

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2016

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement
le 11 mars 2016 à Poitiers
par **Madame Adeline BOISLIVEAU**

Observance thérapeutique :

Facteurs intervenant dans la non - observance des maladies chroniques
en médecine générale

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT

Membres : Madame le Professeur Marie-Christine PERAULT
Monsieur le Professeur Joseph ALLAL

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Didier CABANNES

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE**Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers**

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (surnombre jusqu'en 08/2018)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- EUGENE Michel, physiologie (surnombre jusqu'en 08/2016)
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
- GUILLET Gérard, dermatologie
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (en détachement)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (surnombre jusqu'en 08/2018)

- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIoT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PAQUEREAU Joël, physiologie (jusqu'au 31/10/2015)
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- POURRAT Olivier, médecine interne (surnombre jusqu'en 08/2018)
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (surnombre jusqu'en 08/2017)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens

Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BINDER Philippe
- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BOUSSAGEON Rémy
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- JORDAN Stephen, maître de langue étrangère
- SASU Elena, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2016)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMBERT Jacques, biochimie
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastroentérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

Merci à Monsieur le Professeur Roblot d'avoir accepté de présider ma thèse.

Merci aux Professeurs Allal et Pérault d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

Merci au Docteur Didier Cabannes d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse après avoir déjà été courageusement mon tuteur pendant la période de mon internat.

Merci aux Docteurs Fleury, Maupin, Pastier, Vasquez et Vignaud d'avoir accepté de recevoir mes questionnaires dans leur salle d'attente et de me supporter lors de mes remplacements. Merci aussi aux patients ayant répondu.

Merci à mes parents pour votre soutien, votre éducation, vos valeurs et votre affection que j'essaie de vous rendre au mieux. Toutes ces choses font de moi ce que je suis aujourd'hui.

Merci à mes sœurs Marie et Elise de me supporter et de partager ces moments de complicité depuis toutes ces années ; ainsi que d'avoir accepté de m'aider pour cette thèse malgré mon mauvais caractère. J'essaierai de vous rendre la pareille.

Merci aux autres membres de ma famille et particulièrement à mes grand-parents pour qui j'ai une tendresse particulière : Yvette, Bernard et Madeleine.

Une pensée à papi Pierre.

Une pensée à mamie Jacqueline : cette thèse aurait pu être l'un de tes objectifs après tous les précédents. J'aurais aimé que tu sois là pour partager ce moment.

Merci à Steven d'avoir rentré les questionnaires sur l'ordinateur et d'avoir nettoyé celui-ci ; ce qui a largement facilité mon travail.

Merci aux Masters du CNS qui depuis qu'ils me connaissent entendent parler de ma thèse et croyaient que ce moment n'arriverait jamais. Merci pour votre soutien.

Merci à Nico, Céline, Camille et Aude pour ces soirées médecine-thérapie !

Merci aux amis de la faculté de Nantes, particulièrement : Amélie (enfin bon ça dépend des fois...), Hélo, Virginie (vivement la Réunion), Claire, les semaines ski (l'année prochaine j'y retourne, entière !), les week-ends retrouvailles, les filles du rugby (contente d'avoir été votre capitaine) ... et tous ces bons moments partagés entre amis. Merci aussi à mes anciens co-internes.

Merci à ceux que j'aurai pu oublier ; les remerciements n'étant pas ma spécialité...ni les marques d'affection...

SOMMAIRE

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	8
LISTE DES ABREVIATIONS	9
1. INTRODUCTION	10
2. MATERIEL ET METHODES	15
2.1. <i>Type d'étude</i>	15
2.2. <i>Population d'étude</i>	15
2.3. <i>Critères d'exclusion</i>	15
2.4. <i>Réalisation du questionnaire</i>	15
2.5. <i>Choix des cabinets de l'étude</i>	17
2.6. <i>Diffusion du questionnaire</i>	17
2.7. <i>Etude préliminaire</i>	18
2.8. <i>Analyse statistique</i>	18
3. RESUTATS ET ANALYSES	20
3.1. <i>Population</i>	20
3.2. <i>Rapport du patient avec son traitement</i>	22
3.3. <i>Satisfaction du traitement</i>	24
3.4. <i>Causes de non prise du traitement reconnues par les patients</i>	25
3.5. <i>Qualité de la relation médecin-patient</i>	26
3.6. <i>Importance du médecin prescripteur</i>	27
3.7. <i>Observance du traitement</i>	27
3.7.1. <i>Score d'observance</i>	27
3.7.2. <i>Facteurs influençant l'observance</i>	28
3.7.2.1. <i>Observance et patient</i>	28
3.7.2.1.1. <i>L'âge du patient</i>	28
3.7.2.1.2. <i>Le sexe du patient</i>	29

3.7.2.1.3. Le lieu d'habitation du patient	29
3.7.2.1.4. L'activité du patient	30
3.7.2.1.5. La retraite	31
3.7.2.1.6. La situation familiale	31
3.7.2.2. Observance et le « patient et son traitement »	32
3.7.2.2.1. L'ancienneté du traitement	32
3.7.2.2.2. La connaissance du traitement	32
3.7.2.2.3. Le nombre de médicaments	33
3.7.2.2.4. L'utilisation d'un pilulier	33
3.7.2.2.5. La préparation des médicaments	34
3.7.2.2.6. La satisfaction du traitement	34
3.7.2.2.7. Le soutien des proches	35
3.7.2.3. Score d'observance et score de satisfaction de la qualité de la relation médecin-patient.	35
4. DISCUSSION	38
4.1. <i>Population d'étude</i>	38
4.1.1. Les répondants	38
4.1.2. Les pathologies déclarées par les patients	39
4.2. <i>Limites et biais de l'étude</i>	40
4.2.1. Type d'étude	40
4.2.2. Recrutement des médecins	40
4.2.3. Lieu de recrutement	41
4.3. <i>Construction du questionnaire</i>	41
4.3.1. Mesure de l'observance	41
4.3.2. Satisfaction de la qualité de la relation médecin-malade	42
4.4. <i>Le patient et son traitement</i>	42
4.4.1. La connaissance du traitement	42
4.4.2. Nombre de médicaments	43
4.4.3. Causes de non prise des médicaments par les patients	44
4.5. <i>La qualité de la relation médecin-patient</i>	44
4.6. <i>L'importance du médecin prescripteur</i>	45

4.7. <i>L'observance du traitement</i>	46
4.8. <i>Les facteurs d'observance et de mauvaise observance</i>	47
4.8.1. Le patient	48
4.8.1.1. L'âge	48
4.8.1.2. La zone d'habitation	48
4.8.1.3. La retraite	49
4.8.1.4. L'entourage du patient	49
4.8.1.5. Autres	49
4.8.2. Le traitement	50
4.8.2.1. La connaissance du traitement	50
4.8.2.2. L'ancienneté du traitement	50
4.8.2.3. Le nombre de médicaments	51
4.8.3. Observance et relation médecin-patient	51
4.9. <i>Perspectives</i>	53
5. CONCLUSION	55
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	57
ANNEXES	61
1) <i>Questionnaire</i>	61
2) <i>Score de Girerd</i>	65
3) <i>Echelle APMG</i>	66
RESUME	67
SERMENT D'HIPPOCRATE	68

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques de la population	21
Tableau 2 : Caractéristiques du traitement des patients et connaissance de celui-ci.	22
Tableau 3 : Scores de la relation médecin-patient	26
Tableau 4 : description de l'observance selon le score d'observance	27

Liste des figures

Figure 1 : Répartition par tranches d'âge	20
Figure 2 : Répartition par tranches d'âge selon le sexe et l'habitat des patients	20
Figure 3 : Indication des traitements	23
Figure 4 : Causes reconnues par les patients pour non prise du traitement	25
Figure 5 : Répartition de l'âge suivant le score d'observance	28
Figure 6 : Répartition du sexe suivant le score d'observance	29
Figure 7 : Répartition du lieu d'habitat suivant le score d'observance	29
Figure 8 : Répartition de l'activité des patients suivant le score d'observance	30
Figure 9 : Répartition des retraités/non retraités suivant le score d'observance	31
Figure 10: Répartition de la situation familiale suivant le score de l'observance	31
Figure 11 : Répartition de l'ancienneté du traitement suivant le score d'observance	32
Figure 12 : Répartition du nombre de médicaments suivant le score d'observance	33
Figure 13 : Répartition de l'utilisation d'un pilulier suivant le score d'observance	33
Figure 14 : Répartition de la satisfaction du traitement suivant le score d'observance	34
Figure 15 : Répartition du soutien des proches suivant le score d'observance	35
Figure 16 : Score d'observance et score de qualité de la relation médecin-patient	36
Figure 17 : Répartition des scores de la relation médecin-patient suivant le score d'observance	36

LISTE DES ABREVIATIONS

- ALD : Affection de Longue Durée
- APMG : Attitudes Professionnelles des Médecins Généralistes
- ESPS : Enquête sur la Santé et la Protection Sociale
- HAS : Haute Autorité de la Santé
- HTA: Hypertension Artérielle
- IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
- MAPA : Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle
- MMAS : Morisky Medication taking Adherence Scale
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé

1. INTRODUCTION

En France, 28 millions de personnes prennent un traitement régulier pour une même maladie ; dont 15 millions pour des pathologies chroniques soit 20% de la population générale française (1). Ces maladies sont en constante augmentation du fait de l'allongement de la durée de vie.

La médecine générale est au centre de la prise en charge de ces maladies puisque 42% de ses actes sont consacrés au suivi des maladies chroniques (2). Les patients, porteurs de ces pathologies, viennent régulièrement consulter leur médecin traitant pour une prescription médicale au cours du suivi de leur maladie chronique. Le médecin généraliste se retrouve alors le coordinateur des soins pour faciliter la vie quotidienne des patients.

La prescription médicale dans le cadre des maladies chroniques aboutit à des recommandations sur des règles hygiéno-diététiques à suivre, la mise en place d'un programme thérapeutique avec suivi médical et à une ordonnance médicale. Le principe même de la prescription médicale repose sur le fait que le patient doive respecter les instructions du médecin. La prescription médicale est de ce fait initialement un contrat déséquilibré où le médecin, par le biais d'une ordonnance, « ordonne » à son patient l'action de prendre le traitement médicamenteux d'une certaine manière. Le patient, quant à lui, suite à la consultation, choisit par lui-même s'il prendra le traitement selon son propre bon sens ; même si la décision peut paraître non fondée aux yeux des professionnels de santé (3). Il en découle que la relation de confiance entre le médecin et le malade repose donc sur le fait que le patient adhère à la prise en charge médicamenteuse prévue et ainsi sur la bonne observance de celle-ci. L'observance est au cœur de la relation médecin-malade.

L'observance est définie comme le degré de concordance entre la recommandation du médecin et le comportement du patient par rapport à la prescription médicale. Ceci équivaut à l'adéquation des comportements sains du patient (englobant règles hygiéno-diététiques, respect des rendez-vous médicaux, la réalisation des examens complémentaires) avec les recommandations de son médecin concernant un programme thérapeutique (4).

L'observance englobe l'adhésion thérapeutique et la compliance au traitement. La compliance connote une idée de soumission et de conformité à la thérapeutique prescrite par le médecin ; sans tenir compte du degré d'adhésion du patient (4). L'adhésion thérapeutique (adherence en anglais) renvoie à une volonté et une approbation réfléchie du malade à la prise en charge de sa pathologie. Ceci sous-entend une participation active du patient dans son programme thérapeutique par le biais de modifications d'attitude et de motivations du patient à se soigner (5,6). L'observance est ainsi le fait de bien suivre le traitement prescrit par un médecin, notamment en ce qui concerne le respect des directives concernant les médicaments. Sont compris dans cette notion les principes d'adhésion, de fidélité, d'assiduité et de respect (7). Assiduité, effectivement, renvoie aussi à la notion de persistance dans le temps de cette volonté de respecter le traitement ; ce qui est important dans le cadre des maladies chroniques.

Les problèmes d'inobservance ne sont pas un fait nouveau, sans doute aussi vieux que la pratique médicale (3). Hippocrate, il y a 2500 ans, disait « les malades mentent souvent lorsqu'ils disent qu'ils prennent leur traitement ».

Ce problème ancien prend de plus en plus d'importance et devient crucial dans la prise en charge des maladies chroniques. En 2003, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la moitié des patients adhèrent mal ou peu à leur traitement et le problème de l'observance ne fera que s'amplifier parallèlement à l'augmentation du nombre de maladies chroniques (8). L'OMS indique aussi dans ce rapport que résoudre le problème de l'observance permettrait davantage d'efficacité des soins en général que n'importe quel progrès médical.

La non-observance concerne 30 à 60% des prescriptions, entraîne 10% des hospitalisations et une augmentation de la morbidité et de la mortalité (9). La mauvaise observance fréquente diminue l'efficacité de la prise en charge thérapeutique, fait courir des risques médicaux et psycho-sociaux, diminue la qualité de vie et provoque un gaspillage des ressources. Elle réduit le potentiel de l'état de santé et entraîne une augmentation des coûts du système de santé de manière directe ou indirecte (10).

On parle de non-observance ou inobservance mais on devrait parler de mal-observance ou mauvaise observance (11). Il existe différents types de mauvaise observance :

- la non-observance : c'est l'absence totale de prise de médicaments,
- la sous-observance (la plus fréquente) : c'est l'omission de prise ou l'interruption prématurée du traitement,
- l'observance variable : c'est l'adaptation de la posologie en fonction de son état du moment,
- la sur-observance : c'est le respect excessif avec une anticipation de majoration des doses dès que nécessaire.

Les maladies chroniques sont sources de mauvaise observance car pouvant être asymptomatiques, à manifestations paroxystiques, traînantes, rebelles ; et du fait de leur durée. On remarque que l'observance diminue au bout de six mois. Elle est d'autant plus mauvaise que la maladie est silencieuse (hypertension artérielle (HTA), diabète) et qu'elle nécessite une modification du mode de vie (12). Ceci est dû au fait qu'il n'y ait pas d'amélioration ressentie et que suivre le traitement consiste sur le long terme à prévenir les susceptibles complications. Il n'en découle donc pas d'intérêts directs pour le patient.

L'observance ou la non-observance chez un patient doivent être considérées comme dynamiques, elles peuvent évoluer dans un sens comme dans l'autre. L'observance n'est donc ni acquise pour le médecin, ni définitive pour le patient (13). Ce caractère dynamique montre la nécessité d'une réévaluation régulière de la part du médecin. La non-observance est aussi une source d'incompréhension de la part du médecin perturbant la relation acquise avec le patient ; entraînant des jugements et risque de perte de la confiance acquise.

L'exploration de l'observance est difficile et il n'existe pas de méthodes de référence (14). Mesurer l'observance est faisable, mais parfois peu fiable, pas facile, onéreux ou astreignant. En voici quelques exemples (15) :

- le dosage plasmatique, urinaire ou salivaire des médicaments (objectif, coûteux et ne pouvant se réaliser pour tous les traitements)
- l'observation directe du patient via un carnet (peu objective, difficilement réalisable pour traitement quotidien, lassitude)
- l'observation des effets pharmacologiques cliniques ou biologiques

- le taux de renouvellement des ordonnances
- le comptage des comprimés restant
- le comptage des ouvertures d'un pilulier électronique (coûteux)
- un système d'alarme
- un entretien avec le patient (non objectif, chronophage)
- un auto-questionnaire (peu objectif)

Utiliser ces méthodes pour évaluer l'observance n'est pas toujours réalisable au quotidien. La solution semble se situer en amont et reposer sur l'identification des déterminants de l'observance.

Le médecin généraliste est un acteur primordial dans l'observance du traitement. Son attitude permet de faciliter l'observance lorsqu'il écoute, informe convenablement le patient, explique sa prescription et réévalue le traitement ; tout cela en tenant compte du patient, de son traitement, de la relation qu'ils entretiennent et de l'entourage du patient. Les déterminants du défaut d'observance sont nombreux et liés à ces éléments : médecin, patient, entourage, maladie, médicaments.

Avec tous ces éléments, il semble alors intéressant de s'interroger sur les facteurs intervenant dans la mauvaise observance dans les maladies chroniques en médecine générale. Jusqu'ici, ils avaient plus souvent été évalués par pathologie par pathologie et non concernant les malades en général ou ayant plusieurs pathologies.

De plus, au niveau de ma courte expérience professionnelle, j'ai rencontré un certain nombre de patients m'avouant ne pas prendre leur traitement ou que partiellement ou de manière aléatoire ; ou modifiant les posologies selon leur convenance. D'autres, m'avouaient qu'ils ne savaient pas pourquoi ils prenaient leur traitement et ne constataient pas d'amélioration ; donc arrêtaient puis reprenaient leur traitement. D'autres stoppaient leur traitement quand ils ne se sentaient pas bien. Ces patients m'avouant leur défaut d'observance lors de mon internat ou de mes remplacements me disaient presque tous que par contre il ne fallait pas le dire à leur médecin. Ces situations m'ont interpellée et m'ont amenée à m'intéresser à ce sujet. Quels événements amenaient le patient à ne pas suivre son traitement de tous les jours ? Comment améliorer ces situations ? Il existe dans la littérature des études

particulières à une pathologie chronique en milieu spécialisé et en médecine générale. Mais il a été plus difficile d'en trouver concernant la globalité d'un traitement d'un patient, d'où ce travail de thèse.

L'objectif principal est d'identifier et analyser les causes et facteurs de mauvaise observance du patient.

Les objectifs secondaires consistent à définir s'il existe des liens entre observance et connaissance du traitement, observance et relation médecin-malade, observance et informations transmises par le médecin.

2. MATERIEL ET METHODES

2.1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive, transversale, multicentrique et qualitative. Elle reposait sur un questionnaire anonyme, rempli par le patient lui-même.

2.2. Population d'étude

La population cible était des patients homme ou femme, prenant un traitement tous les jours au long cours, venant pendant la période de diffusion du questionnaire chez leur médecin généraliste pour quelque motif que ce soit.

2.3. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient :

- le fait de ne pas savoir lire
- la barrière de la langue
- le refus de participation
- des problèmes de compréhension

La population source était celle de 2 cabinets dans la région de Saintes en Charente-Maritime : l'un en milieu urbain, l'autre en milieu rural.

2.4. Réalisation du questionnaire

Le questionnaire était un questionnaire anonyme composé de 5 parties comprenant au total 31 questions. Le questionnaire devait inclure les différentes composantes intervenant dans l'observance : la pathologie, le patient, la relation médecin-malade, le médecin et le système de soins ; cette dernière ne sera pas comprise dans le questionnaire.

La première partie du questionnaire contenait les caractéristiques socio-démographiques des patients inclus : sexe, âge, catégorie socio-professionnelle et statut marital. Le fait de connaître le profil du patient permet de voir la représentativité de l'échantillon étudié et d'étudier s'il existe une variation des réponses suivant ce profil.

La deuxième partie du questionnaire explorait la connaissance du traitement par le patient, ses indications et son mode de prise organisé par le patient. Les traitements occasionnels ne sont pas inclus dans le questionnaire. Pour que sa réalisation et sa compréhension soient plus faciles, le questionnaire concernait l'ordonnance en cours dans sa globalité et non médicament par médicament.

La troisième partie du questionnaire évaluait l'observance du patient. Cette partie initialement incluait dans sa globalité le questionnaire de Morisky-Green (16). Sa première utilisation en français a été réalisée par Girerd dans le cadre d'une étude sur l'hypertension artérielle dans un milieu spécialisé (17). En 2004, le Collège régional des généralistes enseignants a réalisé un travail qui a montré sa validité en consultation de médecine générale ; toujours dans le cadre de l'évaluation de l'observance dans le traitement de l'HTA (18). Depuis 2012, l'assurance maladie a élargi l'utilisation de ce questionnaire pour tout type de traitement de maladie chronique. Le questionnaire dans l'étude n'a pas été utilisé dans sa globalité, car certaines questions étaient déjà comprises dans la suivante et deux autres avaient pu être mal interprétées ou mal comprises lors d'une enquête préliminaire. La question « depuis la dernière consultation avez-vous été en panne de médicament ? » posait souci à 7 patients qui m'indiquaient que la prise de rendez-vous étant compliquée au cabinet, on leur indiquait que s'ils étaient en panne, ils devaient aller à la pharmacie ; ce qui posait problème pour la réponse. A la question « vous est-il arrivé de prendre le traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ? » ; 8 patients me déclaraient que leur ordonnance ne précisant pas les moments de prise, il leur était difficile de répondre. D'autres questions étaient comprises dans la partie suivante du questionnaire. Deux questions du test de Morisky Medication taking Adherence Scale (MMAS) ont complété ces questions (16).

La quatrième partie du questionnaire était un questionnaire d'approfondissement de la mauvaise observance. Elle consistait à essayer de trouver les facteurs reconnus par le patient pouvant entraîner une perturbation concernant la prise de son traitement au quotidien. Ces questions ont été établies après analyse des différentes causes liées au patient de non prise du traitement dans des articles sur le VIH (19), le diabète (20), l'asthme (21), les maladies psychiatriques (11) et les différents auto-questionnaires utilisés dans ces études pour évaluer les problèmes d'adhésion au traitement. De plus, dans cette partie, une question a été ajoutée pour

voir si la satisfaction du traitement influait ou non dans la prise du traitement, comme des études précédentes l'avaient montré. De plus, la question du passage au générique revenant régulièrement comme sujet de discussion lors des consultations, il semblait intéressant de voir s'il avait vraiment une influence sur le patient.

La cinquième partie du questionnaire était conçue pour étudier la relation médecin-malade et évaluer la mise en place et le suivi du traitement. Elle est basée sur l'échelle des attitudes professionnelles des médecins généralistes (APMG), validée par l'assurance maladie en 2005 afin d'étudier la relation médecin-malade favorisant l'adhésion thérapeutique (22). Elle est basée sur 15 items détaillant les attitudes associées aux fonctions d'information, de communication et d'éducation. Ces items sont notés de 0 à 9. Cette échelle rendant le questionnaire trop long, 8 questions inspirées de cette échelle et liées aux problèmes d'observance ont été privilégiées. Dans cette même partie, a été fait le choix de voir si l'influence du médecin prescripteur (généraliste ou spécialiste) avait un impact sur l'adhésion au traitement du patient et sur son comportement vis-à-vis du traitement.

2.5. Choix des cabinets de l'étude

Les cabinets choisis pour l'étude étaient deux cabinets dans lesquels je remplace. La connaissance de l'architecture des cabinets m'était utile pour la mise en place des questionnaires et facilitait le recueil de certaines données propres au médecin en vue de l'analyse future des résultats. Un troisième cabinet a reçu les questionnaires, mais du fait d'un problème organisationnel au sein du cabinet, le questionnaire n'a pas été mis à disposition des patients. Ces trois cabinets avaient été choisis car ils correspondaient aux données démographiques de la répartition des médecins en Charente-Maritime et permettaient de comparer le milieu rural et le milieu urbain.

2.6. Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été diffusé du 5 octobre au 2 novembre 2015. 300 questionnaires avaient été déposés dans 3 cabinets ; mis à la disposition des patients en salle d'attente avec un message explicatif. Les questionnaires ont été remis dans les deux cabinets où les questionnaires avaient été distribués du 15 novembre au 30 novembre 2015, car je n'avais initialement pas récupéré assez de questionnaires.

Etaient mises à la disposition des patients une corbeille « questionnaires vierges » et une corbeille « questionnaires remplis » avec une tablette accompagnée d'un stylo pour pouvoir remplir correctement le questionnaire.

2.7. Etude préliminaire

Lors de mes remplacements, à la fin de 15 consultations de renouvellement pour des maladies chroniques, j'ai présenté le questionnaire à des patients. Initialement, le questionnaire était jugé trop long, trois questions n'étaient pas bien comprises ou sujettes à mauvaise interprétation et des répétitions m'ont été signalées par ces patients. Des parties du questionnaire étant trop longues, il a fallu privilégier certaines questions à d'autres. La compréhension du nouveau questionnaire a ensuite été testée de nouveau par 10 des 15 premiers patients grâce à la participation des secrétaires des différents cabinets. Cette technique permettait de ne pas influencer le patient.

2.8. Analyse statistique

Notre base de données a été créée dans un fichier Excel® réalisé grâce à l'enregistrement des réponses des questionnaires retranscrits dans Google drive®.

La variable « âge », déduite de la date de naissance exprimée en année, a été regroupée en 5 catégories d'âge : inférieur à 50 ans, entre 50 et 65 ans, entre 66 et 80 ans et supérieur à 80 ans. Ceci a permis de regrouper les données pour les analyses. Pour l'analyse de l'existence d'un lien significatif entre âge et score d'observance les catégories d'âge 65-80 ans et supérieur à 80 ans ont été regroupés ; les effectifs n'étant pas assez importants.

Pour pouvoir étudier les liens d'observance avec d'autres données, j'ai créé un score d'observance sur 6. Sur le principe des questionnaires de Morisky et Girerd, un oui valait un point pour la non observance. Nous avons utilisé les questions 6,7,8 et 11 de mon questionnaire. La question 11 c correspondait à la question « la mémoire vous fait-elle défaut ? ». La réponse 11 b correspondait à la question « pensez-vous que vous avez trop de traitements à prendre ». Si des patients répondaient oui aux questions 11d, 11i ou 11g, nous avons considéré qu'ils répondaient oui à la question « vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ? ».

L'interprétation du score d'observance était la suivante : l'observance était bonne si le score était égal à 0 ; problème d'observance mineur pour un score de 1 ou 2 ; non-observance pour un score supérieur ou égal à 3.

Pour étudier les liens avec la qualité de la relation médecin-patient, un autre score a été créé sur 8. Les deux questions avec une réponse qualitative ont été recodées sous forme de oui/non pour pouvoir réaliser ce score. Les scores inférieurs à 5 indiquaient une mauvaise relation médecin-patient ; le score de 5 à 6 une relation moyenne et les scores de 7 à 8 une bonne relation médecin-patient.

Nous avons utilisé les méthodes du khi-deux et du test exact de Fisher quand les conditions n'étaient pas réunies pour le khi-deux pour l'analyse statistique. Le logiciel biostaTGV a été utilisé pour les analyses statistiques.

Le seuil de significativité a été fixé à 5%.

3. RESULTATS ET ANALYSES

3.1. Population

208 questionnaires ont été collectés chez les médecins généralistes ayant participé à l'étude : 131 en zone urbaine et 77 en zone rurale.

Figure 1 : Répartition par tranches d'âge

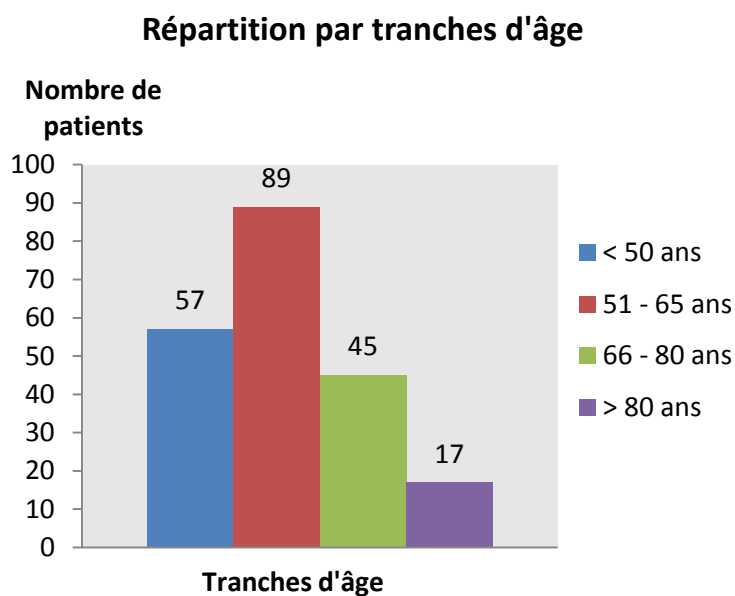
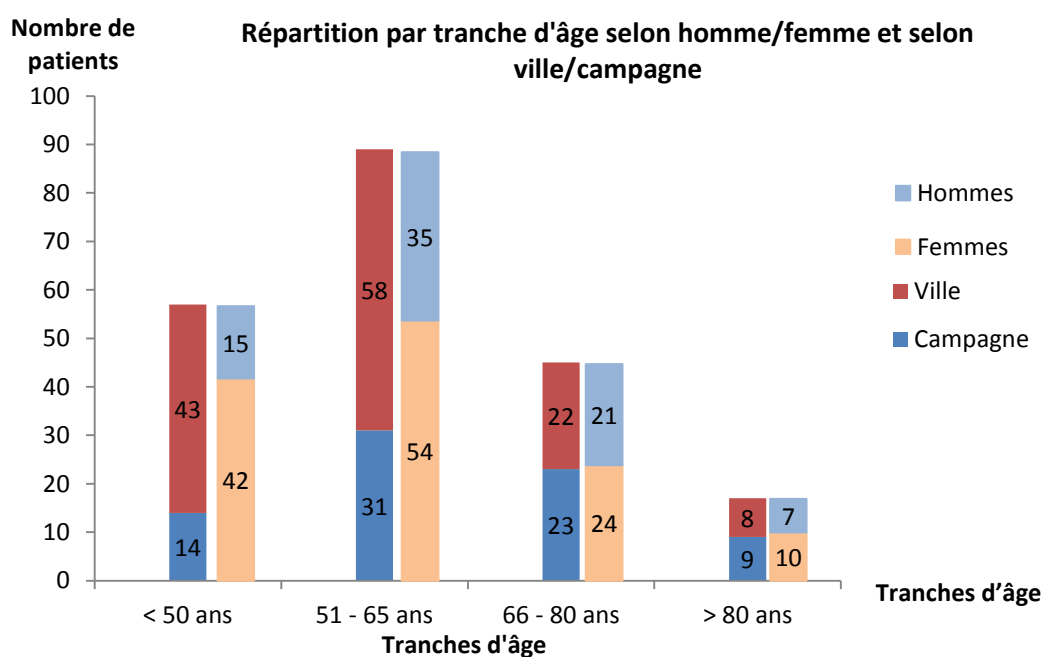


Figure 2 : Répartition par tranches d'âge selon le sexe et l'habitat des patients



La moyenne d'âge des patients était de 58,27 ans ; la médiane de 59 ans [écart-type : 15,3]. 146 patients ont moins de 65 ans.

La moyenne d'âge des médecins ayant laissé le questionnaire être rempli dans leur cabinet était de 53 ans. Il y avait 3 femmes et 2 hommes

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

	Nombre total (%) 208	Zone urbaine 131	Zone rurale 77
Sexe			
Femme	130 (62,5%)	83	47
Homme	78 (37,5%)	48	30
Age			
< 50 ans	57 (27%)	43	14
50-65 ans	89 (43%)	58	31
66 ans-80ans	45 (22%)	22	23
>80 ans	17 (8%)	8	9
Actif/ Non actif			
Actif	76 (37%)	55	21
Non actif	132 (63%)	76	56
Catégorie socio-professionnelle			
Agriculteur	6 (3%)	3	3
Artisan	10 (5%)	3	7
Cadre, profession libérale	34 (16%)	18	16
Employé	79 (38%)	56	23
Enseignant	18 (8,5%)	12	6
Ouvrier	9 (4,5%)	4	5
Autre	52 (25%)	35	17
Retraité/Non retraité			
Retraité	99 (47,5%)	53	46
Non retraité	109 (52,5%)	78	31

Les populations issues des zones urbaines et rurales étaient significativement différentes au niveau de l'âge ($p=0,008$), de la proportion retraité-non retraité ($p=0,007$), et de la proportion actif-non actif ($p=0,03$). Par ailleurs il n'y avait pas de différence significative concernant les catégories socio-professionnelles ($p=0,1$) et le sexe des patients ($p=0,73$).

3.2. Rapport du patient avec son traitement

93 patients prenaient leur traitement depuis plus de 10 années. 143 patients le prenaient depuis plus de 5 ans. 4 patients ne savaient pas depuis combien de temps ils avaient débuté leur traitement.

76% des patients déclaraient connaître le nom de tous les médicaments qu'ils prenaient. 14% des patients ne connaissaient que la moitié des noms de leur traitement. 16 patients ne connaissaient pas du tout le nom de leur traitement (8%).

117 patients (57%) avaient moins de 4 médicaments à prendre par jour. 87 patients (43%) prenaient plus de 4 médicaments par jour. On notait que parmi ces patients, il y avait 17 personnes de plus de 80 ans ; 3 d'entre eux avaient plus de 6 médicaments à prendre par jour.

92% des patients préparaient leur traitement eux-mêmes.

25% des patients utilisaient un pilulier. Il existait une différence significative dans l'utilisation du pilulier entre retraités et non retraités ($p=4,9E-6$) et entre hommes et femmes ($p=0,01$) : les hommes et les retraités utilisant plus les piluliers que les femmes et les non retraités.

On pouvait remarquer en analysant les questionnaires que 12 patients avaient déclaré qu'il n'avait qu'une pathologie. Pourtant, ils prenaient 4 à 6 médicaments par jour ; d'où une méconnaissance de leur traitement et de leurs indications.

Tableau 2 : Caractéristiques du traitement des patients et connaissance de celui-ci.

	Nombre total (%)	Zone urbaine	Zone rurale	Femmes	Hommes
Nombre de médicaments					
1 à 3	117 (57%)	81	36	74	43
4 à 6	63 (31%)	33	30	39	24
> 6	24 (12%)	13	11	14	10
Début du traitement					
< 5 ans	62 (30%)	38	24	29	33
5 à 10 ans	50 (24%)	32	18	41	9
> 10 ans	93 (46%)	59	34	59	34
Connaissance du traitement					
< moitié	29 (14%)	23	6	16	13

> moitié	21 (10%)	14	7	15	6
Tous	158 (76%)	94	64	99	59

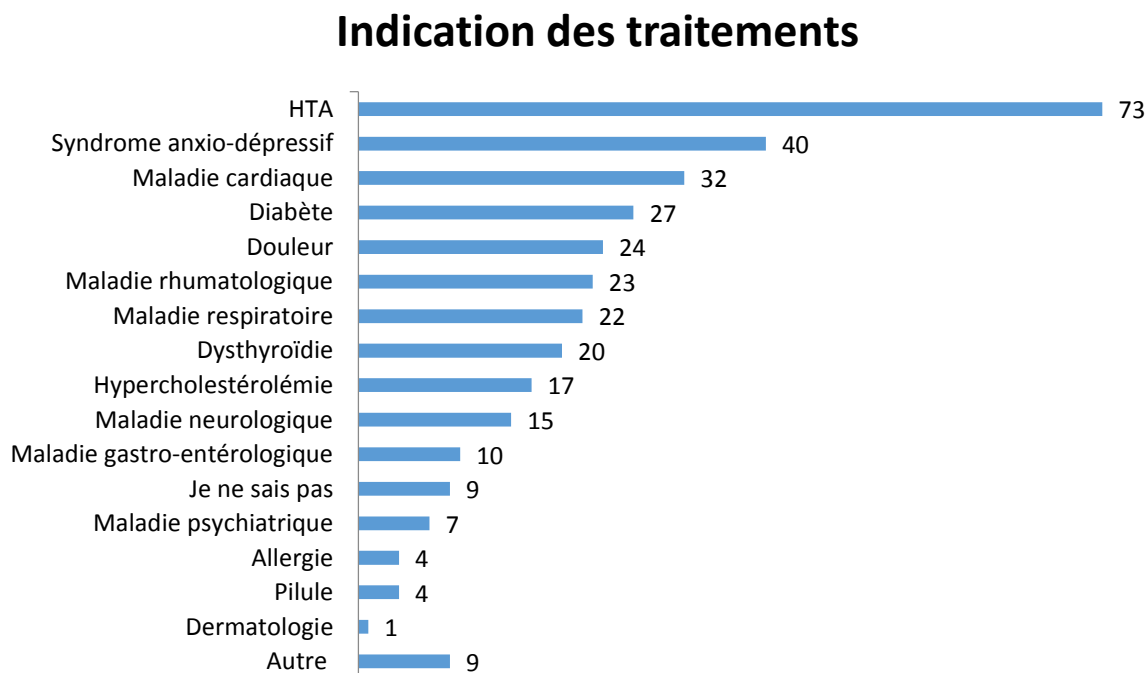
On ne constatait pas de différence significative concernant le nombre de médicaments par patient entre zone urbaine et zone rurale ($p=0,057$) ni entre les deux sexes ($p=0,9$).

La date de début du traitement n'était pas liée à l'habitat du patient ($p=0,94$). On notait par contre une différence significative de la date de début du traitement selon le sexe du patient. Les hommes avaient commencé leur traitement plus récemment que les femmes ($p=0,0006$).

La connaissance du traitement par les patients n'avait pas de différence significative selon le lieu d'habitation du patient ($p=0,11$) ni selon le sexe de celui-ci ($p=0,5$).

Les principales indications des traitements étaient les problèmes cardiovasculaires. 9 patients déclaraient ne pas connaître les indications de l'ensemble de leur traitement.

Figure 3 : Indication des traitements



Il n'existait pas de lien entre indication des traitements et lieu d'habitation du patient ($p=0,07$), mais il en existait avec le sexe du patient ($p=0,003$)

3.3. Satisfaction du traitement

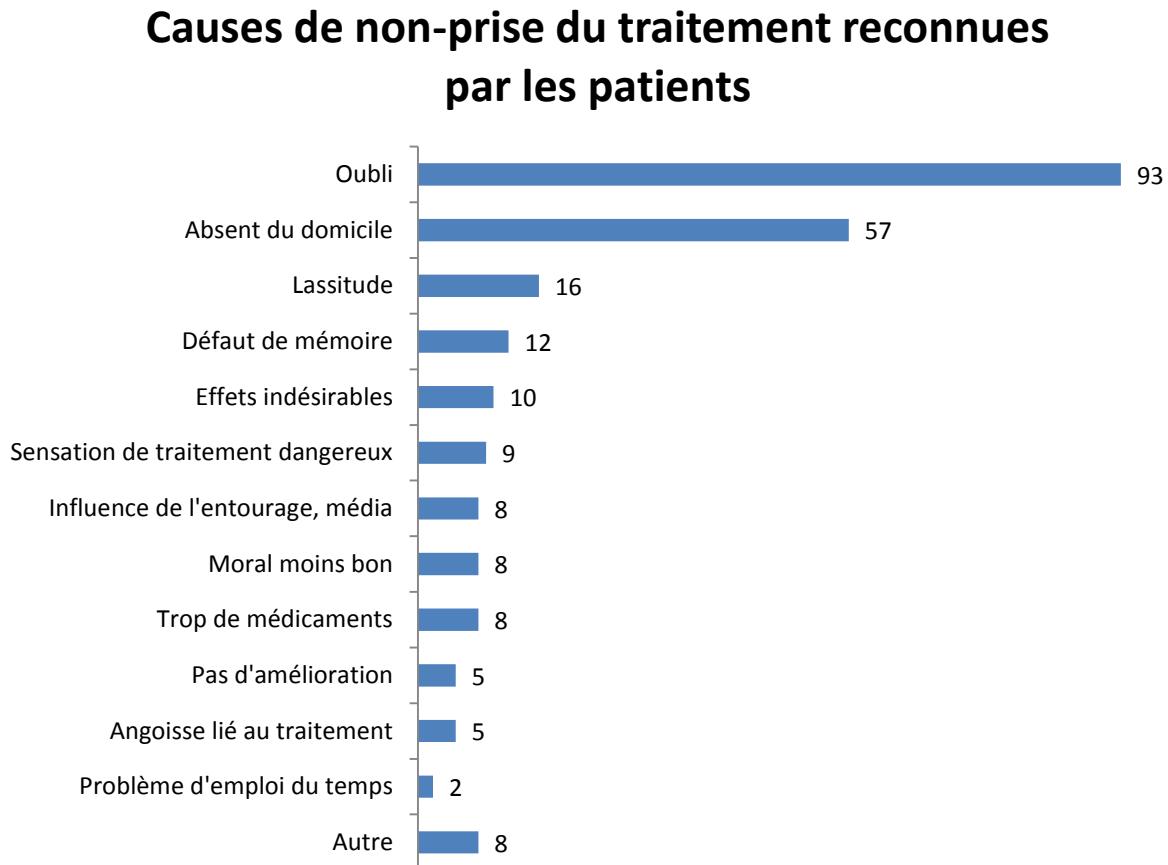
181 patients (87%) se déclaraient satisfaits de leur traitement sans lien avec le sexe du patient ($p=0,8$), mais avec une différence significative selon le lieu d'habitation ($p=0,04$).

Les génériques ne perturbaient pas les patients dans leur prise de traitement pour 165 d'entre eux (79%) ; sans lien ni avec le lieu d'habitation ($p=0,13$) ni avec le sexe des patients ($p=0,59$).

142 patients (68%) se sentaient soutenus par leur entourage dans le suivi de leur traitement. On retrouvait un lien entre le fait de se sentir soutenu par leur entourage et le sexe des patients ($p=0,002$). Les hommes se sentaient plus soutenus par leurs proches.

3.4. Causes de non prise du traitement reconnues par les patients

Figure 4 : Causes reconnues par les patients pour non prise du traitement



Les causes reconnues par les patients pour ne pas prendre leur traitement n'avaient pas de lien avec le lieu d'habitation ($p=0,07$) et étaient significativement différentes selon le sexe du patient ($p=0,003$).

Les principales causes étaient l'oubli (93 patients), l'absence du domicile (57 patients) et la lassitude du traitement (16 patients).

Dans la catégorie « autre », les causes citées par les patients eux-mêmes étaient les suivantes : le côté trop contraignant de prendre un traitement (4 patients), le fait de ne plus retrouver leur traitement au domicile (2 patients), la grossesse (1 patiente) et l'impossibilité réelle de pouvoir prendre son traitement pour l'un d'entre eux.

Parmi les 57 patients dont la cause était de ne pas être chez eux, 10 d'entre eux précisait que ceci se déroulait lors de leurs vacances.

3.5. Qualité de la relation médecin-patient

188 patients comprenaient à quoi servait leur traitement grâce aux explications de leur médecin avec une différence significative entre les lieux d'habitation : les patients de zone rurale se sentant mieux informés par leur médecin sur les indications de leur traitement.

112 patients attestaient que leur médecin leur réexpliquait régulièrement l'intérêt de leur traitement ; sans différence significative entre les lieux d'habitation des patients.

122 patients déclaraient que leur médecin leur expliquait les effets indésirables de leur traitement sans différence significative entre les habitats.

67 patients considéraient que leur médecin évaluait régulièrement leur observance. 58 patients confessaient que leur médecin ne s'intéressait jamais à leur observance. Il n'existait pas de lien entre cette question et les lieux de vie des patients, ni avec leur sexe.

190 patients pensaient avoir une ordonnance claire.

180 patients estimaient que leur médecin les écoutait assez.

Tableau 3 : Scores de la relation médecin-patient

	Nombre total (%)	Zone urbaine	Zone rurale	Femmes	Hommes
<5	30 (15%)	13	17	20	10
5-6	75 (37%)	46	29	53	22
7-8	98 (48%)	71	27	50	48

On retrouvait une relation médecin-patient de bonne qualité chez 98 patients et une relation médecin patient non satisfaisante pour 30 patients. On remarquait un lien entre la satisfaction de la qualité de la relation médecin-patient et le lieu d'habitation ($p=0,012$) ainsi qu'avec le sexe du patient ($p=0,025$). Les hommes et les patients issus du milieu rural étaient plus satisfaits de la qualité de leur relation avec leur médecin.

On ne notait pas de lien entre le score de satisfaction de la qualité de la relation médecin-patient et la durée de cette relation.

3.6. Importance du médecin prescripteur

Quand un autre médecin que leur médecin généraliste prescrivait un traitement, 150 patients sur 173 répondants (87%) le prenaient sans lien avec l'habitat ($p=0,99$). On notait une différence significative sur ce sujet en fonction du sexe du patient ($p=0,006$). Les hommes prenaient moins ce traitement que les femmes.

76 patients sur 165 répondants à cette question (46%) prenaient le traitement prescrit par un autre médecin que leur médecin généraliste après avis de leur médecin traitant.

109 patients sur 154 répondants (71%) ne prenaient pas un traitement plus sérieusement du fait que ce soit un spécialiste qui le prescrivait, plutôt que leur médecin traitant.

3.7. Observance du traitement

55 patients avaient déjà arrêté leur traitement sans raison connue (26%). On observait une différence significative selon le lieu d'habitation du patient ($p=0,04$), mais non selon le sexe du patient ($p=0,07$). Les patients citadins avaient plus fréquemment arrêté leur traitement que les patients de zone rurale.

39 patients avaient oublié leur traitement au cours des 7 derniers jours avant le jour où ils avaient rempli le questionnaire. On notait un lien avec le lieu d'habitation ($p=0,04$) avec des oublis lors des 7 derniers jours plus fréquents en zone urbaine.

17 patients (8%) avaient oublié leur traitement le matin avant d'aller en consultation dans leur cabinet médical.

3.7.1. Score d'observance

Tableau 4 : description de l'observance selon le score d'observance

	Nombre total (%)	Zone urbaine	Zone rurale	Femmes	Hommes
0	54 (26%)	26	28	35	19
1 à 2	120 (58%)	78	42	71	49
≥3	34 (16%)	27	7	24	10

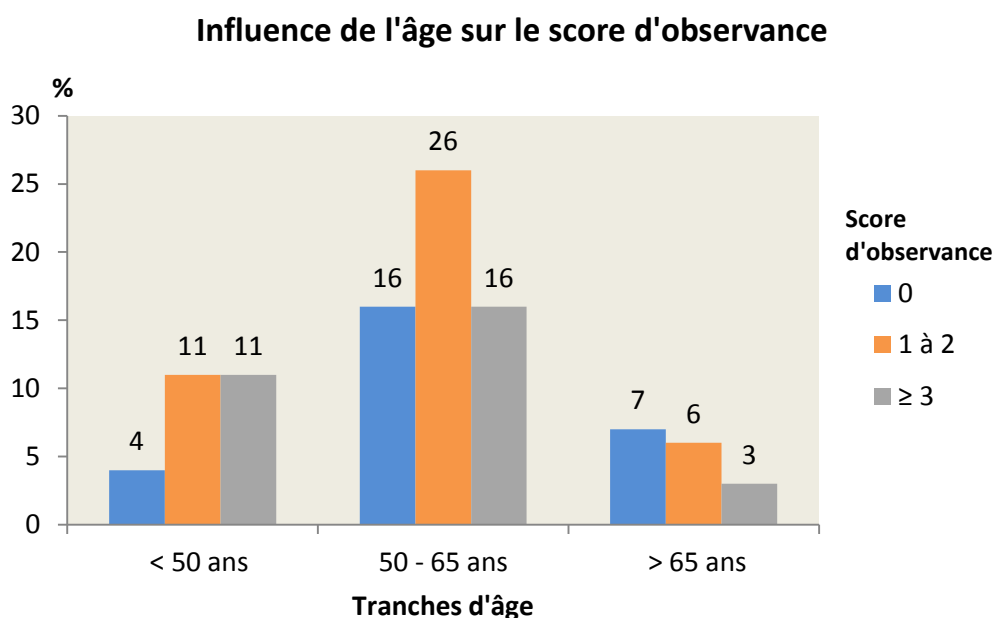
58% des patients présentaient une observance avec des problèmes mineurs, 16% étaient dits non-observants et 26% étaient observants. On ne notait pas de différence significative selon le genre des patients ($p=0,44$) mais il en existait une entre les deux zones d'habitation ($p=0,0098$). On retrouvait une observance moins bonne en zone urbaine qu'en zone rurale.

3.7.2. Facteurs influençant l'observance

3.7.2.1. Observance et patient

3.7.2.1.1. L'âge du patient

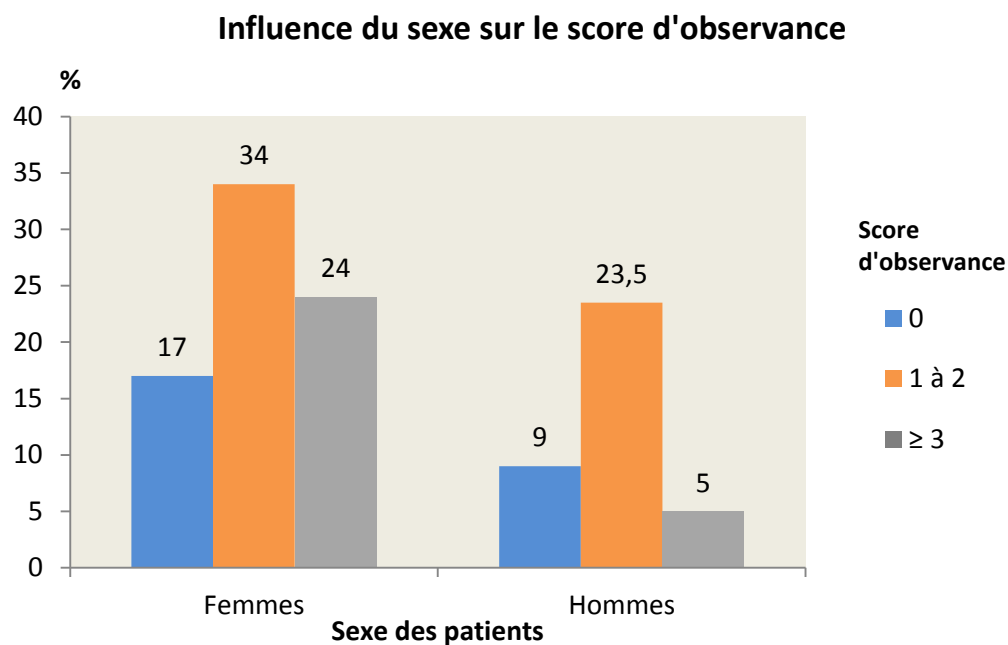
Figure 5 : Répartition de l'âge suivant le score d'observance



Il existait un lien significatif entre l'âge du patient et l'observance ($p=0,009$). Le niveau d'observance était moins bon chez les patients plus jeunes.

3.7.2.1.2. Le sexe du patient

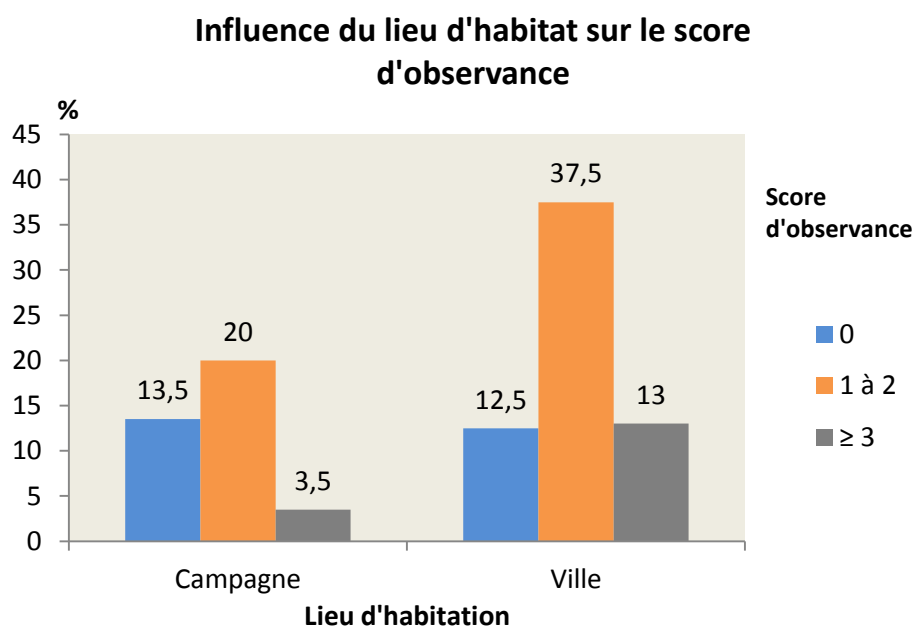
Figure 6 : Répartition du sexe suivant le score d'observance



On ne notait pas de différence significative concernant le score d'observance selon le sexe du patient ($p=0,44$).

3.7.2.1.3. Le lieu d'habitation du patient

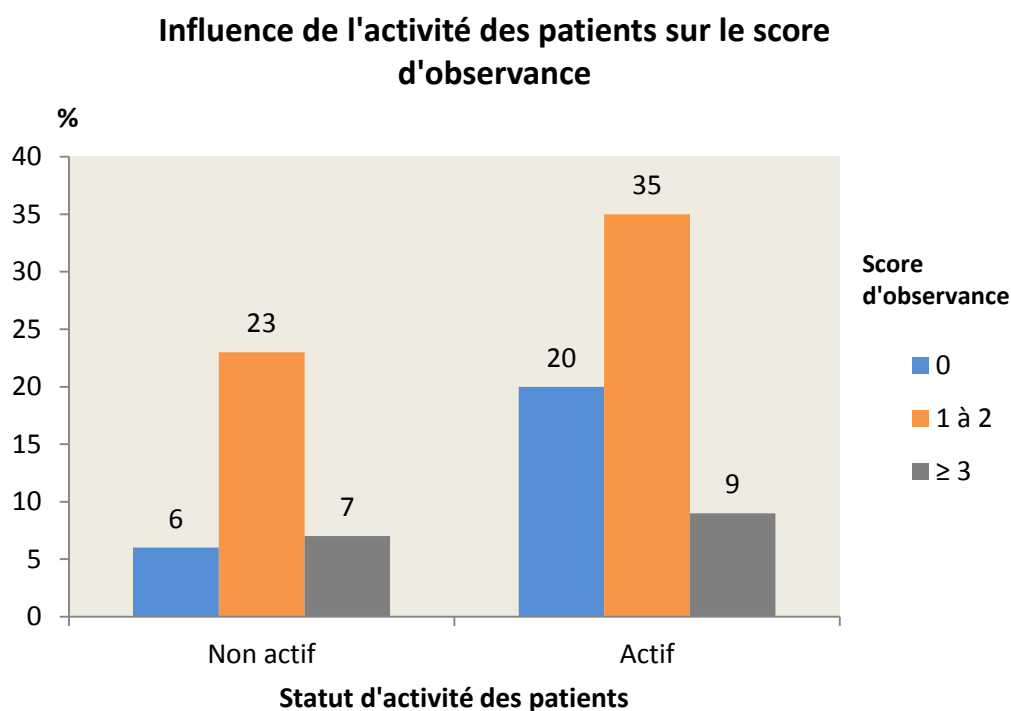
Figure 7 : Répartition du lieu d'habitat suivant le score d'observance



Le lieu d'habitation du patient influait le score d'observance ($p=0,009$). Les patients de zone urbaine avaient une plus mauvaise observance que les patients de zone rurale.

3.7.2.1.4. L'activité du patient

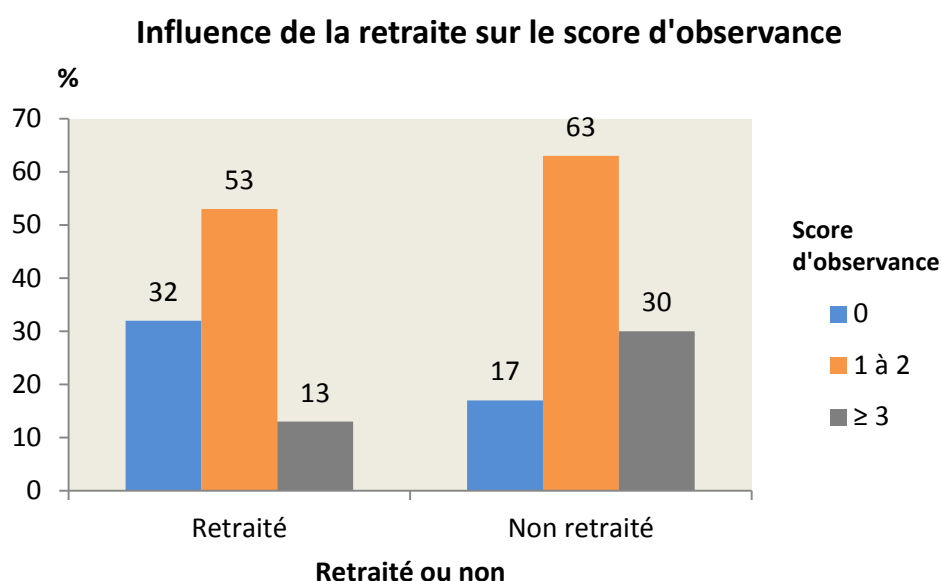
Figure 8 : Répartition de l'activité des patients suivant le score d'observance



Il n'existait pas de lien significatif entre le score d'observance et l'activité du patient ($p=0,08$).

3.7.2.1.5. La retraite

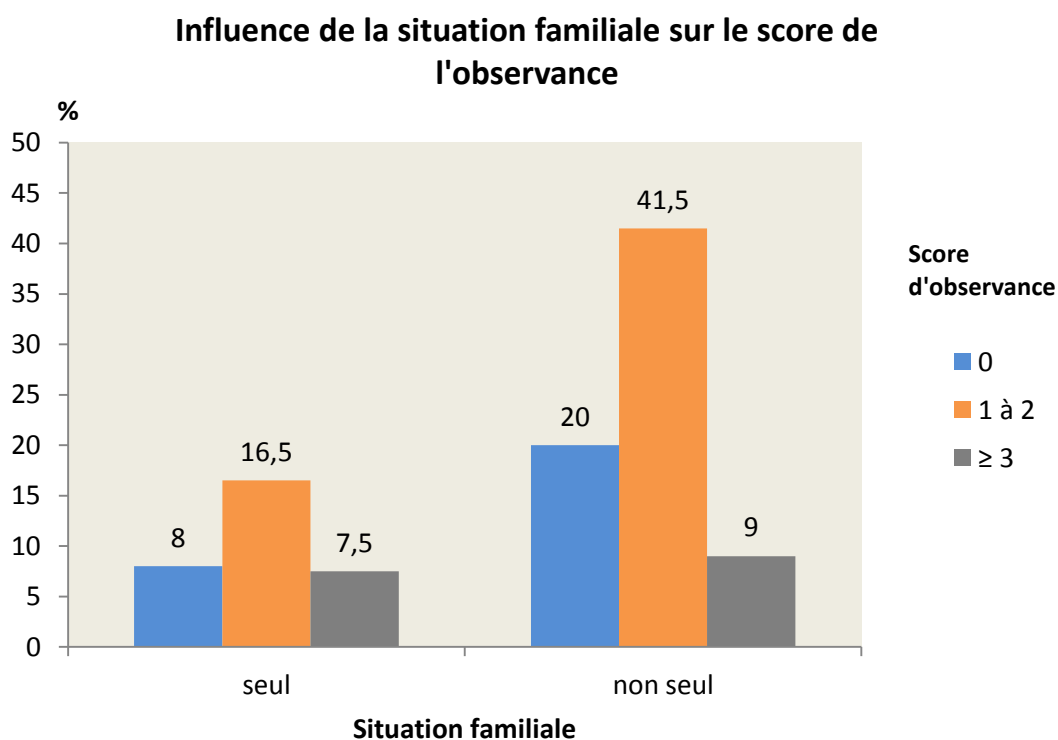
Figure 9 : Répartition des retraités/non retraités suivant le score d'observance



On observait un lien significatif entre observance et le fait d'être à la retraite ou non ($p=6,04E^{-5}$). Les non retraités étaient moins observants.

3.7.2.1.6. La situation familiale

Figure 10: Répartition de la situation familiale suivant le score de l'observance

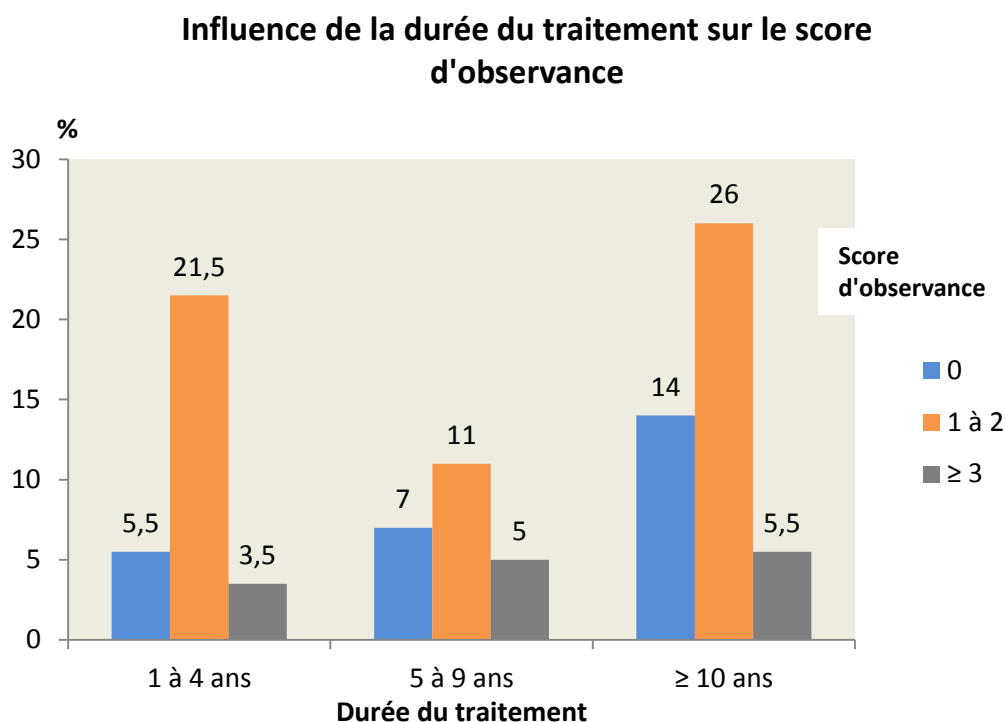


Le fait de vivre seul ou non n'influait pas de manière significative l'observance ($p=0,12$).

3.7.2.2. Observance et le « patient et son traitement »

3.7.2.2.1. L'ancienneté du traitement

Figure 11 : Répartition de l'ancienneté du traitement suivant le score d'observance



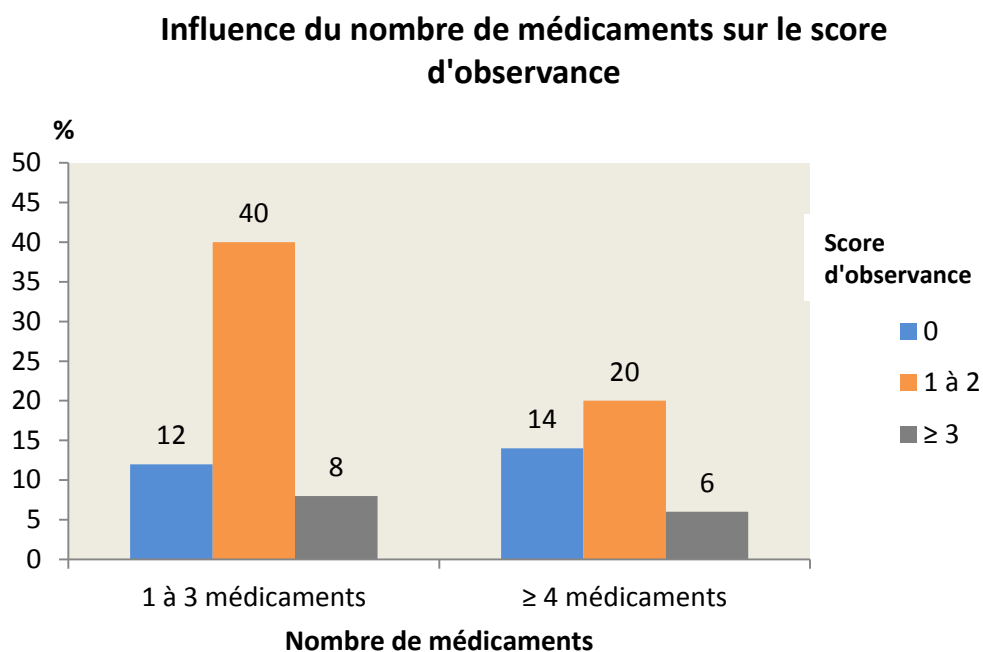
L'observance dépendait de l'ancienneté de l'instauration du traitement ($p=0,023$). Plus le traitement était instauré depuis longtemps, plus l'observance diminuait.

3.7.2.2.2. La connaissance du traitement

Le niveau de connaissance du traitement par le patient influait de manière significative l'observance ($p=3,38E^{-6}$). Moins le patient connaissait son traitement, plus l'observance était mauvaise.

3.7.2.2.3. Le nombre de médicaments

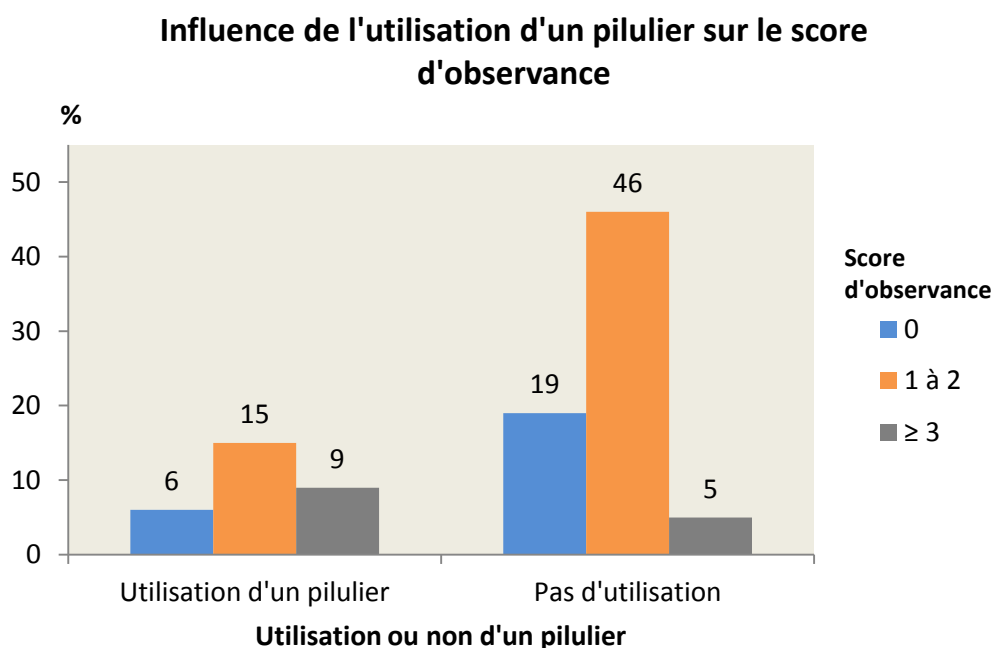
Figure 12 : Répartition du nombre de médicaments suivant le score d'observance



L'observance et le nombre de médicaments pris par les patients étaient liés significativement ($p=0,038$). Si le patient prenait plus de 4 médicaments, le niveau d'observance baissait.

3.7.2.2.4. L'utilisation d'un pilulier

Figure 13 : Répartition de l'utilisation d'un pilulier suivant le score d'observance



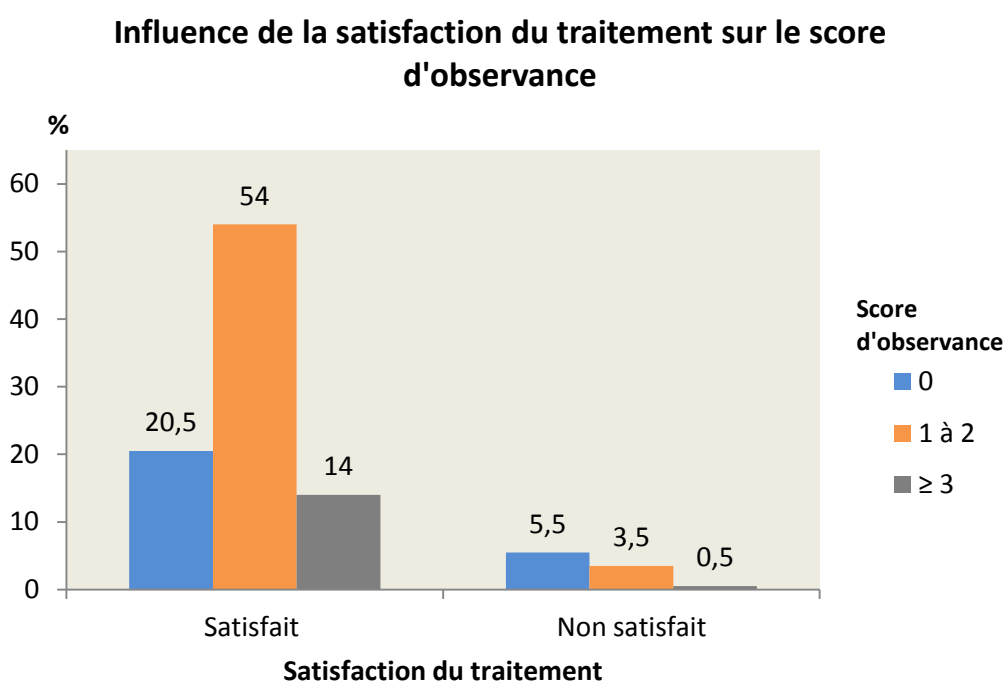
L'utilisation du pilulier et l'observance n'étaient pas liées l'une à l'autre de manière significative ($p=0,7$)

3.7.2.2.5. La préparation des médicaments

L'observance du traitement et la préparation des médicaments n'étaient pas corrélées l'une à l'autre ($p=0,85$). La préparation des traitements par une autre personne que le patient ne modifiait pas le score d'observance.

3.7.2.2.6. La satisfaction du traitement

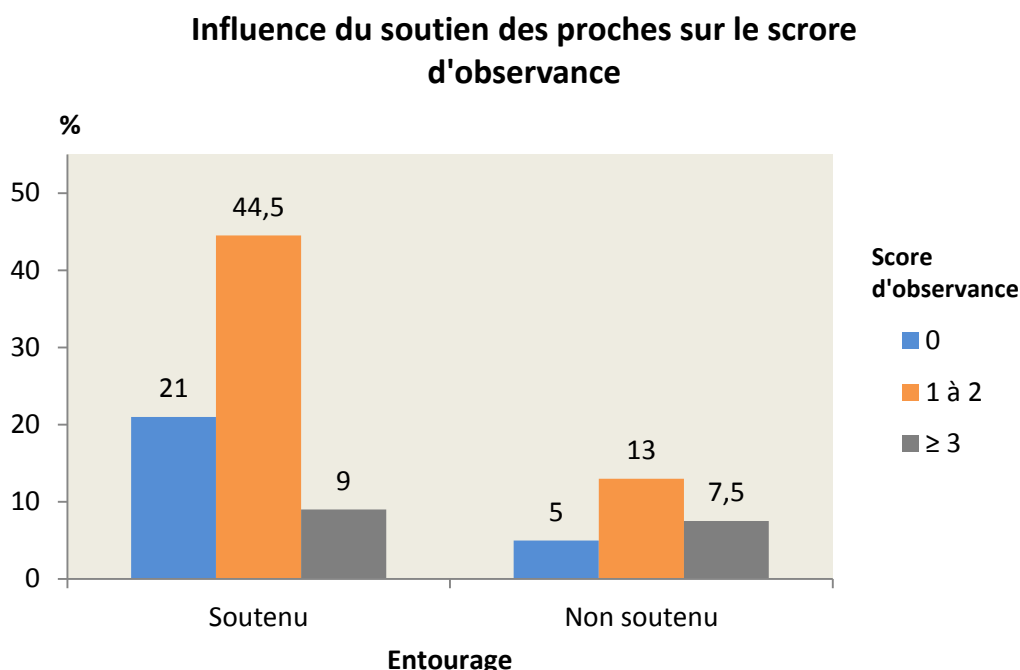
Figure 14 : Répartition de la satisfaction du traitement suivant le score d'observance



On observait un lien significatif entre la sensation d'être satisfait du traitement et le niveau d'observance ($p=0,0036$). Moins les patients se sentaient satisfaits de leur traitement, plus le score d'observance était bas.

3.7.2.2.7. Le soutien des proches

Figure 15 : Répartition du soutien des proches suivant le score d'observance



Le score d'observance était lié de manière significative au fait que le patient se sentait soutenu par ses proches ($p=0,023$). Les patients ne se sentant pas soutenus par leurs proches avaient un score d'observance plus bas.

3.7.2.3. Score d'observance et score de satisfaction de la qualité de la relation médecin-patient.

L'explication du médecin traitant et l'observance n'étaient pas corrélées ensemble ($p=0,51$).

L'explication régulière du traitement n'influçait pas l'observance ($p=0,99$)

L'explication des effets indésirables et l'observance n'étaient pas liées ($p=0,83$).

Le fait de sentir à l'aise avec leur médecin ne modifiait pas significativement l'observance des patients ($p=0,18$).

Le score d'observance évoluait de manière significative avec la clarté de l'ordonnance ($p=0,02$). Plus l'ordonnance était claire, plus l'observance était bonne.

On ne notait pas de différence significative du score d'observance en fonction de la sensation du patient d'écoute suffisante de son médecin ($p=0,4$).

Figure 16 : Score d'observance et score de qualité de la relation médecin-patient

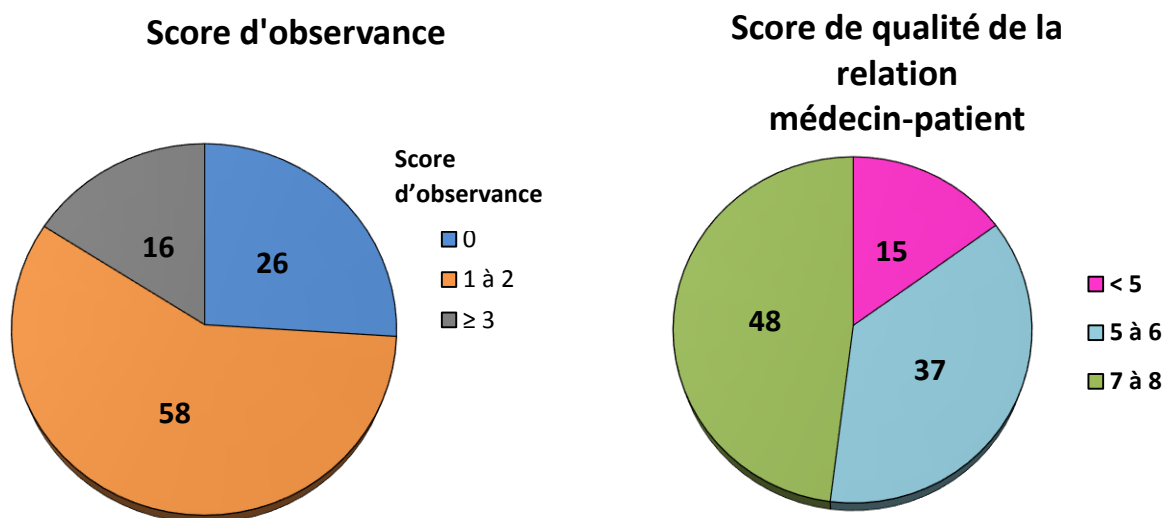
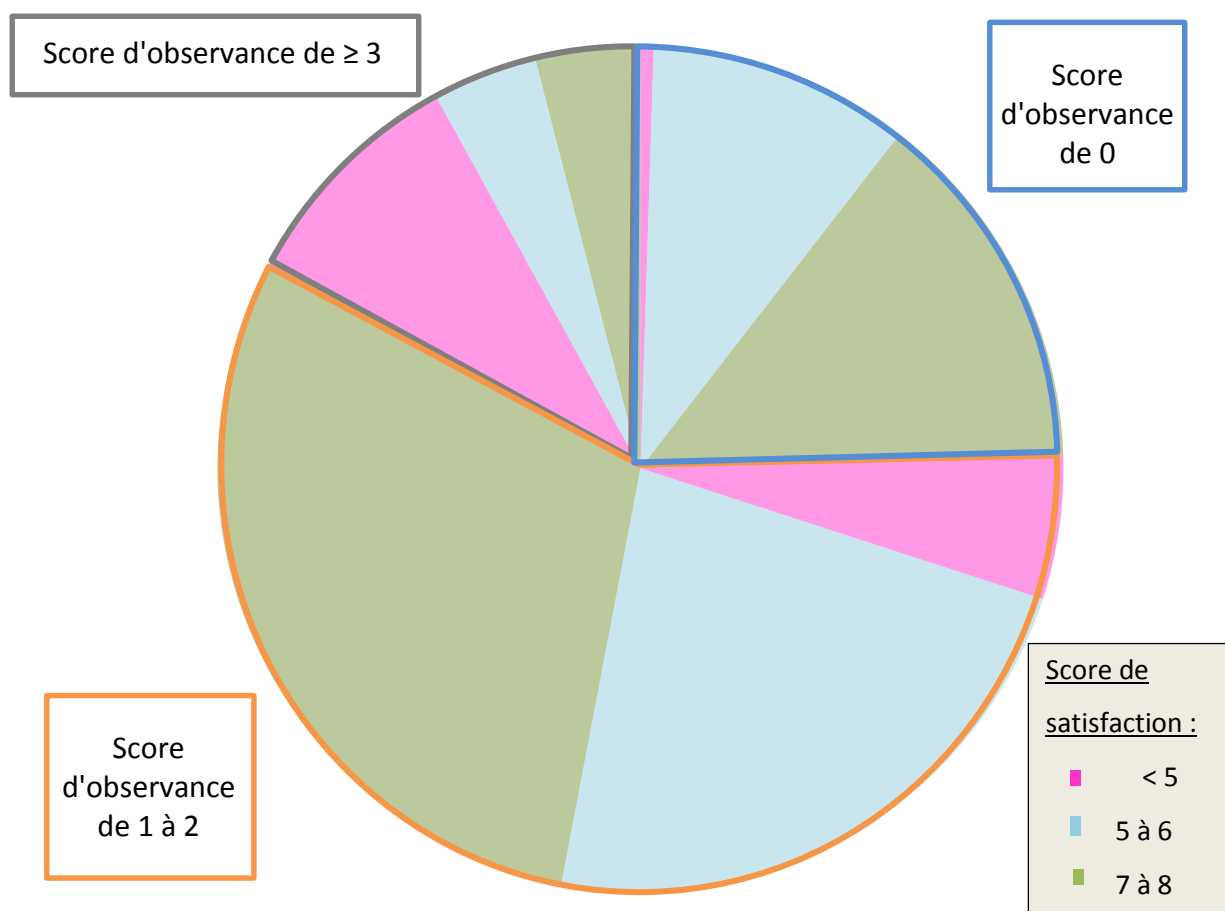


Figure 17 : Répartition des scores de la relation médecin-patient suivant le score d'observance



Le score d'observance et le score de satisfaction de la qualité de la relation médecin-patient étaient liés de manière significative ($p=4,474E-8$). La bonne relation globale médecin-patient avec une bonne communication adaptée à chaque patient permettait une bonne observance.

Les facteurs de mauvaise observance retrouvés étaient donc : le jeune âge du patient, le fait d'habiter en zone urbaine, le fait d'être en âge d'être en activité, l'ancienneté du traitement, la méconnaissance du traitement, un nombre de médicaments à prendre par supérieure ou égal à 4, le fait de ne pas être satisfait de son traitement, l'absence de soutien des proches et une relation médecin-malade de faible qualité.

4. DISCUSSION

4.1. Population d'étude

4.1.1. Les répondants

Nous avons décidé de faire cette étude en divisant initialement de deux manières la population selon le lieu du cabinet en zone rurale ou urbaine, et selon le sexe du patient. En effet, comparer ces deux zones d'habitation semblait intéressant car ce sont deux modes d'exercice différents de la médecine générale. Comparer selon le genre du patient permettrait de savoir si la réaction des patients diffère selon leur sexe et si le médecin doit modifier son comportement et discours selon le sexe du patient.

On remarquait des relations différentes entre les lieux d'implantation des cabinets pour la satisfaction du traitement, la qualité de la relation médecin-patient, le score d'observance, l'arrêt du traitement de manière momentanée, le ressenti par les patients du niveau d'explication du médecin et la non-prise du traitement pendant 7 jours. Il semble donc bien que comme dans les représentations populaires la « médecine de campagne » fait preuve de plus de proximité avec les patients que la « médecine de ville ».

L'étude retrouvée qui compare des critères similaires réalisée en médecine générale est une thèse réalisée en 2014 à Grenoble (23). Ce travail signalait aussi une différence significative entre les deux zones d'habitat de la satisfaction de la relation médecin malade en ayant utilisé l'échelle APMG. Contrairement à mes résultats, leur étude notait aussi une différence de la connaissance des indications des traitements et de la date du début du traitement selon la zone géographique des cabinets.

On retrouve donc très peu d'études pour pouvoir comparer ces deux lieux de pratique de la médecine générale. Il semblerait donc intéressant de voir si avec de plus grands effectifs et un plus grand nombre de lieux de recueil des données afin d'améliorer la qualité de reproductibilité, il existe réellement une différence de comportement entre ces deux zones d'installation.

Etudier la population selon le genre des patients questionne sur le fait de devoir adapter pour le médecin son attitude selon le sexe du patient. On retrouvait une différence significative selon le genre du patient pour ces différents items : l'utilisation du pilulier, la préparation du traitement par le patient lui-même ou quelqu'un d'autre,

la sensation de soutien par son entourage et l'oubli du traitement le matin de la consultation. Beaucoup plus de femmes avaient répondu à l'étude. Il faudrait voir si avec de plus grands effectifs ces constations se confirmaient.

4.1.2. Les pathologies déclarées par les patients

Au niveau de la répartition retrouvée des maladies chroniques, on notait une prédominance des maladies cardio-vasculaires avec 73 patients sur 208 étant traités pour une HTA et 32 déclarant une maladie cardiaque. Puis, venaient les problèmes de syndrome anxio-dépressifs (40 patients), le diabète (27 patients), les douleurs, les problèmes rhumatologiques, les dysthyroïdies et l'hypercholestérolémie. Les médiane et moyenne d'âge étaient respectivement de 58,27 ans et de 59 ans.

Le travail de J. Marquant (24) analysant le contenu de 4740 consultations de renouvellement d'ordonnance, au cours de l'étude ECOGEN, retrouvait la ventilation suivante des pathologies chroniques : une HTA non compliquée (pour 26,46% des patients contre 35% dans mon étude), puis des troubles métaboliques (14 % contre 8%), le diabète (8,72% contre 13%) et la dépression (6,82% contre 19%). Lors de cette étude, l'âge moyen était de 64,5 ans avec une médiane de 66 ans. La répartition femme-homme était de 59,13% et 40,87 % (62,5% et 37,5% dans mon étude). La population était plus âgée, mais ceci on n'explique pas les différences de répartition des pathologies. Les syndromes dépressifs ont peut-être été sur-déclarés et les dyslipidémies sous déclarées car souvent englobées dans la prise en charge globale des maladies cardio-vasculaires ou associées avec un traitement contre le diabète.

L'enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) réalisée en 2012 par l'institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) auprès de 12952 personnes au sein de la population générale (25) retrouvait les problèmes ostéo-articulaires (30%) en première cause des plaintes chroniques par les personnes interrogées ; en deuxième cause des maladies endocriniennes et métaboliques ; puis les problèmes cardio-vasculaires qui augmentaient avec l'âge et devenaient prédominant au-delà de 40 ans. Dans notre étude, les problèmes ostéo-articulaires n'étaient pas autant signalés : seulement 11% des patients se plaignaient de troubles rhumatologiques et de troubles douloureux. Les maladies ostéo-articulaires étaient sans doute sous-déclarées par les patients dans mon étude car l'arthrose n'était pas

mentionnée dans la liste des maladies chroniques dans le questionnaire. Ce problème de santé n'avait pas été mentionné dans la catégorie « autres » par les patients car souvent banalisé avec un traitement peu efficace et peu spécifique ; d'où une sous-déclaration. On pouvait aussi être étonné que les troubles du sommeil n'aient été signalés par aucun des patients. Dans l'enquête menée par l'IRDES et mon travail, les femmes avaient tendance à signaler plus de pathologies que les hommes. Elles déclaraient de manière plus importante les syndromes anxio-dépressifs et les dysthyroïdies que les hommes. Les hommes quant à eux déclaraient plus de cardiopathies que les femmes.

Notre étude a reçu plus de réponses en zone urbaine qu'en zone rurale, du fait d'un nombre de médecins moindre en zone rurale. Mais c'est aussi le cas dans la population générale.

Malgré quelques différences, l'échantillon de la population de notre étude est assez représentatif des patients porteurs de maladies chroniques.

4.2. Limites et biais de l'étude

4.2.1. Type d'étude

Les auto-questionnaires ainsi réalisés entraînent un biais d'auto-sélection. Les réponses sont faites par des patients volontaires ce qui peut entraîner un risque de sur-déclaration de bonne observance par rapport à la population générale.

4.2.2. Recrutement des médecins

Le fait d'avoir sélectionné des cabinets où je travaille régulièrement a permis un bon retour des questionnaires mais cela pouvait influencer les réponses des patients. Le fait de répondre montre une marque d'intérêt pour le sujet de la part du patient. Malgré le fait que le questionnaire soit anonyme, il existe toujours une peur d'être jugé, une surévaluation de ses connaissances par le patient et de son observance, ainsi qu'une critique atténuée envers les médecins.

2 cabinets médicaux ont participé à l'étude soit 5 médecins. Cet effectif est assez limité, mais ces deux cabinets sont représentatifs de la répartition des médecins dans le secteur de Saintes (26).

Il est dommage qu'il manque le retour du troisième cabinet sollicité, du fait d'un certain manque de motivation de la part des médecins du cabinet et une appréhension des réponses. Mes explications n'avaient pas non plus été assez explicites et un rappel aurait pu être bénéfique pour le retour des questionnaires.

4.2.3. Lieu de recrutement

Notre étude concernait uniquement les patients qui se rendent dans les cabinets médicaux, en excluant les patients vus en visite à domicile. Les patients ayant répondu au questionnaire étaient donc des patients autonomes ; l'autonomie étant reconnue comme un facteur améliorant l'observance (27).

4.3. Construction du questionnaire

Dans la partie interrogeant les patients sur les indications des traitements, les catégories proposées aux patients porteurs de maladie chronique ont été inspirées par l'étude Grol et Coll (28), en y séparant syndrome anxio-dépressif et autres troubles psychiatriques. Il est effectivement difficile pour les patients ayant un syndrome anxio-dépressif d'accepter qu'il s'agit de troubles psychiatriques car souvent il existe une connotation négative à leurs yeux pour ce type de pathologies ; ce qui risquerait d'entraîner une sous-estimation. Les catégories n'étaient pas des pathologies détaillées mais généralistes. Elles n'étaient pas non plus liées aux affections de longue durée (ALD).

4.3.1. Mesure de l'observance

La partie du questionnaire évaluant l'observance est fortement inspirée par le questionnaire de Girerd mais modifiée suite à des problèmes de compréhension et d'interprétation de certaines questions lors de la réalisation du pré-test. Le fait de ne pas utiliser un questionnaire validé crée des biais d'interprétation du fait de la difficulté de comparer des questionnaires non identiques. Afin de se rapprocher au maximum des 6 questions du questionnaire de Girerd, un regroupement de questions de notre questionnaire a été effectué après interprétation de ces questions.

L'auto-questionnaire est une méthode efficace pour évaluer l'observance et permet de comparer les résultats facilement (29). C'est une technique simple et peu coûteuse, facilement intégrable dans la relation médecin-malade. Cette approche demande aux

patients de reconnaître ce qu'ils peuvent juger comme une erreur de leur part et de remettre en cause leur image de soi et leur sensibilité. De plus, cette méthode demande aux patients de mobiliser les souvenirs de leurs comportements vis-à-vis du traitement. Cette méthode entraîne alors couramment une surestimation de l'observance, des biais de déclaration et des biais de mémorisation.

4.3.2. Satisfaction de la qualité de la relation médecin-malade

Afin d'évaluer la satisfaction de la qualité médecin-malade, nous n'avons pas non plus utilisé de questionnaire validé du fait de la longueur du questionnaire ; d'où de nouveaux biais d'interprétation. Nous avons utilisé un certain nombre d'items de l'échelle APMG : échelle reconnue comme satisfaisante comme outil d'aide à la formation de la relation professionnel-usager, à la décision et à l'évaluation des compétences professionnelles selon M. Baumann (22). Cette partie du questionnaire n'avait pas pour but de juger les pratiques des médecins. Il est difficile pour le patient d'évaluer les attitudes du médecin car il a peur de décevoir son médecin, de le juger trop sévèrement et d'être ensuite lui-même jugé devant les résultats obtenus. Cette échelle entraîne un risque de surestimation de la bonne qualité de la relation médecin-patient.

4.4. Le patient et son traitement

4.4.1. La connaissance du traitement

76 % des patients dans notre étude déclaraient connaître les noms et indications de tous leurs médicaments. Ce chiffre est globalement supérieur aux chiffres retrouvés dans la littérature.

Une étude prospective réalisée auprès de 91 patients hospitalisés à l'hôpital Cochin à Paris, montrait, elle, que 67,5% des patients connaissaient leur traitement médicamenteux (30). Cette différence peut s'expliquer par le fait que ce soit une population moins générale et l'hospitalisation, situation angoissante, peut perturber la mémoire et les déclarations.

Dans l'étude de C. Franco, 62% des patients connaissaient parfaitement les indications de leur traitement (31).

Ces différences peuvent s'expliquer par le fait que la demande de connaissance des traitements et de leurs indications dans les autres études étaient plus précises que dans la mienne.

4.4.2. Nombre de médicaments

Dans notre étude, 43 % des patients prenaient 4 médicaments ou plus ; 12 % en prenaient plus de 6. La population étudiée semblait consommer un nombre supérieur de médicaments à la moyenne de la population générale. L'ESPS 2002, réalisée dans la population générale vivant à domicile, retrouve que les plus de 65 ans consommeraient 3,9 médicaments par jour ; ce qui semble moins que dans mon étude, alors que l'on sait que le nombre de médicaments augmente avec l'âge. La polymédication augmente donc avec l'âge. La polymédication selon l'OMS est l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou l'administration d'un nombre excessif de médicaments. Le nombre de médicaments pour définir la polymédication est variable selon les études mais le plus souvent utilisé est celui de 5 médicaments. La polymédication chez les plus de 75 ans est de 14% selon une revue de la littérature (32). Il existe, en effet, une association significative entre polymédication et survenue d'effets indésirables, d'interactions médicamenteuses, de chutes voire de mortalité. De plus, les connaissances pharmacologiques actuelles ne permettent pas de prévoir les interactions, donc les dangers qui résultent de la juxtaposition de 4 médicaments (33). Cette population requiert donc une attention particulière liée aux risques importants de iatrogénie.

On notait dans notre étude que parmi les 17 patients qui avaient plus de 80 ans, 12 avaient plus de 4 médicaments dont 3 avec plus de 6 médicaments. On peut donc avoir tendance à croire que le nombre de médicaments a bien tendance à augmenter avec l'âge, comme le montre les études sur la polymédication. Ce facteur est important dans la prise en charge des patients âgés et doit donc faire réfléchir les médecins sur l'intérêt et l'efficacité de chacun des traitements chez ces patients âgés.

4.4.3. Causes de non prise des médicaments par les patients

On notait dans notre étude que la principale cause de non prise des médicaments par les patients porteurs de maladie chronique était l'oubli pour 44% des patients.

Dans la littérature, on retrouve peu de recherches sur les raisons de non prise de traitement par les patients. Une étude auto-administrée via internet a été réalisée par le Pr C. Tourelle-Turgis, fondatrice de l'université des patients, en collaboration avec le Pr C. Pradier (CHU de Nice) (34). 1339 patients porteurs d'une ou plusieurs maladies chroniques avaient répondu à cette étude. La principale raison donnée par 44 % des patients étaient aussi l'oubli. 18% signalaient aussi une non-prise intentionnelle en rapport avec une lassitude liée à la maladie. A noter que 33% déclaraient que le traitement était une gêne dans leur vie quotidienne.

Ces causes entraînent une réflexion sur les moyens d'amener les patients à communiquer et travailler sur ces raisons : une responsabilisation et un investissement dans leur prise en charge semblent importants. Le médecin doit aussi aider les patients à trouver des techniques pour ne pas oublier les traitements : alarme, pilulier, rituel rentrant dans les habitudes du patient pour prendre le traitement.

4.5. La qualité de la relation médecin-patient

48 % des patients déclaraient avoir une relation de bonne qualité avec leur médecin et 15 % déclaraient que cette relation n'était pas satisfaisante. Il est dur de comparer notre étude avec d'autres puisque le questionnaire utilisé n'est pas validé.

On retrouve des études depuis de nombreuses années dans la littérature anglo-saxonne sur la relation médecin-malade avec des échelles validées mesurant la satisfaction des patients sur la relation médecin-patient. Les plus fréquemment utilisées sont le PSQ 3 (Patient Satisfaction Questionnaire) et le MISS (Medical Interview Satisfaction Scale) (35). Ce sont des questionnaires auto-administrés non reproductibles directement en France car ces questionnaires contiennent des items non utilisables par le système de soins français avec des aspects financiers et d'accessibilité aux soins.

C'est en 2005 qu'en France a été réalisée une étude par M. Baumann afin de construire une échelle des attitudes des médecins généralistes favorisant l'observance thérapeutique (22).

On retrouve trois études avec l'utilisation de cette échelle : la thèse de E. Sidot chez des patients diabétiques retrouvant une moyenne de 82,9/100 (36) ; la thèse de F. Bizouard F et C. Jungers avec une moyenne de 83,8/100 (23) ; et l'étude de M. Baumann avec une moyenne de 72,3/100 (22). Ces études retrouvaient vraisemblablement une satisfaction meilleure que celle de notre étude.

En analysant les différents items, on retrouvait que les explications des effets secondaires n'étaient pas bonnes dans mon étude et celle de F. Bizouard et de C. Jungers (23). On retrouvait dans les trois études citées précédemment un faible besoin de la part des médecins généralistes d'interroger leurs patients sur la prise des traitements et les difficultés qu'ils pouvaient éprouver à ce sujet. Les patients signalaient aussi que leur médecin ne leur demandait pas assez de renseignement sur leur motivation.

De ces études, on semble pouvoir dire qu'il est difficile pour les médecins de communiquer sur la prise réelle des traitements par les patients et donc sur l'observance. Le fait de ne pas prévenir les effets secondaires est une source d'information régulièrement manquante dans la consultation de médecine générale dans le cadre de suivi de maladies chroniques.

4.6. L'importance du médecin prescripteur

Le médecin prescripteur n'influerait pas sur la prise du traitement selon notre travail. Dans notre étude, il n'existait pas de différence de confiance entre la prescription du médecin généraliste et celle du médecin spécialiste. Le médecin généraliste semblait bien être le médecin coordinateur de soins sur lequel repose la confiance envers le médecin, puisque 50% des patients demandaient au médecin généraliste son avis sur la prescription du médecin spécialiste. N. Lebrun Jain, lors de son étude auprès de 80 patients en médecine générale, retrouvait que le type de médecin consulté n'avait pas d'influence sur l'observance (37).

Par contre selon une revue de littérature de la haute autorité sanitaire (HAS), une prescription par un spécialiste conduirait à une meilleure observance que celle réalisée

par des médecins généralistes (38). Il y était aussi déclaré que les femmes suivaient plus les avis des spécialistes que les hommes, comme il l'était aussi retrouvé dans notre travail. Quant à l'étude de E. Sidot, celle-ci montrait une diminution de l'observance du traitement anti-diabétique quand le suivi n'était pas réalisé pas un diabétologue (36).

La prescription des maladies chroniques devrait être un travail de coopération entre médecin généraliste et médecin spécialiste.

4.7. L'observance du traitement

Notre étude retrouvait une observance parfaite chez 26% des patients.

L'observance thérapeutique est difficile à comparer entre les différents travaux puisque toutes les études n'utilisent pas les mêmes échelles.

Dans la littérature, en général, l'observance est exprimée en pourcentage de prise médicamenteuse. Les « bons observants » prennent au moins 80% de leurs médicaments, les « mauvais observants » prennent moins de 50% de leurs médicaments (39). La non prise en compte par les médecins de la mauvaise observance réduit forcément l'efficacité d'un traitement optimal.

L'échelle la plus utilisée est celle de Girerd, échelle sur laquelle notre travail s'est calqué. Peu d'études ont été réalisées en médecine générale.

Le travail de thèse de F. Bizouard et C. Jungers (23) utilisant l'échelle de Girerd retrouvait une bonne observance chez 53 % des patients sans différence significative entre les deux types d'habitats. Leur proportion de patients non-observants était de 10,5% versus 16% dans mon étude dans deux populations comparables.

L'échelle de Girerd a par ailleurs aussi été utilisée dans la cadre de pathologies spécifiques :

- L'étude de Girerd X. dans l'HTA en milieu hospitalier retrouvait une bonne observance chez 47,8% des patients et une mauvaise observance pour 6% des patients. Les travaux de thèse, de A. Gallois (40) et B. Zoghلامي (18) retrouvaient une bonne observance respectivement pour 47,8% et 50% des patients. Quant à la mauvaise observance, elle, existait respectivement chez 6% et 7% des patients. Les moyennes d'âge étaient de 65,9 ans et 66,1 ans.

- La thèse de E. Sidot retrouvait une bonne observance chez 30% des patients (36).

Les différences de résultats d'observance avec cette échelle sont difficilement explicables. Les différences de moyenne d'âge et les spécificités de chaque pathologie pourraient expliquer en partie ces différences.

La méta-analyse de J. Anandamanoharan (29) relevait effectivement des différences d'observance notables selon les différentes maladies chroniques. Les malades ayant une maladie ressentie comme potentiellement grave ou sévère ont une meilleure observance. Les pourcentages de bonne observance pour des maladies chroniques sont les suivantes : HTA : 50% ; diabète de type 2 : 50% ; état dépressif : 40 à 70% et schizophrénie : 30 à 40%. Les maladies psychiatriques sont pourvoyeuses de mauvaise observance.

L'étude ENTRED 2007, réalisée chez 3637 patients diabétiques de type 2, retrouvait une bonne observance chez 39% des patients, une observance moyenne chez 40% d'entre eux et une mauvaise observance chez 12% d'entre eux. Dans cette étude, les hommes représentaient 53% des patients et l'âge moyen était de 66 ans.

Selon A-J. Scheen et D. Griet, ayant réalisé une synthèse sur les maladies chroniques, les chiffres de l'observance peuvent varier de 30 à 60% de patients peu ou non observants (4). Cette observation a été réalisée avec différentes échelles d'évaluation de l'observance médicamenteuse.

Devant ces différentes échelles et résultats, il est difficile d'évaluer clairement l'observance en médecine générale. Afin de pouvoir étudier l'observance, il faudrait pouvoir réaliser une étude à plus grande échelle sur les différentes pathologies séparément et en médecine générale afin de prendre en compte toutes les spécificités de cette discipline ; tout en utilisant une échelle d'évaluation identique.

4.8. Les facteurs d'observance et de mauvaise observance

Les facteurs d'observance dans la littérature sont répartis en plusieurs catégories selon : le patient, le traitement, le médecin et la relation médecin-malade.

4.8.1. Le patient

Dans notre travail, les facteurs de mauvaise observance retrouvés concernant les patients étaient : l'âge, habiter en zone urbaine, être en âge de travailler, l'absence de soutien de la part de son entourage et vivre seul.

4.8.1.1. L'âge

A. Gallois dans sa thèse sur l'observance suivant l'HTA ne retrouvait pas de lien entre observance et âge (40).

Une analyse de la littérature en psychiatrie indiquait que l'observance augmente avec l'âge (11).

Dans une étude sur le diabète de type 2, l'observance diminuait avec l'âge (7).

Ces études montraient qu'il y avait une divergence sur le lien entre âge et observance. On peut comprendre qu'en psychiatrie l'observance augmente avec l'âge car l'acceptation de ces maladies prend du temps.

Dans une revue de la littérature sur l'HTA, l'âge et l'observance n'étaient pas liés (41).

La méta-analyse de J. Anandamanoharan retrouvait que la plupart des études n'observait pas de lien entre âge et observance (7). Il existait par contre une tendance à ce que les jeunes adultes et les patients les plus âgés aient une moins bonne observance. Les plus jeunes avaient une mauvaise observance parce que le traitement amenait à modifier leurs habitudes et représentait une contrainte pour eux. Les plus âgés avaient une observance baissante car il apparaissait des troubles de la compréhension et de la mémorisation.

4.8.1.2. La zone d'habitation

Notre étude retrouvait de manière significative une moins bonne observance en ville qu'en campagne. Je n'ai pas retrouvé de travail équivalent pour pouvoir comparer ce résultat.

4.8.1.3. La retraite

Le travail d'E. Sidot trouvait une relation entre le fait d'être retraité et la bonne observance, comme dans mon étude (36). C'est sans doute le caractère modulable de leur emploi du temps qui permet une bonne observance.

4.8.1.4. L'entourage du patient

Dans « entourage du patient », il faut inclure différents éléments : l'aide et le soutien apportés par les proches du patient ; l'entourage qui peut donner son avis sur le traitement en bien ou en mal ; et tout ce qui existe dans l'environnement des patients : internet, les médias, la télévision.

Lors de notre étude, nous nous sommes surtout penchés sur l'apport du soutien des proches dans le traitement qui était un facteur de bonne observance. On avait aussi pu noter que 8 patients avaient indiqué ne pas avoir pris leur traitement à cause de l'influence de leur entourage ou des médias.

Il avait été relevé un rôle stigmatisant de l'entourage pour une mauvaise observance dans une revue de littérature effectuée par V. Salvodelli sur l'HTA et l'observance (42).

Le rôle de l'entourage est donc important et peut influencer l'observance des patients dans les deux sens. Il faut prendre en compte celui-ci pour pouvoir faire appuyer le patient dessus dans le suivi des maladies chroniques ; l'entourage étant présent dans le temps auprès du patient, comme sa maladie.

Par contre vivre seul est un facteur de mauvaise observance comme le retrouvait 75% des études analysées par J. Anandamanoharan (29).

4.8.1.5. Autres

La revue de littérature sur les facteurs de non observance des traitements chez les patients ayant une maladie chronique retrouvait aussi des liens entre observance et les facteurs socio-économiques et niveau d'études. Notre étude n'a pas pu rechercher ces liens car les effectifs des différentes catégories n'étaient pas assez grands.

La personnalité et l'état psychique des patients sont aussi évoqués, mais semblent difficiles à évaluer dans un auto-questionnaire.

Le genre du patient est aussi évoqué dans un travail sur l'HTA, les femmes ayant une meilleure attitude. D'autres articles ne retrouvent pas ce lien et certaine même révéleraient un résultat contraire.

Le seul facteur « patient » influençant l'observance qui se dégage nettement dans la littérature est l'importance de l'entourage et de l'environnement du patient. L'entourage a un rôle positif quand il est impliqué dans le traitement du patient. Le médecin peut s'appuyer sur l'entourage avec l'accord du patient pour compléter l'information sur les traitements, si nécessaire.

4.8.2. Le traitement

Dans mon étude, on retrouvait comme facteur de mauvaise observance concernant le traitement : l'ancienneté du traitement, la mauvaise connaissance de celui-ci et le nombre de médicaments pris dans la journée.

4.8.2.1. La connaissance du traitement

La connaissance du traitement est retrouvée dans de nombreuses études comme facteur de bonne observance. Les méthodes dans les études ne sont pas toutes les mêmes, mais le résultat est identique.

J. Anandamanoharan le signalait dans sa méta-analyse : une meilleure connaissance du schéma thérapeutique augmente l'observance (29).

Le lien entre observance et connaissance a aussi été retrouvé dans le travail de thèse sur l'observance dans l'HTA de L. Pons et l'étude de C. Bauer chez les personnes âgées.

4.8.2.2. L'ancienneté du traitement

E. Sidot retrouvait dans son travail que l'ancienneté de la maladie entraînait une moins bonne observance avec le temps, dans son étude sur le diabète (36). Cette thèse ne parlait pas directement de la durée du traitement mais de l'ancienneté de la maladie. La découverte du diabète diminuait l'observance dès qu'elle datait de plus de 5 ans.

La revue de littérature sur le diabète, réalisée par A. Penfornis retrouvait que l'ensemble des études signalait une relation significative entre durée du traitement et observance (7).

Les différentes revues de littérature concluent qu'il existe une relation significative entre la durée du traitement ou l'ancienneté de la découverte de la maladie et de la diminution de l'observance. Une lassitude apparaît avec le temps mais le délai est variable selon les pathologies et la personnalité des patients ; avec une moyenne entre 5 et 10 ans.

4.8.2.3. Le nombre de médicaments

Le nombre de médicaments est aussi un facteur de mauvaise observance sur lequel la littérature est en accord. C. Tourette-Turgis, dans son auto-questionnaire sur internet (34), relevait que 37% des personnes prenant 5 médicaments ou plus ont déjà oublié leur traitement versus 16% de ceux qui n'en prennent qu'un.

Une ordonnance comportant plus de 3 médicaments est source de baisse de l'observance (11), (41), (43). Ce facteur est particulièrement à prendre en compte chez les patients âgés. En gériatrie, les patients de plus de 70 ans ont, sur leur ordonnance, en moyenne 5,6 médicaments à prendre par jour (33). Les patients âgés sont en effet polypathologiques. La prescription polymédicamenteuse est alors très présente chez les personnes âgées entraînant un risque de défaut d'observance à l'origine d'échecs et d'escalades thérapeutiques. Cette polymédication est aussi un risque de iatrogénie chez les sujets âgés. Le nombre de médicaments est donc un élément crucial à réévaluer chez les patients âgés afin d'améliorer l'observance et de diminuer les conséquences de la polymédication.

La littérature médicale identifie aussi comme facteur de mauvaise observance concernant le traitement l'augmentation du nombre de prise médicamenteuse par jour et les horaires de prise des traitements. On note aussi que certains citent que la forme galénique des médicaments modifierait la qualité de l'observance des patients.

4.8.3. Observance et relation médecin-patient

Nous avons retrouvé un lien significatif entre l'observance médicamenteuse et la relation médecin-malade. Le fait de ne pas avoir utilisé une échelle validée entraîne

des difficultés pour comparer les résultats trouvés. Il existe des études retrouvant un lien mais peu ont utilisé les mêmes méthodes.

Des études utilisant l'échelle APMG ont aussi étudié la relation médecin malade et l'observance. Pour évaluer l'observance, les études suivantes ont utilisé le score de Girerd :

- La thèse de F.Bizouard et C. Jungers retrouvait aussi un lien significatif entre relation médecin-patient et observance (23).
- E. Sidot, lors de son étude sur des patients diabétiques en ambulatoire, ne retrouvait pas de lien entre observance et relation médecin-malade (36). Cette différence peut s'expliquer par le fait que la population y est plus homogène du fait de sa pathologie et la complexité de cette maladie chronique.

D'autres travaux n'utilisant pas les mêmes critères d'évaluation de l'observance et de la relation médecin-malade ont aussi cherché un lien entre ces deux variables.

J. Anandamoharan dans sa méta-analyse mettait ce lien en avant dans les pathologies chroniques (29). Il remarquait que la bonne relation médecin-malade était le facteur le plus cité pour influencer l'observance thérapeutique.

L'étude, auprès de 80 patients en médecine générale de N. Lebrun Jain, remarquait que le nombre de lignes de prescription bien observé par les patients augmentait avec un médecin qui s'adapte et qui établit une relation de partenariat (37).

F. Lombardi, dans sa thèse, retrouvait que l'observance était meilleure lorsque les patients se sentaient satisfaits des informations données sur le traitement par leur médecin traitant (44).

Des études anglo-saxonnes notaient aussi un lien significatif entre observance et relation médecin-patient ; mais leurs méthodes d'évaluation ne sont pas applicables en France car non superposables avec le système actuel de soins français. Ces méthodes y intègrent le coût de la santé et l'accessibilité aux soins qui sont différents de ceux connus en France.

Quel que soit le mode d'évaluation de la relation médecin-malade, elle reposait toujours sur les mêmes éléments déterminants : la qualité de la communication, la confiance envers le médecin et les informations fournies au patient par le médecin.

Effectivement, l'article de S. Aspect-Cognet révélait que les patients avaient jugé essentiel d'être informés ce qui renforçaient leur confiance (60%) et le sentiment d'être actifs dans leur prise en charge (69%) (45). Il y était d'ailleurs noté que les patients ont ressenti une évolution récente dans le domaine de l'information (67%) et reconnu un lien fort entre information et observance du traitement.

La relation médecin-malade a effectivement bien évolué lors de la fin du XXème siècle. Initialement, jusque dans les années 1980, la relation médecin-malade reposait sur un modèle paternaliste avec une asymétrie d'information où le médecin savait ce qui était bon pour le patient qui avait un rôle passif. Ce modèle a évolué afin d'être actuellement sur le modèle de la décision partagée. Ce modèle s'est imposé en partie à cause de l'émergence des maladies chroniques, qui ont modifié le rapport du malade à sa maladie : celle-ci affecte plus durablement l'identité du patient et sa qualité de vie (46). Lors de chaque consultation, le but est de parvenir à un certain consensus entre médecin et patient, être prêt l'un et l'autre à négocier, délibérer et concéder en inscrivant leur relation et action dans la durée (47). Ce modèle a pour but de mettre en place une relation de confiance basée sur un échange d'informations adaptées sur les traitements, leurs effets indésirables et les diagnostics.

4.9. Perspectives

Ce travail permet de mettre en évidence comme facteurs de non observance : l'âge du patient, le célibat, l'âge d'être en activité, l'entourage si négatif sur le traitement, la mauvaise connaissance du traitement, un nombre de médicaments supérieur à 4 par jour, une ancienneté de traitement supérieure de 5 à 10 ans, une relation médecin-malade non ressentie comme bonne par le patient.

Les principales causes reconnues par le patient de non prise du traitement sont : l'oubli, le fait d'être absent du domicile et la lassitude.

On remarque que le point crucial pour améliorer l'observance est une relation médecin-malade optimale reposant sur la qualité et la pertinence des informations transmises au patient sur leur maladie chronique et leur traitement. Le médecin doit devenir conseiller, éducateur et négociateur.

Après analyse de la littérature, l'observance pourrait être améliorée en incluant ces comportements dans notre pratique lors du suivi des maladies chroniques :

- **Ecouter le patient** : évaluer la compréhension et acceptation de la maladie, comprendre les attentes et ressentis du patient, récolter les informations extérieures reçues par le patient, cerner son auto-médication.
- **Donner régulièrement une information pertinente et adaptée** : expliquer le diagnostic et les risques de la maladie, prévenir les effets secondaires possibles, expliquer les effets de la mauvaise observance.
- **Optimiser le traitement et améliorer l'ordonnance** : réévaluer régulièrement l'efficacité du traitement, obtenir une ordonnance simple et courte, détailler le mode et la fréquence des prises à adapter selon le mode de vie, relire régulièrement l'ordonnance avec le patient.
- **Identifier les signes de mauvaise observance** : importance de la place du pharmacien à mettre en valeur ; identifier les motifs de consultation, les plaintes liées aux effets secondaires et gênes dans la vie quotidienne ; noter les rendez-vous oubliés.
- **Mettre en place un projet de soins centré sur le patient qui doit se responsabiliser** : développer la motivation pour les maladies chroniques, aider à incorporer le traitement dans la vie quotidienne, proposer des outils de mémorisation (alarme, journal de bord) et d'auto-surveillance (peak-flow, glycémie, MAPA), demander l'opinion du patient.
- **Dialoguer avec le patient sur l'observance** : questions ouvertes sur prise des traitements, encourager et féliciter les efforts des patients, discussion sur les difficultés rencontrées.
- **Avoir une relation adaptée au patient et à sa maladie** : attitude de motivation et de conviction personnelle du médecin, négocier, faire preuve d'empathie.
- **Mettre à jour régulièrement ses connaissances.**
- **Favoriser une prise en charge multidisciplinaire et les réseaux de soins** : l'information différente fournie par les différents professionnels de santé peut permettre des explications différentes qui facilitent la compréhension, rôle du pharmacien à développer dans ce secteur, infirmières, développer l'éducation thérapeutique.

5. CONCLUSION

Notre étude montre que l'observance thérapeutique dans les maladies chroniques dépend de différents paramètres qui englobent le patient, sa maladie, son environnement et son médecin. C'est un processus dynamique qui évolue dans le temps. Les facteurs et causes de mauvaise observance sont variables et fluctuants chez un même patient, d'un patient à l'autre et d'une pathologie à une autre.

Les différents facteurs de mauvais observance retrouvés sont : être jeune adulte ou être une personne âgée de plus de 80 ans, être en âge de travailler, vivre seul, avoir peu d'entourage, avoir un traitement depuis plus de 5 ans, avoir plus de 4 médicaments à prendre par jour et avoir une relation médecin-malade de mauvaise qualité. Parmi tous ces facteurs, le plus important pour aboutir à une bonne observance est la qualité de la relation médecin-malade. La qualité de cette relation repose sur le fait que le médecin informe sur les pathologies et traitements de manière adaptée à chacun de ses patients et vérifie régulièrement la compréhension de ses informations fournies. Cette relation se construit dans le temps. Le médecin, pour la maintenir de bonne qualité, doit régulièrement réévaluer la mémorisation des informations fournies, la compréhension des traitements et de leurs indications, sa qualité d'écoute envers ses patients et l'efficacité du contenu de l'ordonnance.

Les causes reconnues par le patient pour ne pas prendre le traitement sont l'oubli, l'absence du domicile et la lassitude. Elles montrent bien la nécessité d'impliquer le patient dans sa maladie et son traitement. Les médecins doivent alors s'appliquer à ce que le patient comprenne sa pathologie chronique, l'aider à trouver la manière d'intégrer le traitement dans la vie quotidienne du patient. Le médecin, pour accompagner le patient, devrait régulièrement évaluer les connaissances du patient et les difficultés rencontrées par le patient envers sa maladie et son traitement.

Il semble donc important durant les consultations de maladie chronique d'écouter et d'échanger avec la patient, lui fournir l'information la plus adaptée à lui-même afin que le patient adhère au mieux à son traitement et afin d'amener le patient à avoir confiance et à pouvoir discuter en cas de difficulté. Le médecin doit montrer conviction et motivation dans chacune de ses interventions et témoigner au patient respect et empathie.

Ce travail n'a étudié que la partie médicamenteuse de l'observance thérapeutique. Il semblerait donc intéressant d'étudier le comportement des patients vis-à-vis des règles hygiéno-diététiques et le respect des prescriptions autres que médicamenteuses dans le cadre du suivi de leur maladie chronique. Dans le cadre de la relation-malade et la prise en charge des maladies chroniques, il pourrait être intéressant d'étudier le ressenti, le vécu et les attentes des médecins vis-à-vis de ce sujet.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Haut conseil de Santé publique (HSCP). Les maladies chroniques. Actualité et Dossier en Santé Publique, 2010, 72 : 60p.
2. Direction de la recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Les Consultations et visites des médecins généralistes, un essai de typologie. Etudes et résultats, 315 : 12p.
3. Schneider MP, Herzig L, Hugentobler Hampai D, Brignon O. Rev Med Suisse 2013 : 1032-1036.
4. Scheen AJ, Giet D. Non observance : causes, solutions. Rev Med Liège. 2010 ; 65 : 239-245.
5. Taraquino C. Fisher GN. Barrache C. Compliance et relation médecin-patient. In Fisher GN. Traité de psychologie de la Santé. Durod, Paris 2002 : 227-44.
6. Lamouroux A, Magran A, Vervloet D. Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? Service de pneumologie phthisiologie et allergologie Hopital Ste Marguerite Rev-Mal respi 2005 ; 22 : 31-4.
7. Penfornis A. Observance médicamenteuse dans le diabète de type 2: influence des modalités du traitement médicamenteux et conséquences sur son efficacité. Diabetes & metabolism. 2003 ; 29(2-C3) : 31-37.
8. World Health Organisation Adherence to long term therapies : Evidence for action. Genève ; WHO ; 2003 : 211 pages.
9. Mongin C médecin généraliste. devsante.org/base-documentaire/education-sanitaire. L'observance un enjeu majeur du traitement des maladies chroniques.
10. Jane K (USA), Kissley W (Germany), Lambert T (Australia) and Parellada E (Spain). Adherence Mating Scales. An intertional activity. CERP Focus on Schizophrenia. (CERP : Centres of excellence for relapse prevention)
11. Corruble E, Hardy P. Observance du traitement en psychiatrie. Encyclopedie Médico-chirurgicale 37-860-A-60 ; 2003 : 6p.
12. Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y. L'observance des prescriptions médicales : quels sont les facteurs en cause ? comment l'améliorer ? Médecine. 2006 nov, : 402-406
13. D. Simon, P-Y. Traynard, F. Bourdillon, R. Gagnayre, A. Grimaldi. Education thérapeutique : prévention et maladies chroniques. 3^e édition. 2013.

14. Rudd P. In Search of the Gold standard for compliance measurement. Arch Intern Med 1979, 139(6) : 627-8.
15. Farmer CK. Methods for measuring and monitoring regimen adherence in clinical trials and clinical practice. Clin Ther 1999, 21,6 : 1074-90.
16. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Medical care. 1986 Jan;24(1):67- 74.
17. Girerd X, Hanon O, Anagnostopoulos K, Ciupek C, Mourad JJ, Consoli S. Évaluation de l'observance du traitement anti-hypertenseur par un questionnaire : mise au point et utilisation dans un service spécialisé. Presse Med. 2001; 30:1044-1048.
18. Zoghlami B. Evaluation de l'observance dans l'hypertension artérielle en médecine générale. Thèse de doctorat en médecine. Limoges : Université de Limoges ; 2004.
19. Antignac M, Garsault S, Golmard JL, Junot H, Fievet MH, Thuillier A. Évaluation des facteurs influençant l'observance aux traitements médicamenteux chez des patients infectés par le VIH. Journal de Pharmacie Clinique. 2003 ; Volume 22, n°2 : 78-87.
20. Reach G. Peut-on améliorer l'observance thérapeutique : Diabète de type 2 ? Rev Prat 2003 ; Vol 53, n°10, 1109-1112.
21. Organe Officiel de la Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF) Observance thérapeutique et asthme. Revue des Maladies Respiratoires avril 2005 : Vol 22, N° 2-C2 : 58-66.
22. Baumann M, Baumann C, Aubry C, Alla F. Echelle des attitudes des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine favorisant l'observance thérapeutique. Rev Med Ass Maladie. 2005 ; 36(1) : 23-33.
23. Bizouard F., Jungers C. Evaluation de la connaissance des indications des traitements chroniques en médecine générale et de la relation médecin malade : impact sur l'observance. Thèse de doctorat en médecine générale faculté de Grenoble ; 2014.
24. Marquant J., Les consultations pour renouvellement d'ordonnance en médecine générale : étude descriptive des éléments de consultation associés au motif « renouvellement d'ordonnance », à partir des données de l'étude ECOGEN. Thèse de doctorat en médecine générale faculté de médecine Henri Warembourg Lille 2 ; 2014

25. Enquête sur la santé et la protection sociale.2012.
<http://www.irdes.fr/recherche/enquetes/esps-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale/>
26. Conseil national de l'Ordre des Médecins (CNAM) Atlas de la démographie médicale : situation au 1^{er} janvier 2014. 2014.
27. Rousselot-Marche E. Facteur clé des succès de la prise en charge du patient diabétique, elle repose sur la relation médecin-patient. Revue du praticien en médecine générale. Dec 2006 : 20 (752).
28. Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, et al. Patient's priorities with respect to general practice care : an international comparison. European task Force on Patient Evaluation of General practice (EUROPEP). Fam Pract 1999 ; 16 : 4-11.
29. Anandamanoharan J. Observance et médecine générale : peut-on dépister les problèmes d'observance chez les patients atteints de pathologies chroniques ? Thèse de doctorat en médecine. Versailles : Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines. 2012.
30. Dhôte R, Conort O, Hazebrouck G, Christoforov B. Les patients hospitalisés connaissent-ils eurs traitements ? Journal de pharmacie clinique. 1997 ; Vol 16, n°2 : 117-120.
31. Franco C. Rapports entre compréhension de l'ordonnance, intention d'observance et relation médecin-patient. Thèse de doctorat en médecine. Nice : Université de Nice-Sophia antipolis. 2011.
32. Monégat M, Sermet C,Perronnin M et Rococo E. La polymédication : définitions, mesures et enjeux Revue de la littérature et tests de mesure. Question d'économies de la Santé. Déc 2014 ; n°204.
33. Vionnet-Fuasset J. Fréquence et nature de la polymédication chez la personne âgée en médecine générale. SFMG.
34. Tourette-Turgis C, Pradier C. « Vos traitements et vous » ; le quotidien du pharmacien.fr
35. Dedianne MC, Attentes et perceptions de la qualité médecin-malade par les patients en médecine générale : application de la méthode par focus groups. Thèse de doctorat en médecine générale faculté de Grenoble.2001.
36. Sidot E. Les facteurs associés à l'adhésion des patients diabétiques au projet thérapeutique : la place de la relation médecin-patient. Thèse de doctorat en médecine. Nancy : Université Henry Poincaré, Nancy 1. 2011.

37. Lebrun Jain N. Observance thérapeutique et relation médecin malade en médecine générale : étude réalisée auprès de 80 patients. Thèse de doctorat en médecine générale. Faculté d'Amiens. 2008.
38. Legrain S. HAS : Consommation médicale chez le sujet âgé. Consommation, Prescription, Iatrogénie et Observance. 2005.
39. Imbs J-L. L'observance : clé de voûte du traitement au long cours. Rev du Prat Med Ge. 2008 ; n°795 : 142-4.
40. Gallois A. Hypertension artérielle : recherche d'un lien entre le niveau d'observance et la connaissance des complications. Thèse de doctorat en médecine. Tours : Université de tours. 2011.
41. Krezinski J-M, Krezinski F. Importance de la mauvaise adhésion au traitement anti-HTA dans la population hypertendue : comment l'améliorer ? Rev. Med Liège. 2010.
42. Salvodelli V., Zaugy V. HTA et observance. Revue du Prat Med Ge.2014 ; n°919 : p298-9.
43. Jeandel Co, Durant R., Blain A., Blain H. Polymédication du sujet âgé : défaut d'observance et iatrogénie. Revue du Prat Med Gé. 2001 ; n°536 : p924.
44. Lombardi F. Connaissance et observance des traitements cardiovasculaires par les patients en médecine générale. Thèse de doctorat en médecine. Nice : Université de Nice-Sophia antipolis.2010.
45. Aspect-Cognet S. L'information favorise l'observance. Revue Prat Med Gé.2008 ; n° 798 : 310.
46. HAS : Patient et professionnels de santé : décider ensemble Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée ». Octobre 2013.
47. Rolland C., Lang T. La relation médecin-malade lors de la consultation des patients hypertendus en médecine générale de ville. www.inpes.sante.fr

ANNEXES

1) Questionnaire

Madame, monsieur,

Afin de finaliser mes études de médecine, je réalise ma thèse sur la prise des médicaments chez les patients prenant des traitements tous les jours. Le but est de comprendre pourquoi les patients prennent plus ou moins bien les traitements et d'essayer de voir comment améliorer la qualité des soins.

Je vous remercie de prendre quelques minutes pour répondre en salle d'attente à ce questionnaire qui restera anonyme. (4 pages recto)

Adeline BOISLIVEAU

Vous êtes : ☐ une femme ☐ un homme

Votre année de naissance :

Actuellement vous êtes :

☐ actif ☐ retraité(e) ☐ au chômage ☐ étudiant ☐ au foyer

Votre catégorie socio professionnelle :

☐ agriculteur ☐ cadres, professions libérales ☐ employé(e)
☐ ouvrier ☐ artisan, commerçant ☐ enseignant ☐ autre

Vivez-vous seul(e) ? ☐ oui ☐ non

Etes-vous ?

☐ célibataire ☐ veuf(ve) ☐ divorcé/séparé ☐ marié/union libre/pacsé

Au niveau des traitements :

1) a) Depuis combien de temps prenez-vous un traitement tous les jours ?

☐ moins d'un an ☐ 1 à 5 ans ☐ 5 à 10 ans ☐ plus de 10 ans

1 b) Pour quelles raisons ? (plusieurs cases possibles)

☐ diabète ☐ hypertension artérielle ☐ problème cardiaque
☐ problème respiratoire ☐ trouble psychiatrique ☐ angoisse/dépression
☐ problème rhumatologique ☐ problèmes neurologiques ☐ douleur
☐ autres : ☐ je ne sais pas

2) Connaissez-vous le nom de vos traitements ?

☐ pas du tout ☐ moins de la moitié ☐ plus de la moitié ☐ tous

3) Combien de médicaments prenez-vous par jour ?

☐ 1 ☐ 1 à 3 ☐ 4 à 6 ☐ Plus
de 6

4) Qui prépare vos médicaments ?

☐ Vous ☐ Votre conjoint(e) ☐ Votre infirmier(e)
☐ Votre auxiliaire de vie ☐ Vos enfants ☐ Autre

5) Utilisez-vous un pilulier ? ☐ Oui ☐ Non

6) Vous est-il déjà arrivé d'arrêter vos traitements pendant un certain temps ?

☐ Oui ☐ Non

7) Vous est-il arrivé d'oublier votre traitement durant les 7 derniers jours ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui : ☐ 1 fois ☐ 1 à 3 fois ☐ Plus de 3 fois

8) Ce matin avez-vous oublié votre traitement ? ☐ Oui ☐ Non

9) Etes-vous satisfait de votre traitement ? ☐ Oui ☐ Non

10) Les génériques perturbent-ils votre prise de traitement ? ☐ Oui ☐ Non

11) S'il vous est déjà arrivé(e) de ne pas prendre des médicaments, c'est parce que : (vous pouvez cocher plusieurs cases) :

- a) ☐ Vous avez tout simplement oublié
- b) ☐ Vous trouvez que vous avez trop de médicaments à prendre
- c) ☐ Votre mémoire vous fait parfois défaut
- d) ☐ Vous ne sentez pas d'amélioration et pensez que votre traitement ne sert à rien
- e) ☐ Les horaires ne sont pas pratiques avec votre emploi du temps
- f) ☐ Vous n'étiez pas chez vous
- g) ☐ Vous avez trop d'effets indésirables avec les traitements
- h) ☐ Vous ne savez pas à quoi sert le traitement
- i) ☐ Vous pensez que votre traitement peut-être dangereux
- j) ☐ Vous êtes angoissé(e) par le traitement
- k) ☐ Vous avez entendu dire par votre entourage ou les médias que celui-ci n'était pas bon pour la santé
- l) ☐ Le moral était moins bon
- m) ☐ Vous en aviez marre
- n) ☐ Vous étiez malade
- o) ☐ Votre traitement avait trop changé en peu de temps
- p) ☐ Autre :

12) Dans le suivi de votre traitement, vous sentez-vous soutenu par vos proches et famille ? ☐ Oui ☐ Non

Concernant le suivi de votre traitement et la place de votre médecin par rapport à celui-ci :

13) Grâce aux explications de votre médecin, avez-vous compris à quoi sert votre traitement ? ☐ Oui ☐ Non

14) Votre médecin vous réexplique-t-il régulièrement à quoi sert votre traitement ? ☐ Oui ☐ Non

15) Grâce à ses explications, avez-vous compris à quoi sert votre traitement ?
☐ Oui ☐ Non

16) Vous a-t-il expliqué les possibles effets indésirables ? ☐ Oui ☐ Non

17) Vous demande-t-il si vous prenez bien votre traitement ?
☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Souvent

18) Vous sentez-vous à l'aise pour lui poser des questions concernant votre traitement (précision, gêne qu'il vous occasionne,...) ? ☐ Oui ☐ Non

19) Votre ordonnance vous semble-t-elle claire ?
☐ Oui ☐ Non ☐ Partiellement

20) Trouvez-vous que votre médecin vous écoute assez ? ☐ Oui ☐ Non

Quand un autre médecin vous prescrit un traitement concernant vos longues maladies :

21) Vous le prenez ☐ Oui ☐ Non

22) Vous attendez l'avis de votre médecin généraliste ? ☐ Oui ☐ Non

23) Vous le prenez plus sérieusement car c'est un spécialiste qui l'a prescrit ? ☐ Oui ☐ Non

24) Depuis combien de temps connaissez-vous votre médecin traitant ?
.....années

Merci de votre participation.

2) Questionnaire de Girerd

- Ce matin avez-vous oublié de prendre votre traitement ? oui / non
- Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicaments ? oui / non
- Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ? oui / non
- Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ? oui / non
- Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ? oui / non
- Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ? oui / non

Interprétation du score de Girerd : les réponses oui sont notés 1 point, puis sont additionnées : la somme des points correspond au score d'observance de Girerd :

- score de 0 : bonne observance
- score de 1 à 2 : problème mineur d'observance
- score 3 ou plus : non-observance

3) Echelle APMG

Voici une série de phrases sur les attitudes de votre médecin. Merci de cocher pour chacune des phrases suivantes la case, parmi les 10 proposées, qui correspond le mieux à ce que vous vivez, entre « jamais » et « toujours ». Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Chaque item est noté de 0 à 9 (0 : jamais ; 9 : toujours)

- 1 - mon médecin prend le temps de m'écouter
- 2 - mon médecin fait le nécessaire pour gagner ma confiance
- 3 - mon médecin m'explique à quoi sert le traitement
- 4 - mon médecin tient compte de mes préférences pour la prescription (cachets, gouttes, etc.)
- 5 - mon médecin me donne l'impression qu'il me jamais toujours respecte
- 6 - mon médecin m'informe sur les effets secondaires jamais toujours des médicaments
- 7 - mon médecin insiste sur les médicaments importants
- 8 - mon médecin parle avec moi des difficultés que j'ai à suivre le traitement
- 9 - mon médecin m'explique les choses avec des mots simples
- 10 - mon médecin me propose des nouveaux traitements
- 11 - mon médecin écrit lisiblement l'ordonnance
- 12 - mon médecin me laisse poser mes questions
- 13 - mon médecin me motive pour suivre mon traitement
- 14 - mon médecin me donne des conseils de prévention (alimentation, activité sportive, etc.)
- 15 - mon médecin me donne l'impression de connaître son métier

RESUME

Introduction : L'observance est un élément déterminant dans le suivi des maladies chroniques. L'objectif principal de l'étude était d'identifier et d'analyser les causes et les facteurs de mauvaise observance.

Matériel et méthodes : Un auto-questionnaire a été distribué dans deux cabinets médicaux, rempli par des patients ayant un traitement pour une ou plusieurs maladies chroniques. Les données recueillies concernaient le patient, ses connaissances du traitement, une évaluation de l'observance du traitement et de la relation médecin-malade ; et les causes de non prise de traitement par les patients.

Résultats : 208 patients ont été inclus : 131 en zone urbaine et 77 en zone rurale. Les femmes étaient majoritaires (62,5%). La médiane d'âge était de 59 ans. 76% des patients connaissaient leur traitement. 26% des patients étaient observants et 58% des patients présentaient une observance avec des problèmes mineurs. Les principales causes reconnues de non prise des traitements étaient l'oubli, l'absence du domicile et la lassitude. 48% des patients considéraient avoir une bonne relation médecin-patient. On notait des liens significatifs entre observance et : âge du patient, lieu d'habitation du patient, ancienneté du traitement, connaissance du traitement, nombre de médicaments, satisfaction du traitement, activité du patient, soutien des proches et qualité de la relation médecin-malade.

Discussion et conclusion : L'observance thérapeutique repose sur une relation médecin-patient optimale avec une communication adaptée par le médecin pour impliquer le patient dans sa maladie grâce à une information complète sur les indications des traitements et les pathologies concernées.

Mots clés : observance, maladie chronique, relation médecin-patient, médecine générale.

SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

