Son équipe a étudié la connaissance du traitement de 88 patients de plus de 65 ans aux urgences d'un centre hospitalo-universitaire entre Janvier et Mars 2001 dans la ville d'Albany située dans l'état de New York.

A l'opposé, l'équipe d'A. Santin [13] aux urgences d'Henri Mondor à Créteil trouve que la connaissance des médicaments n'est pas liée au nombre de médicaments contenu sur l'ordonnance.

➤ Ancienneté de la prise du traitement

Akici [15] en 2004, qui a mené son étude aux urgences d'un hôpital à Istanbul montre que l'introduction récente d'un nouveau traitement semble augmenter le risque de méconnaissance du traitement. L'étude portait sur 1618 patients.

De même, Fanello [7] montre qu'une hospitalisation et l'introduction d'un nouveau médicament amoindrit la connaissance globale de son traitement.

➤ Classe thérapeutique

Santin [13] trouve que la connaissance du traitement est liée à certaine classe thérapeutique comme les diurétiques et les médicaments à visée digestive.

Dans l'étude de Persell [16] réalisé en 2004, auprès de 616 patients, les médicaments cardio-vasculaires sont les moins bien connus avec un très mauvais score pour les anti-arythmiques.

Fanello [7] ainsi que Dhôte [4] ont par ailleurs montré que le changement des médicaments par un générique peut influencer sur le degré de connaissance du traitement.

➤ Relation médecin-patient

Gary [7] dans son étude faite aux urgences du centre hospitalo-universitaire de San Diego dans l'état de Californie auprès de 188 patients, trouve que ceux qui ont un médecin traitant connaissent mieux leur traitement que les autres (51% versus 43%).

Il ressort de l'étude de Chung [14] que 30% des personnes interrogées souhaitent une information complémentaire sur leur traitement de la part de leur médecin.

Patris Vandesteene [17] dans son étude auprès de 409 patients hospitalisés sortants ou vus en consultation au centre hospitalier Xavier Bichat à Paris, en Décembre 1998 montre que 97% des consultants ayant posé des questions au médecin présentaient un score de connaissance supérieur. Son étude portait sur l'importance de l'information donnée aux patients par les médecins.

III. OBJECTIF DE L'ETUDE

Cette revue de la littérature montre que les patients connaissent globalement mal leur traitement.

La plupart des études sur le sujet se sont essentiellement intéressées à une population soit âgée soit ayant une pathologie chronique spécifique (ex. asthme, VIH...)

Certains facteurs en dehors de l'âge semblent jouer un rôle dans cette connaissance.

Nous nous sommes donc intéressés au degré de connaissance d'une population plus large que les personnes des études précédentes, vue dans le cadre des consultations des urgences d'un hôpital général pour déterminer le profil de ceux qui connaissaient et ne connaissent pas leur traitement.

Nous avons essayé d'évaluer l'impact sur la consultation urgente de ce temps de prospection pharmacologique, c'est-à-dire le temps passé à l'obtention de l'information réelle du traitement pris par le patient qui ne possède pas son ordonnance.

Tels sont les objectifs de ce travail.

IV. MATERIEL ET METHODES

A. L'étude

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive, réalisée au Service d'Accueil des Urgences (SAU) d'Argenteuil cherchant à évaluer la connaissance par les patients de leur traitement, les facteurs influant cette connaissance et l'impact de cette recherche d'information sur le travail aux urgences.

Un questionnaire a été soumis à 100 patients âgés de plus de 18 ans, se présentant aux urgences de l'hôpital d'Argenteuil durant le mois de juin 2010, quel que soit le motif de recours et acceptant de participer à l'étude.

B. Le questionnaire

A partir de la revue de la littérature, nous avons établi le questionnaire de notre étude. Ce questionnaire comporte une série de 23 questions à choix simple, regroupé en 4 catégories.

- Les données épidémiologiques qui permettent d'établir un profil du patient avec son âge, son sexe, son degré d'autonomie, sa couverture sociale.

- Les modalités de recours aux urgences où l'on définit l'heure et le mode d'arrivée, la présence ou non d'un accompagnant, et le motif de recours de l'IAO.

- Les facteurs liés au traitement qui comprend : la recherche du nom du médecin traitant, les ATCD médicaux du patient, la présence ou non d'une ordonnance. Cette partie du questionnaire évalue la connaissance du patient sur son traitement, et s'intéresse à la gestion autonome de son traitement et à l'implication personnelle du patient sur son traitement.

- La charge de travail supplémentaire indispensable au médecin afin d'obtenir les informations fiables concernant le traitement lorsque le patient n'est pas en possession de son ordonnance en déterminant le temps utile au recoupement des informations par la famille, ou les structures d'hébergements (EHPAD), les dossiers d'hospitalisation, le contact au médecin traitant ou au pharmacien.

Un enquêteur unique a interviewé les patients à différent moment de la journée. Le choix d'un enquêteur unique s'est fait afin que les questions soient toujours posées de la même manière. Les patients ont été interrogés dans les box individuels de consultation soit tout de suite après avoir été installés, soit après avoir reçu les soins adéquats. Nous leur demandions alors s'ils prenaient un traitement et s'ils étaient consentants pour participer à l'étude. Il y a eu une analyse descriptive des résultats avec utilisation de test statistique permettant en analyse monovarié d'identifier les éléments significatifs de la connaissance ou pas du traitement. Utilisation du logiciel « statisti.sta 131.v ».

V. LES RESULTATS

A. Présentation de l'activité du service des urgences

1. Le centre hospitalier d'Argenteuil

Le CHA est situé dans une ville d'environ 100 000 habitants en banlieue nord-ouest de Paris dans un bassin de population de 350 000 habitants, correspondant à environ 40 % du département du Val-d'Oise.

Le centre hospitalier Victor-Dupouy d'Argenteuil (CHA) est un établissement de santé public de 879 lits. Il est l'hôpital de référence du secteur sanitaire n° 12 (Val d'Oise est). Il existe un protocole de coopération et de complémentarité entre le CHA et le centre hospitalier intercommunal d'Eaubonne-Montmorency en accord avec les axes prioritaires du SROS (1999-2004) sur les urgences, la périnatalité, la cardiologie, la cancérologie, mais aussi sur d'autres activités devant faire l'objet d'accords ultérieurs. [19]

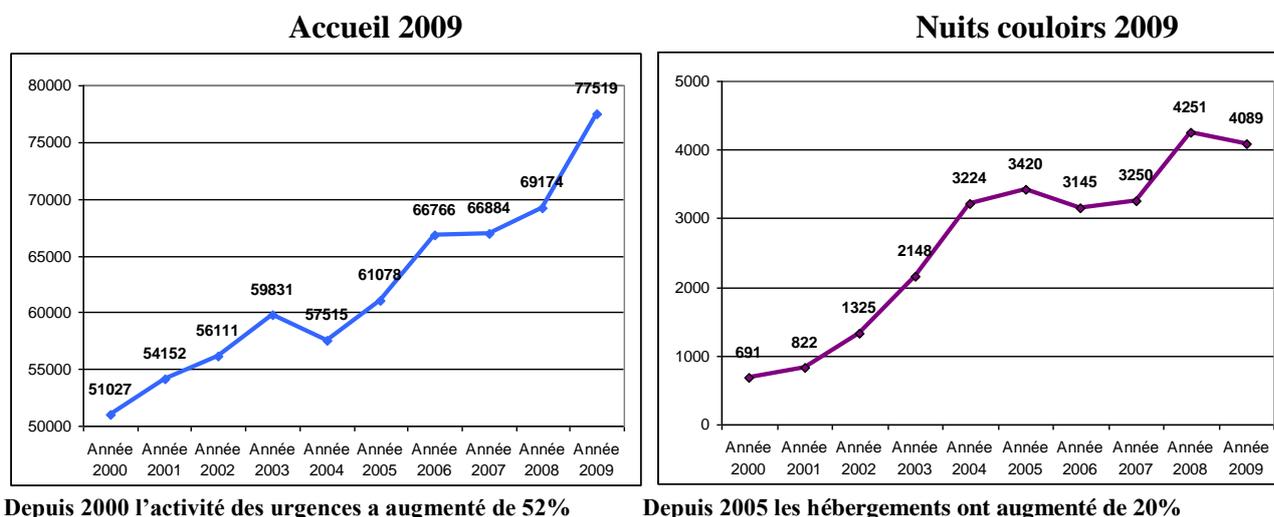
Le CHA dispose de services hospitaliers de court séjour (MCO 590 lits), d'un service de soins de suite et réadaptation (60 lits) et de services de lutte contre les maladies mentales et la toxicomanie (129 lits). Une maison de retraite dotée d'une section de cure médicale et d'une unité de long séjour est également rattachée au centre hospitalier (100 lits).

L'établissement dispose de toute l'offre de soins d'un établissement de cette importance, à l'exception de la chirurgie cardiaque et de la neurochirurgie dont les patients qui relèvent de ces interventions sont orientés sur les établissements franciliens. L'établissement dispose d'un SAU, d'un SMUR et participe au service d'aide médicale d'urgence du département (SAMU 95).

2. L'activité du service en 2009 [20]

Depuis 2000, la progression des hébergements (nuit couloirs) aux urgences a été de 20% pendant que l'augmentation globale d'activité a été de 52%.

Graphique 1 : courbe de d'activité et d'hébergement

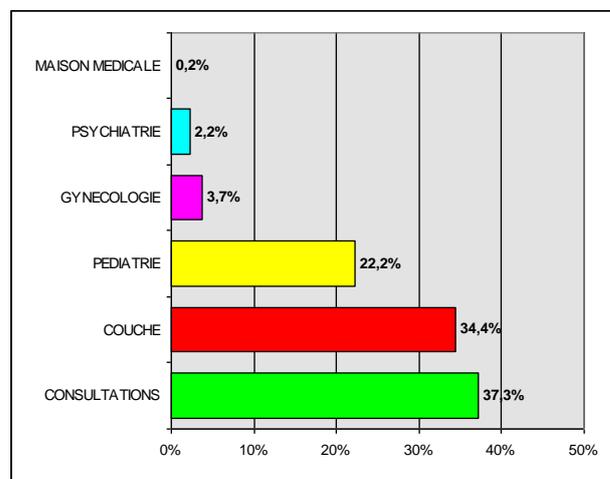
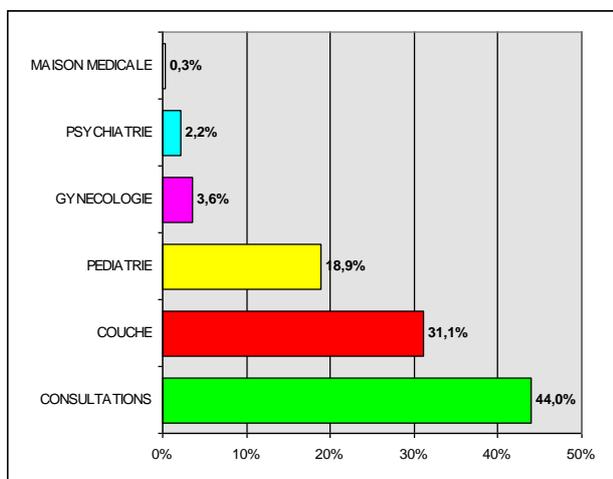


On note une progression forte dans les secteurs de pédiatrie attendue du fait de la prise en charge de l'ensemble des consultations non programmées de pédiatrie dans le secteur des urgences. Dans le secteur de consultation, on note une forte progression. Ceci va dans le sens de l'évolution des pratiques des consultations des patients, de la raréfaction des médecins généralistes et de la recherche de centre de consultation disposant d'un plateau technique. Aucune reconvoction n'est faite dans le service sauf en cas de divergence de dossier.

Graphique 2 : répartition selon le secteur

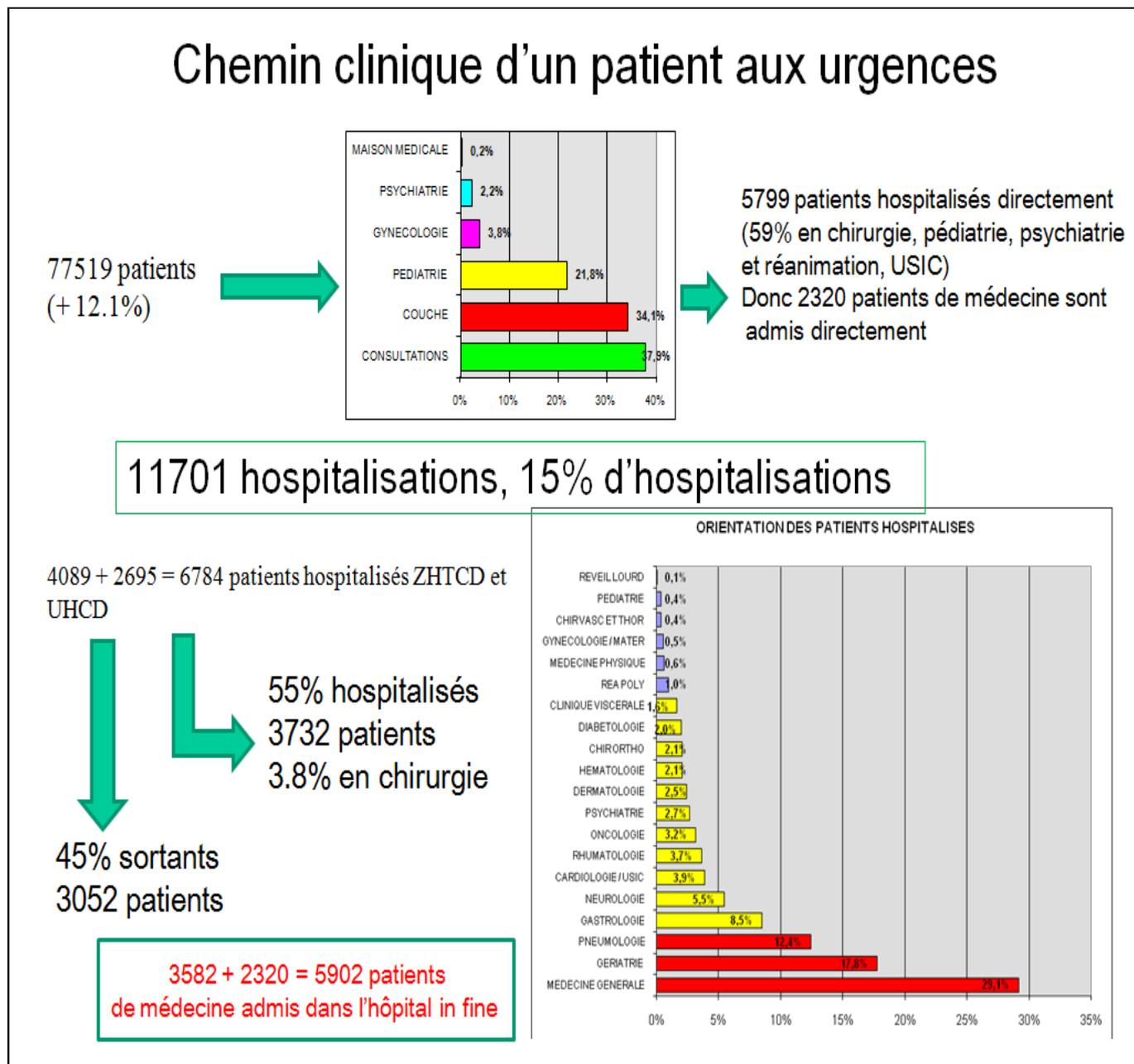
Année 2008

Année 2009



Le chemin clinique d'un patient aux urgences montre que sur 77519 patients, le taux global d'hospitalisation est de 15% ce qui se situe dans la moyenne d'Ile-de-France. Sur les 11701 patients, 5799 vont être hospitalisés directement dans une unité. Il s'agit alors dans 59% des cas soit d'un patient relevant de l'USIC, la réanimation, la chirurgie, la psychiatrie ou la pédiatrie. Les différents services de médecine prennent 41% des patients ce qui représente 2320 patients admis directement. Restent donc aux urgences 2695 patients à l'UHCD et 4089 patients dans les urgences (zone ZHTCD) qui passent en moyenne 1700 minutes pour les plus de 75 ans et 1200 minutes pour les moins de 75 ans ce qui représente plus de 50% des patients à hospitaliser.

Schéma 1 : Schéma récapitulatif de la trajectoire des patients aux urgences : en bas à droite, services accueillant les patients après en moyenne 24 heures passées aux urgences.



Toutes ces données quantitatives montrent que l'augmentation d'activité à la fois de consultation et d'hospitalisation dans les urgences nous amène à optimiser de plus en plus le

temps de consultation. La perte d'information concernant les traitements habituels du patient, leur posologie et leur indication constitue un risque pour la prise en charge du patient, un risque de iatrogénie, empêche certain diagnostic, complique certain diagnostic et in fine, alourdit la prise en charge urgente avec des conséquences indirectes sur la prise en charge d'autres patients.

Dans ce contexte, il nous semble important d'évaluer l'état de connaissance du traitement chronique des patients se présentant aux urgences et en fonction, d'optimiser les moyens techniques pour avoir un accès fiable et rapide à cette connaissance.

B. Données épidémiologiques descriptives des patients de l'étude

Nous avons « screené » 595 patients sur la prise ou non d'un traitement habituel ou récent sur 8 jours. Sur cette période 1600 patients sont passés aux urgences. Les 100 premiers patients sondés ayant un traitement (17% de la population) ont été inclus dans l'analyse détaillée via le questionnaire cité précédemment. Dix huit patients ont refusé de participer à l'étude pour les motifs suivants :

- absence d'intérêt
- se sentent trop malades ou fatigués
- refus sans raison

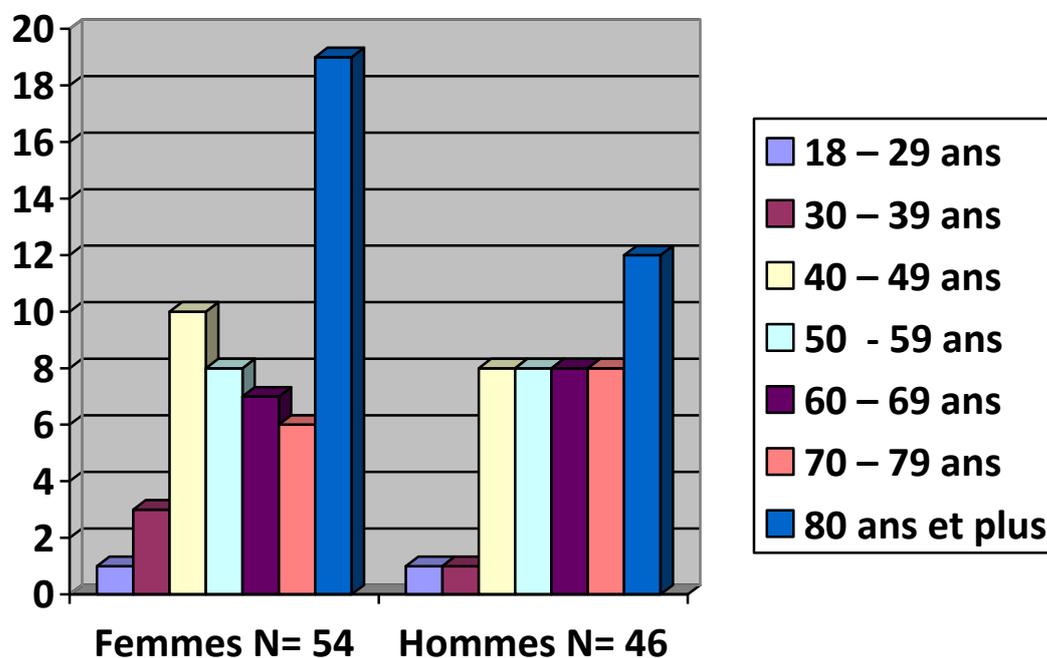
Au total, 54 femmes et 46 hommes ont été interrogés sur différentes périodes entre le 1^{er} et le 30 juin 2010

Tableau 1 : Répartitions par sexe

HOMMES	FEMMES
46	54

Graphique 3 : Répartitions par tranches d'âges

Les personnes âgées de plus de 70 ans représentent 45% de notre échantillon et les moins de 70 ans 55%.



Degré d'autonomie des patients âgés de plus de 60 ans

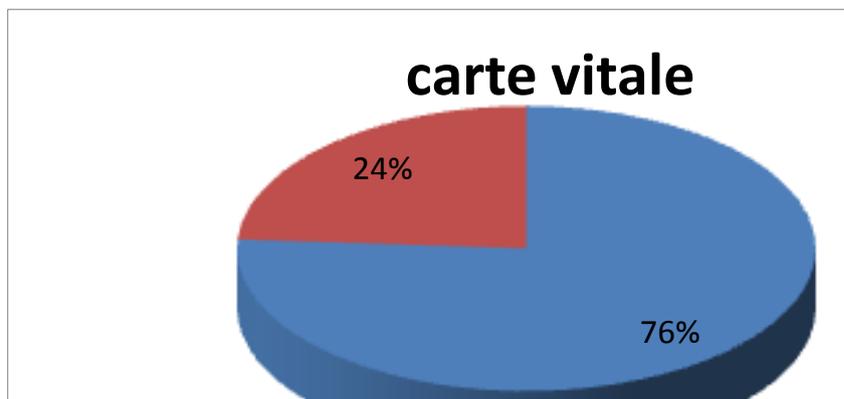
Nous avons évalué chez les personnes de plus de 60 ans leur degré d'autonomie. Cette dernière a dans notre travail été jugé sur la présence ou non d'une tierce personne en intermittence ou en continue au domicile pour les activités de la vie quotidienne. Pour notre étude, la dépendance se définit par la présence de cette aide. Soixante patients ont plus de 60 ans; elles se répartissent en terme d'autonomie de la façon suivante :

- 32 femmes et 28 hommes de plus de 60 ans
- 3 femmes dépendantes soit 90% de femmes de cet échantillon totalement autonomes
- 1 homme dépendant soit 96 % d'hommes de cet échantillon totalement autonomes
- au total, 93% des patients de plus de 60 ans de notre enquête sont considérés autonomes.

Présentation de la carte vitale

Soixante-seize patients avaient leur carte vitale en leur possession au moment de leur passage aux urgences

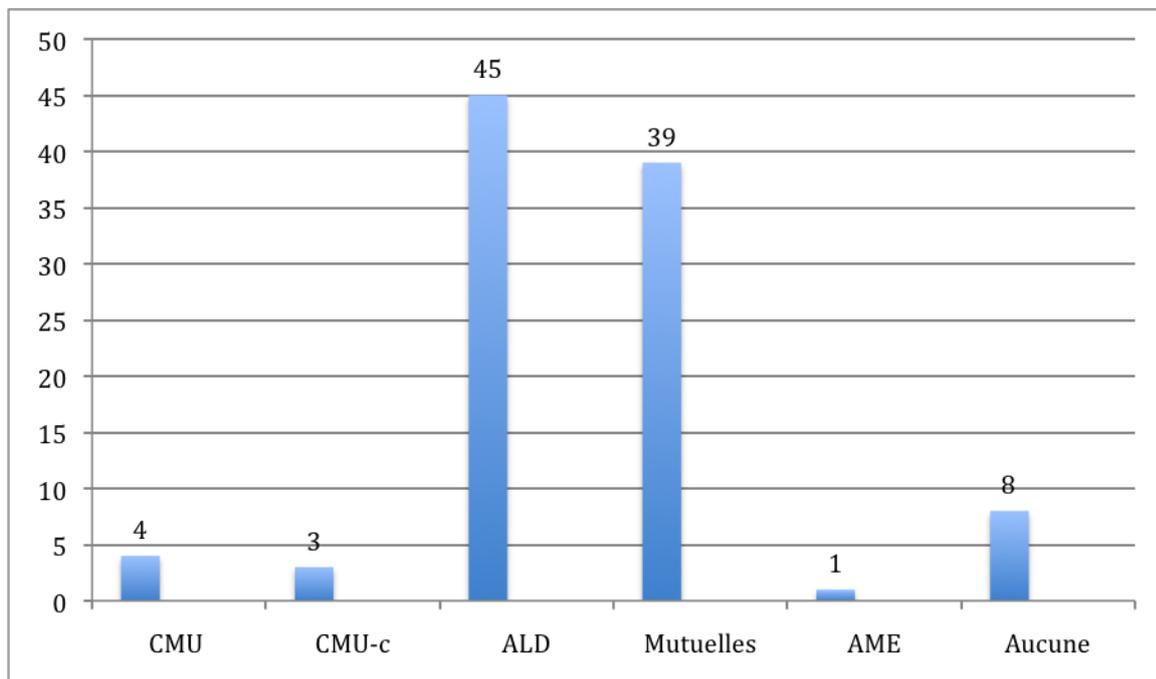
Graphique 4 : Présence de la carte vitale



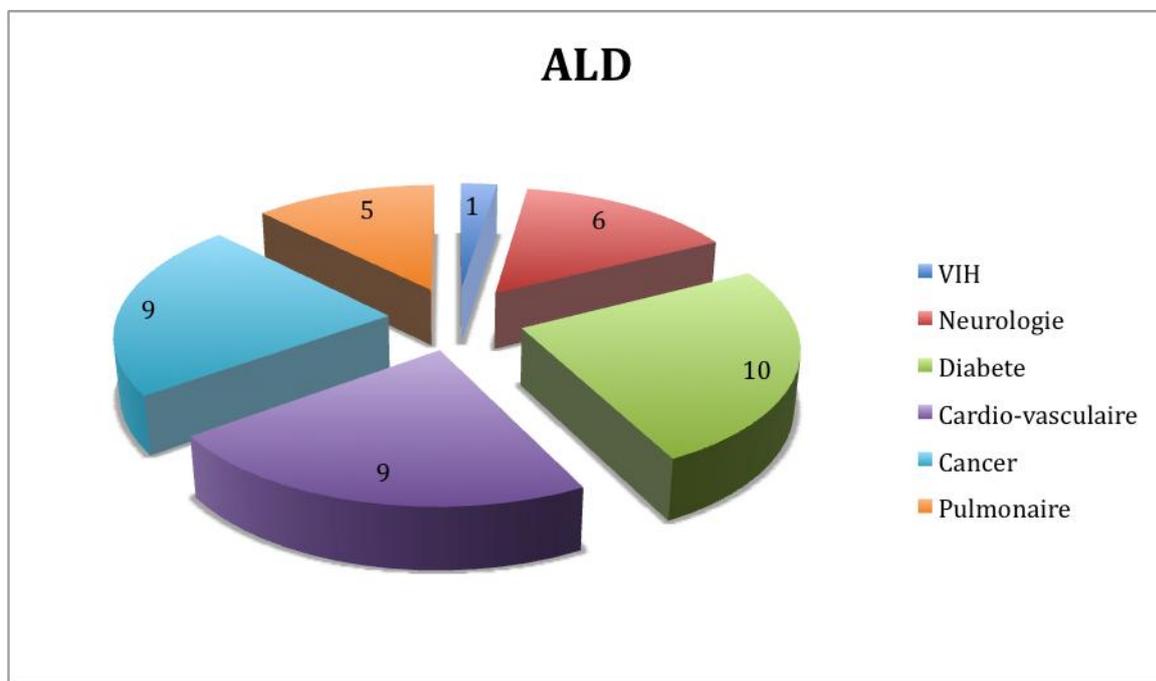
Type de complémentaire santé

- 45% des patients interrogés sont prise en charge pour une pathologie relevant de l'ALD, donc sont censés prendre un traitement de façon régulière.
- 39% des patients interrogés ont une mutuelle complémentaire pour leur dépense de santé.
- 8% des patients n'ont pas de complémentaire santé donc bénéficie que du régime de base de la sécurité sociale.
- Seuls 7% des patients interrogés relèvent de la CMU.

Graphique 5 : Répartitions des complémentaires santé



Graphique 6 : Répartitions des motifs d'ALD



Les modalités de recours aux urgences :

Tous les principaux motifs de recours par appareil sont représentés.

Les motifs de recours

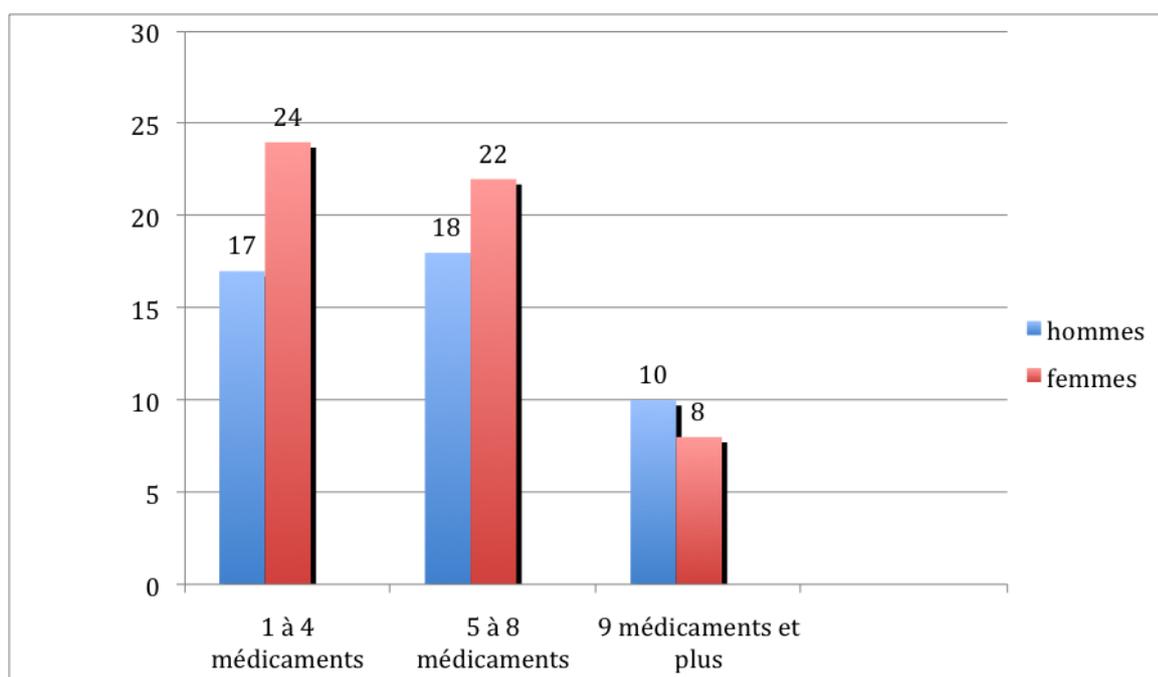
Tableau 2: répartition des patients par motif de recours

	Femmes N= 54	Hommes N= 46
Cardio-vasculaire	6	5
Pulmonaire	7	7
Métabolique	2	2
Traumatologie	9	6
Infectieux	5	1
Neurologie	1	7
AEG	2	1
Malaise	6	6
Urologie	4	1
Gastrologie	2	5
Rhumatologie	4	1
Sans orientation	2	1
Psychiatriques	4	3

Nombre de traitements pris par patient :

- 18% des patients de notre étude ont une ordonnance contenant plus de 9 médicaments.
- 41% des patients prennent de 1 à 4 médicaments et 40% en prennent de 5 à 8.

Graphique 7 : Répartition du nombre de médicaments par ordonnance et par sexe



NB : 1 patient dont l'information n'a pu être vérifiée n'a pas été capable de nous donner le nombre de médicaments qu'il avait.

A l'issue de l'enquête, 5 situations ont été définies ;

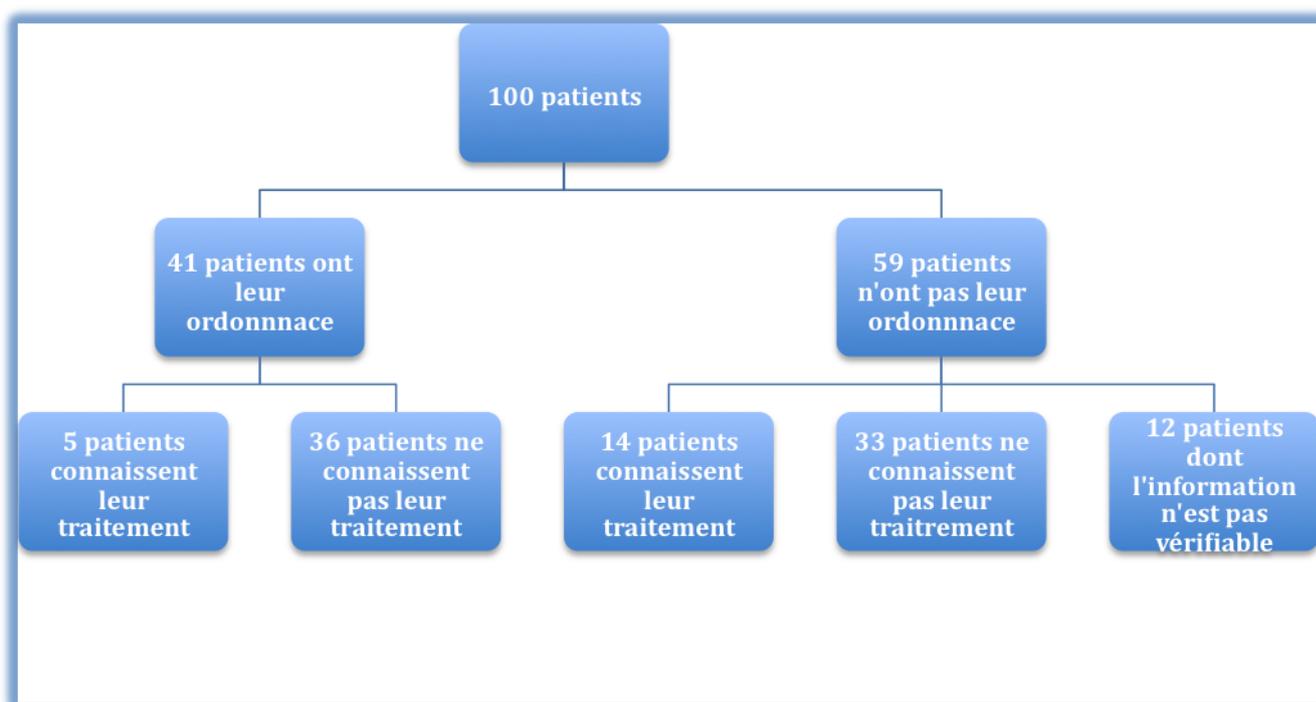
1. les patients qui consultent avec leur ordonnance et qui connaissent leur traitement
2. les patients qui consultent avec leur ordonnance mais qui ne connaissent pas leur traitement
3. les patients qui consultent sans leur ordonnance mais qui connaissent leur traitement
4. les patients qui consultent sans leur ordonnance et qui ne connaissent pas leur traitement
5. les patients qui consultent sans leur ordonnance et pour lesquelles nous n'obtenons pas l'information réelle

Il en ressort que :

- 81% des patients ne connaissent pas leur traitement.
- 41% des patients ont une ordonnance récente au moment de leur prise en charge donc pour 59% des patients nous devrions faire une recherche d'information.
- pour 12% des patients de notre étude, la prise en charge se fera sans la possibilité de connaître le traitement habituel, ce qui est important quand on sait l'impact de l'iatrogénie.

Ils sont répartis dans le schéma ci-après

Schéma 2 : Situations rencontrées.



C. Analyse univariée des facteurs prédictifs de connaissance ou méconnaissance du traitement

Tableau 3: Résultats de l'étude

		Connaît son traitement N= 19		Ne connaît pas son traitement N= 69		Pas d'infos
		Avec ordonnance	Sans ordonnance	Avec ordonnance	Sans ordonnance	
Total		5	14	36	33	12
Sexe	Hommes	0	4	14	21	7
	femmes	5	10	22	12	5
Âges	18- 29	0	1	0	1	0
	30-39	0	3	0	0	1
	40-49	0	6	4	4	4
	50-59	1	2	4	6	3
	60-69	3	0	7	4	1
	70-79	1	2	2	8	1
	80 et +	0	0	19	10	2
Type de complémentaire santé	ALD	1	8	16	14	6
	Mutuelle	4	2	15	15	3
	CMU	0	1	1	2	0
	CMUc	0	2	1	0	0
	aucune	0	0	3	2	3

	AME	0	1	0	0	0
		Connâit son traitement N= 19		Ne connâit pas son traitement N= 69		Pas d'infos N= 12
		Avec ordonnance	Sans ordonnance	Avec ordonnance	Sans ordonnance	
Médecin traitant	oui	5	13	31	29	11
	non	0	1	5	3	1
Mode d'arrivée	Seul *	4	4	13	9	7
	Ambulance	0	4	12	8	0
	Pompiers	1	6	10	13	5
	SMUR	0	0	1	3	0
Observance	Oui	5	9	29	31	8
	Non	0	5	7	2	4
Motif de recours	médical	4	11	26	27	7
	psy	1	1	1	3	1
	traumato	0	2	7	3	3
	autre	0	0	2	0	1
Nombre de médicaments par ordonnance	NSP	0	0	0	0	1
	1 à 4	3	9	8	14	7
	5 à 8	2	5	15	14	4
	9 et +	0	0	13	5	0

* : par ses propres moyens (accompagné, seul, avec son véhicule personnel, ou par les transports en commun)

		Connaît son traitement		Ne connaît pas son traitement		Pas d'infos
		N= 19		N= 69		
		Avec ordonnance	Sans ordonnance	Avec ordonnance	Sans ordonnance	
Ordonnance informatisée	oui	3		17		
	non	2		19		
Gestion autonome du traitement	seul	5	14	28	24	12
	IDE (1)	0	0	3	2	0
	IDE (2)	0	0	1	2	0
	autre	0	0	4	5	0
Ancienneté du traitement	Aigue	0	0	0	2	2
	chronique	5	14	36	31	10
Lecture notice	oui	4	8	21	20	6
	non	1	6	15	13	6
Efficacité du traitement	oui	4	6	24	22	9
	non	1	4	8	7	3
	Pas d'avis	0	4	4	4	0

(1) l'infirmière donne le traitement

(2) l'infirmière prépare un pilulier

Une analyse univariée de ces résultats montre en utilisant un Chi 2 (logiciel statisti.sta 131v) que les femmes ont significativement plus souvent leur ordonnance que les hommes, qu'elles connaissent plus souvent leur traitement que les hommes ($p=0.01$). Les personnes âgées de plus de 70 ans sont plus à risque de ne pas connaître leur traitement ($p=0.0049$). La présence d'un médecin traitant n'améliore pas significativement la connaissance du traitement ($p=0.38$).

Le nombre élevé de médicament sur l'ordonnance est inversement proportionnel à la connaissance du traitement. Au-delà de 4 médicaments, le risque de méconnaître le traitement habituel augmente significativement ($p=0.025$). L'autonomisation du patient par rapport à son traitement améliore évidemment sa connaissance (77% versus 0%). Les autres éléments relevés (observance habituel, motif de recours, ordonnance informatisée, type de couverture sociale) ne sont pas des éléments déterminants.

D. Charge de travail induite par la méconnaissance du traitement

Nous avons effectué une recherche pour les 59 patients qui n'avaient pas leur ordonnance

Pour 23 patients, l'information a été obtenue en 15 min ce qui représente 345 min soit 5h45 min à l'obtention de l'information.

Pour 6 patients, l'information a été obtenue en 30 min soit 180 min donc 3h au total.

Pour 4 patients, l'information a été obtenue en 45 min soit 180 min donc 3h au total.

Pour 1 patient l'information a été obtenue en 1h.

Pour 13 patients l'information a été obtenue en 2h ce qui correspond 26 h de prospection !

L'ensemble de cette recherche d'information représentent 38h45min pour seulement 47 patients, soit une moyenne de 49 minutes par patients.

On rappelle que la durée moyenne d'une consultation en ville est d'environ à 20 minutes

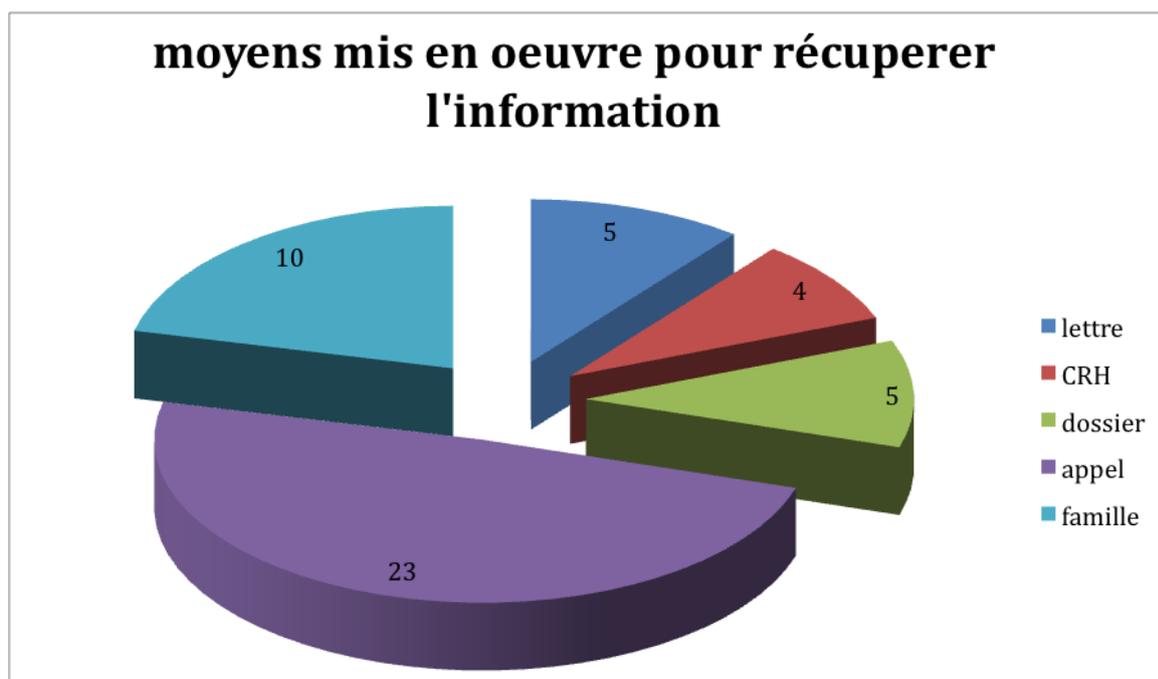
Pour 12 patients, l'information réelle n'a jamais été obtenue.

Tableau 4 : temps moyen de récupération de l'information en fonction de la tranche horaire d'arrivée

	< 15 min	15 – 30 min	30 – 45 min	45min à 1h	Plus d'1 h
00h- 03h	0	0	0	0	0
03h- 06h	0	0	0	0	0
06h- 09h	1	0	0	0	0
09h- 12h	6	1	2	0	4
12h- 15h	4	1	1	0	2
15h- 18h	7	2	1	1	1
18h- 21h	4	2	0	0	3
21h- 00h	1	0	0	0	3

Le moyen le plus utilisé pour récupérer l'information est l'appel vers le médecin, la structure de soins ou d'hébergement et le pharmacien.

Graphique 8 : Les moyens mis en œuvre pour récupérer l'information



Au cours de cette enquête, 11 patients ont été adressés par leur médecin traitant avec un courrier.

- 5 courriers à l'intention du médecin urgentiste contenaient le traitement du patient
- 6 courriers ne contenaient que le motif d'adressage aux urgences.

E. Tolérance du patient vis-à-vis de modifications éventuelles de ce traitement par le service des urgences

De notre travail, il ressort que 81% des patients, ne connaissent pas leur traitement habituel lors d'une consultation en urgence. Pourtant 82% des patients disent prendre régulièrement ce traitement. Quelle perception ont-ils de la possibilité par les urgentistes de modifier ce traitement ?

A la question, « *parmi vos médicaments si nous vous proposons de supprimer ceux qui nous semblent inutiles, seriez vous d'accord ?* »

- 70 % des patients sont d'accord
- 26 % des patients préfèrent l'avis de leur médecin ou de leur spécialiste car ils estiment que leur maladie est stable
- 4% des patients n'ont pas d'avis sur la question

VI. DISCUSSION

A. Les principaux résultats

Il ressort de notre travail des résultats analogues à ceux qui ont déjà été publiés, à savoir que globalement les patients arrivant dans les services d'urgences ne connaissent pas, pour une majorité d'entre eux, leurs traitements. Dans notre population, 81% des patients ont été incapable de donner avec précision leurs traitements habituels. Ils sont néanmoins 82% à se dire observant. Mais seulement 65% des patients estiment que leur traitement est efficace. Cela interroge sur la fiabilité des informations déclaratives. Par ailleurs 26% des patients ne souhaitent pas voir leur traitement de fond modifié par l'urgentiste.

Certains facteurs influencent la connaissance du traitement comme le sexe, l'âge, le nombre de traitement habituel, la présence d'un médecin traitant, l'arrivée par ambulance ou pompier, la gestion autonome du traitement. Tous ces facteurs sont peu influençables à l'exception de la gestion autonome du traitement et probablement la présence du médecin traitant. Mais notre travail n'a pas montré de différence significative de connaissance des traitements selon que le patient déclare avoir un médecin traitant (79% des patients ne connaissent pas leur traitement) ou ne pas en avoir (90% des patients ne connaissent pas leur traitement). Les conséquences de la méconnaissance des traitements par le patient sont importantes sur le travail de l'urgentiste notamment en terme de temps consacré à la recherche de ce traitement mais aussi en terme de prise en charge même du patient car dans 12% des cas, aucune

information ne peut être récupérée durant le « temps de l'urgence ». Ceci influence la capacité des urgentistes à réaliser un diagnostic étiologique précis et expose le patient à d'éventuelle nouvelle iatrogénie. Par ailleurs le temps consacré à la recherche de l'information « traitement » est considérable.

Concernant la charge de travail supplémentaire, 22 patients seulement ont nécessité moins de 15 minutes à la recherche de l'information réelle par quelque moyen qu'il soit. Un patient qui ne connaît pas son traitement ou qui n'a pas son ordonnance, implique donc pour le praticien une charge de travail supplémentaire. Le temps passé à joindre la famille, le médecin traitant ou le pharmacien est donc du temps en moins auprès des autres patients. Une consultation en médecine générale durant de 15 à 20 minutes, nous aurions donc pu, pour les patients pour lesquels la recherche d'information a nécessité plus d'une heure, voire au mieux 3 patients de plus !

Alors que le nombre de passage aux urgences ne cesse de croître, répondant sans doute à une certaine forme de consommation de la médecine, il est indispensable d'assurer dans le même temps une prise en charge de qualité. Si l'on extrapole les résultats de notre travail à l'ensemble de notre population (78000 passages annuel), considérant que 17% des patients ont un traitement et que l'on consacre en moyenne 49 minutes par dossier pour récupérer cette information à un patient sur deux, on consomme au total pour ce point précis 6500 heures de travail soit presque 3.5 ETP ! Il en résulte souvent un abandon de cette tâche.

Ce point précis de récupération de l'information révèle le manque d'efficacité de notre système d'organisation, son coût élevé en terme de travail médical et sa mauvaise performance qualitative.

Dans le même temps, notre travail montre une information capitale : 76% des patients se présentant aux urgences ont leur carte vitale. On perçoit que la solution au problème comporte deux axes : un volet de formation et information du patient sur ses traitements, leurs intérêts et leur balance bénéfice/ risque par le médecin traitant mais aussi et surtout sur une meilleure coordination des soins ville/hôpital par le biais d'un dossier médical partagé (DPM).

B. Notre enquête

Le questionnaire a été réalisé à partir d'éléments observés dans d'autres études concernant la connaissance des traitements par les patients. Nous avons réalisées une première série de 10 questionnaires et après l'analyse des premiers résultats, nous avons ajoutés les questions sur l'efficacité du traitement ressentie par le patient et sur son accord ou pas de modifier ce traitement lors de son passage aux urgences. Ces questions nous semblaient pertinentes dans le cadre de la prise en charge thérapeutique en urgences compte tenu du taux important de iatrogénie et du rôle important de ces consultations aux urgences pour « trier » des strates de médicaments souvent accumulées au fil du temps.

De plus, plutôt que demander aux personnes âgées leur mode d'hébergement, nous nous sommes intéressés à leur degré d'autonomie et à leur gestion autonome du traitement.

L'enquêteur était dans un premier temps posté dans le bureau de l'IOA (infirmière organisatrice de l'accueil) afin d'inclure directement ses patients. Mais à l'usage, le « triage » des patients qui se présentent aux urgences devant se faire en moins de 5 minutes, cette solution a été abandonnée car nous ne voulions pas perturber le travail de régulation du flux

de l'IOA. La zone d'attente n'était pas non plus une meilleure solution car la salle est petite, très vite pleine donc dépourvue de confidentialité. Nous avons donc opté pour interroger les patients en box.

C. Les biais de notre enquête

Nous n'avons pas sélectionné notre échantillon par tirage au sort. Nous avons interrogé les patients, successif se présentant sur les périodes de temps étudiés (8 jours) et retenu ceux qui déclaraient prendre un traitement, au fur et à mesure qu'ils s'inscrivaient à l'accueil. Notre population n'est probablement pas totalement représentative de la population globale des urgences. Il est à noter néanmoins que les principales études de la connaissance des traitements par les patients des urgences est de cet ordre de grandeur. Par ailleurs l'intérêt de notre travail est de ne pas s'être intéressée exclusivement aux personnes de plus de 65 ans comme la plupart des travaux fait aux urgences sur ce sujet, ou alors pas uniquement à une classe de pathologie comme c'est fréquemment le cas dans les travaux de patients plus jeunes.

Le principal écueil de notre travail a été l'absence de « gold standard » dans la littérature concernant la définition de ce qui est « connaître son traitement ». Nous avons établi comme critère de connaissance la capacité à donner le nom du médicament, son indication principale, sa dose quotidienne prescrite ainsi que le moment de sa prise. L'ensemble des informations devait être juste afin de valider la réponse. Ainsi « une gélule rouge et blanche à 120 mg pour le cœur prise tous les matins » était considérée comme réponse fausse. Aussi nos critères peuvent paraître sévères et expliquer des résultats globalement très mauvais.

Nous ne nous sommes pas intéressés aux classes thérapeutiques, ce qui aurait pu montrer que certaines classes semblent mieux connues que d'autre.

D. Les changements à proposer

1. L'information donnée au patient

Dans son étude faite dans un service de médecine polyvalente au CHU d'Angers, Fanello [7] note qu'une « hospitalisation concourt à une perte du degré de connaissance globale du traitement » Il attribue ceci à une « déficience de l'information imputable au peu de temps accordé par le personnel hospitalier à l'information du patient ... ». De même, Jaye [5], dans son étude faite en Nouvelle-Zélande décrit une meilleure connaissance du traitement chez les patients qui ont posés des questions à leur médecin traitant. Dhote [4] qui a interrogés 91 patients, nous dit que 87 % des patients souhaitent des informations complémentaires après leur consultation. En 2000, l'HAS a publié des recommandations [21] à l'intention du médecin traitant sur l'information donnée au patient. Ce guide avait pour but d'aider le médecin à satisfaire à son obligation d'information, dans le respect des règles déontologiques et des dispositions légales aux droits des patients. Ce guide ne contient pas de chapitre dédié à l'ordonnance mais insiste sur le fait que l'information délivrée au patient qu'elle soit donnée oralement ou avec l'aide d'un document écrit, doit répondre aux mêmes critères de qualité :

- être hiérarchisée et reposer sur des données validées ;

- présenter les bénéfices attendus des soins envisagés avant leurs inconvénients et risques éventuels, et préciser les risques graves, y compris exceptionnels, c'est-à-dire ceux qui mettent en jeu le pronostic vital ou altèrent une fonction vitale ;
- être compréhensible.

Le médecin doit être disponible pour répondre aux éventuelles questions des patients. Tout doit être compréhensible afin que le patient ne soit plus passif dans ses soins. Il serait intéressant de mener une étude sur le contenu de l'information donnée au patient au cours d'une consultation. Ainsi on pourrait mesurer si le manque d'information donnée est une cause de méconnaissance du traitement. Au delà de ça, il semble primordial d'insister sur la nécessité d'informer nos patients sur les traitements, leur bénéfices mais aussi leur risques. Le pharmacien qui donne les médicaments participe à cette information. Nous n'avons pas évoqué dans notre enquête le rôle des génériques comme facteur de méconnaissance des médicaments mais ils semblent accroître le risque d'erreurs.

Concernant les ordonnances dans notre enquête, elles contiennent pour 18 d'entre elles plus de 9 médicaments. Nous rappelons que les ordonnances doivent en permanence être révisées, comme le préconise l'HAS pour le sujet âgé, selon la grille d'analyse publiée en 2006 [22]. Les ordonnances doivent être lisibles, claires et dans l'idéal, hiérarchisées.

L'éducation thérapeutique dont il est largement mentionné dans les publications récentes et qui a fait l'objet d'un guide méthodologique par l'HAS [23] se définit par : « une stratégie visant à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psycho-social, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur

maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie ». Elle doit se développer et concourir à l'amélioration de la connaissance des traitements par les patients.

2. Le partage de l'information : le DMP [26]

Conçu comme un outil de coordination de soins, le dossier médical partagé (DMP) décidé par la Loi du 13 août 2004, devrait se mettre en place dès février 2011. Il est sans doute la solution aux problèmes d'ordonnance oubliée, de dossier archivé non accessible puisqu'il contiendrait l'ensemble des informations médicales du patient. Le professionnel de santé pourra s'y connecter avec l'autorisation du patient, en s'identifiant avec sa carte de professionnel de santé (CPS). Le DMP est structuré en huit espaces :

- Documents de synthèse et données médicales générales
- Traitements et soins
- Comptes- rendus (hospitalisation, imagerie...)
- Imagerie médical
- Résultats d'analyse de laboratoire
- Données de prévention
- Certificats et déclarations
- Espace personnel du patient

Selon le site du gouvernement, les principaux atouts du DMP prochainement mis à la disposition des professionnels de santé sont :

- un meilleur suivi du patient ;
- un accès unifié à l'information pour coordonner les soins ;
- la limitation des soins redondants ;
- une qualité des soins améliorée ;
- et aussi des économies substantielles.

VII. CONCLUSION

Les patients ne connaissent pas leur traitement et consultent une fois sur deux aux urgences sans ordonnance récente. Cette méconnaissance des traitements par les patients constitue une perte de chance pour le patient et utilise du temps médical qui serait judicieux d'occuper à un réel travail médical. De plus dans 12% des cas, cette recherche est totalement infructueuse. Si il y a des facteurs prédictifs de méconnaissance du traitement, ceci sont peu influençable en dehors de la désignation d'un médecin traitant qui par son rôle éducatif peut améliorer les connaissances que certains patients ont de leurs traitements.

La généralisation de l'information auprès des professionnels de santé impose une solution plus structurelle. La consultation du dossier médical partagé au sein de l'établissement de santé mis actuellement en place améliore la connaissance du patient et de ses traitements pour les professionnels hospitaliers, mais l'information est alors parcellaire concernant exclusivement les actions hospitalières. Le dossier médical partagé (DMP) permettra sans doute dans un avenir proche de corriger ce « trou noir » de la consultation médicale.

ABREVIATIONS

ANAES :	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ARS :	Agence Régionale de Santé
CHA :	Centre hospitalier d'Argenteuil
CRH :	Compte rendu d'hospitalisation
IAO :	Infirmière d'Accueil et d'orientation
MCO :	Médecine Chirurgie Obstétrique
SAMU :	Service d'Aide Médicale Urgente
SAU :	Service Accueil Urgences
SMUR :	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SROS :	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
IDE :	Infirmière diplômée d'état
ETP :	Equivalent Temps Plein
DMP :	Dossier médical personnel
CPS :	Carte du Professionnel de Santé

ANNEXES

1. Questionnaire thèse

Critères d'inclusion

Tout patient, homme ou femme de plus de 18 ans se présentant aux urgences, quelque soit son motif de recours, prenant un traitement pour une pathologie aigue ou chronique, et capable de donner son consentement.

Critères d'exclusion

Patient de moins de 18 ans.

Coordonnées

A-Données épidémiologiques

1/ Age :

2/ Plus de 60 ans :

Mode d'hébergement

- Domicile
- Foyer logement
- Maison de retraite

Degré d'autonomie

- Oui
- Non

3/ Sexe :

- Homme
- Femme

4/ Présence de la carte vitale

- Oui
- Non

5/ Couverture sociale :

- Mutuelle
- CMU
- CMU-c
- ALD pour quelles pathologies :
- AME

B -Modalités de recours

6/ Tranche horaire d'arrivée :

- 0h00 – 3h00
- 3h00 – 6h00
- 6h00 – 9h00
- 9h00 – 12h00
- 12h00 – 15h00
- 15h00 – 18h00
- 18h00 – 21h00
- 21h00 - 0h00

7/ Mode d'arrivée :

- Par ses propres moyens
- Ambulance
- Pompier
- SMUR
- Autres

8/ Accompagnant ?

9/ Motif de recours IAO : (pour les patients adressés par leur MT, y a-t-il un courrier ?)

C- Facteurs liés au traitement

10/ ATCD médicaux annoncé par le patient :

11/ Nom du médecin traitant :

12/ Avez-vous votre ordonnance ?

- Oui, date de l'ordonnance : / / 20
> informatisée ?
- Non

13/ Depuis quand prenez-vous votre traitement ? Traitement aigue ou chronique ?

- _ Semaine(s)
- _ Mois

_ Année(s)

14/ Prenez vous tous les jours votre traitement dans son intégralité ?

- Oui
- Non, pourquoi ?

15/ Pensez-vous connaître votre traitement ?

- Oui
- Non

16/ Pouvez-vous citer les médicaments que vous prenez tous les jours ?

Pour chaque médicament, préciser la raison pour laquelle il vous a été prescrit, le dosage et à quel moment vous le prenez.

Noms	indication	Dose	Horaire de prise

17/ Gérez-vous seul votre traitement ou est-ce qu'il y a une tierce personne qui intervient pour la prise des médicaments ?

- Seul
- IDE donne le traitement
- IDE prépare un pilulier,
- conjoint(e) s'occupe de « tout »
- autre, précisez :

18/ Lisez-vous les notices des médicaments ?

- Oui

- Non, pourquoi (ne sait pas lire, ne s'y intéresse pas, barrière linguistique)

19/ Parmi vos médicaments si nous vous proposons de supprimer ceux qui sont inutiles, seriez vous d'accord ?

- Oui
 Non, pourquoi ?

Pour les patients venant avec un sac de médicament :

Médicaments dans le sac à lister

Noms	indication	Dose	Horaire de prise

D-CHARGE DE TRAVAIL

20/ Moyens mis en œuvre pour récupérer l'information ?

- Famille présente
 Appels téléphoniques (MT, famille, pharmacie, boites des médicaments)

21/ Délai d'obtention de l'information :

- Moins de 15 minutes
 Entre 15 et 30 minutes
 Entre 30 et 45 minutes
 Entre 45 minutes et 1 heure
 Plus d'1 heure

22 / Informations obtenues ?

- Oui
 Non

Sont elles concordantes ?

- Oui
- Non

Nombres d'éléments discordants

23/ Nombre de médicaments par ordonnance ?

ATCD médicamenteux récupérés auprès du MT ou après consultation du dossier

ATCD médicaux récupérés auprès du MT ou après consultation du dossier :

VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Rapport n° 848 de l'Assemblée Nationale sur la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments
- [2] Ankri J. Médicaments et santé publique. La documentation française. Actualité et dossier en santé publique 1999 ; 27 :19-74
- [3] Denes E. Les patients infectés par le VIH connaissent-ils leurs traitements? [Médecine et Maladies Infectieuses](#). [Volume 36, Issue 7](#), July 2006, Pages 375-378
- [4] Dhôte R. Les patients hospitalisés connaissent-ils leurs traitements ? Journal de pharmacie clinique. Volume 16, numéro 2, 117-20, Juin 1997, mise au point.
- [5] Jaye C, Hope J, Martin I.R. What do général practice patients know about their prescription medications ? N Z med J, 2002 september ; 115, 1162
- [6] Silva T, Schenkel E.P, Mengue S ; S. Information level about drugs prescribed to ambulatory patients in a university hospital. Cad Saude publica, 2000 ; 16, 2, pp 449-455
- [7] Fanello S, Dutartre N, Jousset N. Les personnes âgées et leurs médicaments. Niveaux de connaissance et influence du séjour hospitalier. Revue de Gériatrie, Mars 2000 ; 25, 3.
- [8] Cline C.M.J, Bjork-Linné A.K. Non-compliance and knowledge of prescribed medication in elderly patients with heart failure. European journal of Heart Failure, 1999 ; 1, pp 145-149
- [9] Bertrand F, Plent I, Fournier J.P. Les malades connaissent-ils leurs médicaments ? Sem Hop Paris, 1993 ; 69, 6, pp. 145-149

- [10] O'Connell M.B, Johnson J.F. Evaluation of médicaments knowledge in elderly patients. Ann Pharmacother, 1992 ; 26, 8, pp 919-921
- [11] Gary M, Vilke, Allen M. Emergency department patient knowledge of médicaments. The Journal of Emergency Medecine, 2000 ; 19, 4, pp. 327-330
- [12] Jeandel C, Barrat V, Pierson A et al. L'observance médicamenteuse et ses facteurs chez la personne âgée : enquête portant sur 300 patients hospitalisés. La Revue de gériatrie. Septembre 1991. Tome 16, numéro 7,p 319-324
- [13] Santi A, Laloge E, Hervé J et all. Evaluations aux urgences de la connaissance par les patients de leur traitement. JEUR, 2004, 17, IS76-IS78
- [14] Chung MK, Bartfield JM. Knowledge of prescription médicaments among elderly emergency department patients ; Ann Emerg med. June 2002 ; 39 : 605-608
- [15] Akici A et coll. Patients knowledge about drugs prescribed at primary healthcare facilities. Pharmaco epidemiology and drug safety, 2004 ; 13, pp871-876
- [16] Persell D, Heiman HL, Weingart SN et coll. Understanding of drug indication by ambulatory care patients. Am J health Syst Pharm 2004 ; 61
- [17] Patris-vandesteene S, MAcrez A, Quenon JL et coll. Assessment of patient information concerning médication in a teaching hospital of Paris. J PharmClin, 2002 ; 21, pp 919-921
- [18] Site officiel de la ville d'Argenteuil : <http://www.ville-argenteuil.fr/> , consulté le 20 juillet 2010
- [19] Site du Centre Hospitalier d'Argenteuil : <http://www.ch-argenteuil.com/> , consulté le 20 juillet 2010
- [20] Rapport d'activité des urgences

[21] Guide de l'HAS : Information des patients. Recommandations destinées aux médecins traitants

[22] Tableau de révision d'une ordonnance. Site de l'HAS, consulté le 20 septembre 2010

[23] Guide méthodologique d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. HAS, INPES, juin 2007.

[24] Site www.sante.gouv.fr consulté le 6 Octobre 2010 : le dossier médical Personnel

RESUME

La littérature montre que les patients connaissent globalement mal leur traitement.

Mais ces études réalisées sont souvent axées sur des pathologies chroniques particulières comme l'asthme ou le diabète.

Nous nous sommes donc intéressés au degré de connaissance d'une population plus large que les personnes des études précédentes, vue dans le cadre des consultations des urgences d'un hôpital général pour déterminer le profil de ceux qui connaissent et ne connaissent pas leur traitement.

Nous avons essayés d'évaluer l'impact sur la consultation urgente de ce temps de prospection pharmacologique, c'est-à-dire le temps passé à l'obtention de l'information réelle du traitement pris par le patient qui ne possède pas son ordonnance.

Il s'agit ici d'une étude prospective, descriptive, réalisée au Service d'Accueil des Urgences (SAU) d'Argenteuil du 1^{er} Juin au 30 Juin 2010 cherchant à évaluer la connaissance par les patients de leur traitement, les facteurs influant cette connaissance et l'impact de cette recherche d'information sur le travail aux urgences.

Il ressort de cette étude que 81% des patients ne connaissent pas leur traitement. Or, la méconnaissance des traitements des personnes consultant en SAU ralentie et parasite la réflexion intellectuelle et perturbe l'examen clinique. Ceci constituant une perte de chance pour les personnes prise en charge.

De plus, seuls 41% des patients consultent avec une ordonnance récente.

Donc pour plus de la moitié des consultants prenant un traitement il faudra alors rechercher l'information par différents moyens comme l'appel au médecin traitant lorsqu'il est disponible, ou l'aide de la famille lorsqu'elle est présente.

Cette recherche d'information concernant les traitements s'avère consommatrice de temps médical. En effet, certaines recherches dépassent largement les 2 heures et dans quelques cas elles peuvent se révéler infructueuses.

L'autonomisation du patient quant à la gestion de son traitement améliore la connaissance mais il ne ressort pas d'autres critères statistiquement significatifs sur lesquels nous pouvons avoir un effet en le modifiant.

Il semble donc primordial d'insister sur la nécessité d'informer les patients, de les éduquer quant à la gestion de leur traitement.

L'utilisation prochaine du DMP sur la carte vitale permettra sans doute de palier à cette lacune.

MOTS CLES

Patient, traitement, médicament, connaissance, DMP