

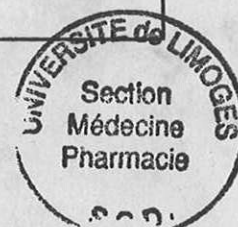
UNIVERSITE de LIMOGES  
Faculté de Médecine

ANNEE 1999



THESE N° 146/1

**A PROPOS DE L'OBSERVANCE THERAPEUTIQUE...  
ETUDE REALISEE AUPRES DE 149 PATIENTS  
DE MEDECINE GENERALE**



**THESE**

POUR LE

**DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

*présentée et soutenue publiquement le 29 Juin 1999*

par

**Pierre David DELAGE**

né le 29 août 1970 à Saint-Junien (Haute-Vienne)

**EXAMINATEURS de la THESE**

Monsieur le Professeur Philippe BERTIN .....	PRESIDENT
Monsieur le Docteur Jean-Louis MOULIN .....	JUGE
Monsieur le Professeur Claude PIVA .....	JUGE
Monsieur le Professeur Patrice VIROT .....	JUGE
Monsieur le Docteur Paul DUCHEZ .....	MEMBRE INVITE

UNIVERSITE DE LIMOGES  
FACULTE DE MEDECINE

---

DOYEN DE LA FACULTE:

Monsieur le Professeur PIVA Claude

ASSESEURS:Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude  
Monsieur le Professeur DENIS FrançoisPROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS:

\* C.S = Chef de Service

ADENIS Jean-Paul * (C.S)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Jean-Luc (C.S)	CHIRURGIE INFANTILE
ALDIGIER Jean-Claude	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise (C.S)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
BARTHE Dominique	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE CYTOGENETIQUE
BAUDET Jean (C.S)	CLINIQUE OBSTETRICALE ET GYNECOLOGIE
BEDANE Christophe	DERMATOLOGIE
BENSAID Julien (C.S)	CLINIQUE MEDICALE CARDIOLOGIQUE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BONNAUD François (C.S)	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie (C.S)	DERMATOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (C.S)	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
BOULESTEIX Jean (C.S)	PEDIATRIE
BOUTROS-TONI Fernand	BIostatistique ET Informatique MEDICALE
BRETON Jean-Christian	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
CATANZANO Gilbert	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CHRISTIDES Constantin	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre (C.S)	UROLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
CUBERTAFOND Pierre (C.S)	CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE
DARDE Marie-Laure (C.S)	PARASITOLOGIE
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S)	PEDIATRIE
DENIS François (C.S)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DESCOTTES Bernard (C.S)	ANATOMIE
DUDOGNON Pierre (C.S)	REEDUCATION FONCTIONNELLE
DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE
DUMAS Michel (C.S)	NEUROLOGIE
DUMONT Daniel	MEDECINE DU TRAVAIL
DUPUY Jean-Paul (C.S)	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
FEISS Pierre (C.S)	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
GAINANT Alain	CHIRURGIE DIGESTIVE
GAROUX Roger (C.S)	PEDOPSYCHIATRIE
GASTINNE Hervé (C.S)	REANIMATION MEDICALE
GAY Roger	REANIMATION MEDICALE
HUGON Jacques (C.S)	HISTOLOGIE-EMBRYOLOGIE-CYTOGENETIQUE
LABROUSSE Claude	REEDUCATION FONCTIONNELLE
LABROUSSE François (C.S)	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
LASKAR Marc (C.S)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LAUBIE Bernard (C.S)	ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES
LEGER Jean-Marie (C.S)	PSYCHIATRIE D'ADULTES
LEROUX-ROBERT Claude (C.S)	NEPHROLOGIE
MABIT Christian	ANATOMIE-CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MENIER Robert (C.S)	PHYSIOLOGIE
MERLE Louis	PHARMACOLOGIE
MOREAU Jean-Jacques (C.S)	NEUROCHIRURGIE
MOULIES Dominique	CHIRURGIE INFANTILE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
PECOUT Claude (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE

PERDRISOT Rémy	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
PILLEGAND Bernard (C.S)	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
PIVA Claude (C.S)	MEDECINE LEGALE
PRALORAN Vincent (C.S)	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
RAVON Robert (C.S)	NEUROCHIRURGIE
RIGAUD Michel (C.S)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
ROUSSEAU Jacques (C.S)	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION
SAUTEREAU Denis	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
SAUVAGE Jean-Pierre (C.S)	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
TABASTE Jean-Louis	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
TREVES Richard (C.S)	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S)	CANCEROLOGIE
VALLAT Jean-Michel	NEUROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VANDROUX Jean-Claude (C.S)	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE-ECONOMIE DE LA SANTE-PREVENTION
VIDAL Elisabeth (C.S)	MEDECINE INTERNE
VIGNON Philippe	REANIMATION MEDICALE
VIROT Patrice (C.S)	CARDIOLOGIE
WEINBRECK Pierre (C.S)	MALADIES INFECTIEUSES

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

BUCHON Daniel

3ème CYCLE DE MEDECINE GENERALE

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

POMMARET Maryse

**A Monsieur le Professeur Philippe BERTIN**

Docteur en Médecine

Docteur es Sciences

Rhumatologue des Hôpitaux

*Je vous remercie d'avoir accepté la présidence de ma thèse ; trouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance et mon plus grand respect.*

**A Monsieur le Professeur Claude PIVA**

Médecine Légale  
Médecin des Hôpitaux  
Chef de Service  
Doyen de la Faculté de Médecine

*Je vous remercie d'avoir bien voulu vous intéresser à mon travail et d'avoir accepté de participer à mon jury.*

**A Monsieur le Professeur Patrice VIROT**

Cardiologie  
Médecin des Hôpitaux

*Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de participer au jury de ma thèse.*

**A Monsieur le Docteur MOULIN**

Médecin Généraliste

*Je vous remercie de me faire l'honneur de participer  
au jury de ma thèse.*

**A Monsieur Paul DUCHEZ**

Médecin Généraliste

*Qui a bien voulu me faire l'honneur d'accepter d'être  
le rapporteur de cette thèse et m'a guidé tout au long  
de sa réalisation.*

*Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de ma  
reconnaissance.*

**A Monsieur le Docteur Christian DELPEYROUX**

Médecin généraliste

*Je vous remercie de la grande disponibilité que vous avez toujours manifestée à mon égard et de vos précieux conseils.*

**A Madame le Docteur Marie Hélène HERBACH**

**A Monsieur le Docteur Bertrand HERVY**

*Je vous remercie de votre accueil lors du stage chez le praticien.*

**A mes parents et mes grands-parents** qui ont toujours cru en moi, et m'ont soutenu tout au long de ces longues études.

**A ma Famille et Belle-Famille**

**A mon Beau-père** sans qui je n'aurais pas pu présenter ma thèse aussi rapidement.



Je dédie ma thèse

A **ma femme** qui me donne la force et la joie de vivre tous  
les jours et pour l'éternité

Au **petit Louis** à venir.

# PLAN

## INTRODUCTION

**1 - METHODE DE TRAVAIL**

**2 - RESULTATS DE L'ETUDE**

**3 - DISCUSSION**

## CONCLUSION

# INTRODUCTION

Une nuit de garde à l'hôpital de Guéret, je me suis trouvé face à un patient atteint d'une poussée hypertensive (tension artérielle supérieure à 200 mmHg) ; son traitement habituel comportait des antihypertenseurs. En allant plus loin dans l'interrogatoire, le patient m'a avoué qu'il ne prenait son traitement que les jours ouvrables de la semaine, de plus, il revenait d'un mariage pendant lequel il n'avait pas pris son traitement habituel. Je me suis donc posé les questions suivantes :

*Combien y a-t-il de patients non observants en médecine générale ?*

*Est-il possible de mettre en évidence des facteurs influençant la non observance ?*

*Y a-t-il des classes de médicaments moins bien prises les unes que les autres ?*

A travers le stage chez le praticien, je me suis rendu compte qu'un des problèmes majeurs rencontré dans la pratique du généraliste était la bonne prise par le malade des médicaments prescrits et j'ai eu envie d'effleurer ce vaste domaine.

Le but de cette thèse est d'essayer de repérer au sein du contexte clinique et psychosocial des patients traités en médecine générale, des caractéristiques liées à la non observance, et par conséquent, susceptibles d'être prises en compte préventivement par les médecins généralistes.

Pour réaliser cet objectif, il était nécessaire de bien définir ce qu'est l'observance thérapeutique.

L'observance thérapeutique est un fait relativement nouveau en médecine puisqu'il faut attendre 1968 pour que DAVIS M.S. [13] dans « *variation in patient's compliance with doctor advice* » jette les bases de l'étude des facteurs influençant la compliance.

Plusieurs définitions ont été proposées par différents auteurs:

\* En 1977, Mac DEVITT [26] définit l'observance comme l'adhésion du malade à son traitement ou la coopération malade-médecin dans l'application du traitement.

\* En 1988, E. ARDILLY [2] dans sa thèse note que l'adhésion à un traitement est le reflet de la qualité de la confiance réciproque qui existe entre le malade et son médecin.

\* Dictionnaire des termes de médecine [16] : observance thérapeutique (en anglais : « patient compliance »), respect des prescriptions médicales par les patients. Le mot anglais « compliance » est utilisé en français par abus de langage et correspond donc à un synonyme du mot observance.

L'observance des traitements se définit aussi par le degré de concordance entre le comportement d'un malade et la prescription qui a été faite [18].

Une fois les définitions admises, il devenait capital d'essayer de savoir pour quelles raisons les patients sont-ils non ou mal observants ?

Pour répondre, nous avons décidé de construire un questionnaire englobant des renseignements sur le mode de vie des patients et sur le traitement antérieurement prescrit, ainsi que sur la cause d'une éventuelle non observance.

La difficulté est de trouver une méthodologie fiable dans un contexte représenté par un cabinet médical de médecine générale où la plupart des patients a une relation privilégiée avec leur médecin traitant.

Le questionnaire était proposé aux malades en présence du maître de stage et rempli par mes soins en fin de consultation.

Ensuite, nous avons traité les données à l'aide d'un logiciel de statistique afin de pouvoir exploiter et confronter nos résultats à la littérature.

# METHODE DE TRAVAIL

## I - DEFINITION DE LA METHODE DE TRAVAIL

### 1 - Le questionnaire

#### a - Choix de la méthode

Il nous fallait une méthode de mesure adaptée à la médecine générale afin de ne pas contrarier le bon déroulement de la consultation.

Parmi toutes les possibilités déjà évaluées et existantes, nous avons répertorié :

- \* Le pilulier électronique : méthode intéressante mais coûteuse et basée sur le fait que les patients sont au courant que l'on veut réaliser une étude et peuvent donc modifier leur comportement.
- \* Les dosages biologiques : méthode invasive car nécessitant de réaliser diverses analyses. De plus, cette méthode n'est possible que sur certains médicaments.
- \* L'intervalle de temps entre les consultations par rapport à la durée du traitement prescrit normalement : ce n'est adaptable qu'à des renouvellements de traitement.
- \* Mesure clinique de l'effet pharmacologique du traitement : cette méthode n'est accessible qu'à des maladies facilement évaluables (ex : mesure d'une hypertension artérielle).
- \* Interrogatoire de l'entourage : ici le problème posé est celui du respect du secret professionnel.
- \* Compter les comprimés restant dans la boîte en fin de traitement.
- \* Inspection des pharmacies familiales : refus de certains patients et éviction des malades n'ayant pas acheté de médicaments.

Toutes ces méthodes ont leurs avantages et leurs inconvénients, ainsi l'interrogatoire en début de consultation sans avouer au patient la finalité des questions nous a paru un choix intéressant suivi en fin de consultation du remplissage du questionnaire (sachant que l'observance est probablement surestimée car certains patients n'avouent pas au médecin la vérité).

Notre choix a été confirmé par plusieurs travaux :

⇒ La thèse de KALIS [20], elle a directement posé des questions aux médecins et voici les résultats qu'elle a obtenu :

*Quel élément vous dévoile le plus souvent la mauvaise observance de vos patients ?*

En première réponse donnée : la recherche systématique par l'entretien et l'examen clinique, car le praticien, dit-elle, place le patient et la relation médecin-patient au centre du problème de l'observance et il tente de résoudre ces questions en privilégiant l'utilisation de l'outil le plus simple à sa disposition : l'entretien et l'examen clinique.

De plus, pour 48 % des médecins interrogés, la notion d'observance est intégrée au déroulement de la consultation.

Dans cette même thèse, à la question :

*Quelle est d'après vous la (les) méthode(s) la (les) plus fiable(s) à l'heure actuelle permettant d'évaluer l'observance ?*

Sur 177 réponses de médecins, 65 pensent que l'interrogatoire du patient est la meilleure méthode contre 26 au comptage des comprimés, 26 aux dosages biologiques, 41 pour l'intervalle de temps séparant les consultations et 19 sont pour l'interrogatoire de l'entourage.

On peut donc penser que la méthode la plus naturelle à propos de l'observance ne bouleversant pas la relation malade-médecin est bien l'interrogatoire, confortée par une autre question qui était :

*Dans votre pratique, privilégiez-vous :*

comptage des médicaments .....	3
dosages biologiques .....	4
interrogatoire de l'entourage.....	27
interrogatoire du patient.....	78
intervalle de temps séparant les consultations.....	38
aucune.....	6

La question n°13 de cette même thèse était *quel élément vous dévoile le plus souvent la mauvaise observance de vos patients* (une seule réponse) :

date des consultations antérieures..... 14 % des médecins



échec thérapeutique.....	20 %
aveu spontané du patient .....	12 %
hasard .....	0 %
entourage du patient.....	0 %
recherche systématique par l'entretien et l'examen.....	48 %
autre.....	0 %

⇒ Lorsqu'on se réfère à la thèse d'Hélène ANTOINE [1], à la question posée à des médecins généralistes : *Quels sont les moyens pour connaître l'observance ?*

24 % répondent l'interrogatoire, 21,5 % par l'inspection des armoires à pharmacie en visite.

⇒ Ainsi, le Professeur J. Pierre BADER [3] s'est appliqué à mettre au point les méthodes les plus fiables pour évaluer l'observance mais il conclut qu'aucune méthode n'est parfaite.

Forts de tous les résultats de ces différentes enquêtes révélant bien que la méthodologie la plus souvent citée était l'interrogatoire, suivi de l'examen clinique, nous avons mis au point un questionnaire servant de support à notre interrogatoire et notre examen clinique afin de tenter de prévoir les causes de non observance.

Nous avons retransmis :

- l'âge, le sexe
- la profession
- le statut matrimonial
- le lieu d'habitation : ville 1 : de plus de 100 000 habitants  
ville 2 : entre 10 000 et 100 000 habitants  
ville 3 : entre 100 et 10 000 habitants  
ville 4 : maison isolée
- l'activité professionnelle
- le régime de sécurité sociale
- le mode de vie

- le passé médical : antécédents
- le traitement aigu ou chronique
- le renouvellement ou pas d'un traitement
- le nombre de médicaments
- la posologie
- le nombre de prises par jour
- le rythme de prises par jour
- la durée du traitement.
- la bonne ou mauvaise prise du traitement anciennement prescrit afin d'établir une étude rétrospective et éventuellement la cause de la non observance.

## **2 - Définition de la population étudiée**

Nous avons interrogé la clientèle de mes trois maîtres de stage :

⇒ Le Docteur Paul DUCHEZ, exerce à St Paul (Haute-Vienne) : région classée comme semi-rurale.

⇒ Le Docteur Marie-Hélène HERBACH exerce à St Jouvent (Haute-Vienne) : région classée rurale.

⇒ Le Docteur Bertrand HERVY exerce à Limoges (Haute-Vienne) : zone urbaine.

Nous avons complété 149 questionnaires correspondants à 149 patients interrogés.

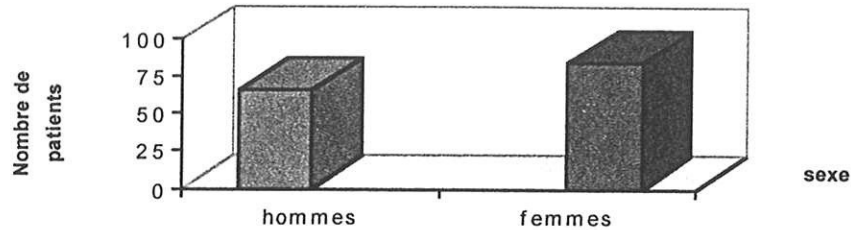
La répartition a été de :

- 59 patients interrogés chez le Dr HERVY
- 47 patients chez le Dr DUCHEZ
- 36 patients chez le Dr HERBACH
- 7 patients ont été interrogés lors des remplacements de mes trois maîtres de stage (correspondant à une journée de consultation par cabinet).

### A - Répartition de la population de notre enquête

#### a - En fonction du sexe

On dénombre 65 hommes et 84 femmes.



#### b - En fonction de l'âge

Le patient le plus âgé a 96 ans et le plus jeune a 9 mois.

L'écart type est de 20,86

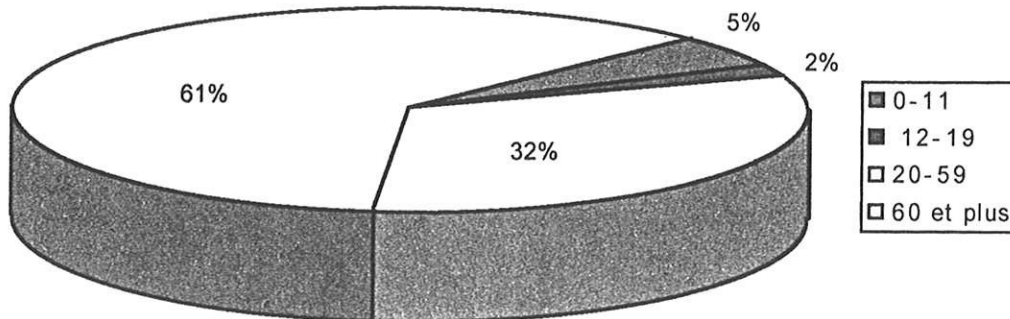
La médiane se trouve à 65 ans, ce qui signifie que la moitié des patients a moins de 65 ans et l'autre moitié plus de 65 ans.

La moyenne d'âge de la population interrogée est de 60 ans.

La moyenne d'âge chez les hommes est de 62 ans. L'homme interrogé le plus âgé a 96 ans, le plus jeune a 9 mois (nous avons interrogé les parents du petit garçon).

Chez les femmes, la moyenne d'âge est de 59 ans avec un maximum à 90,5 et un minimum à 5,4 ans.

Dans notre étude, nous avons 7 % de jeunes gens inférieurs à 20 ans, 32 % de consultants entre 20 et 59 ans et 61 % qui ont plus de 60 ans.



*Répartition de la population interrogée en fonction de la tranche d'âge*

### B - La population du Limousin en 1990 (INSEE) [36, 37]

D'après l'INSEE, étude de 1990, les personnes âgées de plus de 60 ans représentent 28,4 % de la population en Limousin.

Les personnes de 40 à 59 ans représentent 23,5 % de la population, les adultes jeunes - 20 à 39 ans - 26,7 % et les jeunes gens - d'âge inférieur à 20 ans - 21,4 %.

En Limousin, les personnes âgées sont plus fortement représentées que dans d'autres régions, 28,4 % contre 19,9 % dans le reste de la France.

### C - Les données de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Limoges

La clientèle des médecins généralistes en Limousin est répartie en 19 % de consultants inférieurs à 16 ans, 54 % entre 16 et 59 ans et 27 % pour les 60 ans et plus.

Données fournies par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Limoges en 1998.

### D - Comparaison entre notre enquête et les statistiques de la Caisse Primaire

Elle montre que nous avons une population de jeunes gens inférieurs à 20 ans et de gens entre 20 et 59 ans plus faible que la moyenne des consultants vus par les médecins généralistes en Limousin pendant la période de recueil des données.

Par contre, les trois médecins ont une clientèle de personnes âgées supérieure à 60 ans bien au-delà de la moyenne du Limousin.

## 3 - Période de remplissage des questionnaires

J'ai rempli les questionnaires lors de mon stage chez le praticien de septembre 1998 à fin octobre 1998.

#### **4 - Déroulement du remplissage du questionnaire**

Afin de créer le moins de biais possibles nous avons décidé de créer un protocole comportant différentes étapes :

1. Dans les trois cabinets étaient en présence : le médecin titulaire, le patient et moi-même, médecin stagiaire, assis à côté du maître de stage.
2. Les patients étaient introduits dans la salle d'examen.
3. Après m'avoir présenté au patient, les médecins procédaient à l'interrogatoire dans lequel était demandé si le traitement prescrit précédemment avait été bien pris, sans leur avouer en premier lieu que l'on faisait une étude.
4. Puis l'examen clinique du patient comportait le plus souvent un nouvel interrogatoire afin de faire préciser les données recueillies.
5. Lors de la rédaction de l'ordonnance, j'intervenais en remplissant le questionnaire et en précisant au patient que j'élaborais une thèse sur l'observance thérapeutique en médecine générale.
6. Grâce aux dossiers des maîtres de stage, je pouvais comparer les dires du patient en fonction de leur traitement prescrit antérieurement et noté sur les « fiches patients ».

#### **5 - Description de la base de données informatiques**

Nous avons bénéficié de la compétence du Docteur DELPEYROUX, médecin généraliste, pour élaborer le programme permettant de saisir les données des 149 questionnaires.

Nous avons utilisé un logiciel de statistique : PARADOX et un logiciel de calcul du  $\text{Khi}^2$  : épi info : CDC ATLANTA.

Le test du  $\text{Khi}^2$  est un test servant à comparer deux pourcentages de deux échantillons différents afin de savoir s'il existe ou non une différence significative pour un certain degré de liberté.

$$\text{Formule du } \chi^2 : \sum_{ij} \frac{(O_{ij} - C_{ij})^2}{C_{ij}}$$

$$C_{ij} = \frac{n_i m_j}{n}$$

	E 1	E 2	
M +	a	b	n <sub>i</sub>
M -	c	d	n <sub>i</sub>
	m <sub>j</sub>	m <sub>j</sub>	n

Le premier travail a consisté à enregistrer les informations dans la base de données puis nous avons procédé à de nombreuses relectures afin de gommer les erreurs de saisies.

## 6 - Codification des données

- Le nom et le prénom ont été retransmis en ne conservant que les initiales afin de préserver l'anonymat
- De la date de naissance a été déduit l'âge des patients, nous les avons classé arbitrairement par tranches d'âge (tranches d'âges équivalentes à celles de l'INSEE)
  - 0 - 11 ans : écart choisi car ceci correspond aux enfants pris en charge par leurs parents
  - 12 - 19 ans : tranche d'âge correspondant à l'adolescence
  - 20 - 59 ans : population de gens susceptible d'avoir une activité professionnelle
  - 60 ans et plus : correspondant aux gens à la retraite.

- Nous avons regroupé certaines professions entre elles afin d'avoir des échantillons de malades plus importants à l'intérieur de chaque catégorie socio-professionnelle [Cf annexe 1].
- Nous avons regroupé également le lieu d'habitation :
  - La ville 1, supérieure à 100 000 habitants et la ville 2 entre 10 000 et 100 000 habitants ont été regroupées car il existait un échantillon trop faible dans la ville 2
  - Ville 3 entre 100 et 10 000 habitants et ville 4, maisons isolées, ont aussi été regroupées car l'échantillon était trop faible dans la ville 4.
- Par la suite, le statut matrimonial a été codifié : il a été divisé en 4, les célibataires, les couples, les gens divorcés et les gens veufs.
- Le mode de vie correspondant à la vie en famille ou seul.
- L'activité professionnelle est séparée en retraite, chômeur, en arrêt de travail ou travailleur .
- Le système d'assurance est divisé en ALD, carte santé, régime normal.
- Le diagnostic du jour, s'il y en avait un, est retransmis
- L'existence ou non de renouvellement d'ordonnance est notée.
- La présence ou non d'antécédents sans ordre de valeur est mentionnée puis nous avons classé ces antécédents en :
  - antécédents graves pouvant entraîner la mort dans les 5 ans à venir, nous y avons inclus :
    - l'arythmie complète par fibrillation auriculaire
    - la néoplasie du colon
    - l'angor instable
    - la néoplasie du sein évoluée
    - les troubles du rythme
    - l'embolie pulmonaire
    - l'insuffisance rénale au stade terminal
    - l'accident vasculaire cérébral

- la néoplasie de prostate
- la néoplasie laryngée évolutive
- la néoplasie pulmonaire
- les phlébites
- l'exogénose chronique évoluée
- la fibrose rétropéritonéale en évolution
- l'anévrisme de l'aorte

- maladie invalidante : modifiant le mode de vie habituel, handicap pour la vie de tous les jours :

- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| - luxation congénitale de hanche            | - arthrose                        |
| - insuffisance thyroïdienne                 | - reflux gastro-eosophagien       |
| - vertiges                                  | - polyarthrite rhumatoïde         |
| - artériopathie des membres inférieurs      | - insuffisance veineuse           |
| - rhumatisme articulaire aigu               | - lombalgie                       |
| - bronchopneumopathie chronique obstructive | - hernie hiatale                  |
| - migraine                                  | - asthme                          |
| - adénome de prostate                       | - colopathie fonctionnelle        |
| - ulcère de l'estomac                       | - clonies                         |
| - allergies                                 | - aphtes récidivants              |
| - onychomyose                               | - sarcoïdose                      |
| - insuffisance surrénalienne                | - désorientation temporo-spatiale |
| - mal de Pott                               | - crises convulsives              |
| - prothèses valvulaires                     | - polynévrites                    |
| - sinusite chronique                        | - sciatique                       |
| - tendinite récidivante du genou            | - glaucome                        |
| - otospongiose                              | - hémorroïdes                     |
| - hernie inguinale                          | - prothèse de hanche bilatérale   |
| - sécheresse vaginale                       | - colique néphrétique récidivante |
| - herpès oculaire                           | - cataracte                       |
| - dysphagie                                 |                                   |



- Maladie fonctionnelle : maladie ayant une connotation psychosomatique :
  - reflux gastro-oesophagien
  - migraine
  - colopathie fonctionnelle
  - douleurs diffuses
  - insuffisances veineuses
- Antécédents psychiatriques comprenant :
  - syndrome dépressif
  - anxiété
- Antécédents d'hypertension artérielle
- Antécédents de troubles métaboliques comprenant :
  - diabète insulino-dépendant
  - hypercholestérolémie
  - diabète non insulino-dépendant
  - goutte
  - hypertriglycémies.

Le traitement est entièrement retranscrit sur le questionnaire en séparant les traitements aigus, c'est-à-dire les nouveaux traitements, et les traitements chroniques, c'est-à-dire les traitements habituellement prescrits.

Nous avons arbitrairement divisé les médicaments prescrits en différentes classes :

- les antalgiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens, myorelaxants
- les anti-allergiques
- les antidiabétiques oraux comprenant les sulfamides, les biguanides et apparentés
- les anti-épileptiques
- les anticancéreux
- les antibiotiques, antimycotiques, antiseptiques

- les médicaments à visée cardiovasculaire comprenant les anti-arythmiques, les anti-hypertenseurs, anticoagulants, anti-agrégants, anti-angoreux
- les collyres, anti-allergiques, antiglaucomateux, pour la cataracte
- les médicaments à visée hépato-gastro-entérologique
- les hormones de substitution
- les hypoglycémiant
- les oestroprogestatifs
- les médicaments agissant sur l'adénome de prostate
- les médicaments à visée préventive comprenant la vitaminothérapie, les anti-agrégants plaquettaires, les médicaments luttant contre l'arthrose, les antipaludéens de synthèse
- les médicaments à visée psychotique
- les sprays bronchiques
- les traitements hormonaux substitutifs de la ménopause
- les médicaments vaso-actifs
- certains médicaments ont été classés « autres » car trop peu prescrits pour constituer une classe avec un effectif suffisant.

Par la suite, nous avons demandé aux patients s'ils avaient pris tous les médicaments qui leur avaient été prescrits afin d'apprécier l'observance : sur notre questionnaire ceci était représenté par « observance complète » si tous les médicaments avaient été bien pris, tant sur le plan de la posologie mais aussi sur la durée, étant entendu que si un médicament ou une posologie ou une durée n'était pas respecté alors ces patients faisaient indistinctement partie des mauvais observants, correspondant donc sur le questionnaire à « une mauvaise observance ».

Nous avons recueilli ensuite les causes de non observance comme « l'oubli », « les effets secondaires », « la guérison », « la contenance des boîtes », « les repas hors domicile ». Parfois les gens n'exprimaient pas d'explication.

L'oubli pouvait correspondre à un médicament ou à un comprimé.

Les effets secondaires ont été décrits par le patient puis leur validité a été vérifiée dans le Vidal.

La guérison pouvait aussi être une des causes de non observance.

Le problème que constitue le nombre de comprimés par boîte a été posé ; sur une ordonnance contenant plusieurs médicaments, certains sont conditionnés dans les boîtes par 10, 20, 28 ou 30 ; si bien que le malade n'est pas obligé de prendre rendez-vous à la même date pour ses médicaments tous les mois ou tous les deux mois.

Une des causes retrouvée dans la littérature était le repas hors domicile, que nous avons inclu dans notre questionnaire.

Parfois aucune explication n'était mise en évidence.

RESULTATS  
DE L'ÉTUDE

**Question 1**

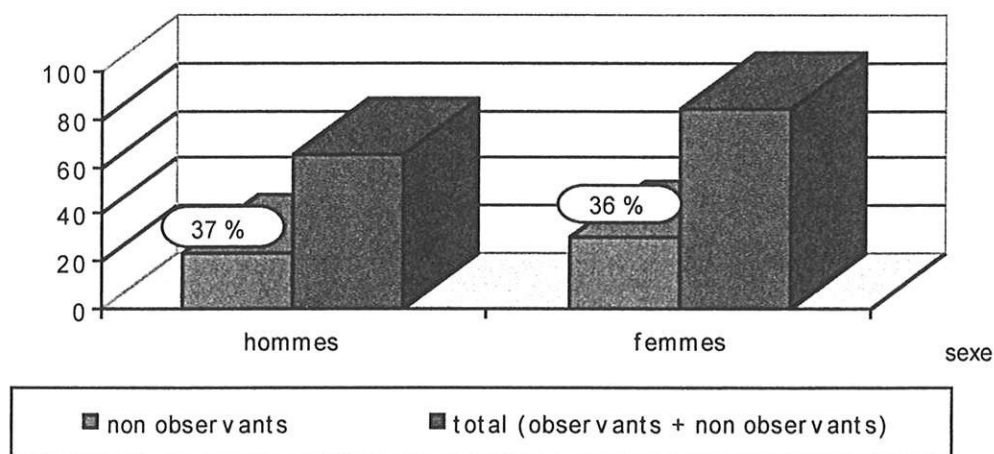
*Y a-t-il une différence d'observance entre les hommes et les femmes ?*

sexes	nombre de patients	nombre de non observants	pourcentage de non observants
féminin	84	30	36
masculin	65	24	37

La population de notre étude comporte 84 femmes et 65 hommes.

Sur les 84 femmes, 30 n'observent pas bien leur traitement, ce qui correspond à 36 % de mauvaise observance.

Pour les hommes, parmi les 65, 24 n'observent pas leur traitement ce qui correspond à 37 % de mauvaise observance.



*Répartition observants / non observants en fonction du sexe*

↳ Comparons les pourcentages de non observance en fonction du sexe :

Ceci s'effectue à l'aide du  $\text{Khi}^2$ , le test du  $\text{Khi}^2$  est égal à 0,2, cette valeur est inférieure à 3,84 qui est la valeur seuil d'un  $\text{X}^2$  avec un degré de liberté de 1.

**Conclusion** : il n'existe pas de différence significative entre la non observance des femmes et celle des hommes.

## Question 2

Y a-t-il une différence d'observance entre les différentes tranches d'âges ?

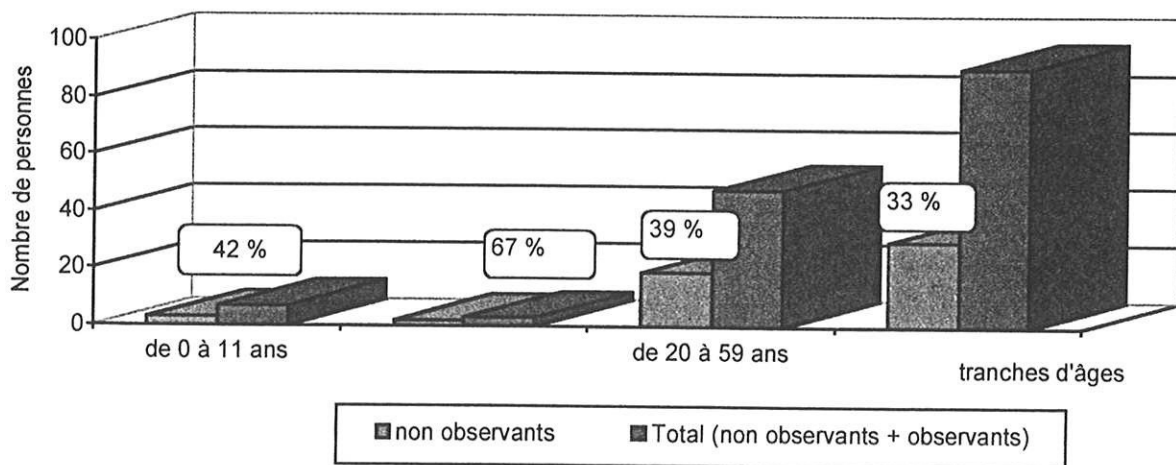
tranches d'âges	nombre de patients	nombre de non observants	pourcentage de non observants
0-11	7	3	42
12 -19	3	2	67
20-59	48	19	39
60 et plus	91	30	33

Nous avons 7 enfants de 0 à 11 ans, 3 n'observent pas bien leur traitement, ceci correspond à un pourcentage de 42 % de mauvaise observance.

Dans la tranche d'âge 12 -19 ans, donc des adolescents, nous avons 3 patients dont 2 qui ne prenaient pas leur traitement, ceci correspondant à 67 % de mauvaise observance.

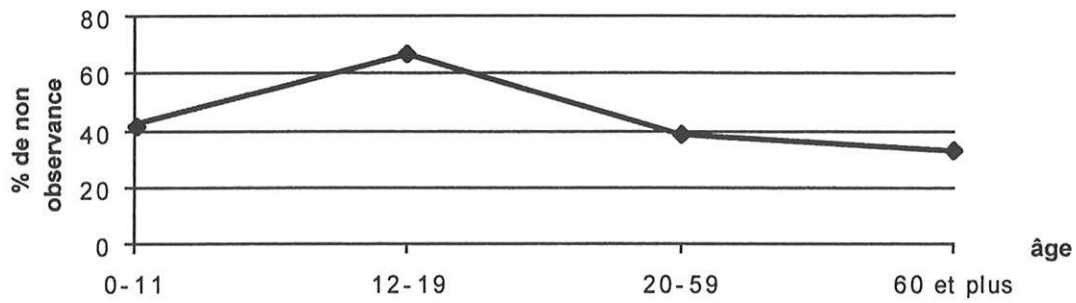
Dans la tranche d'âge 20 - 59 ans, se confondant aux patients d'âge mûr et en activité professionnelle, sur 48 patients interrogés, 19 ne prenaient pas bien leur traitement, ceci correspondant à 39 % de mauvaise observance.

Dans la tranche d'âge la plus représentée de l'étude, 60 et plus, sur 91 patients, 30 n'observent pas bien leur traitement, ceci correspondant à 33 % de mauvaise observance.



*Répartition observants / non observants en fonction de la tranche d'âge*

Nous nous apercevons que les adolescents sont les moins observants, suivis des enfants, puis des patients d'âge mûr et enfin les personnes âgées.



Les deux premières tranches d'âge ne peuvent être réellement prises en compte car l'effectif de l'échantillon est trop faible.

La comparaison entre les deux tranches d'âges, 20-59 et 60 et plus, nous donne un  $\text{Khi}^2$  égal à 0,6, cette valeur est inférieure à 3,84 qui la valeur seuil d'un  $\text{Khi}^2$  avec un degré de liberté de 1.

**Conclusion** : il n'existe pas de différence significative entre la non observance des patients d'âge mûr et les personnes âgées.

**Question 3**

*Y a-t-il une différence d'observance entre les différentes classes professionnelles ?*

Code professionnel	nombre de patients	nombre de non observants	pourcentage de non observants
agriculteurs, exploitants	22	8	36
artisans, commerçants	9	2	22
cadres	10	4	40
cadres supérieurs	2	1	50
employés, ouvriers	62	22	35
scolaires	7	3	42
enseignants	8	5	62,5
étudiants	2	1	50
inconnu	10	2	20
sans profession	15	6	40
militaire	2	0	0

La classe professionnelle la plus représentée est la classe employés-ouvriers, où nous avons 62 patients dont 22 non observants soit 35 % de mauvaise observance, c'est-à-dire le pourcentage équivalent au chiffre de l'observance globale de notre étude.

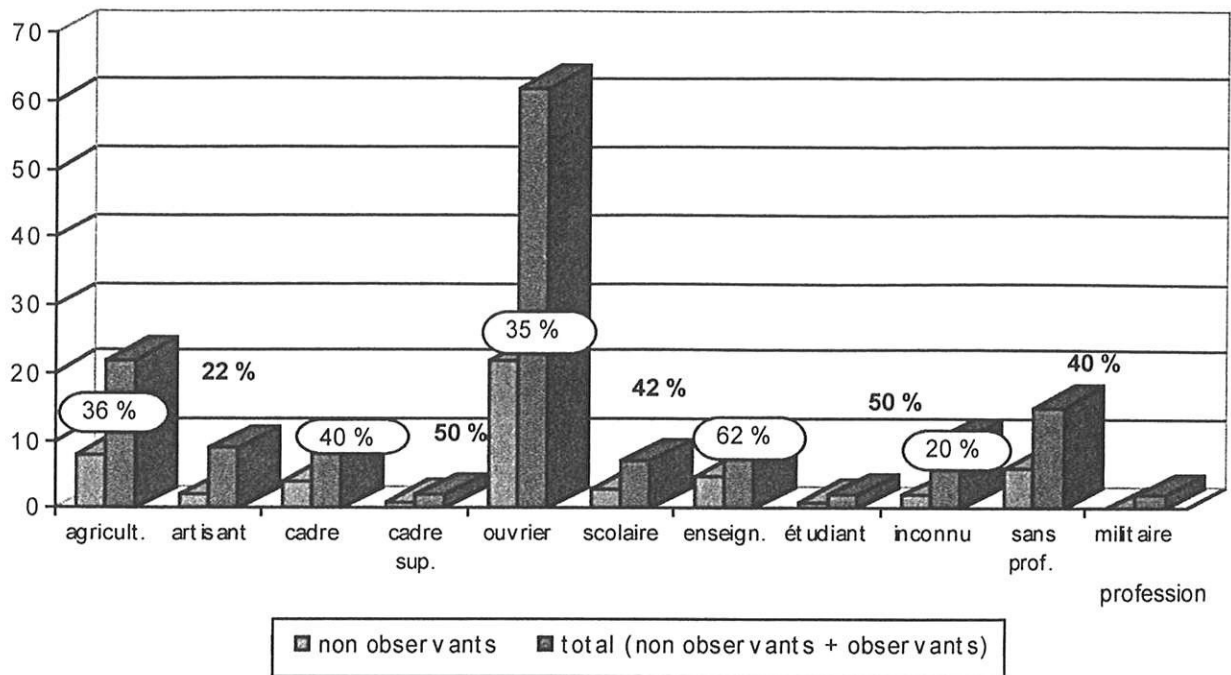
↳ 22 patients sont agriculteurs et 8 n'observent pas bien leur traitement soit, 36 % de mauvaise observance

↳ 15 patients sont sans profession et 6 n'observent pas bien leur traitement soit 40 % de non observance, le même pourcentage est retrouvé chez les cadres où on avait 10 cadres et 4 qui ne prenaient pas bien leur traitement.

↳ 8 patients sont enseignants et 5 sont mal observants ceci correspondant au taux de mauvaise observance le plus élevé, soit 62,5 % de mauvaise observance.

↳ L'échantillon des cadres supérieurs, des étudiants et des militaires est trop faible pour être pris en compte.





*Répartition observants / non observants en fonction de la profession*

**Question 4**

*Y a-t-il une différence d'observance entre les grandes villes (> 100 000 habitants), les villes moyennes (entre 10 000 et 100 000 habitants), les villages (entre 100 et 10 000 habitants) et les habitations isolées ?*

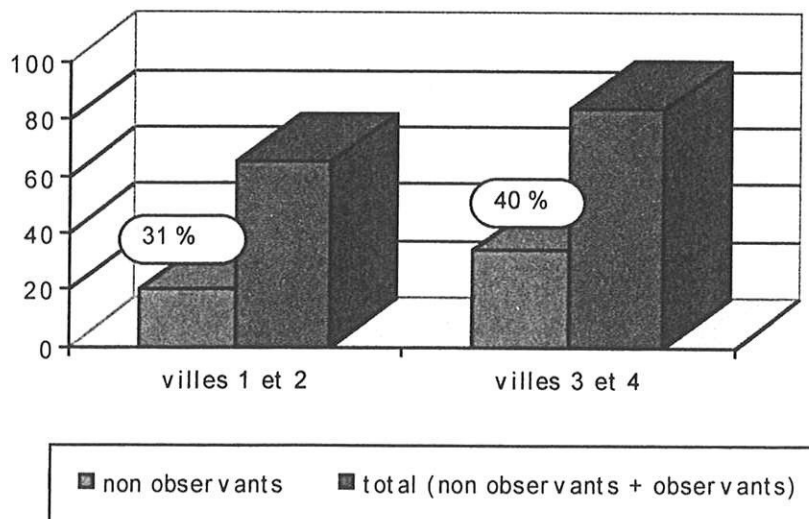
Ville	nombre de patients	nombre d'observants	pourcentage
1	60	17	30,75
2	5	3	
3	73	32	40
4	11	2	

Les villes 2 et 4 ont un effectif de patients trop faible pour être significatif.

Les patients vivant dans les villes supérieures à 10 000 sont 65 dont 20 mauvais observants correspondant à 31 % de mauvaise observance.

Pour les 84 patients vivant dans une ville inférieure à 10 000 habitants, 34 sont mauvais observants correspondant à 40 % de mauvaise observance.

Autrement dit, les gens observeraient moins bien leur traitement à la campagne qu'à la ville.



*Répartition observants / non observants en fonction du lieu d'habitation*

La comparaison entre les villes 1 et 2 et les villes 3 et 4, nous donne un  $\text{Khi}^2$  égal à 1,49, cette valeur est inférieure à 3,84 qui est la valeur seuil d'un  $\text{Khi}^2$  avec un degré de liberté de 1.

**Conclusion** : il n'existe pas de différence significative entre la non observance des patients habitant à la campagne et ceux habitant en ville.

**Question 5**

*Y a-t-il une différence d'observance par rapport à la situation familiale des patients ?*

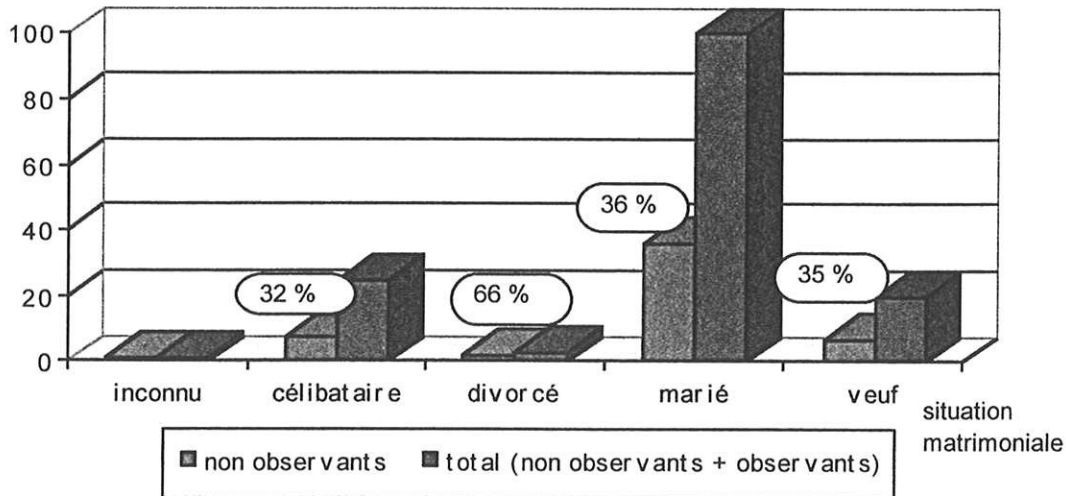
	nombre de patients	nombre de non observants	pourcentage de non observants
célibataire	25	8	32
divorcé	3	2	66
marié	100	36	36
veuf	20	7	35
inconnu	1		

↳ La situation familiale la plus représentée est la situation de couple. Sur 100 patients mariés, 36 sont non observants correspondant à 36 % de mauvaise observance, pourcentage équivalent à celui de la non observance en général.

↳ 25 patients sont célibataires et 8 ne prennent pas bien leur traitement correspondant à 32 % de mauvaise observance.

↳ 20 patients sont veufs et 7 non observants correspondant à 35 % de mauvaise observance.

↳ 3 patients sont divorcés et 2 sont non observants ce qui correspond à 66 % de mauvaise observance mais l'échantillon est trop faible pour être significatif.



*Répartition observants / non observants en fonction de la situation matrimoniale*

La comparaison des 4 pourcentages par le test du  $\chi^2$  est égal à 1,41, cette valeur est inférieure à la valeur seuil de 7,81 pour un degré de liberté de 3.

**Conclusion** : Il n'existe pas de différence significative.

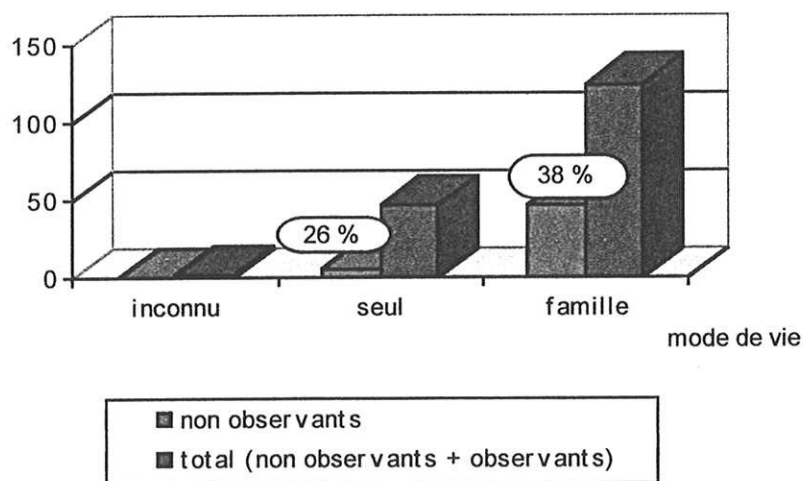
**Question 6**

*Y a-t-il une différence d'observance en fonction du mode de vie ?*

mode de vie	nombre de patients	nombre de non observants	pourcentage de non observants
en famille	125	47	38
seul	23	6	26
inconnu	1		

↳ Les patients vivant en famille sont 125 dont 47 ne prennent pas bien leur traitement, ceci correspond à 38 % de mauvaise observance.

↳ Les patients vivant seuls sont 23, dont 6 ne prennent pas bien leur traitement, correspondant à 26 % de mauvaise observance, ce qui est inférieur à la non observance globale.



*observants / non observants en fonction du mode de vie*

La comparaison des deux pourcentages par le test du  $\text{Khi}^2$  est égal à 1,12, cette valeur est inférieure à la valeur seuil de 3,84 pour un degré de liberté de 1.

**Conclusion** : il n'existe pas de différence significative concernant la non observance en fonction du mode de vie.

**Question 7**

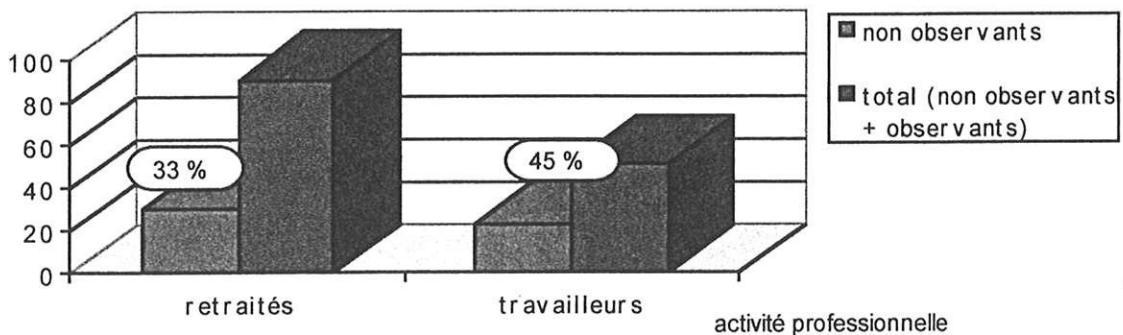
Y a-t-il une différence d'observance entre les retraités, les gens qui travaillent, les gens en arrêt de travail, les chômeurs ?

	nombre de patients	nombre de non observants	pourcentage de non observants
Retraite	91	30	33
Travail	51	23	45
Arrêt de travail	1	0	
Chômeur	1	0	
Inconnu	5		

↳ Les chômeurs et les gens bénéficiant d'un arrêt de travail ne peuvent être pris en compte car l'échantillon est trop faible.

↳ Par contre, parmi les 91 retraités, 30 ne prennent pas bien leur traitement, correspondant à 33 % de non observance.

↳ Parmi les 51 personnes qui travaillent, 23 ne prennent pas bien leur traitement, correspondant à 45 % de non observance.



*Observants / non observants en fonction de l'activité professionnelle*

La comparaison entre les deux pourcentages nous donne un calcul de  $\text{Khi}^2$  égal à 2,06, la valeur seuil étant de 3,84 pour un degré de liberté de 1, il n'existe donc pas de différence significative concernant la non observance entre les retraités et les travailleurs.

**Question 8**

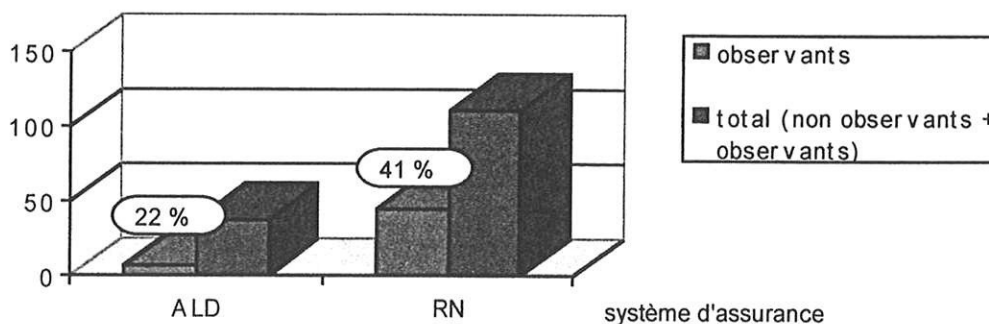
*Y a-t-il une différence d'observance entre les différents régimes d'assurance maladie ?*

	nombre de patients	nombre de non observants	pourcentage de non observants
carte santé	1	1	100
affection longue durée	37	8	22
régime normal	111	45	41

↳ L'échantillon de patients bénéficiant d'une carte santé est trop faible pour être pris en compte.

↳ Le plus grand nombre de patients est inscrit au régime normal de la sécurité sociale, soit dans notre étude, 111 patients. Parmi ceux-ci 45 ne prennent pas bien leur traitement, soit 41 % de mauvaise observance.

↳ 37 patients sont en affection longue durée et 8 ne prennent pas bien leur traitement, soit 22 % de mauvaise observance.



*Observants / non observants en fonction du système d'assurance*

La comparaison des deux pourcentages à l'aide du  $\text{Khi}^2$  nous donne un résultat égal à 4,32, la valeur seuil étant de 3,84 pour un degré de liberté égal à 1, il existe donc une différence significative quant à la non observance thérapeutique entre les gens en affection longue durée et ceux inscrits au régime normal de la sécurité sociale (qui eux seraient donc moins bien observants) ( $p < 0,05$ ).

De plus, si l'on fait la moyenne du nombre de médicaments prescrits par ordonnance et par patient, nous nous sommes aperçus que celle-ci est de 4,6 médicaments par ordonnance chez les gens en affection longue durée alors que la moyenne n'est que de 2,8 chez les gens en régime normal. Ce qui voudrait dire que malgré un nombre de médicaments, prescrits par ordonnance, inférieur à ceux en ALD , les patients ayant un régime normal de sécurité sociale observent moins bien leur traitement.



### Question 9

Y a-t-il une différence d'observance entre les quatre médecins prescripteurs ?

médecins	nombre de patients	nombre de non observants	pourcentage de non observants
n°1	59	17	29
n°2	47	18	38
n°3	36	17	47
n°4	7	2	29

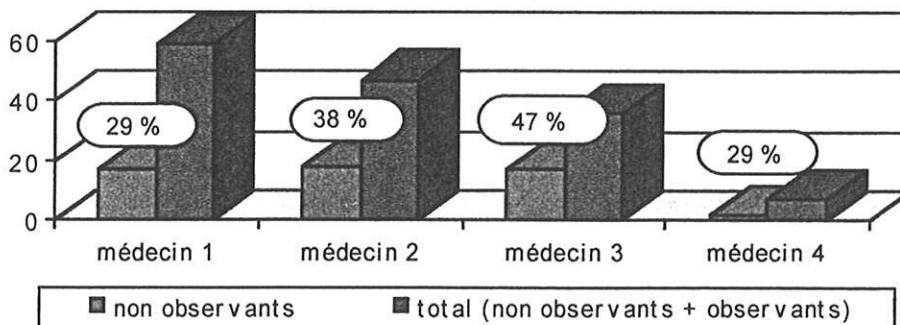
↳ Le médecin n°4 est votre serviteur. Il est à noter que le questionnaire a été rempli sans le médecin titulaire et que le taux (certes peu significatif car le nombre de patients est faible) est de 29 %, taux retrouvé par les autres médecins, on peut en conclure qu'il n'existe pas de sous évaluation de non observance en présence du maître de stage.

↳ Le médecin n° 1, pendant la période de remplissage du questionnaire, a vu 59 patients, 17 n'observant pas bien leur traitement, soit un taux de non observance de 29 %.

↳ Le médecin n°2 a, quant à lui, vu 47 patients dont 18 non observants, soit un taux de 38 % de non observance.

↳ Le médecin n°3 a vu 36 patients, 17 observant mal leur traitement, soit un taux de 47 % de mauvaise observance.

Il est à noter que le médecin exerçant exclusivement en ville a un pourcentage de non observance plus faible que les deux autres médecins de campagne.



#### Observants / non observants en fonction du médecin

Si l'on compare les 4 pourcentages à l'aide du Khi2, il est égal à 3,55 pour une valeur seuil de 7,81 avec un degré de liberté de 3.

**Conclusion** : Il n'y a donc pas de différence significative concernant les quatre médecins généralistes.

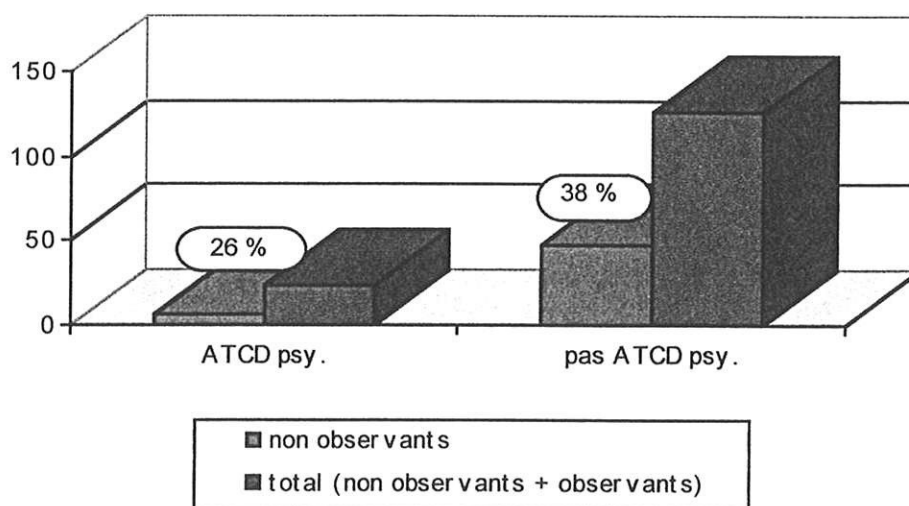
**Question 10**

*Y a-t-il une différence d'observance entre l'existence ou non d'antécédents psychiatriques ?*

	nombre de patients	nombre de non observants	pourcentage de non observants
antécédent psychiatrique	23	6	26
pas d'antécédent psychiatrique	126	48	38

↳ On s'aperçoit que 23 patients ont des antécédents psychiatriques et 6 patients n'observent pas bien leur traitement, soit 26 % de mauvaise observance.

↳ En comparant les patients sans antécédent psychiatrique, soit 126, 48 n'observent pas bien leur traitement, cela correspond à 38 % de mauvaise observance.



*Observants / non observants en fonction de la présence d'antécédents psychiatriques*

Si l'on compare les deux pourcentages à l'aide du  $\text{Khi}^2$ , il est égal à 1,21 pour une valeur seuil de 3,84, avec un degré de liberté de 1, il n'y a donc pas de différence significative concernant la non observance entre les gens avec antécédents psychiatriques et les autres patients.

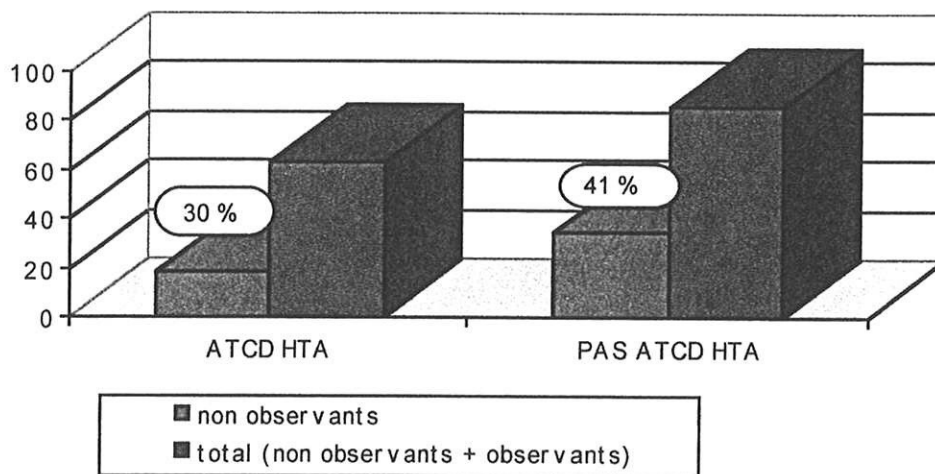
**Question 11**

*Y a-t-il une différence d'observance entre l'existence ou non d'antécédents d'hypertension artérielle ?*

	nombre de patients	nombre de non observants	pourcentage de non observants
antécédent d'hypertension artérielle	63	19	30
pas d'antécédent d'hypertension artérielle	86	35	41

↳ Parmi les 63 patients ayant des antécédents d'hypertension artérielle, 19 n'observent pas bien leur traitement, soit 30 % de mauvaise observance.

↳ Les patients n'ayant pas d'antécédent d'hypertension artérielle sont 86, et 35 n'observent pas bien leur traitement, soit 41 % de mauvaise observance.



*Observants / non observants en fonction des antécédents d'hypertension artérielle*

Si l'on compare les deux pourcentages à l'aide de  $\text{Khi}^2$ , il est égal à 1,75 pour une valeur seuil de 3,84, avec un degré de liberté de 1, il n'existe pas de différence significative concernant la non observance thérapeutique entre les patients avec ou sans antécédent d'hypertension artérielle.

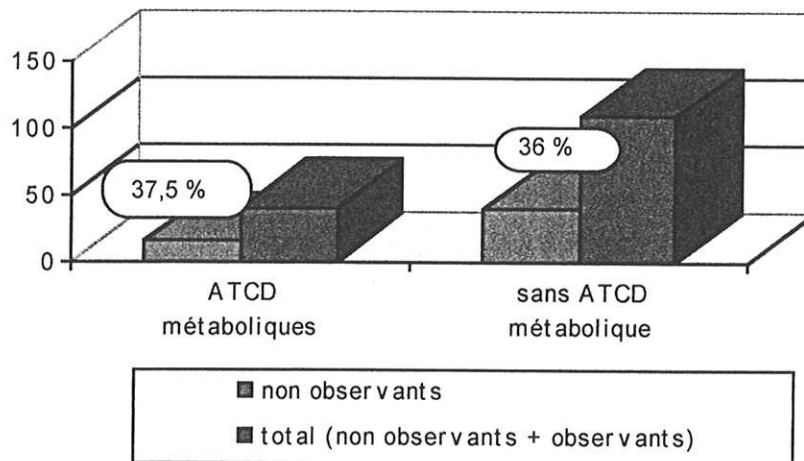
**Question 12**

Y a-t-il une différence d'observance entre l'existence ou non d'antécédents métaboliques ?

	nombre de patients	nombre de non observants	pourcentage de non observants
antécédents métaboliques	40	15	37,5
pas d'antécédent métabolique	109	39	36

↳ Les patients présentant des antécédents métaboliques sont 40, dont 15 ne prennent pas bien leur traitement, soit 37,5 % de mauvaise observance.

↳ Parmi les 109 patients n'ayant pas d'antécédent métabolique, 39 n'observent pas bien leur traitement, soit 36 % de mauvaise observance.



*Observants / non observants en fonction de la présence ou non d'antécédents métaboliques*

La comparaison entre les deux pourcentages par le test de  $\text{Khi}^2$  montre un  $\text{Khi}^2$  égal à 0,04, pour une valeur de seuil de 3,84 avec un degré de liberté à 1.

**Conclusion** : il n'y a pas de différence significative concernant la non observance entre les patients ayant des antécédents métaboliques et ceux n'en ayant pas.

**Question 13**

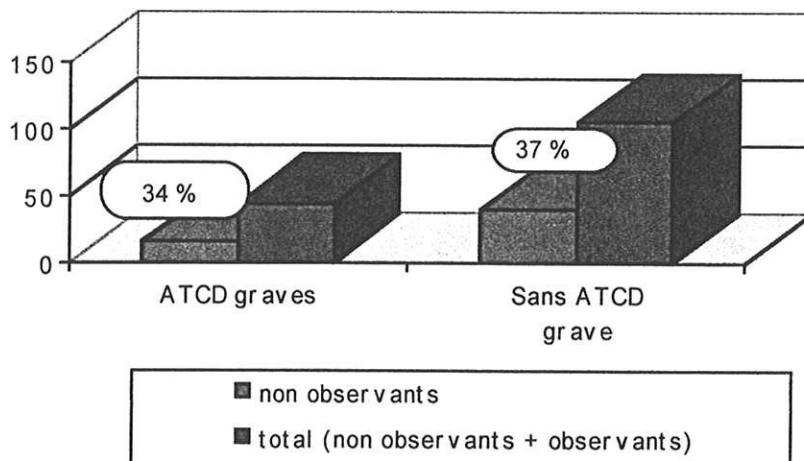
*Y a-t-il une différence d'observance entre l'existence ou non d'antécédents graves ?*

[N.B. : antécédents graves : maladies pouvant entraîner la mort dans un délai de 10 ans]

	nombre de patients	nombre de non observants	pourcentage de non observants
antécédents graves	44	15	34
pas d'antécédent grave	105	39	37

↳ Parmi les 44 personnes présentant des antécédents graves, 15 sont de mauvais observants, soit 34 % de mauvaise observance.

↳ Parmi les 105 patients sans antécédent grave, 39 sont de mauvais observants, soit 37 % de mauvaise observance.



*Observants / non observants en fonction ou non de l'existence d'antécédents graves*

La différence entre les deux pourcentages par le test de  $\text{Khi}^2$  est égale à 0,12 pour un seuil de 3,84 avec un degré de liberté à 1.

**Conclusion** : il n'y a pas de différence significative concernant la non observance entre les patients ayant des antécédents graves et ceux n'en ayant pas.

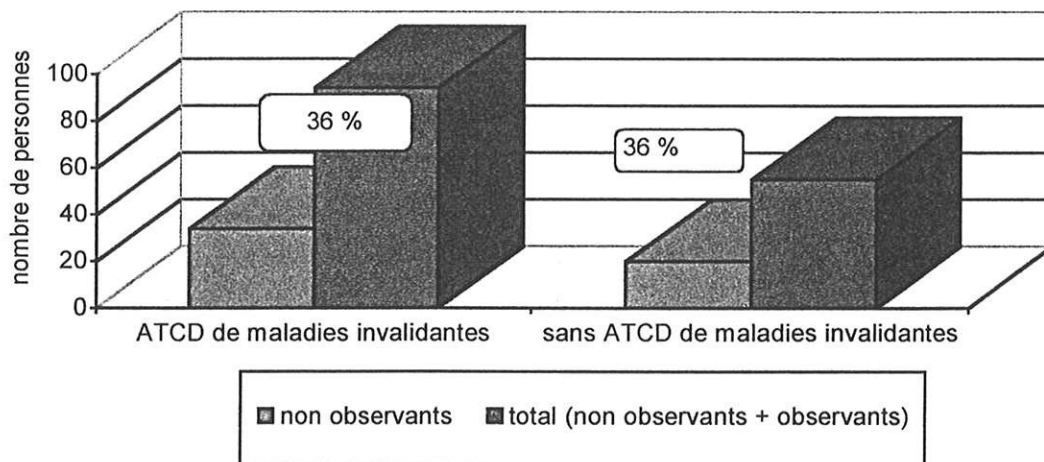
**Question 14**

*Y a-t-il une différence d'observance entre l'existence ou non d'antécédents invalidants ?*

	nombre de patients	nombre de non observants	pourcentage de non observants
antécédents de maladies invalidantes	94	34	36
pas d'antécédent de maladies invalidantes	55	20	36

↳ Parmi les 94 patients ayant des antécédents de maladies invalidantes, 34 ne prennent pas bien leur traitement, soit 36 % de mauvaise observance.

↳ Parmi les 55 patients n'ayant pas d'antécédent de maladies invalidantes, 20 patients sont mauvais observants, soit 36 % de mauvaise observance.



*Observants / non observants en fonction ou non de l'existence d'antécédents de maladies invalidantes*

**Conclusion** : Il n'y a pas de différence quant à l'observance thérapeutique entre les gens qui ont ou pas d'antécédent de maladies invalidantes.

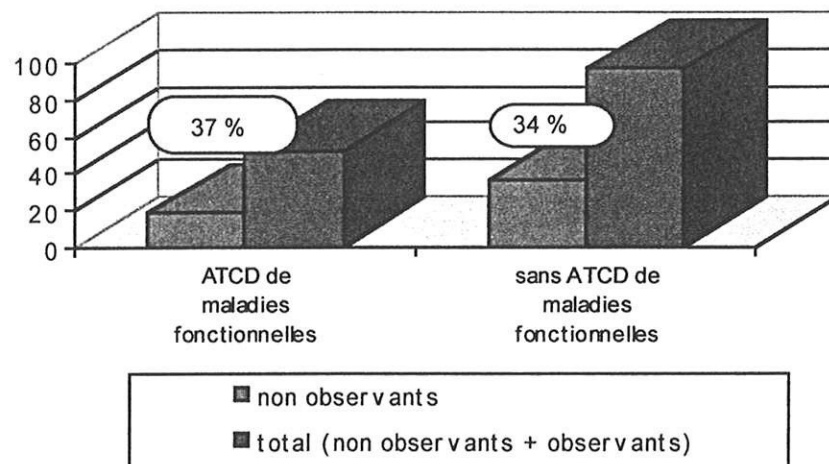
**Question 15**

*Y a-t-il une différence d'observance entre l'existence ou non de maladies fonctionnelles ?*

	nombre de patients	nombre de non observants	pourcentage de non observants
antécédents de maladies fonctionnelles	52	18	37
pas d'antécédent de maladies fonctionnelles	97	36	34

↳ Parmi les 52 patients atteints de maladies fonctionnelles, 18 ne prennent pas bien leur traitement, soit 37 % de mauvaise observance.

↳ Parmi les 97 patients sans antécédent de maladies fonctionnelles, 36 sont mauvais observants, soit 34 % de mauvaise observance.



*Observants / non observants en fonction ou non de l'existence d'antécédents de maladies fonctionnelles*

La comparaison entre les deux pourcentages montre un  $\text{Khi}^2$  égal à 0,09 pour un seuil à 3,84 avec un degré de liberté à 1.

**Conclusion** : il n'existe pas de différence significative entre les deux pourcentages.

**Question 16**

*Y a-t-il une différence d'observance entre les différentes classes médicamenteuses ?*

classe de médicaments	nombre de prescriptions	nombre de non observants	pourcentage de mauvaise observance
antalgiques	40	12	30
anti-allergiques	11	5	45
antidiabétiques	14	2	14
anti-épileptiques	4	1	25
anticancéreux	4	0	0
antibiotiques	8	1	12,5
autres	41	8	19
cardio-vasculaires	132	18	14
collyres	4	1	25
gastro-entérologie	66	11	17
hormones	18	1	5
hypolipémiants	34	11	32
oestroprogestatifs	4	1	25
prévention	53	11	21
prostate	5	1	20
psychotropes	80	12	15
sprays bronchiques	8	1	12,5
traitement hormonal substitutif	23	0	0
vasomoteurs	82	16	20

↳ Parmi les 19 classes de médicaments, les anti-allergiques sont les médicaments les moins bien pris. Sur 11 prescriptions, on note 5 cas de mauvaise observance, ce qui correspond à 45 % de mauvaise observance. En reprenant les médicaments anti-allergiques, la prise de cétirizine (Zyrtec® + Virlix®) n'est pas observée à 80 %.

↳ Les hypolipémiants ont été prescrits 34 fois et n'ont pas été bien pris 11 fois, ceci correspondant à 32 % de mauvaise observance.



- 9 fibrats étaient prescrits et 4 sont mal pris soit 44 % de mauvaise observance.
- 23 statines sont prescrites et 7 sont mal prises soit 30 % de mauvaise observance.
- Le Benflurorex (Mediator®) a été prescrit 2 fois avec une observance de 100 %.

↳ Les antalgiques ont été prescrits 40 fois, 12 ont été mal pris, ce qui donne un taux de mauvaise observance de 30 %.

- De cette classe thérapeutique, nous n'avons pas pu mettre en évidence un nom d'antalgique particulièrement mal pris.

↳ Les anti-épileptiques ont été prescrits 4 fois, une mauvaise prise a été notée, soit 25 % de mauvaise observance.

↳ Les oestroprogestatifs ont aussi été prescrits 4 fois et une mauvaise observance a été recueillie. Le taux de mauvaise observance est de 25 %.

↳ Les collyres ont aussi été prescrits 4 fois dont 1 n'a pas été pris, correspondant à 25 % de mauvaise observance.

↳ Les médicaments à visée préventive (anti-agrégants plaquettaires, médicaments luttant contre l'arthrose, médicaments immuno-stimulateurs, bas de contention, vitaminothérapie chez le jeune enfant et chez l'alcoolique, et les vaccins) ont été prescrits 53 fois, avec 11 patients prenant mal leur traitement, ceci donnant un taux de mauvaise observance de 21 %.

↳ Les médicaments visant à diminuer la symptomatologie liée à l'adénome de prostate ont été prescrits 5 fois avec 1 patient ne prenant pas bien son traitement, donc un taux de mauvaise observance de 20 %.

↳ Les vasomoteurs (veinotoniques, vasodilatateurs artériels), ont été prescrits 82 fois, 16 patients ne prenaient pas bien leur traitement, ceci correspond à un taux de mauvaise observance de 20 %.

↳ Les médicaments à visée gastro-entérologie ont été prescrits 66 fois dont 11 n'étaient pas bien observés donc un taux de mauvaise observance de 17 %.

↳ Les psychotropes, anxiolytiques et apparentés ont été prescrits 80 fois, 12 patients ne prennent pas bien leur traitement, ceci correspondant à un taux de 15 % de mauvaise observance.

↳ Les anti-diabétiques ont été prescrits 14 fois et il y a 2 mauvaises prises de traitement correspondant à un taux de mauvaise observance de 14 %;

↳ Les médicaments à visée cardiovasculaire ont été prescrits 132 fois avec 18 traitements mal pris soit 14 % de mauvaise observance.

↳ Parmi les anti-hypertenseurs :

- les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II ont été prescrits 4 fois dont 2 traitements mal pris soit 50 % de mauvaise observance.
- Les inhibiteurs calciques ont été prescrits 33 fois dont 16 patients observent mal leur traitement soit 48 % de mauvaise observance.
- Il est à noter que les inhibiteurs calciques « d'action périphérique », de la classe des dihydropyridines, ont été prescrits 26 fois avec 15 mauvaises compliances de traitement soit 58 % de mauvaise observance.
- Les diurétiques ont été prescrits 33 fois et seulement 2 patients n'ont pas bien pris leur traitement ceci correspondant à 6 % de mauvaise observance.
- Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion ont été prescrits 19 fois et tous les patients ont observé leur ordonnance.

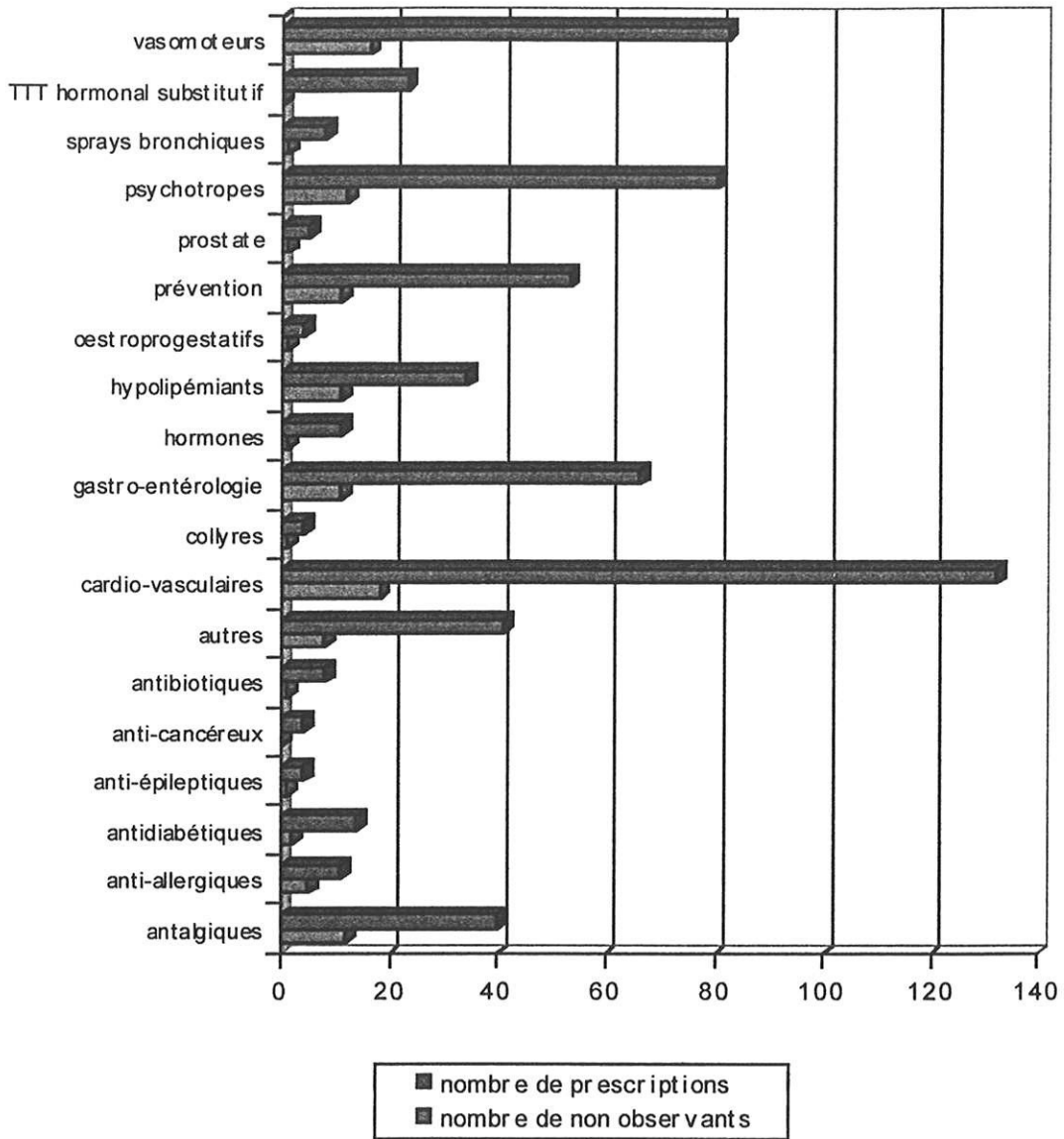
↳ Les antibiotiques ont été prescrits 8 fois, un patient a mal observé son traitement soit 12,5 % de mauvaise observance.

↳ Les sprays bronchiques ont été prescrits 8 fois, un patient observe mal son traitement, correspondant à 12,5 % de mauvaise observance.

↳ Les traitements hormonaux substitutifs de la ménopause sont prescrits 23 fois et toutes les patientes observent leur traitement.

↳ Il y a 4 traitements anticancéreux prescrits et tous les patients observent bien leur traitement.

41 médicaments n'ont pas été classés car trop peu nombreux dans une même classe.



**Question 17**

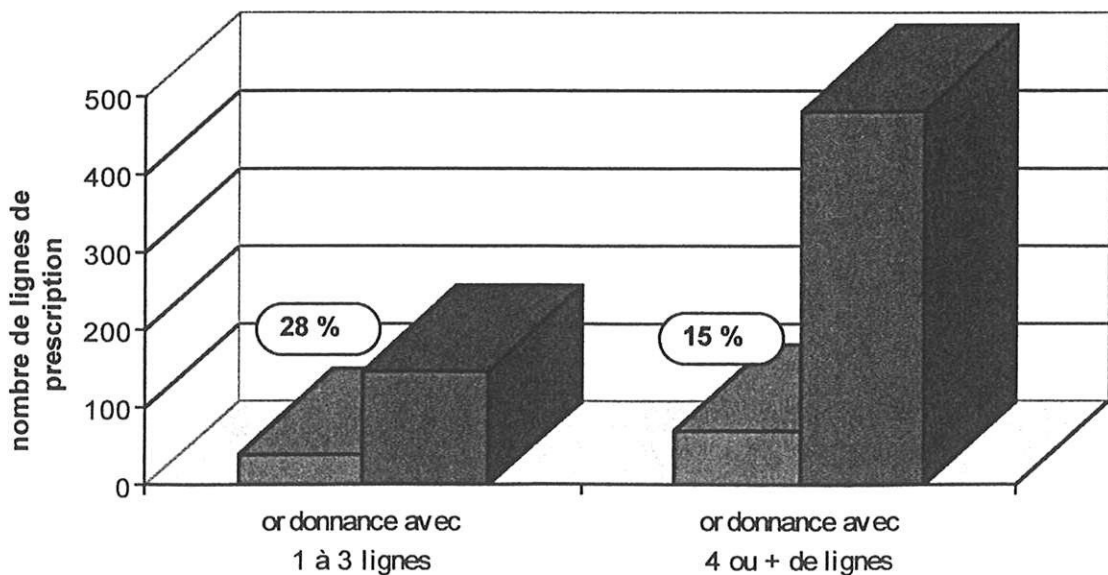
*Y a-t-il une différence d'observance par rapport au nombre de lignes de prescription par ordonnance ?*

Dans notre étude, la moyenne du nombre de lignes de prescription par ordonnance est de 4,23.

L'écart allant de une ligne de prescription par ordonnance la plus simple à 11 lignes de prescription .

Nous avons pris arbitrairement la décision de faire les calculs avec comme valeur toutes les ordonnances allant de 1 à 3 lignes de prescription et toutes les ordonnances supérieures ou égales à 4 lignes de prescription.

	Nombre total de lignes	nombre de lignes de prescriptions non observées	pourcentage de lignes non observées
Nombre de lignes entre 1 et 3 prescriptions	148	41	28
Nombre de lignes supérieures ou égales à 4 prescriptions	482	71	15



*Lignes de prescription observées ou non observées en fonction du nombre de lignes de prescription par ordonnance*

↳ Sur les 630 lignes de prescription de notre étude, il y en avait 148 inscrites sur une ordonnance contenant moins de 4 médicaments, soit un taux de non observance par ligne de prescription de 28 %.

↳ Parmi les ordonnances contenant au moins 4 lignes de prescription, il y avait 482 médicaments prescrits, 71 lignes étaient mal observées soit un taux de non observance par ligne de 15 %.

La comparaison entre les deux pourcentages montre un  $\text{Khi}^2$  égal à 13 pour un seuil à 3,84 avec un degré de liberté à 1.

**Conclusion** : il existe une différence significative en fonction du nombre de lignes de prescription ( $p = 0,0003$ ).

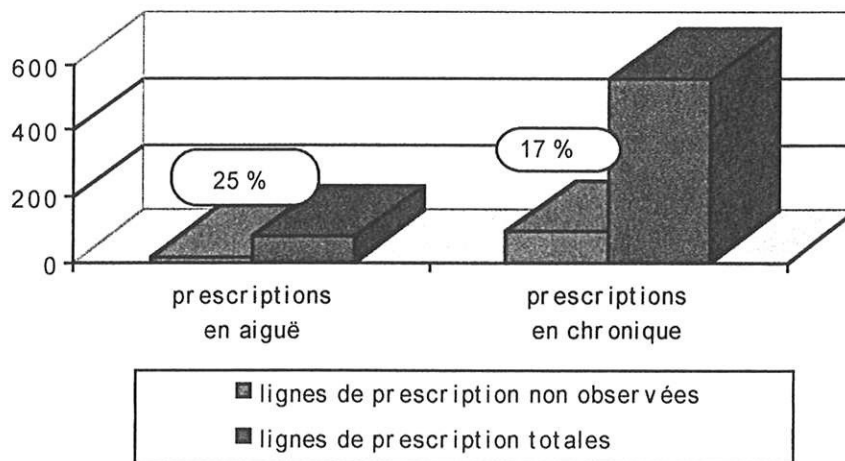
**Question 18**

Y a-t-il une différence d'observance entre les lignes de prescription prescrites en chronique et celles prescrites en aiguë ?

	lignes de prescription totale	lignes de prescription non observée	pourcentage de lignes de prescription mal observée
prescription en aiguë	77	19	25
prescription en chronique	553	93	17

↳ Sur les 630 lignes de prescription, 77 étaient prescrites pour un traitement aigu, 19 ont été mal observées, soit un pourcentage de non observance par ligne de 25 %.

↳ Parmi les 553 lignes prescrites en chronique, 93 ont été mal observées soit un pourcentage de 17 % de lignes mal observées.



La comparaison entre les deux pourcentages montre un  $\text{Khi}^2$  égal à 2,86 pour un seuil à 3,84 avec un degré de liberté à 1.

**Conclusion** : il n'existe donc pas de différence significative entre les prescriptions en aiguës et les prescriptions en chronique.

**Question 19**

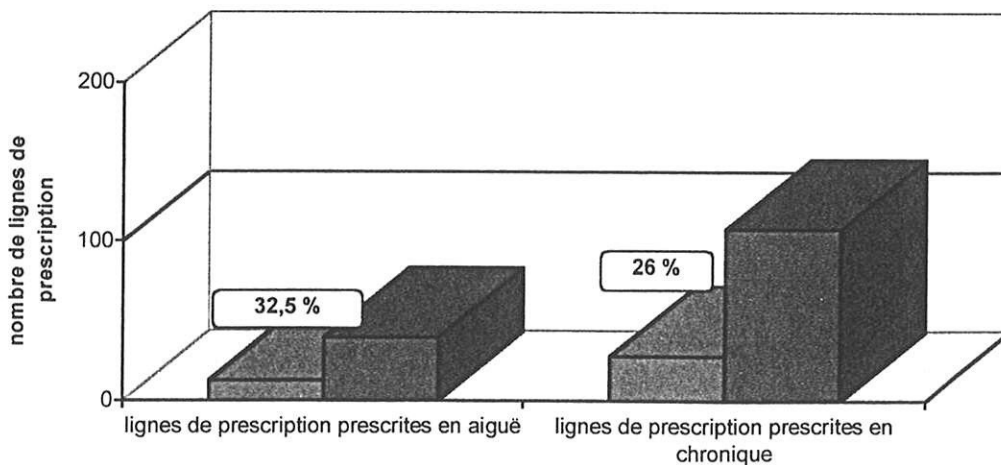
Y a-t-il une différence d'observance entre les lignes de prescription prescrites en chronique et celles prescrites en aiguë corrélées avec le nombre de lignes de prescription totales de l'ordonnance ?

*Ordonnances contenant moins de 4 lignes de prescription*

	lignes de prescription totales	lignes de prescription non observées	pourcentage de lignes de prescription mal observées
lignes de prescription prescrites en aiguë	40	13	32,5
lignes de prescription prescrites dans un traitement chronique	108	28	26

↳ Sur les 148 lignes de prescription inscrites sur les ordonnances ayant moins de 4 médicaments, 40 ont été prescrites en aiguë et 13 ont été mal observées, ceci correspond à un taux de mauvaise observance de 32,5 %.

↳ Parmi les 108 lignes retrouvées sur les ordonnances prescrites d'une durée supérieure à 3 semaines, 28 sont mal observées soit un taux de mauvaise observance de 26 %.



La comparaison entre les deux pourcentages montre un  $\text{Khi}^2$  égal à 0,63 pour un seuil à 3,84 avec un degré de liberté à 1.

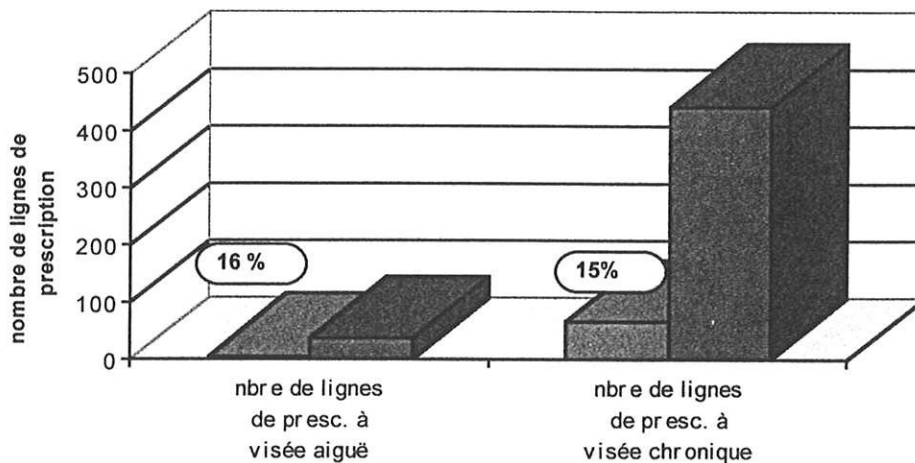
**Conclusion** : il n'existe pas de différence significative.

*Ordonnances contenant au moins 4 lignes de prescription*

	lignes de prescription totale	lignes de prescription non observée	pourcentage de lignes de prescription mal observée
lignes de prescription à visée aiguë	37	6	16
lignes de prescription à visée chronique	445	65	15

↳ Parmi les 482 lignes de prescription contenues dans les ordonnances ayant plus de 4 médicaments, 37 lignes sont prescrites en aiguë et 6 sont mal observées soit 16 % de lignes mal observées.

↳ Sur les 445 lignes prescrites en chronique, 65 lignes sont mal observées soit un taux de mauvaise observance de 15 %.



La comparaison entre les deux pourcentages montre un  $\text{Khi}^2$  égal à 0,07 pour un seuil à 3,84 avec un degré de liberté à 1.

**Conclusion** : il n'existe pas de différence significative.



**CONCLUSION :**

Il n'y a pas de différence d'observance en fonction du sexe, de l'âge, du lieu d'habitation, de la situation familiale, du mode de vie, des gens retraités et ceux travaillant, entre les quatre médecins prescripteurs.

Il n'y a pas non plus de différence en fonction de l'existence d'antécédents psychiatriques, d'hypertension artérielle, d'antécédents métaboliques, d'antécédents graves, d'antécédents invalidants, de maladies fonctionnelles.

Enfin, il n'y a pas de différence entre les différentes classes médicamenteuses, le nombre de médicaments prescrits sur l'ordonnance.

Les deux seules différences significatives de notre étude sont celles qui existent entre les différents régimes de la sécurité sociale et sur la durée de la prescription de l'ordonnance.

# DISCUSSION

Nous allons maintenant comparer nos résultats avec ceux de la littérature en reprenant chaque question.

Tout d'abord, dans notre enquête, nous avons globalement 36 % de mauvaise observance. Si l'on compare au sondage IPSOS en 1987, Wenger [47] annonce que 8 français sur 10 déclarent suivre l'ordonnance du médecin ; autrement dit, en 1987, il n'y aurait que 20 patients sur 100 avouant leur mauvaise observance, chiffre non équivalant à celui retrouvé par Mahllon [27], qui, sur son enquête réalisée auprès de 243 malades au moment de leur hospitalisation, montre que 15 % seulement suivraient strictement leur traitement.

On peut s'apercevoir que beaucoup de chiffres sont avancés avec une grande disparité dans le résultat de ces enquêtes.

Pour Queneau [41], la non observance serait en moyenne de 40 %.

La revue médicale de l'Assurance Maladie de 1994 annonce un chiffre de 43,6 % de mauvaise observance dans son étude.

Il semblerait donc que Delzant [14] annonçant un intervalle de non observance entre 25 et 85 % puisse être l'arbitre de toutes ces enquêtes.

L'incidence de l'observance peut être très différente en fonction de la population étudiée et de la méthodologie choisie.

Notre étude est une étude descriptive.

## 1 - Observance en fonction du sexe

*Y a-t-il une différence d'observance entre les hommes et les femmes ?*

Dans notre enquête, nous avons retrouvé 36 % et 37 % de non observance respectivement pour les femmes et les hommes. Il n'y a donc pas de différence significative. La non observance thérapeutique ne serait donc pas liée au sexe.

Dans le livre de médecine générale « Concepts et Pratique » [40], on peut noter que certaines études montrent que les femmes seraient plus disciplinées que les hommes.

Delzant [14] montre que les femmes sont moins observantes que les hommes.

Dans la « Revue médicale de l'Assurance Maladie 1994 », les auteurs n'ont pas trouvé de liaison particulière entre le sexe des patients et l'observance.

Dans la thèse de Antoine [1], l'interrogatoire des médecins montre que 6,4 % des praticiens pensent qu'il y a une différence d'observance entre les hommes et les femmes et l'observance serait moins bonne chez les hommes.

Pour conclure, il ne nous semble donc pas évident que le sexe des patients soit un élément déterminant à prendre en compte dans l'observance thérapeutique, les résultats des différentes enquêtes se contredisent ; comme pour le pourcentage de non observance globale, celui du sexe est probablement fonction de la population étudiée. Peut être que toutes ces études manquent de puissance pour donner des chiffres significatifs...ou que d'autres facteurs entrent en jeu et qu'ils ne peuvent être pris en compte séparément (facteurs sociaux, professionnels, type de maladie).

## 2 - Observance en fonction de l'âge

*Y a-t-il une différence d'observance entre les différentes tranches d'âges ?*

Nos résultats nous montrent qu'avant 20 ans, les chiffres de non observance se situent bien au delà de la moyenne de la population globale avec un maximum de non observance de 67 % chez les adolescents.

Le pourcentage de non observance diminue donc avec l'âge.

Plusieurs études montrent des résultats différents : certaines concluent que les adolescents sont les moins observants [1], d'autres annoncent que l'observance diminue avec l'âge avancé des patients et ils y voient une corrélation avec des difficultés sensorielles et psychiques plus fréquentes dans cette tranche d'âge [15]. D'autres études ne montrent pas de modification de l'observance en fonction de l'âge. Il est donc difficile de tirer quelques conclusions que ce soient tant les résultats différent.

Dans notre étude, l'observance augmente avec l'âge. Ceci peut s'expliquer par le fait que les personnes âgées feraient davantage confiance à leur médecin généraliste. la relation médecin/malade est d'ailleurs plus soutenue car la fréquence des visites est augmentée. La répétition des conseils et du traitement font que probablement le message est mieux perçu. *« Prescrire un médicament chez un sujet âgé obéit aux mêmes grands principes que chez l'adulte jeune mais impose encore plus de rigueur et de pragmatisme »*. [34]. Est-il possible que pour les personnes âgées, il y ait une relation entre la non observance et l'angoisse de la mort ? Ils prennent conscience que le traitement qu'ils absorbent leur est nécessaire et bénéfique.

De tout ceci, plusieurs idées sont lancées, notamment celle de proposer une méthode simple pour évaluer au moment de la délivrance des médicaments les difficultés fonctionnelles qui risquent d'empêcher les personnes âgées de suivre correctement les

prescriptions. Ceci permettrait d'obtenir un avantage supplémentaire qui est celui de faciliter la discussion avec le patient sur la prescription.

Chez l'adolescent, pourrait-il y avoir un rejet de la consultation et/ou de l'autorité du médecin, un refus de dépendance, un défaut de responsabilité ?

La majorité des adolescents vient consulter pour une pathologie infectieuse bénigne ou une pathologie aiguë souvent peu invalidante et ne prenant pas d'importance à leurs yeux contrairement aux personnes âgées qui sont le plus souvent polypathologiques et porteuses de maladies chroniques, et de ce fait, plus sensibilisées à l'intérêt de leur traitement puisque celui-ci revient tous les mois, peu modifié et à fortiori bien adapté. Les personnes âgées sont plus réceptives, ont une meilleure écoute auprès de leur médecin et ont surtout plus de temps. A un âge avancé, les déficits sensoriels et psychiques, la fréquence des polypathologies et les ordonnances « fleuries » contrebalancent l'amélioration de l'observance.

### 3 - Observance en fonction des classes professionnelles

La plus mauvaise observance revient aux enseignants avec 62 % de mauvaise observance, aux enfants en âge scolaire et aux étudiants ; puis les cadres à 40 % et les cadres supérieurs à 50 %.

Le taux de mauvaise observance chez les agriculteurs, les artisans et les ouvriers correspond à la moyenne globale de non observance retrouvée dans notre étude..

On pourrait conclure que le pourcentage de non observance augmente en fonction de l'échelle sociale et plus les patients ont un haut niveau social économique moins ils sont compliants.

Ceci va-t-il de paire avec le niveau d'étude ?

Les gens seraient-ils plus réticents à prendre correctement leur traitement avec un niveau d'étude élevé ?

La même constatation a été faite dans la littérature concernant la pilule : elle était moins bien observée chez les femmes ayant un niveau d'instruction élevé [35].

S'agit-il d'un manque de temps à bien se soigner ou une certaine réticence aux risques encourus par les effets secondaires d'un traitement ?

La médecine ne manquerait-elle pas de crédibilité vis-à-vis de ces patients ?

Renault [44], dans son éditorial, se révolte contre des prescriptions hasardeuses « *Prescrire, c'est plaire à un courant consumériste ravageur, c'est faire quelque chose quand il n'y a plus rien à faire, c'est faire de la pseudoscience dans la crainte de devoir être simplement humain* ».

Si les gens classés en haut de l'échelle sociale manquent de temps pour bien prendre leur traitement alors, les « sans profession » devraient avoir un taux de non observance proche de zéro or ce n'est pas le cas puisqu'il est de 40 % dans notre étude.

D'autre part, d'autres études évoquent des résultats opposés à la nôtre [20, 41], le niveau socio-économique bas serait un facteur de risque de mauvaise observance.

Dans notre étude, la première place de mauvaise observance revient aux enseignants. Nous ne sommes pas très surpris car la réputation des enseignants n'est plus à faire dans le monde médical. Ce sont des patients très difficiles à traiter. Il existe peut être un problème de savoir avec les enseignants : dans la médecine, malgré la place de plus en plus importante des études statistiques et l'émergence de mouvements comme l'influence Based Medecine qui serait une médecine basée sur des preuves (Médicale Bayer), la médecine reste un face à face avec un patient et tous les traitements ne sont pas applicables à tous.

Delzant [14] écrit qu'il faut prendre en compte les données de la recherche mais qu'il est rare que les résultats correspondent précisément au patient que l'on a en face de soi. De plus, l'influence Based Medecine ne résout pas le problème du doute que l'on peut avoir devant un patient.

Les scientifiques ont beaucoup de mal à comprendre que chaque patient est unique et que pour une même pathologie, le traitement pourra être différent. Ceci explique en partie les réticences des patients classés en haut de l'échelle sociale.

Antoine[1], dans sa thèse, a demandé aux médecins généralistes quelles étaient les classes professionnelles les moins compliantes, les enseignants sont arrivés là aussi en première position.

D'autres publications ne trouvent pas de liaison particulière entre l'activité professionnelle et l'observance thérapeutique [9].

Pour conclure, il existe une grande disparité des résultats et cela est probablement dû aux différences méthodologiques des enquêtes et à la population étudiée.



#### **4 - Non observance en fonction de la zone d'habitation**

Cette question s'apparente à comparer la non observance en ville et la non observance à la campagne.

31 % de non observance en ville ont été relevés contre 40 % à la campagne.

Peu d'études ont été faites sur l'observance thérapeutique en fonction de la zone d'habitation.

On peut critiquer notre étude car un biais existe. En effet, la différence ville/campagne peut être aussi due au fait que le prescripteur était différent.

Il faut noter que la personnalité des gens vivant à la campagne fait qu'une douleur est peut être le plus souvent longtemps supportée et il existe aussi une certaine réticence à prendre des « drogues ».

En effet, la demande de soins est réputée plus importante et plus exigeante en ville et on peut espérer que le traitement soit ainsi mieux respecté. De plus, le savoir médical est moindre à la campagne qu'à la ville.

### **5 - Situation familiale et non observance thérapeutique**

Les résultats de notre étude montrent des pourcentages de non observance similaires à ceux de la non observance globale de notre étude excepté pour les patients divorcés, mais notre échantillon est trop faible pour en tirer une véritable conclusion.

En effet, ces patients connaissent parfois une telle désorganisation que leur santé peut passer au second plan. Ceci pourrait expliquer cette plus mauvaise compliance au traitement mais Oddens [35] a montré qu'« une *structuration* » du temps s'imposait aux familles avec enfants et que pour la pilule ceci entraînait une amélioration de l'observance par diminution du nombre d'oublis.

Il ne semble donc pas y avoir de relation entre la situation familiale et le pourcentage de non observance tout du moins entre les célibataires, les personnes mariées et les veufs.

## **6 - Mode de vie et non observance thérapeutique**

Dans notre étude, nous avons comparé des patients vivant en famille et ceux vivant seuls. Il s'avère que les patients vivant seuls sont plus observants. Ils ont peut être plus de temps pour s'occuper de leur traitement que les personnes vivant en famille. Cependant, nous n'avons pas pu mettre en évidence de différences significatives par manque de puissance.

Cette idée peut être de nouveau avancée pour expliquer la différence de non observance qui existe entre les gens retraités et les patients en activité professionnelle, puisqu'on note 33 % de non observance chez les patients retraités contre 45 % chez les patients en activité professionnelle.

Cependant ces chiffres peuvent aussi être expliqués par la différence d'âge qu'il existe entre les retraités et les personnes en activité professionnelle (Cf question n°2).

Les gens retraités sont, on l'a vu, plus angoissés vis-à-vis de la mort et des maladies mais aussi les patients vivant seuls. Cette angoisse servirait aux patients à mieux observer leur traitement.

## **7 - Les différents régimes d'Assurance Maladie et la non observance**

Il existe 22 % de non observance chez les patients atteints d'une affection longue durée contre 41 % chez les patients ayant un régime normal de Sécurité Sociale. Ceci constitue une différence significative entre les deux pourcentages.

Les patients bénéficiant de l'affection longue durée ont tous des pathologies chroniques. Ceux bénéficiant d'un régime normal ont soit des maladies chroniques soit aiguës. Ceci signifie, contrairement à une idée préconçue, que les gens atteints de maladies chroniques ne sont pas moins observants que les autres voire plus observants que la population globale comme le confirme notre étude : 22 % contre 36 %.

De plus, il y a quelques années pour ne pas se voir retirer l'affection longue durée, les patients avaient l'obligation de consulter, de faire renouveler leur traitement et d'acheter leur traitement à la pharmacie . Ceci a éduqué les patients, les obligeant « à devenir » compliants, s'ils ne l'étaient pas. Le principe du renouvellement d'ordonnance est à la fois utilisé comme moyen pour améliorer l'observance mais aussi pour la contrôler [1]. D'ailleurs, lorsqu'on pose la question aux médecins généralistes : y a-t-il d'après vous des personnalités plus ou moins compliantes ? les personnes atteintes de pathologies chroniques représentent 3,4 % des réponses [1].

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'étude comparant l'observance en fonction du régime de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

## 8 - L'observance en fonction du médecin prescripteur

Dans notre étude, la clientèle provenait de trois cabinets différents donc de trois médecins différents.

Le nombre d'heures de consultation était plus important chez le médecin exerçant en ville et le nombre de visites inférieur à ceux exerçant à la campagne. Ceci explique un nombre plus important de fiches remplies chez ce médecin car nous avons décidé de ne pas remplir les questionnaires en visite.

Lorsque j'ai remplacé mes maîtres de stage, j'ai aussi rempli les questionnaires et j'ai obtenu 29 % de non observance. Les questions portaient sur la prescription antérieure, c'est-à-dire celle faite par mon maître de stage et nous pouvons dire qu'il n'existe pas de différences significatives entre mon pourcentage de non observance obtenu seul dans le cabinet et celui obtenu en présence du maître de stage. A priori, la présence de celui-ci n'avait pas d'influence sur les réponses fournies par les patients mais l'échantillon était relativement faible.

Le médecin n°1 exerçant en ville obtient le taux le plus faible de non observance : 29 %, mais c'est aussi lui qui a le pourcentage de renouvellement le plus élevé dans sa clientèle : 91 %.

Le médecin n°2 a 38 % de non observance avec un taux de renouvellement légèrement inférieur puisqu'il est de 90 %.

Le médecin n°3 a un taux de non observance plus élevé 47 % mais a un taux de renouvellement inférieur aux deux autres médecins puisqu'il se situe à 78 %.

Il est à noter que le taux de renouvellement chez les trois médecins est important probablement en rapport avec la saison (l'été), peu d'épidémies engendrent des traitements aigus.

En conclusion, malgré le fait qu'il n'existe pas globalement de différences significatives entre le pourcentage de non observance entre les trois médecins prescripteurs, il existe une corrélation entre le pourcentage de renouvellement des traitements et le taux de non observance. Les patients ayant des traitements renouvelés chaque mois sont conditionnés et éduqués à prendre leur traitement.

## 9 - Observance du traitement en fonction des antécédents

### ➤ *Les antécédents psychiatriques influencent-ils la non observance ?*

Les résultats de notre étude nous montrent que les patients ayant des antécédents psychiatriques sont de meilleurs observants que les patients n'en ayant pas. Mais nous n'avons pas pu mettre en évidence de différences significatives.

Dans notre étude, les malades porteurs d'antécédents psychiatriques ont un taux de non observance inférieure à la population globale. Peu d'études ont été faites sur la non observance par rapport aux antécédents psychiatriques, elles n'ont porté que sur le traitement psychiatrique. Or parmi les patients présentant des antécédents psychiatriques, nous incluons les malades ayant une prescription à ce jour de médicaments à visée psychiatrique et ceux non traités car considérés comme guéris. On peut donc difficilement comparer les études portant sur les antécédents avec celles portant sur les traitements psychiatriques.

Nos résultats vont à l'encontre de ceux de Delzant qui annonce que les malades ayant des antécédents psychiatriques ont un terrain privilégié de mauvaise observance ; fait retrouvé par Cholley [9].

### ➤ *Les antécédents d'hypertension artérielle influencent-ils la non observance ?*

Là encore, comme pour les antécédents psychiatriques, peu d'études ont été effectuées.

Dans notre étude, il s'avère que les patients ayant des antécédents d'hypertension artérielle sont plus observants que ceux n'en ayant pas, respectivement 30 % contre 41 %. Mais nous n'avons, là non plus, pas pu mettre en évidence de différences significatives. Le taux de mauvaise observance est d'autre part plus faible que celui de la population globale.

➤ *Les antécédents métaboliques influencent-ils la non observance ?*

Dans cet item, on peut s'apercevoir que le pourcentage de non observance est plus important chez les gens ayant des antécédents métaboliques par rapport au reste de la population de l'étude.

Nous n'avons pas pu mettre en évidence de différences significatives.

➤ *Les antécédents graves influencent-ils le pourcentage de non observance ?*

Dans notre étude, les gens ayant des antécédents graves sont mieux observants que le reste de la population de l'étude mais là encore aucune différence significative n'a pu être mise en évidence.

➤ *Les antécédents de maladies invalidantes influencent-ils le pourcentage de non observance ?*

Ici, le pourcentage de non observance est strictement le même entre les deux populations.

➤ *Les antécédents de maladies fonctionnelles influencent-ils le pourcentage de non observance ?*

Dans cette question, les patients ayant des antécédents de maladies fonctionnelles sont moins observants que le reste de la population sans pour autant que l'on ait pu mettre en évidence de différence significative.



*En conclusion*, nous nous apercevons que les patients présentant des antécédents psychiatriques, d'hypertension artérielle, de maladies graves sont de meilleurs observants que le reste de la population.

Ces résultats amènent plusieurs réflexions :

Nous pouvons dire que ces patients se sentent probablement plus « malades », ils ont probablement plus conscience de leur maladie. Il existe probablement une relation entre la gravité ressentie par le malade et le pourcentage de non observance. Ceci s'explique peut être par une meilleure information par le praticien qui prend certainement plus de temps à expliquer à ces patients, à les éduquer à leur faire comprendre la relation qu'il existe entre risque et bénéfice à prendre leur traitement.

A contrario, les patients atteints d'antécédents métaboliques invalidants et ceux atteints de maladies fonctionnelles prennent moins bien leur traitement.

La symptomatologie ressentie par ces patients est peut être moins intense que celle de la question précédente, tout du moins a-t-elle moins d'importance aux yeux des patients.

Les différents praticiens prennent globalement aussi moins de temps pour les explications.

## 10 - Les différentes classes de médicaments influencent-elles la non observance ?

Dans notre étude, les médicaments à visée anti-allergiques sont les moins bien pris puisqu'il existe 45 % de mauvaise observance.

Il est probable que cet important taux de non observance soit ici lié à l'époque à laquelle est faite l'étude puisque au mois d'octobre les allergies sont moins intenses et fréquentes qu'au printemps. Il existe ici une relation entre la non observance et le ressenti de la symptomatologie : les patients se rendent compte que même s'ils ne prennent pas leur comprimé, ils ne sont pas malades. Il serait intéressant de refaire cette étude en période pollinique par exemple.

On peut réfléchir sur la nécessité de prescrire un médicament pendant un laps de temps très long alors que l'utilisation de fenêtres thérapeutiques réduirait les dépenses sans préjudice pour le patient tout en permettant une meilleure observance grâce à une durée de traitement plus courte.

Les hypolipémiants font partie d'une classe médicamenteuse relativement mal observée puisqu'il existe 32 % de mauvaise observance. C'est la deuxième classe médicamenteuse la moins bien observée de notre étude.

Ceci soulève plusieurs hypothèses :

\* On peut s'apercevoir qu'en faisant le détail des hypolipémiants, ce sont les fibrates qui sont le plus mal pris. Ceci pourrait s'expliquer par les nombreux effets secondaires engendrés. Or, si l'on reprend les causes de non observance, on s'aperçoit qu'en réalité sur les 4 fibrates mal observés, un patient donne comme motif de non observance les effets secondaires, il prenait du Lipanthyl 200 (fenofibrate) et a comme effet secondaire une cytolyse hépatique ; le deuxième, un simple oubli, les deux derniers, un repas hors domicile.

\* Les statines sont mieux observées que les fibrates. Elles présentent un taux de mauvaise observance de 30 %. Les patients interrogés nous ont donné comme motifs : 5 ont

oublié et 2 patients ont eu des effets secondaires vérifiés dans le Vidal. Ces patients prenaient : le Zocor (Sinvastatine), les effets secondaires retrouvés sont des myalgies, et le Lodales où les effets secondaires retrouvés sont aussi des myalgies.

L'hypercholestérolémie est une donnée biologique qui ne donne pas de sensation physique proprement dite, les conséquences de ce trouble n'apparaissent qu'après plusieurs années. Les patients ne perçoivent probablement pas la nécessité, malgré les explications répétées des médecins, d'une bonne compliance. De plus, l'hypercholestérolémie est un trouble métabolique fréquent en France, et il est difficile de faire changer les habitudes alimentaires et de faire prendre conscience du danger aux patients, « il est bien connu que cela n'arrive qu'aux autres ».

L'oubli est le motif principal retenu dans la classe des hypocholestérolémiantes par manque de connaissance des éventuelles conséquences.

Les antalgiques ont un taux de mauvaise observance de 30 %. Une explication fournie par Delzant [15] montre que la prise de médicaments pour la douleur est plus en rapport avec l'évolution du symptôme qu'avec la prescription de départ : si l'intensité de la douleur diminue, la prise médicamenteuse diminue. On ne peut donc pas parler de mauvaise observance puisque seul le malade peut gérer sa douleur. Ce sont des prescriptions à la demande.

Dans la thèse d'Antoine [1], les médecins ont été soumis à un questionnaire et ont répondu que la douleur était la sixième pathologie entraînant la meilleure compliance.

Les facteurs de mauvaise observance donnés par Queneau [42] donnent en deuxième position les antalgiques comme la classe médicamenteuse la moins bien observée.

Dans notre étude, les antalgiques font partie de la troisième classe médicamenteuse la moins bien observée. Parmi les causes de non observance, on retrouve :

- 3 patients sont mauvais observants à cause des effets secondaires du produit : un patient était traité par de l'Artotec et se plaignait de gastralgies, deux par Coltramyl et se plaignaient de somnolence. Tous ces effets secondaires sont répertoriés dans le Vidal.

- 2 patients ont oublié de prendre le médicament
- 3 patients n'ont pas pris leur traitement pour cause de repas hors domicile
- 4 patients n'ont pas expliqué clairement leur mauvaise observance et parmi eux 2 se sont déclarés peu motivés pour prendre des antalgiques.

On peut dire qu'il existe une relative mauvaise observance pour la classe des antalgiques car la douleur est un fait subjectif qui est ressenti différemment par les patients ; le médecin ne peut prévoir à l'avance l'évolution de la douleur et de plus la sensibilité est propre à chacun. En effet, pour certains patients il faudra trois jours pour faire diminuer la douleur alors que pour d'autres huit jours seront nécessaires.

Il est à noter que la classe des antalgiques fait partie des médicaments très prisés en automédication, environ 50 % des sujets, d'après Queneau [41]. L'auteur explique que les douleurs font partie des troubles mineurs ne justifiant pas une consultation.

D'autre part, il est à noter aussi que certains antalgiques ont des effets secondaires notables, notamment gastriques, ce qui pourrait expliquer la mauvaise observance de ces produits.

Les anti-épileptiques ont une mauvaise observance correspondant à 25 %, mais peu de traitements anti-épileptiques ont été prescrits. C'est la quatrième classe de médicaments mal observée dans notre étude. La cause de non observance de la patiente était l'absence de crise depuis dix ans : elle se sentait guérie.

Les spécialistes de la question n'ont pas d'avis bien défini quant à la durée et les modalités d'arrêt du traitement ; ceci est ressenti par les patients. De plus, cela fait

partie des maladies chroniques, il paraît donc légitime, qu'au bout de quelques années sans crise, les patients veuillent stopper le traitement car ils se sentent probablement guéris.

Les oestroprogestatifs ont une mauvaise observance de 25 % mais seul 5 traitements ont été prescrits. La difficulté retrouvée par les patientes est la chronicité du traitement, la difficulté de prendre les comprimés à heure fixe.

Dans la thèse d'Antoine [1], la pathologie la plus compliante est la contraception orale pour 3,5 % de médecins généralistes interrogés.

Les médicaments à visée préventive ont une mauvaise observance de 21 % ce qui va à l'encontre des idées préconçues puisque ces lignes de prescription correspondent à des pathologies psychosomatiques mais, la plupart du temps ces médicaments sont demandés par les patients. Ceci est assez encourageant car de nombreux articles mettent en défaut la politique de prévention mise en place en France par rapport à d'autres pays. Il est à noter que ces pathologies psychosomatiques, invalidantes pour les patients, sont bien prises en compte par les médecins et Delzant [15] explique que pour les maladies chroniques, l'observance est grandement augmentée si de nombreuses explications sont données au malade.

Dans la thèse d'Antoine [1], il y a 14,5 % de médecins qui expliquent la finalité du traitement prescrit ; ce qui en fait est très peu.

Parmi les 11 mauvaises observances des médicaments à visée préventive, 3 sont mal pris à cause de la survenue d'effets secondaires, 4 à cause d'oublis et 4 à cause de repas hors domicile.

Nous pouvons donc dire qu'il existe une grande disparité des causes de non observance et que les traitements préventifs sont plutôt mal observés par inadvertance que volontairement.

Les collyres ont été prescrits 5 fois dont 1 mauvaise observance et d'ailleurs la mauvaise observance concerne un collyre à visée anti-allergique (voire paragraphe sur anti-allergiques).

Les médicaments prescrits contre la symptomatologie liée à la prostate montre un taux de mauvaise observance de 20 % ; le médicament est mal observé pour un problème de contenance de boîte. En effet, le produit est conditionné à 28 comprimés par boîte alors que tous les autres médicaments prescrits sont conditionnés à 30 par boîte, il manque donc 2 médicaments si le patient n'est pas attentif au rythme des consultations.

Le conditionnement des boîtes de médicaments est un des facteurs qui entre en jeu dans la mauvaise observance thérapeutique.

D'autre part, la bonne observance relative des médicaments agissant sur la prostate est certainement liée au fait que ces produits sont plutôt destinés à des sujets âgés et nous avons déjà noté que les personnes âgées observaient mieux leur traitement que les jeunes. De plus, la symptomatologie liée à la prostate, comme la dysurie et la pollakiurie, est invalidante pour le malade et il est logique qu'un médicament agissant correctement sur ces troubles soit bien pris.

Les médicaments vasomoteurs ont été prescrits 82 fois. Il existe 20 % de mauvaise observance dans notre étude. Les causes de non observance retrouvées ont été : 2 médicaments mal observés pour conditionnement de boîtes, 1 pour effets secondaires ressentis par la patiente et non retrouvés comme effets indésirables dans le Vidal, 1 car le patient se sentait guéri, 8 médicaments par oubli et 4 médicaments à cause de repas hors domicile.

En fait, beaucoup de vasomoteurs ne sont pas bien pris simplement par oubli ou par repas hors domicile. Le patient ne trouve peut être pas de bénéfice assez important sur la symptomatologie ressentie. D'autre part, les patients savent que ce n'est pas un médicament foncièrement indispensable et inconsciemment cela peut engendrer l'oubli, en effet, il agit sur des signes fonctionnels plus ou moins gênants mais non vitaux.

Les médicaments à visée gastro-entérologique ont été prescrits 66 fois avec une mauvaise observance de 17 %. Les causes retrouvées de mauvaise observance ont été pour 1 patient le manque de médicaments par défaut de prise de rendez-vous assez tôt chez le médecin.

Aucun médicament à visée gastro-entérologique n'a été arrêté pour effets secondaires.

Un médicament, l'Omeprazole 10, a été arrêté car le patient s'est déclaré guéri, or on sait très bien que l'Omeprazole à ce dosage est prescrit soit en prévention d'un trouble gastrique en association à un traitement anti-inflammatoire, soit en traitement d'appoint faisant suite à une cicatrisation d'ulcère traité par Omeprazole 20 mg, soit dans les oesophagites, donc, en fait, un médicament prescrit en prévention. Est-ce un défaut de communication, d'explication de la part du médecin ?

Nous avons pu noter 7 oublis et 2 mauvaises observances pour cause de repas à l'extérieur.

Les médicaments comme les laxatifs et les pansements gastriques sont aussi consommés en automédication. Le fait de ne plus rembourser certains produits incite les gens à ne pas consulter leur médecin pour des douleurs gastriques par exemple et à s'autoprescrire des produits non dénués de danger, non pas par le fait du produit lui même mais surtout par la maladie qu'ils peuvent cacher. De plus, l'automédication et la vente libre de certains médicaments, grandement encouragées par les pharmaciens, n'aident pas le patient à suivre strictement la prescription du médecin puisque il n'est pas éduqué à le faire par les médecins.

A mon sens, le pharmacien peut fournir au patient un certain nombre de renseignements sur une molécule mais ne peut sans examiner un patient, prescrire ou, devrais-je dire délivrer, un médicament.

Les effets indésirables de l'automédication sont annoncés par différents auteurs. Queneau [41] pense que le premier risque est de retarder le diagnostic, le deuxième risque étant la possibilité de donner un traitement non approprié par manque d'examen clinique et le troisième risque est le risque iatrogène non contrôlé par utilisation prolongée, par le non respect de contre-indication par l'interférence possible entre plusieurs

médicaments par un auto-entretien de l'automédication aboutissant à une véritable dépendance.

Il est à noter que malgré le grand nombre de pathologies fonctionnelles en gastro-entérologie (beaucoup de patients consultent pour des colopathies fonctionnelles), les médicaments à visée gastro-entérologique font partie, dans notre étude, des médicaments les mieux observés.

La classe des psychotropes est très prescrite dans notre étude et le pourcentage de mauvaise observance est de 15 %. Seulement 2 médicaments ont été arrêtés en raison des effets secondaires.

Les autres médicaments mal observés ont été soit oubliés, soit non pris car les patients avaient un repas hors domicile. Il est à noter que les deux médicaments arrêtés à cause de la survenue d'effets secondaires ont été prescrits en aigu (c'était une nouvelle prescription). Les traitements oubliés ou non pris à cause de repas hors domicile étaient prescrits et renouvelés de façon chronique, c'est-à-dire d'une durée d'au moins 30 jours.

Si l'on compare les résultats avec les données de la littérature, Delzant [15] affirme que parmi « les maladies chroniques, les maladies psychiatriques sont un terrain privilégié de mauvaise observance ». Antoine[1], dans sa thèse, annonce que pour les médecins, les patients les moins compliants, sont les personnalités instables hystériques et déprimées.

Or dans notre étude, il n'existe que 10 % de mauvaise observance pour les hypnotiques et ceci représentent seulement 1 % du taux de mauvaise observance globale des psychotropes. Il nous faut quand même nuancer nos résultats, car dans la classe des psychotropes, nous avons inclus les hypnotiques. La même constatation est faite par Queneau [42] qui annonce que les psychotropes peuvent être médiocrement administrés.

Il est certain que l'observance est liée en très grande partie à la confiance entre le médecin et le malade, la relation médecin/malade joue un très grand rôle. L'étude que nous



avons faite ne porte que sur 3 médecins pratiquant une « médecine traditionnelle » basée sur le dialogue ; d'ailleurs une grande part de leur temps de consultation est basée sur de nombreuses explications des traitements prescrits. Ceci peut expliquer la disparité de nos résultats avec ceux des différentes études.

Les antidiabétiques de notre étude ne comportent que les antidiabétiques oraux et seulement 2 patients n'observent pas bien leur traitement soit 14 % de mauvaise observance. Ces deux patients ont mal observé leur traitement antidiabétique à cause d'un repas hors domicile.

Les diabétiques ont habituellement reçu une éducation poussée et indispensable à la qualité de la vie, décrit Delzant [15]. Cette maladie commence à être bien connue et bien que le traitement soit en perpétuelle évolution, beaucoup de revues médicales évoquent le diabète, la conduite à tenir est claire et le recul est important. Les médecins traitants peuvent expliquer facilement les risques encourus par le patient en cas de non observance les patients sont beaucoup plus sensibilisés au problème par les médias et l'ancienneté du trouble que pour les dyslipidémies par exemple. De plus, le médecin traitant est aidé des infirmiers et des médecins à l'hôpital qui passent des heures à expliquer et éduquer le diabétique. Par ailleurs, le renouvellement du traitement est indispensable et comme nous l'avons déjà vu l'observance est améliorée lors des renouvellements.

Venons en maintenant à la classe la plus prescrite de notre étude : celle des médicaments à visée cardiovasculaire. Sur 132 prescriptions, 18 sont mal observées, soit 14 % de mauvaise observance. Parmi ces 18, 3 produits étaient mal pris pour des problèmes de contenance de boîtes or ces 3 produits : le Logirene (furosémide, amiloride), le Practazin (spironolactone, altizide), le Lopressor (métaprolal) sont conditionnés par boîte de 30 comprimés d'où, plutôt un problème d'inadvertance et de rendez-vous trop tardif auprès de leur médecin pour le renouvellement des médicaments. Un médicament n'est pas pris pour des problèmes de survenue d'effets secondaires (dans ce cas précis le problème

décrit par le malade n'est pas inscrit dans le Vidal). 12 médicaments ont été oubliés par les patients et 3 n'ont pas été pris pour cause de repas hors domicile.

On peut en conclure que les patients prennent assez bien leur traitement à visée cardiovasculaire et les mauvais observants pour cette classe thérapeutique le sont plutôt par manque de concentration et par inadvertance ; ce fait est retrouvé par Cholley [9] qui annonce que les traitements cardio-vasculaires sont relativement bien pris.

Pour les médecins interrogés, dans la thèse d'Antoine [1], la pathologie la plus compliante est l'hypertension artérielle pour 35,5 % de médecins, la maladie coronarienne pour 18,5 %, la pathologie cardio-vasculaire en général pour 14 %.

En fait, cette relative bonne observance est certainement corrélée au fait que l'angor est une maladie grave entraînant des troubles perceptibles par le patient synonymes de souffrance et de mort à plus ou moins long terme ; ainsi, Duverneau note que les maladies considérées comme graves font habituellement l'objet d'une bonne observance et surtout si elles sont réputées curables. Or la diminution de la douleur à l'effort pour les angoreux ou la normalisation d'un chiffre tensionnel pour un hypertendu montre bien au patient que le traitement apporte une amélioration.

Si l'on entre dans le détail des médicaments prescrits à visée anti-hypertensive, on s'aperçoit que les résultats sont différents pour les 4 classes de médicaments antihypertenseurs.

\* Parmi les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, sur 19 prescriptions, aucune n'a été mal observée.

\* Pour les diurétiques, sur 31 prescriptions, 2 ont été mal observées, non pas pour des effets secondaires mais pour des problèmes de contenance de boîtes. Or après vérification, il existait bien 30 comprimés dans la boîte. Le patient n'avait pas pris rendez-vous à temps chez le médecin afin de faire renouveler son ordonnance.

\* Pour les bêtabloquants, sur 27 prescriptions, 5 sont mal suivies, ceci correspond à 19 % de mauvaise observance. La cause retrouvée est l'oubli.

\* Pour les inhibiteurs calciques, 33 prescriptions ont été faites et 16 sont mal observées, ceci correspond à 48 % de mauvaise observance. Les deux causes incriminées par les patients ont été l'oubli et le repas hors domicile.

Par les inhibiteurs calciques, il existe une différence d'observance entre ceux qui ont une action centrale sur le coeur (Tildiem) et ceux qui ont une action plutôt périphérique (ex : Dihydropyridine).

Les inhibiteurs calciques d'action périphérique ont un taux de mauvaise observance de 58 %, 11 médicaments sur 15 sont mal pris. Ce chiffre est très important, la cause la plus fréquemment retrouvée est l'oubli et le repas hors domicile, mais à travers l'oubli, n'y a-t-il pas un problème d'effets secondaires masqués, ce qui voudrait dire qu'inconsciemment ils ne prendraient pas bien leur traitement ?

Aucune explication face à ce chiffre n'est donnée par les laboratoires concernés. Ce qui est sûr, c'est que ce sont pour la plupart de ces produits, des médicaments qui sont en deux ou trois prises quotidiennes. Il y aurait certainement une meilleure observance s'ils étaient en une seule prise comme la plupart des diurétiques ou des inhibiteurs de l'enzyme de conversion. Paradoxalement, cette affirmation va à l'encontre des chiffres retrouvés pour la nouvelle classe d'antihypertenseur appelée inhibiteur des récepteurs de l'angiotensine II.

Les inhibiteurs de l'angiotensine II ont été prescrits 4 fois, n'ont pas été pris 2 fois, ce qui correspond à 50 % de mauvaise observance.

Si l'on demande aux patients la cause de non observance, on s'aperçoit qu'un des patients a eu des effets secondaires non retrouvés dans le Vidal et un autre patient a oublié son traitement.

On peut donc avancer comme hypothèse que les antihypertenseurs donnant des manifestations réelles perçues par le patient (exemple : diurétiques augmentent la diurèse, les bêtabloquants diminuent la fréquence cardiaque) sont plus observés que ceux

qui induisent des désagréments (exemple : les inhibiteurs calciques donnent des oedèmes des membres inférieurs).

Les nouveaux inhibiteurs de l'angiotensine II présenteraient moins d'effets secondaires que les inhibiteurs de l'enzyme de conversion mais dans notre étude, ils sont pourtant moins bien observés ; cependant, l'échantillon est peut être trop faible.

Les anti-infectieux ont été prescrits 8 fois avec 12,5 % de mauvaise observance. Le seul n'ayant pas été observé était le Lamisil prescrit sur une période de 18 mois. Le patient l'a oublié quelques fois.

Tous les antibiotiques ont été prescrits en traitement aigu. D'autre part, l'ordonnance comportait peu de médicaments.

Y a-t-il une correspondance entre le traitement aigu ou chronique et la mauvaise observance ?

Y a-t-il une correspondance et le nombre de médicaments sur l'ordonnance et la mauvaise observance ?

Nous le verrons dans une prochaine question.

Les sprays bronchiques ont été prescrits 8 fois avec 12,5 % de mauvaise observance. Il est assez difficile de définir une mauvaise observance car cette classe de médicament est surtout donnée à la demande.

Les hormones, thyroïdiennes et surréaliennes ont été prescrites 18 fois avec un taux de mauvaise observance de 5 %. Il est probable que ce bon résultat soit le reflet d'une bonne éducation faite par le corps médical qui explique et éduque leur malade avec des petits carnets à remplir. Plusieurs mesures semblent améliorer l'observance :

- lettres aux patients comportant de nombreuses explications
- visites de l'infirmière à domicile

De plus, comme pour l'hypertension artérielle, les médecins ont un moyen de contrôler la bonne prise des médicaments par des dosages biologiques des différentes hormones. De plus, les patients observent des troubles lorsque le traitement est mal pris et comme le dit Cholley [9] « l'observance des maladies graves est bien meilleure ».

Le traitement hormonal substitutif a été prescrit 23 fois et toutes les patientes ont respecté leur prescription. C'est un traitement nouveau très médiatisé, non controversé quant à son efficacité, qui permet de diminuer de très nombreux symptômes très désagréables et se présentant le plus souvent sous forme de patch ou de gel ; il est donc facile à appliquer.

Les médicaments anticancéreux ont eux aussi été prescrits 8 fois avec aucune mauvaise observance. Mais ceux-ci font partie des maladies graves et Delzant [15] confirme que pour des maladies graves, les patients sont sensibilisés à la bonne prise de leurs médicaments, ce d'autant plus qu'ils sont suivis en général dans des centres d'oncologie.

Les causes de non observance toutes classes médicamenteuses confondues :

Parmi les 112 lignes de prescription non observées, nous avons eu :

- 53 lignes de prescription non prises pour cause d'oubli, sans pouvoir établir de différence entre les classes médicamenteuses.
- 12 lignes de prescription sont non prises à cause des effets secondaires ressentis par le patient. Nous avons :
  - le Locabital : effet secondaire : picotement laryngé, mentionné dans le Vidal),
  - l'Artotec : effet secondaire : gastralgies, mentionnées dans le Vidal
  - le Fonzylane : gastralgies, également mentionnées dans le Vidal.

- l'aprovel : oedème d'un main, mentionné dans le Vidal
- le Lipanthyl 200 m : cytolysse hépatique, mentionnée dans le Vidal
- le Zocor et le Lodalas : les myalgies, retrouvées dans le Vidal
- le Surmontyl : rétention d'urine, également retrouvée dans le Vidal
- le Laroxyl : tremblements des extrémités, retrouvés dans le Vidal.
- le Coltramyl : somnolence, répertoriée dans le Vidal
- le Cacit D3 : ballonnements, décrits dans le Vidal.
- La Piasclédine 300 : anxiété, non retrouvée dans le Vidal

Peu de médicaments ont été faussement incriminés par les patients.

- 13 médicaments ont été non observés à cause d'un problème de contenance des boîtes, or nous avons vu que c'était plutôt un problème d'inadvertance des patients qui ne prenaient pas assez tôt rendez vous avec le médecin c'est-à-dire avant la fin des boîtes de médicaments.
- 12 médicaments ont été non observés car les patients se sentaient guéris. On peut faire une corrélation entre les lignes de prescription mal observées et les maladies traitées qui ne donnent aucune symptomatologie (par exemple : le Zocor pour traiter l'hypercholestérolémie et la Dépakine pour traiter un antécédent de crise convulsive).
- 22 médicaments ont été mal observés pour cause de repas hors domicile, la majorité avait une seule prise le soir.

### C onclusion

Le pourcentage de non observance n'est pas le même pour toutes les classes thérapeutiques.

Les classes médicamenteuses prescrites soit à visée préventive, soit pour des maladies, ne donnant aucune symptomatologie et ce quelque soit la durée des prescriptions, sont en règle générale mal observées, c'est le cas pour :

- les hypolipémiants
- les antalgiques
- les anti-épileptiques
- les oestroprogestatifs
- les médicaments classés à visée préventive.

Par contre, les maladies invalidantes ou graves, les maladies psychosomatiques pour lesquelles les patients consultent afin d'obtenir un traitement et être soulagés, et les maladies donnant une symptomatologie ressentie par le patient ont une non observance beaucoup plus faible. C'est le cas pour :

- les médicaments à visée prostatique
- les vasomoteurs
- les médicaments à visée gastro-entérologique
- les psychotropes
- les médicaments à visée cardiovasculaire
- les hormones thyroïdiennes et surrénaliennes.

Parmi les traitements prescrits en aigu, les antibiotiques sont relativement bien observés.

## 11 - l'observance thérapeutique est-elle liée ou non à la quantité de médicaments par ordonnance ?

Tout d'abord, si l'on compare la moyenne du nombre de lignes de prescription de notre étude, qui est de **4,23**, et celle retrouvée par le CREDES [11] en 1994, qui était de **3,1**, on s'aperçoit qu'en moyenne les 3 médecins prescrivent plus que la moyenne nationale de 1994.

Dans notre étude, les ordonnances vont de 1 ligne à 11 lignes de prescription.

Arbitrairement, nous avons divisé les ordonnances en deux groupes :

- celles contenant moins de 3 lignes de prescription, au total 148 avec 28 % de mauvaise observance.
- celle contenant au moins 4 lignes de prescription soit 482 avec 15 % de mauvaise observance.

Il y a 3 fois plus d'ordonnances contenant au moins 4 médicaments.

La comparaison entre les deux résultats montre que paradoxalement un traitement plus long est mieux observé et ceci de façon statistiquement significative. On peut évoquer plusieurs hypothèses à ce résultat.

Les ordonnances avec plus de 4 médicaments sont prescrites sous la forme de renouvellement et comme nous l'avons dit il existe une certaine éducation au fil du temps.

D'autre part, les ordonnances contenant plus de 4 médicaments sont en majorité prescrites à des personnes âgées. Nous avons déjà vu dans une précédente question que les patients d'un certain âge observent mieux leur traitement dans notre étude.



Il est difficile de conclure, soit les patients prennent mieux leur traitement parce qu'ils sont âgés ; soit parce qu'il s'agit d'un renouvellement ; soit que le patient se sent plus concerné et plus malade avec un nombre de médicaments prescrits plus important.

Cette dernière hypothèse est relativement gênante car elle va à l'encontre de toutes les propositions visant à améliorer l'observance. Par exemple :

- notre formation médicale actuelle qui tend à nous faire diminuer le nombre de médicaments par ordonnance
- des conseils, des obligations proposées par le gouvernement afin de maîtriser la dépense pharmaceutique en ville (communiqué de presse ministériel du 18.02.1998).

Le pourcentage de non observance est-il corrélé à la prescription chronique ou aiguë du traitement ?

La majorité des traitements a été prescrite sous la forme de renouvellement puisque le médecin numéro 1 avait 52 renouvellements pour 7 prescriptions en aiguë, le médecin numéro 2 avait 43 renouvellements pour 4 traitements aigus, et le médecin numéro 3 avait 28 renouvellements pour 8 prescriptions en aiguë. Ce qui signifie que le taux de traitement chronique prescrit oscille entre 78 % et 90 %.

Le pourcentage de non observance de prescription aiguë est de 25 % contre 17 % de non observance pour la prescription chronique.

Le fait de prescrire le même traitement pendant plusieurs mois induit une habitude de la prise médicamenteuse [9], cela devient pour le patient un véritable rituel.

La cause la plus fréquente de non observance dans notre étude est l'oubli. Pour pallier à ces oublis la prise de pilule est ritualisée [35] et intégrée dans la vie quotidienne. Il est probable que la mise en place d'un dispositif personnel facilite l'observance de même qu'une organisation rigoureuse de la vie quotidienne.

« La prescription doit être adaptée aux habitudes de l'individu, être intégrée à son mode de vie, voire ritualisée » [35].

Beaucoup d'articles mettent l'accent sur la relation qui existe entre l'amélioration de l'observance thérapeutique et une certaine hygiène de vie.

Si l'on croise les résultats entre les prescriptions aiguës et chroniques et le nombre de lignes de médicaments inférieurs à 3 ou supérieurs ou égales à 4, on obtient les scores suivants :

- Il existe une différence de 6 points entre le traitement aigu et chronique lorsque les ordonnances ont moins de 4 médicaments alors que cet écart n'est que d'un point lorsque les lignes de prescription sont supérieures à 4.

Cela confirme que plus le nombre de lignes de prescription est élevé et plus les patients se sentent malades et plus ils prennent leur traitement.

# CONCLUSION

A travers notre étude descriptive à propos de 149 patients de médecine générale, il est bien difficile de façonner le portrait type du non observant.

Les deux seules différences statistiquement significatives de notre étude sont :

1. le régime de sécurité sociale : les personnes bénéficiant d'une affection longue durée observent mieux leur traitement que les autres régimes.
2. Le nombre de lignes de prescription par ordonnance : les ordonnances contenant plus de 4 médicaments sont mieux observées.

Ceci s'explique par le manque probable de puissance de notre étude ; un échantillon plus grand aurait montré sans doute d'autres différences statistiquement significatives car au sein de notre étude certaines tendances apparaissent et le mauvais observant serait plutôt :

- Un ou une personne, jeune, enseignant(e), de haut niveau social économique, vivant à la campagne, divorcé(e) mais ne vivant pas seul(e), en activité professionnelle, ayant un régime normal de sécurité sociale, sans antécédent psychiatrique, ni d'hypertension artérielle, ni de maladie grave mais plutôt atteint de maladies dites fonctionnelles et ayant une ordonnance contenant moins de 3 médicaments.

On peut mettre un bémol à ce portrait puisqu'il existe une différence aussi en fonction de la classe médicamenteuse prescrite.

Les principales causes de non observance sont l'oubli et les repas hors domicile.

L'ordonnance idéale pourrait être une ordonnance simple, bien expliquée, bien comprise, qui tient compte des handicaps et où un suivi de la tolérance et de l'efficacité du traitement est possible.

Les solutions proposées pour améliorer l'observance en médecine générale résideraient peut être en l'amélioration de la relation médecin-malade.

Cette relation, médecin-malade, prend de plus en plus de place en médecine générale car c'est peut être là une solution pour améliorer l'observance thérapeutique.

Cela dit, les causes de non observance comme l'oubli et les repas hors domicile sont difficiles à effacer malgré toute la volonté des médecins.

La relation médecin malade est fonction de la propre personnalité du patient mais aussi de celle du médecin.

Pour améliorer l'observance, il convient de créer la relation médecin malade adéquate tout en sachant qu'il faut savoir s'adapter à chaque situation. Mais est-ce statistiquement évaluable ?

# ANNEXES

Annexe 1 : questionnaire

Annexe 2 : code professions

## OBSERVANCE DES TRAITEMENTS PRESCRITS EN MEDECINE GENERALE

N° Patient



Nom-Prénom

Date de naissance

Profession

Ville > 100 000 hab

Ville > 10 000 hab

Ville > 100 hab

Isolement

Statut : Célibataire

Marié

Divorcé

Veuf

Retraité

Mode de vie : en famille

seul

chômage

arrêt travail

Système d'assurance : ALD

carte santé

régime normal

DIAGNOSTIC DU JOUR :

Ou renouvellement d'ordonnance:

Maladies: 1

2

3

4

5

6

**Traitement chronique (déjà pris)**

Nom médicament	Matin	midi	soir	Coucher	A la demande	Mauvaise Observance

Durée du traitement

**Modification ou nouveau traitement**

Nom médicament	Matin	midi	soir	Coucher	A la demande	Mauvaise Observance

Durée du traitement

Observance : complète

Mauvaise

oubli

effets secondaires

guérison

aucune explication

contenance des boites

repas hors domicile



## Code n°5 PROFESSIONS

Agriculteurs exploitants.....	10
Artisans .....	21
Commerçants et assimilés.....	22
Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus.....	23
Professions libérales .....	31
Cadres de la Fonction Publique .....	33
Professeurs, professions scientifiques.....	34
Professions de l'information, des arts et des spectacles.....	35
Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise .....	37
Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise .....	38
Instituteurs et assimilés.....	42
Professions intermédiaires de la santé et du travail social .....	43
Clergés, religieux .....	44
Professions intermédiaires administratives de la Fonction Publique.....	45
Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises .....	46
Techniciens.....	47
Contremaîtres, agents de maîtrise .....	48
Employés civils et agents de service de la Fonction Publique .....	52
Policiers et militaires.....	53
Employés administratifs d'entreprise .....	54
Employés de commerce.....	55
Personnels des services directs aux particuliers.....	56
Ouvriers qualifiés.....	61
Ouvriers non qualifiés.....	66
Ouvriers agricoles .....	69
Retraités agriculteurs exploitants.....	71
Retraités artisans, commerçants, chefs d'entreprise.....	72
Retraités cadres et professions intermédiaires.....	73
Retraités employés et ouvriers.....	76
Chômeurs n'ayant jamais travaillé.....	81
Autre personne sans activité professionnelle.....	82
Non renseigné (inconnu ou sans objet).....	99

# BIBLIOGRAPHIE

1. ANTOINE H.  
Observance en médecine générale. A partir d'une enquête auprès des médecins généralistes de Loire Atlantique.  
Thèse médecine, 1997, Nantes.
2. ARDILLY E.  
Observance médicamenteuse, les moyens d'évaluation, comment l'améliorer ?  
Thèse de Médecine, Paris XII, 1988.
3. BADER J.P., HUSSON J.M., METRY J.M.  
L'observance ou le « paria » du bon usage du médicament.  
Pharmaceutique on line. Le serveur du médicament, de la santé et de l'industrie, 1997, n°50.
4. BAMFORTH  
Comming to an understanding with patients and prepositions.  
British Medical Journal, 1997, 314.
5. BAMFORTH  
Compliance and concordance with treatment.  
British Medical Journal, 1997, 314.
6. BEAUNE J.C., RUFFE J.  
La philosophie du remède.  
Collection Milieux, Champ. Vallon, 1993.
7. BERGMANN J.F.  
Placebo bien pris.  
Revue Prescrire, nov. 1991, tome 11, n° 112.

8. BRU  
L'approche scientifique en appui de la clinique.  
Médicales, Bayer Santé, 1999.
9. CHOLLEY D., SEILLER F., SOUDIER G., REIDT P., TRUTT B.  
Observance de la prescription médicamenteuse.  
Mémoire présenté dans le cadre du D.U. d'évaluation dans le domaine de la santé,  
Faculté de Médecine de Strasbourg. Revue Médicale de l'Assurance Maladie,  
1994 : 1-5.
10. CORLETT A.J.  
Carning of older people : AIDS to compliance with medication.  
British Medical Journal, 1996, 313 : 926-929.
11. Centre de Recherche d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé  
La prescription pharmaceutique des médecins libéraux en 1994.
12. DARTIGUES P.  
Etude épidémiologique du vieillissement normal et pathologique.  
Revue du Généraliste, 1991, 16.
13. DAVIS M.S.  
Variation in patient's compliance with doctor advice : an emperical analysis of paterns  
of communication.  
A.M. J. Publ. Health, 1968, 58 : 274-288.
14. DE LA TRIBIONNIERE  
Obsrvance et antibiotique.  
La Lettre de l'Infectiologue, 1994 : 1-7.

15. DELZANT G.  
L'observance, comment l'améliorer, faut-il l'améliorer ?  
Revue Prescrire, nov. 1995, tome 5, n°49.
  
16. GARNIER M.  
Dictionnaire des termes de Médecine, 22 édition.  
Maloine, 1989.
  
17. GIUFFRIDA A., TORGERSON D.T.  
Should me pay the patient ?  
Review of financial incentives to enbrance patient compliance, British Medical Journal,  
1997, 315 (7110) : 703-707.
  
18. HUGUES F.C.  
Thérapeutique générale du développement à la prescription des médicaments.  
Sandoz, 1993 : 295-305.
  
19. INSTITUT DES SCIENCES ET DE LA SANTE.  
Pharmacologie clinique et thérapeutique.  
Europe Blanche XIII, Paris, 1991.
  
20. KALIS N.  
A propos d'observance : enquête d'opinion auprès de 100 médecins généralistes.  
Thèse médicale. Créteil 1995.
  
21. KEMP  
Compliance therapy in psychotic patients : randomised controlled trial.  
British Medical Journal, 1996 : 345-349.

22. KENY R., HAYWARD R. APPLENHOITE G., EVERITT B., DAVID A.  
Compliance therapy in psychotic patients randomised controlled trial.  
British Medical Journal, 1996, 312 : 345-349.
  
23. KOUPERNIK C.  
De l'observance.  
Le Concours Médical, 1997, 119 (11) : 737.
  
24. LE FUR  
La prescription pharmaceutique des médecins libéraux en 1994.  
Credes, 1998.
  
25. LEMOINE E.  
L'art de bien prescrire.  
Caen, 1992.
  
26. MAC DEVITT P.  
Investigation of chronic dosing regimens of atenolol.  
Pest. Gred. Med. J., 1977, 53 (3) : 79-82.
  
27. MAHLLON Y.  
L'observance médicamenteuse.  
La presse médicale, 1980, 9 : 989-992 et 1055-1059.
  
28. MAS  
On a la biologie qu'on mérite.  
Revue Prescrire, av. 1997, tome 17, n°172.

29. MAZUEZ M.

Les ordonnances auto-validantes.

Revue Prescrire, oct. 1996, tome 16, n°166.

30. MEREDITH P.A.

Enhancing patients' compliance.

British Medical Journal, 1998, 316 : 393-394.

31. METROP A.

Observance chez les personnes âgées, on peut mieux faire.

Revue Prescrire, 1986, tome 57 : 35.

32. MILBURN H.J.

Treating the patient as a decision maker is met always appropriate.

British Medical Journal, 1997, 314.

33. MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE

Secrétaire d'Etat à la Santé, Communiqué de presse, Paris, fev. 1998.

34. NOIRY J.P.

Médicaments et sujets âgés.

Revue Prescrire, juil.-août 1994, tome 14, n°142.

35. ODDENS B.

L'observance et l'oubli de pilule en France en 1995.

Contraception, fertilité, sexologie, 1996, 24 (4) : 290-296.

36. ORS Limousin

Activité et emploi.

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, 1996, fiches 1, 4.

37. ORS Limousin  
La population en Limousin.  
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, 1993, fiches 1, 2.
38. POUCHAIN D., ATTALI C., BUTTLER J., CLEMENT G., GAY B., MOLINA J.,  
OLOMBEL P., ROUY J.L..  
Observance et contrat thérapeutique.  
Médecine générale. Concepts et Pratiques. Masson, Paris, 1996 : 241-245.
39. POUCHAIN D., ATTALI C., BUTTLER J., CLEMENT G., GAY B., MOLINA J.,  
OLOMBEL P., ROUY J.L..  
Ordonnances et prescriptions.  
Médecine générale. Concepts et Pratiques. Masson, Paris, 1996 : 237-241.
40. POUCHAIN D., ATTALI C., BUTTLER J., CLEMENT G., GAY B., MOLINA J.,  
OLOMBEL P., ROUY J.L..  
Automédication.  
Médecine générale. Concepts et Pratiques. Masson, Paris, 1996 : 245-249.
41. QUENEAU U., VITAL P., DURAND D., DECOUSUS M.  
Automédication.  
Manuel de Thérapeutique Médicale, 1991, MASSON, p. 45.
42. QUENEAU U., VITAL P., DURAND D., DECOUSUS M.  
Observance thérapeutique.  
Manuel de Thérapeutique Médicale, 1991, MASSON, p. 47-49.
43. RAYNAUD P.  
Les mythes du médicament.  
Editions de l'institut Laps, 1975.



44. RENAULT J.F.

Démission du soignant.

Revue Prescrire, fév. 1996, tome 16, n° 159.

45. VALLEE

La rédaction de l'ordonnance.

La Presse Médicale, 1999, 28 (12).

46. VOLMINK J.

Systematic review of randomised controlled trials of strategies to promote adherence to tuberculosis treatment.

British Medical Journal, 1997, 315 : 1403-1406.

47. WENGER F., MARTIN B., ULMANN J.M., HOUDART Ph.

Le Français et son médecin, sondage Impact, IPSOS.

Impact Médecin 1987 : 40-47.

48. ZAGURY P., PIGEON M., DAVY O., DENIS C., ROZET K., GABINELLI D.

Etude de la prescription et de la consommation des antidépresseurs en ambulatoire.

Agence du Médicament, 1998.

49. ZAGURY P., PIGEON M., DAVY O., CAVALIE P.

Etude de la prescription et de la consommation des antibiotiques en ambulatoire.

Agence du Médicament, 1998.

---

50. Rubrique anonyme :

Conférence de presse : Laboratoire Roussel. Paris

HTA et observance thérapeutique, le généraliste en première ligne.

Le Concours Médical, 1995, 117 (12) : 892.

# TABLE DES MATIERES

	Page
<b><u>INTRODUCTION</u></b> .....	10
<b><u>METHODE DE TRAVAIL</u></b> .....	13
I - Définition de la méthode de travail .....	14
1 - Le questionnaire.....	14
2 - Définition de la population étudiée.....	17
A - Répartition de la population de notre enquête.....	18
a - en fonction du sexe.....	18
b - en fonction de l'âge .....	18
B - La population en Limousin en 1990.....	19
C - Les données de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Limoges .....	19
D - Comparaison entre notre enquête et les statistiques de la Caisse Primaire.....	19
3 - Période de remplissage des questionnaires.....	19
4 - Déroulement du remplissage du questionnaire.....	20
5 - Description de la base de données informatique.....	20
6 - Codification des données .....	21
<b><u>RESULTATS DE L'ETUDE</u></b> .....	27
<b>Question 1</b> : Y a-t-il une différence d'observance entre les hommes et les femmes ?.....	28
<b>Question 2</b> : Y a-t-il une différence d'observance entre les différentes tranches d'âges ? .....	29
<b>Question 3</b> : Y a-t-il une différence d'observance entre les différentes classes professionnelles ?.....	31

- Question 4** : Y a-t-il une différence d'observance entre les grandes villes, les villes moyennes, les villages et les habitations isolées ?..... 33
- Question 5** : Y a-t-il une différence d'observance par rapport à la situation familiale des patients ?..... 35
- Question 6** : Y a-t-il une différence d'observance en fonction du mode de vie ? ..... 36
- Question 7** : Y a-t-il une différence d'observance entre les retraités, les gens qui travaillent, les gens en arrêt de travail, les chômeurs ? ..... 37
- Question 8** : Y a-t-il une différence d'observance entre les différents régimes d'assurance maladie ? ..... 38
- Question 9** : Y a-t-il une différence d'observance entre les 4 médecins prescripteurs ? ..... 40
- Question 10** : Y a-t-il une différence d'observance entre l'existence ou non d'antécédents psychiatriques ? ..... 41
- Question 11** : Y a-t-il une différence d'observance entre l'existence ou non d'antécédents d'hypertension ? ..... 42
- Question 12** : Y a-t-il une différence d'observance entre l'existence ou non d'antécédents métaboliques ? ..... 43
- Question 13** : Y a-t-il une différence d'observance entre l'existence ou non d'antécédents graves ? ..... 44
- Question 14** : Y a-t-il une différence d'observance entre l'existence ou non d'antécédents invalidants ? ..... 45
- Question 15** : Y a-t-il une différence d'observance entre l'existence ou non de maladies fonctionnelles ? ..... 46
- Question 16** : Y a-t-il une différence d'observance entre les différentes classes médicamenteuses ? ..... 47
- Question 17** : Y a-t-il une différence d'observance par rapport au nombre de lignes de prescription par ordonnance ? ..... 51

<b>Question 18</b> : Y a-t-il une différence d'observance entre les lignes de prescription prescrites en chronique et celles prescrites en aiguë ?.....	53
<b>Question 19</b> : Y a-t-il une différence d'observance entre les lignes de prescription prescrites en chronique et celles prescrites en aiguë corrélées avec le nombre de lignes de prescription totale de l'ordonnance ?.....	54
<b><u>DISCUSSION</u></b> .....	57
1 - Observance en fonction du sexe.....	59
2 - Observance en fonction de l'âge.....	60
3 - Observance en fonction des classes professionnelles .....	62
4 - Non observance en fonction de la zone d'habitation .....	64
5 - Situation familiale et non observance thérapeutique.....	65
6 - Mode de vie et observance thérapeutique.....	66
7 - Les différents régimes d'Assurance Maladie et la non observance.....	67
8 - L'observance en fonction du médecin prescripteur .....	68
9 - Observance du traitement en fonction des antécédents .....	70
10 - Les différentes classes de médicaments influencent-elles la non observance.....	73
11 - L'observance thérapeutique est-elle liée ou non à la quantité de médicaments par ordonnance ?.....	87
<b><u>CONCLUSION</u></b> .....	90
<b><u>ANNEXES</u></b> .....	93
<b><u>BIBLIOGRAPHIE</u></b> .....	97

## SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

BON A IMPRIMER N° 46

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER  
LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

---

DELAGE (Pierre David). — A propos de l'observance thérapeutique... Etude réalisée auprès de 149 patients de médecine générale. — 109 f. ; ill. ; tabl. ; 30 cm (Thèse : Méd. ; Limoges ; 1999).

---

**RESUME :**

Notre étude concerne l'observance thérapeutique en médecine générale. Cette étude a été établie à partir d'un questionnaire rempli pendant les consultations dans trois cabinets de médecins généralistes. Par la suite les résultats ont été traités avec un logiciel de statistiques afin de savoir si nos pourcentages trouvés étaient significatifs.

Nous avons cherché à savoir s'il existait une différence d'observances en fonction du sexe, de l'âge des patients, de leur classe professionnelle, de leur lieu d'habitation, de leur situation familiale, de leur mode de vie, de leur travail, de leur régime d'assurance maladie, du médecin prescripteur, des antécédents psychiatriques, d'hypertension artérielle, métaboliques, de maladies graves, de maladies invalidantes, de maladies fonctionnelles, de la classe médicamenteuse, du nombre de lignes de prescriptions par ordonnance, de la durée de l'ordonnance prescrite.

De notre étude, les deux seules différences statistiquement significatives sont :

- le régime de sécurité sociale ; les patients bénéficiant d'une affection longue durée observent mieux leur traitement que les autres régimes;
- le nombre de lignes de prescriptions par ordonnance ; les ordonnances contenant plus de quatre médicaments sont mieux observées.

Quant aux autres résultats un échantillon plus important de la population permettrait de conclure plus aisément. Cependant, nos résultats permettent tout de même d'élaborer approximativement le portrait du mauvais observant.

---

**MOTS CLES :**

- Observance thérapeutique.
- Médecine générale.
- Enquête statistique en 1999.

---

<b>JURY :</b> Président	:	Monsieur le Professeur Philippe BERTIN.
Juges	:	Monsieur le Docteur Jean-Louis MOULIN. Monsieur le Professeur Claude PIVA. Monsieur le Professeur Patrice VIROT.
Membre Invité	:	Monsieur le Docteur Paul DUCHEZ.

---