

Faculté de Médecine

Année 2020

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 6 mai 2020

Par Nicolas Rémy

Né(e) le 21/07/1988 à Lille

Facteurs influençant l'observance thérapeutique des patients de 50 ans à 74 ans.

Thèse dirigée par Nadège LAUCHET

Examineurs :

Professeur Nathalie DUMOITIER, PU, Faculté de médecine de Limoges,	Président
Professeur Daniel BUCHON, PE, Faculté de médecine de Limoges,	Juge
Professeur Philippe BERTIN, PU, Faculté de médecine de Limoges,	Juge
Professeur Pierre BOYER, PA, Faculté de médecine Toulouse,	Juge
Docteur Nadège LAUCHET, MCA, Faculté de médecine de Limoges,	Juge



Faculté de Médecine

Année 2020

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 06/05/2020

Par Nicolas Rémy

Né(e) le 21/07/1988 à Lille

Facteurs influençant l'observance thérapeutique des patients de 50 ans à 74 ans.

Thèse dirigée par Nadège LAUCHET

Examineurs :

Professeur Nathalie DUMOITIER, PU, Faculté de médecine de Limoges,	Président
Professeur Daniel BUCHON, PE, Faculté de médecine de Limoges,	Juge
Professeur Philippe BERTIN, PU, Faculté de médecine de Limoges,	Juge
Professeur Pierre BOYER, PA, Faculté de médecine Toulouse,	Juge
Docteur Nadège LAUCHET, MCA, Faculté de médecine de Limoges,	Juge



Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

Le 11 octobre 2018

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE (Surnombre jusqu'au 31-08-2020)
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe	DERMATO-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE (Surnombre jusqu'au 31-08-2020)
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION

DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE

MOREAU Jean-Jacques	NEUROCHIRURGIE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
SAUTEREAU Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
WEINBRECK Pierre	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
------------------	---

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
BARRAUD Olivier	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
QUELVEN-BERTIN Isabelle	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
RIZZO David	HEMATOLOGIE
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel	(Maintenu en fonction jusqu'au 31.08.2019)
DUMOITIER Nathalie	(Responsable du département de Médecine Générale)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan	(du 1 ^{er} septembre 2016 au 31 août 2019)
LAUCHET Nadège	(du 1 ^{er} septembre 2017 au 31 août 2020)

PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule (du 1^{er} septembre 2018 au 31 août 2021)

PROFESSEURS EMERITES

ADENIS Jean-Paul du 01.09.2017 au 31.08.2019

ALDIGIER Jean-Claude du 01.09.2018 au 31.08.2020

BESSEDE Jean-Pierre du 01-09-2018 au 31-08-2020

BONNAUD François du 01.09.2017 au 31.08.2019

DE LUMLEY WOODYEAR Lionel du 01.09.2017 au 31.08.2019

DENIS François du 01.09.2017 au 31.08.2019

GAINANT Alain du 01.09.2017 au 31.08.2019

MERLE Louis du 01.09.2017 au 31.08.2019

MOULIES Dominique du 01.09.2017 au 31.08.2019

VALLAT Jean-Michel du 01.09.2017 au 31.08.2019

VIROT Patrice du 01.09.2018 au 31.08.2019

Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 1^{er} novembre 2018

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

AUDITEAU Emilie	EPIDEMIOLOGIE (CEBIMER)
BAUDRIER Fabien	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
CHARISSOUX Aurélie	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
DAURIAT Benjamin	HISTOLOGIE, EMBRIOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
DERBAL Sophiane	CHIRURGIE ANATOMIE
DOUCHEZ Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
FAYE Piere-Antoine	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
HUMMEL Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
KONG Mélody	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
MARQUET Valentine	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE et CYTOGENETIQUE
PIHAN Franck	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
RIVAILLE Thibaud	CHIRURGIE-ANATOMIE
TALLA Perrine	BIOLOGIE CELLULAIRE
TCHU HOI NGNO Princia	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

ARMENDARIZ-BARRIGA Matéo	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBLANC Mathilde	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AZAÏS Julie	MEDECINE INTERNE A
BAUDONNET Romain	OPHTALMOLOGIE
BEEHARRY Adil	CARDIOLOGIE

BLOSSIER Jean-David	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
BOSETTI Anaïs	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
BOUSQUET Pauline	PEDIATRIE
CHAMPIGNY Marie-Alexandrine	PEDIATRIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE DIGESTIVE
COLOMBIÉ Stéphanie	MEDECINE INTERNE A
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DARNIS Natacha	PEDOPSYCHIATRIE
DE POUILLY-LACHATRE Anaïs	RHUMATOLOGIE
DIDOT Valérian	CARDIOLOGIE
EL OUAFI Zhou	NEPHROLOGIE
EVRARD Bruno	REANIMATION
FAURE Bertrand	PSYCHIATRIE d'ADULTES
FAYEMENDY Charlotte	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
FROGET Rachel	CENTRE D'INVESTIGATION CLINIQUE (pédiatrie)
GHANEM Khaled	ORL
GEYL Sophie	GASTROENTEROLOGIE
GOUDELIN Marine	REANIMATION
GUTIEREZ Blandine	MALADIES INFECTIEUSES
HARDY Jérémy	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
KRETZSCHMAR Tristan	PSYCHIATRE d'ADULTES
LACOSTE Marie	MALADIES INFECTIEUSES
LAFON Thomas	MEDECINE d'URGENCE
LAHMADI Sanae	NEUROLOGIE
LEGROS Maxime	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

LEHMANN Lauriane	GASTROENTEROLOGIE
MARGUERITTE François	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
MARTINS Elie	CARDIOLOGIE
MICLE Liviu-Ionut	CHIRURGIE INFANTILE
MOWENDABEKA Audrey	PEDIATRIE
ORLIAC Hélène	RADIOTHERAPIE
ORSONI Xavier	UROLOGIE
PLAS Camille	MEDECINE INTERNE B
PRUD'HOMME Romain	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
QUILBE Sébastien	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE (NRI)
SALLE Henri	NEUROCHIRURGIE
SANGLIER Florian	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
SIMONNEAU Yannick	PNEUMOLOGIE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
VAIDIE Julien	HEMATOLOGIE CLINIQUE

CHEF DE CLINIQUE ASSOCIE

VITALE Gaetano	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
-----------------------	--

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

CARLESSO-CROUZIL Olivia

SEVE Léa

CHEF DE CLINIQUE ASSOCIE – MEDECINE GENERALE

RUDELLE Karen

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

LERAT Justine

O.R.L. (du 1er mai 2016 au 31 octobre 2020)

MATHIEU Pierre-Alain

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et
TRAUMATOLOGIQUE
(du 1er mai 2016 au 31 octobre 2020)

Rien n'est jamais perdu tant qu'il reste quelque chose à trouver
Pierre Dac

Remerciements

A Mme le professeur Nathalie Dumoitier

Professeur des Universités de médecine générale

Pour m'avoir fait l'honneur de présider ce jury de thèse. Recevez toute ma reconnaissance pour l'enseignement que vous m'avez dispensé au cours de mes années d'études et pour tout ce que vous avez fait pour moi.

Sincères remerciements.

A Mr le Professeur Daniel Buchon

Professeur émérite

D'avoir accordé un intérêt à ce travail et d'avoir accepté de le juger. Je vous exprime toute ma gratitude.

A Mr le professeur Philippe Bertin

Professeur des Universités, praticien hospitalier

Je tiens à vous exprimer ma gratitude pour avoir accepté de juger ma thèse. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

A Mr le professeur Pierre Boyer

Professeur associé de médecine générale

Pour m'avoir fait l'honneur de siéger parmi les membres de ce jury.

A Mme Nadège Lauchet

Maître de conférences associée de médecine générale

Je te suis très reconnaissant d'avoir accepté de m'accompagner dans ce travail. J'ai beaucoup apprécié ta disponibilité, ton aide précieuse, ton implication, tes conseils toujours judicieux et surtout ta patience...

Je dédie ce travail à...

Mes enfants Natheo et Robin, vos arrivées ont rempli ma vie d'un immense bonheur. Merci pour la joie de vivre, les rires, l'espièglerie, la curiosité permanente, merci pour votre amour et merci de me faire apprécier toutes ces journées (et nuits) avec vous.

Emilie, qui m'accompagne depuis si longtemps, celle qui me rend heureux, celle que j'aime. Tu m'as soutenu dans tous mes projets, même lorsqu'ils signifiaient s'éloigner, et je ne t'en remercierai jamais assez. Tu es un être exceptionnel et j'aime partager chaque jour de ma vie avec toi. Merci d'être qui tu es.

Mes Mamies, merci à Mamie Nadette pour tout ce que tu m'as apporté. Je n'oublie pas Mamie Rémy qui aurait été si fière de me voir soutenir ma thèse.

Mes Papys qui nous ont quitté trop tôt.

Mes parents, merci pour votre soutien indéfectible, si je suis arrivé jusqu'ici, c'est grâce à vous. Merci de m'avoir soutenu malgré les péripéties et ces années d'études interminables.

Mon frère, merci pour ton soutien et pour ton aide à chaque fois que j'en ai besoin.

Mes tantes, mes oncles, mes cousins, merci d'être qui vous êtes, merci pour tous ces moments passés ensemble.

A ma belle-famille, merci pour votre soutien et de m'avoir accompagné toutes ces années. Merci à mes beaux-parents d'avoir fait Emilie.

Mathilde, merci pour tous ces conseils pendant l'internat et encore maintenant. Je regrette vraiment que la distance nous empêche de monter un cabinet ensemble.

Pour finir, un grand merci à tous mes amis, pour leur soutien inconditionnel, merci d'avoir fait de toutes ces années des moments inoubliables.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Abréviations	22
Introduction	23
I. Généralités.....	24
I.1. Origine du concept d'observance	24
I.2. Définitions	25
I.2.1. Observance	25
I.2.2. Compliance	26
I.2.3. Adhérence / adhésion thérapeutique	26
I.2.4. Persistance.....	26
I.2.5. Alliance thérapeutique	27
I.2.6. L'empowerment.....	27
I.2.7. La non-observance thérapeutique	27
I.2.8. Vacances thérapeutiques	28
I.2.9. Mesure de l'observance des thérapeutiques.....	28
I.2.9.1. Techniques	28
I.2.9.1.1. Auto-questionnaire	28
I.2.9.1.2. L'avis des soignants sur l'observance de leurs patients	28
I.2.9.1.3. Décompte de comprimés	29
I.2.9.1.4. Analyse du renouvellement des ordonnances à la pharmacie	29
I.2.9.1.5. Dosage de principes actifs dans le sang ou l'urine	29
I.2.9.1.6. Evaluation de l'effet du traitement.....	29
I.2.9.1.7. Systèmes électroniques.....	29
I.2.9.2. Efficacité	30
I.3. Pathologie au long cours.....	30
I.4. Actualités	30
I.5. Modèles comportementaux de l'observance thérapeutique.....	31
I.5.1. Modèle des croyances de la santé	31
I.5.2. Théorie de l'action raisonnée et théorie du comportement planifié	31
I.5.3. Théorie du comportement interpersonnel	31
I.5.4. Modèle d'autorégulation de Leventhal	31
I.5.5. Modèle Trans théorique du changement	32
I.5.6. Le modèle de l'acceptation de la maladie	32
I.5.7. Perspectives.....	33
I.6. Conséquence de l'observance et de la non-observance	33
I.6.1. Clinique :	33
I.6.2. Economiques :	34
I.7. Nouveaux acteurs de l'observance	34
I.7.1. Les pharmacies	34
I.7.2. Les associations de malades.....	34
I.7.3. Les pouvoirs publics	35
I.7.4. L'industrie pharmaceutique.....	35
I.8. Education thérapeutique du patient.....	35
I.9. Motivation intrinsèque et extrinsèque	36
I.10. Conclusion	36
II. Matériel et méthodes	37

II.1. Objectif principal de l'étude	37
II.2. Objectifs secondaires.....	37
II.3. Sources.....	37
II.4. Méthode.....	37
II.5. Population.....	38
II.5.1. Critère d'inclusion.....	38
II.5.2. Critères d'exclusion	38
II.5.3. Mode de recrutement	38
II.5.4. Lieux de recrutement.....	39
II.6. Recueil de données	39
II.6.1. Guide d'entretien	39
II.6.2. Fiche d'identification	40
II.6.3. Codage.....	40
II.6.3.1. Logiciel.....	40
II.6.3.2. Codage descriptif	40
II.6.3.3. Codage axial.....	41
II.6.3.4. Codage matriciel	41
III. Résultats	42
III.1. Inclusion.....	42
III.2. Population.....	42
III.2.1. Situation personnelle	43
III.2.2. Situation professionnelle.....	44
III.2.3. Santé.....	45
III.3. Codage descriptif	47
III.4. Codage thématique.....	49
III.4.1. Education du patient.....	49
III.4.1.1. Facteurs favorisant l'observance.....	49
III.4.1.1.1. Le patient acteur de sa prise en charge	49
III.4.1.1.2. La connaissance du médicament.....	49
III.4.1.1.3. L'importance du médicament.....	50
III.4.1.1.4. Sources d'informations	51
III.4.1.2. Facteurs défavorisant l'observance	53
III.4.2. Intérêt du traitement pour le patient	58
III.4.2.1. Facteurs favorisants.....	58
III.4.2.1.1. Bénéfices.....	58
III.4.2.1.2. Prévention	60
III.4.2.1.3. Médicament.....	60
III.4.2.2. Facteurs défavorisant.....	61
III.4.2.2.1. Médicaments	61
III.4.2.2.2. Patients	63
III.4.2.2.3. Médecine.....	64
III.4.3. Organisation avec le traitement	65
III.4.3.1. Facteurs favorisants.....	65
III.4.3.2. Facteurs défavorisant.....	68
III.4.4. Relation patient médecin	71
III.4.4.1. Facteurs favorisants.....	71
III.4.4.2. Facteurs défavorisant.....	72
III.4.5. Représentation du patient.....	74

III.4.5.1. Facteurs favorisants.....	74
III.4.5.2. Facteurs défavorisant.....	74
III.5. Codage matriciel.....	76
III.5.1. Education du patient.....	76
III.5.2. Intérêt du traitement pour le patient.....	81
III.5.3. Organisation avec le traitement.....	83
III.5.4. Relation patient médecin.....	84
III.5.5. Représentation du patient.....	84
IV. Discussion.....	85
IV.1. Points forts de l'étude.....	85
IV.1.1. Les critères d'inclusion.....	85
IV.1.2. Les critères d'exclusion.....	85
IV.1.3. Etude de notre population.....	86
IV.1.4. La méthode.....	86
IV.1.5. Le recrutement.....	87
IV.1.6. L'analyse.....	87
IV.2. Limites de l'étude.....	88
IV.2.1. Biais de sélection.....	88
IV.2.2. Biais de recrutement.....	88
IV.2.3. Biais de déclaration.....	88
IV.2.4. Biais de recueil.....	88
IV.2.5. Biais d'interprétation.....	88
IV.3. Facteurs de l'observance.....	89
IV.3.1. Education du patient.....	89
IV.3.2. Intérêt du traitement pour le patient.....	92
IV.3.3. Organisation avec le traitement.....	95
IV.3.4. Relation patient médecin.....	96
IV.3.5. Représentation du patient.....	98
IV.4. Ethique.....	98
IV.5. Mise en perspective.....	99
V. Conclusion.....	100
Références bibliographiques.....	101
Annexes.....	107
Serment d'Hippocrate.....	114

Table des illustrations

Figure 1 : Cas comparés par nombre de référence d'encodage	42
Figure 2 : Répartition des âges de la population étudiée	43
Figure 3 : Nombre d'enfants	43
Figure 4 : Répartition des professions de la population étudiée	44
Figure 5 : Ancienneté des traitements pris.....	45
Figure 6 : Nombre de médicaments par patient.....	45
Figure 7 : Reste à charge par les patients	46
Figure 8 : Nombre de cas par pathologie.....	46
Figure 9 : Diagramme avec classement croissant des facteurs favorisant l'observance	47
Figure 10 : Diagramme avec classement croissant des facteurs défavorisant l'observance	48

Table des tableaux

Tableau 1 : Croisement matriciel entre la connaissance des médicaments par les patients et leur ancienneté.....	76
Tableau 2 : Croisement entre les connaissances des traitements et les pathologies.....	76
Tableau 3 : Croisement de l'âge et des connaissances sur les médicaments.....	77
Tableau 4 : Sources d'informations de 55 à 59 ans.....	77
Tableau 5 : Sources d'informations de 60 à 64 ans.....	77
Tableau 6 : Sources d'informations de 65 à 69 ans.....	78
Tableau 7 : Sources d'informations de 70 à 74 ans.....	78
Tableau 8 : Manque de connaissance du médicament ressenti par les patients en fonction de l'âge.....	78
Tableau 9 : Croisement matricielle des sources d'informations en fonction des pathologies.....	79
Tableau 10 : Médicament non important en fonction de la profession.....	80
Tableau 11 : Relation entre la non importance du médicament et le reste à charge des patients.....	80
Tableau 12 : Patients non demandeur d'information en fonction du reste à charge.....	80
Tableau 13 : Patient non demandeur d'information en fonction de leur pathologie.....	80
Tableau 14 : Nombres de médicaments en fonction du verbatim des patients non demandeurs d'information.....	81
Tableau 15 : Croisement du nœud de l'absence d'effet visible du médicament et le nombre de médicament par patient.....	81
Tableau 16 : Croisement du nœud de l'absence d'effet visible du médicament et du reste à charge par patient en euro.....	81
Tableau 17 : Effets indésirables et pathologies.....	82
Tableau 18 : Professions et effets indésirables.....	82
Tableau 19 : Evolution en fonction de l'âge de la volonté des patients de prendre le moins de médicaments possible.....	82
Tableau 20 : Auto-organisation des prises médicamenteuses en fonction du nombre de médicaments.....	83
Tableau 21 : Rituel quotidien pour la prise des médicaments en fonction de l'âge.....	83
Tableau 22 : oublis autorisés en fonction des pathologies.....	83
Tableau 23 : Méfiance des patients vis à vis des médicaments en fonction de leurs pathologies.....	84
Tableau 24 : Vision négative du médicament générique en fonction de la profession.....	84

Abréviations

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CMU : Couverture Maladie Universelle

CIM : Classification statistique Internationale des Maladies

EMC : Encyclopédie Médico-Chirurgicale

FA : Fibrillation Auriculaire

HTA : Hyper Tension Artérielle

IDM : Infarctus Du Myocarde

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RGO : Reflux Gastro-œsophagien

RCH : RectoColite Hémorragique

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Introduction

L'observance est un terme récent mais le concept est lui beaucoup plus ancien, Hippocrate, le père de la médecine avait déjà la notion d'une discordance entre la prescription médicale et la réalité des traitements. (1)

Plus récemment, en 2003, un célèbre rapport de l'OMS annonce que seul 50% des patients respectent leurs prescriptions dans les pays industrialisés (2). Ce rapport émet l'hypothèse que l'amélioration de l'observance donnerait de meilleurs résultats sanitaires que l'avènement de nouvelles technologies.

Les conséquences de l'inobservance sont nombreuses et diversifiées : augmentation de la morbi-mortalité ou du coût pour la société. A l'heure où les pathologies chroniques touchent des populations de plus en plus larges, ces conséquences en sont exacerbées. Toutefois, dans certains cas la non observance peut être bénéfique pour le patient en le protégeant de la iatrogénie.

L'objectif de cette étude est de déterminer les facteurs influençant l'observance. Les domaines de l'observance sont vastes : observance des thérapeutiques, observance de comportements, observance de régimes, observance de rendez-vous médicaux... Nous nous limiterons à l'observance des thérapeutiques.

I. Généralités

I.1. Origine du concept d'observance

Déjà Hippocrate disait que les patients mentaient sur la réalité de leurs prises médicamenteuses. Dans le chapitre 14 de bienséance il explique : « qu'il faut observer les fautes des malades ; il est arrivé plus d'une fois qu'ils aient mentis au sujet des choses prescrites ; ne prenant pas les breuvages désagréables, soit purgatifs, soit autres remèdes, ils ont succombé ; et le fait ne s'avoue pas, mais l'inculpation est rejetée sur le médecin » Suivant en cela, son maître Démocrite remarquait que « les hommes demandent aux dieux la santé dans leurs prières, mais ils ne savent pas qu'ils possèdent en eux même le pouvoir de l'obtenir. Mais ils font tout le contraire par manque de tempérance et livrent eux-mêmes par trahison leurs santés aux passions » (1)

Aristote dans l'Ethique à Nicomaque : « le malade ne recouvrera pas la santé, et il peut arriver qu'il soit malade par sa faute en menant une vie de désordres et en n'obéissant pas aux médecins. C'est autrefois qu'il lui était possible d'éviter la maladie ; mais une fois qu'il s'est laissé aller il est trop tard. » (3)

Plus tard l'observance reflète des règles et pratiques religieuses contraignantes mais indispensables socialement, elle renvoie à la notion de loi et à l'obéissance à une loi religieuse. En effet le terme d'observance est issu du latin *observantia* et correspond à « l'exécution des règles de la pratique religieuse, l'obéissance à ces règles, ou la règle elle-même. » Il faut se souvenir que pendant longtemps le prêtre et le médecin furent la même personne, il remplissait le rôle d'intermédiaire, de médiateur (qui est l'origine du mot médecin). (4) Cette période s'étant depuis l'antiquité jusqu'aux années 1970 où apparaissent les premiers travaux sur l'observance et les droits des patients comme le consentement éclairé.

L'intérêt pour l'observance thérapeutique s'est largement développé à partir des années 1970. De nombreux travaux ont été retrouvés sur le sujet lors d'une recherche sur Pubmed. Les termes « therapeutic compliance » retrouvent avant 1974, 1 ou 2 études par an, puis on observe une augmentation progressive du nombre de publications pour atteindre 5000 à 6000 nouvelles études par année.

En 1975 apparait le terme anglo-saxon de compliance qui sera plus tard traduit en français par le terme d'observance bien que ce soient 2 notions différentes. Pendant la même période les droits des malades évoluent avec l'apparition du concept d'autonomie du patient à travers le rapport Balmont de 1976 (5) qui conduira à la notion de consentement éclairé. C'est la fin de la médecine paternaliste et unilatérale, le patient devient petit à petit un acteur de sa prise en charge.

Dans ses travaux de 1979, Haynes définit l'observance comme : « le degré de respect ou d'écart entre les prescriptions et les pratiques du patient en termes de santé ». (6)

La notion d'observance apparait dans le code de la santé publique en France en 1995 via l'article R5104-5 devenu l'article R5125-51 à propos de la dispensation à domicile des médicaments par le pharmacien : « le pharmacien doit, en vertu de ce texte, lorsqu'il confie cette dispensation à un préparateur en pharmacie, veiller personnellement à ce que les instructions nécessaires à une bonne observance et compréhension de la prescription par le patient soit données préalablement à la personne qui assure la dispensation » (7).

La loi de bio éthique du 4 mars 2002 (8) renforce l'autonomie du patient.

Des arrêtés des 19 février et 26 mars 2007 (9,10) relatifs aux recherches biomédicales retiennent également le terme d'observance.

Actuellement la prise en charge du patient par le système de santé englobe trois axes principaux qui sont l'accès aux soins de santé, la bonne pratique des professionnels de la santé et pour terminer l'observance. Elle englobe ici non seulement les thérapeutiques mais aussi tous les actes issus des soins, des recommandations, des programmes de dépistages et bien sûr des thérapeutiques.

Dans l'absolu, l'observance parfaite n'existe pas car il faudrait philosopher sur la capacité d'un être humain à être parfait. Depuis Gordis L en 1976, il est admis que la prise de 75 à 80% des traitements permet de qualifier le patient d'observant (11), bien que certaines pathologies nécessitent une observance plus stricte comme le VIH par exemple.

I.2. Définitions

I.2.1. Observance

Selon le Bescherelle : *« l'observance est définie comme l'action d'observer « des devoirs, des règles prescrites ». Tous les développements qui y sont consacrés renvoient à l'observance des maximes de la religion. On y distingue l'observance relâchée ou mitigée de l'étroite observance. »* (12)

Selon le livre de la médecine (Michel Serres et Nayla Farouki) : *« l'observance est la concordance entre la prescription d'un médecin et son exécution par un malade ».* (12)

Selon l'encyclopédie pratique de médecine de Nicolas Postel-Vinay et Joël Ménard : *« l'observance terme français équivalent de compliance en langue anglaise, se définit comme la concordance entre le comportement d'un patient et les prescriptions hygiéniques, diététiques et médicamenteuses qui lui ont été faites ».* (12)

Selon l'EM consulte, l'observance se manifeste par un ensemble de comportements qui peut englober la simple prise d'un traitement médicamenteux, mais aussi l'ensemble des régimes prescrits, ainsi que les comportements sains adoptés par les patients, tels que de se rendre au rendez-vous du médecin, avoir une alimentation saine, faire de l'exercice physique, éviter de fumer, adopter des styles de vie sains qui coïncident avec les conseils du médecin. (13)

L'observance mesure le degré de réalisation d'une prescription.

L'observance peut être influencée par le contexte, un patient hospitalisé aurait plus de facilité à être observant le temps de son hospitalisation qu'une fois sorti de cet environnement. Les objectifs d'observance peuvent varier d'une pathologie à une autre.

I.2.2. Compliance

Provient de l'anglais et signifie à la fois acquiescement mais aussi soumission.

Selon Wikipédia le terme de compliance est un anglicisme qui peut prendre plusieurs sens :

La conformité ou conformation : qualité de ce qui est conforme.

Accord, acquiescement, voire servilité

La souplesse : flexibilité ou la distensibilité en médecine (ex : compliance pulmonaire).

Matrice de la compliance : matrice de conformité, par exemple d'un produit à sa spécification technique de besoin (le produit sera produit tel qu'exigé par le cahier des charges)

Pour l'EM consulte : « *le terme de compliance, qui est la traduction française, a une connotation de soumission et de conformité à la thérapeutique prescrite par le médecin.* »(14)

I.2.3. Adhérence / adhésion thérapeutique

Peut être employé pour exprimer l'adhésion au traitement.

Selon l'EM consulte : « *Il s'agit du degré d'acceptation du patient vis-à-vis de sa thérapeutique* » cette notion renvoie à des facteurs psychosociaux et environnementaux et par conséquent à une évolutivité dans le temps, (14) notion que nous avons déjà évoqué dans la définition de l'observance. Suite à un événement, un facteur environnemental, une émotion, l'adhérence d'un patient peut varier.

Selon la revue médicale suisse, l'adhérence thérapeutique peut se décliner en 2 notions complémentaires, à savoir :

La persistance qui représente la durée pendant laquelle le patient continue de prendre son traitement.

L'implémentation qui représente la manière dont le patient persistant gère et s'administre son traitement jour après jour. (15)

A travers cette définition on perçoit qu'il est peut-être plus judicieux d'utiliser la notion d'adhésion thérapeutique qui inclut la participation active du patient plutôt que d'observance.

I.2.4. Persistance

La persistance se définit par la durée pendant laquelle les patients observent/adhèrent au traitement ou encore la durée entre le début et l'arrêt du traitement par le patient. (16)

I.2.5. Alliance thérapeutique

Elle peut se définir comme un contrat entre le thérapeute et son patient, une synergie permettant de meilleurs résultats dans l'observance. (17)

Selon L'EM consulte elle est constituée de 2 composantes :

- Une composante générale représentant les ressentis du patient (écouté, soutenu, encouragé...).
- Une composante spécifique qui sera propre à chaque pathologie (objectifs à moyen, long terme, concessions, transmission de compétence...).

Elle nécessite : « *une relation médecin-malade basée sur une confiance réciproque et une capacité d'écoute mutuelle, ainsi qu'un accord sur les objectifs thérapeutiques et les moyens d'y parvenir.* » (18)

L'auteur Marie-Claude Matéo définit l'alliance thérapeutique comme « la collaboration entre le patient et le thérapeute » et pour lui elle se compose d'au moins quatre aspects fondamentaux : la négociation, la mutualité, la confiance et l'acceptation. (19)

Selon le dictionnaire en ligne Trésor de la langue française : « l'alliance thérapeutique désigne une union par engagement mutuel, un accord. » (19)

I.2.6. L'empowerment

Selon le CHU de Liège : « *l'empowerment, autonomisation ou capacitation, est la prise en charge de l'individu, par lui-même, de sa destinée économique, professionnelle, familiale et sociale.* » (20) Cette notion est la suite logique de l'évolution du patient, de plus en plus impliqué dans les décisions concernant sa santé, de plus en plus autonome.

I.2.7. La non-observance thérapeutique

Elle concerne tous les gestes du traitement, à savoir : venir aux consultations, faire un dépistage, prendre ses traitements correctement, surveiller leur efficacité, accepter des modifications de style de vie, renoncer à des comportements à risque. Elle concerne toutes les pathologies, aiguës ou chroniques.

Une esquisse de la philosophie de l'observance de Gérard Reach définit la non-observance comme « *le manque d'adéquation entre les comportements des patients et des prescriptions médicales* » et même « *l'absence de concordance entre les comportements des patients et les recommandations médicales.* » (12)

Il est important de différencier plusieurs niveaux de non-observance. En termes d'efficacité, il existe une différence considérable entre un patient qui va oublier son traitement de manière ponctuelle et celui qui va tout simplement décider d'interrompre son traitement.

I.2.8. Vacances thérapeutiques

On appelle vacances de traitement le fait d'arrêter le traitement pendant un certain nombre de jours, conséquence d'une décontextualisation du patient, typiquement lorsqu'il part en vacances (14). Pour certaines pathologies il peut ne pas y avoir de conséquences importantes mais dans d'autres cas, notamment les pathologies au long court, les conséquences peuvent être néfastes.

I.2.9. Mesure de l'observance des thérapeutiques

Il s'agit de la mesure de l'appréciation de la concordance entre les recommandations médicales et le comportement des patients.

I.2.9.1. Techniques

I.2.9.1.1. Auto-questionnaire

Il s'agit d'une méthode très utilisée, plutôt fiable lorsque le patient déclare ne pas être observant mais moins efficace lorsqu'il déclare être observant. En effet, il peut exister un biais de valorisation sociale, le patient souhaitant paraître comme respectueux des consignes qui lui ont été prodiguées. Il souhaite plaire à son médecin ou ne souhaite pas être jugé (21). Les questionnaires anonymes gommement légèrement ce biais.

Plusieurs questionnaires validés scientifiquement existent dont le questionnaire de Girerd (Annexe 1). Elaboré en 2001 par le Pr Xavier Girerd, cardiologue et professeur de thérapeutique à la faculté Pierre et Marie Curie à l'Université Paris VI. Il est composé de 6 questions fermées concernant l'observance d'un traitement chronique. A la fin du questionnaire un score est attribué en fonction du nombre de réponses positives permettant de distinguer une bonne observance d'une mauvaise observance. Le questionnaire est validé pour une période de 15 jours précédant le questionnaire. (22)

I.2.9.1.2. L'avis des soignants sur l'observance de leurs patients

Il s'agit d'une méthode facile à mettre en place, les praticiens interrogent les patients sur leurs oublis de traitement éventuels et se font leur propre idée. Malheureusement ils ne sont visiblement pas les mieux placés pour faire cette évaluation car il existerait une surestimation du taux d'observants (23). Par ailleurs, un raccourci peut être fait par les professionnels de santé entre leur taux de patients observants et la qualité de leur travail. Ils associeraient un bon travail avec une bonne observance et inversement donc donner un mauvais chiffre d'observance pour leurs patients reviendrait à dire qu'ils font un mauvais travail. On comprend que cela pourrait (consciemment ou non) biaiser les résultats annoncés par les soignants.

Dans une étude de 1996, il semblerait que les infirmières soient assez proches de la réalité lors de leur évaluation d'observance de leurs patients. Elles ne se fient pas uniquement à leur ressenti mais combinent différentes méthodes diminuant ainsi les biais, notamment les biais de jugement. (24)

I.2.9.1.3. Décompte de comprimés

Le soignant peut demander à voir les boîtes de médicaments lors d'une visite à domicile ou en consultation afin de faire un décompte des comprimés restants et ainsi avoir une estimation du niveau d'observance.

Il existe beaucoup de biais. L'hypothèse principale de cette méthode est qu'un médicament manquant équivaut à un médicament pris or il peut exister différentes explications à cette absence. Le patient doit penser à rapporter ses boîtes de traitement lors d'une consultation au cabinet. Inversement un patient se sachant évalué peut adapter temporairement son comportement et entraîner une surestimation de son adhésion. (25)

I.2.9.1.4. Analyse du renouvellement des ordonnances à la pharmacie

Elle consiste à établir un rapport entre médicaments prescrits et médicaments délivrés en pharmacie, toujours avec le même postulat d'un médicament délivré équivalant à un médicament effectivement pris par le patient. (26)

I.2.9.1.5. Dosage de principes actifs dans le sang ou l'urine

Méthodes qui peuvent paraître idéales au premier abord car on dose directement le médicament. Mais à y voir de plus près elles ne sont possibles que pour un nombre limité de médicaments, chaque patient aura un métabolisme propre influençant la capacité d'élimination du principe actif par l'organisme. Ces méthodes sont coûteuses et difficiles à mettre en œuvre. Elles sont surtout utiles à la validation d'autres méthodes. (25)

I.2.9.1.6. Evaluation de l'effet du traitement

Evaluation des paramètres de la maladie pour en déduire le taux d'observance. Le postulat est que le traitement est idéal, donc si la maladie n'est pas contrôlée le patient n'est pas observant. Dans la réalité c'est un peu plus compliqué, le patient peut être parfaitement observant mais le traitement non optimal : la maladie peut avoir évolué depuis la dernière évaluation et le traitement être devenu insuffisant. Il est donc possible de supposer un bon niveau d'observance pour un patient qui ne l'est pas. Comme pour le dosage de principes actifs cette méthode vient surtout en validation d'autres méthodes.

I.2.9.1.7. Systèmes électroniques

Ils représentent un progrès pour l'évaluation de l'observance. On retrouve un système enregistrant chaque événement représenté par l'ouverture d'un blister, d'un pilulier ou encore l'inversion d'un flacon. Ils sont très fiables et permettent la mesure de données encore plus précises avec par exemple les horaires de prises en plus du nombre de prises. Ils représentent une solution coûteuse mais efficace de plus en plus utilisée dans les études cliniques. Toujours le même postulat de départ à savoir un événement enregistré équivaut à une consommation du médicament.

I.2.9.2. Efficacité

Pas de gold standard (27), chaque méthode présente ses propres qualités et ses propres biais : elles sont à adapter au cas par cas. La mesure de l'observance est difficile à mener car elle peut porter sur un seul critère ou sur une globalité, elle peut se modifier dans le temps, elle peut se mesurer pour des pathologies chroniques ou aiguës ou encore pour un programme de dépistage.

I.3. Pathologie au long cours

Selon la sécurité sociale, une affection de longue durée se caractérise : « par un état pathologique invalidant nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois. »(28)

I.4. Actualités

Le terme « d'observance thérapeutique / therapeutic compliance » retrouve 116 067 résultats sur Pub Med en 2020.

L'OMS a analysé un certain nombre d'études et conclu que seul 50% des patients respectent leurs prescriptions. (2)

On considère que la moitié ou plus des traitements chroniques sont stoppés dans l'année ou les 2 ans par les patients. (29)

Actuellement en France 37% des personnes sont concernées par une maladie chronique or ces dernières représentent la principale cause de décès en France. (30)

Beaucoup d'études sont publiées sur l'observance mais sont très souvent centrées sur une seule pathologie.

Les résultats d'observance sont variables selon les pathologies. Une étude concernant l'asthme donne une fourchette entre 20 et 80% de la population qui pourrait ne pas respecter les prescriptions médicales, elle appuie son propos en expliquant que malgré l'amélioration des thérapeutiques dans l'asthme, le taux de mortalité ne diminue pas. (31) Une étude sur l'observance des thérapeutiques anti-ostéoporotiques révèle des taux d'observance et surtout de persistance très faibles pour cette pathologie qui possède une faible expression clinique. En effet le taux d'observance est de 54% à 1 an et de seulement 4% à 2 ans, un taux de persistance de 42% à 1 an et de 22% à 2 ans (32). Dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, on retrouve un taux de 30 à 40% de mauvaise observance. (33)

Le défaut d'observance est particulièrement important en psychiatrie car on estime que 25% des patients hospitalisés et 50 % des patients ambulatoires ne prennent pas leur traitement. (34)

Une méta analyse de 2003 nous explique que malgré des interventions sur le comportement ou sur l'éducation thérapeutique des patients, ceux-ci sont peu efficaces sur l'observance. D'où la nécessité de trouver des leviers plus performants.

I.5. Modèles comportementaux de l'observance thérapeutique

I.5.1. Modèle des croyances de la santé

Ce modèle explique que la perception du monde et l'aspect psychologique du patient permet de « prédire » le comportement de ces derniers. En fonction de l'éducation, de la représentation des maladies, des traitements, de son expérience personnelle, d'une expérience d'un proche, des médecins ou du monde médical dans son ensemble. Il en résulte des croyances sur les menaces d'une pathologie, les bénéfices à prendre ou non un traitement, à suivre tel ou tel conseil. (35)

I.5.2. Théorie de l'action raisonnée et théorie du comportement planifié

La théorie de l'action raisonnée est un modèle de psychologie sociale. Elle étudie l'attitude et le comportement de personnes afin d'anticiper leurs futurs comportements. Elle a été développée par Martin Fishbein and Icek en 1967. En 1985, Ajzen l'a élargie à la théorie du comportement planifié, il ajoute la notion de subjectivité dans les comportements humains. La personne veut faire telle chose mais ne le fera finalement pas pour des raisons subjectives. Elle introduit la notion de volonté de la personne de se comporter d'une certaine façon. (36)

Le patient évalue les avantages et les inconvénients à prendre un traitement avant de se décider à le prendre, il pèse le pour et le contre. Les croyances et les représentations du patient font partie du raisonnement (son entourage, la maladie).

I.5.3. Théorie du comportement interpersonnel

Elle ajoute aux précédentes théories la présence de conditions qui facilitent ou compliquent la réalisation du comportement comme la notion de l'habitude d'un comportement qui s'améliorera dans le temps. (37)

I.5.4. Modèle d'autorégulation de Leventhal

Howard Leventhal a développé ce modèle dans les années 1970 puis complété en 1992. Le patient possède des représentations de la maladie avec des problèmes qu'il va tenter de résoudre notamment par le respect d'une prescription médicale. Ce schéma est constitué de 3 étapes :

- La formation d'une représentation, une interprétation de la menace de la maladie via des sources internes comme des symptômes et des sources externes comme des informations.
- Puis il fait un choix, il prend une décision concernant les mesures à mettre en place.
- Pour finir il fera une évaluation des résultats avec possibilité de modifier ses décisions initiales si les résultats attendus ne sont pas présents. (38)

I.5.5. Modèle Trans théorique du changement

Prochaska a décrit ce modèle en 1983 où il perçoit 5 étapes à ce processus.

Tout d'abord le stade de pré-contemplation où le patient n'a pas l'intention de modifier son comportement car il n'a pas encore conscience qu'il existe un problème. Il n'a pas la connaissance ou pas la conscience que ce problème existe pour lui ou encore il est peut-être dans le déni.

Le stade de contemplation : prise de conscience de l'existence du problème par le patient. Le patient sait qu'il devra modifier son comportement mais n'a pas l'intention de le faire dans l'immédiat. Il remet cette décision à plus tard, et ce plus tard peut prendre beaucoup de temps avant le stade suivant.

Stade de préparation : La décision est prise de passer à l'action et dans un future proche mais il réfléchit encore à la meilleure façon de le faire.

Stade de l'action : Le patient modifie son comportement.

Stade de maintenance : Période pendant laquelle éviter la rechute représente des efforts pour le patient, il doit être vigilant pour maintenir ce changement.

Durant ces différents stades de changement il est possible, voir fréquent, d'observer des retours en arrière. Avec ce modèle Prochaska nous met en évidence la nécessité de bien évaluer le patient avant de passer à l'action car les mêmes efforts n'auront pas le même impact en fonction du stade d'avancement du patient. (39)

I.5.6. Le modèle de l'acceptation de la maladie

L'acceptation de la maladie est un processus à part entière, ce processus qui a déjà fait l'objet de plusieurs recherches peut se décrire de la manière suivante :

- L'effondrement : Il peut être physique par des pleurs et/ou psychique avec un risque de dépression s'il n'est pas pris en charge
- La sidération : c'est une manifestation anxieuse qui témoigne de la violence traumatique de l'impact de cet instant. Les capacités de compréhension et de réaction émotionnelles du patient sont figées.
- Le déni : Il représente un processus psychique inconscient qui permet de faire coexister 2 événements incompatibles, intolérables pour la psyché. C'est un mécanisme par lequel la personne n'arrive pas à reconnaître comme réels certains aspects extérieurs qui paraissent évidents à autrui.
- La colère et le sentiment d'injustice : S'ils sont exprimés assez tôt, ils peuvent être salvateurs pour la pérennité de la relation de soins, car ils témoignent d'un sentiment de peur. Plus cette colère sera évacuée et non contenue, moins elle se retournera contre le patient en culpabilité.
- La culpabilité : elle est exprimée plus tardivement comme le résultat d'une négligence de la part du patient qui le rendrait responsable de son état actuel.
- L'intellectualisation et la rationalisation : la personne s'adonne à des pensées exagérément abstraites pour éviter d'éprouver des sentiments gênants. Le patient invoque des explications rassurantes ou complaisantes mais erronées pour rendre

compte de son comportement ou de celui d'autrui. Il s'agit d'une manière de se rassurer. (40)

Plus la maladie est grave plus ces différents stades auront un impact important sur la vie du patient. Ces différentes phases n'ont pas de durées prédéfinies et dépendent de chaque personne.

I.5.7. Perspectives

De l'ensemble de ces modèles se dégage une notion d'évolutivité, de changement dans le temps des comportements. Une amélioration est possible mais aussi une dégradation des comportements de chacun. Le modèle de Leventhal l'illustre bien avec une notion de feedback, de rétro contrôle sur les actions mises en place qui, si elles n'ont été bénéfiques pour le patient alors qu'il a été observant, elles vont progressivement entraîner une diminution de son observance.

Ces différents modèles suggèrent aussi un certain état mental pour la mise en œuvre des actions d'observance ou de non-observance. Si on prend l'exemple du cheminement de l'acceptation de la maladie le patient en traverse plusieurs. Ces états mentaux représentent les croyances, les désirs, ou encore le vécu de chacun. Pour approfondir la notion d'observance, ils sont indispensables, et vont même nous obliger à entrer dans le domaine de la philosophie si nous souhaitons mieux les comprendre.

I.6. Conséquences de l'observance et de la non-observance

I.6.1. Clinique :

Tout d'abord, il existe des conséquences pour la personne elle-même à travers les rechutes de sa pathologie, des hospitalisations, une évolution plus rapide de la maladie, des complications...

Les conséquences peuvent aussi atteindre les autres personnes car la transmission d'agent infectieux sera facilitée par un défaut d'observance. Des infections aiguës ou la propagation de pathologies qui auraient pu être contrôlées par une campagne de vaccination ou encore des bactéries qui deviennent multirésistantes par leur sélection.

L'étude Beta-blocker Heart Attack Trial met en évidence que la non-observance est en elle-même un facteur de risque de mortalité car indépendamment de leur traitement, le groupe témoin (recevant un placebo) avait un taux de mortalité plus élevé chez les patients non observants que chez les patients observants. On pourrait faire un lien avec une non-observance ne se limitant pas seulement aux thérapeutiques mais aussi à tous les facteurs que l'observance peut englober, à savoir l'hygiène de vie, le respect des examens de contrôle ou de dépistage (41)...

I.6.2. Economiques :

Les médicaments non consommés lorsqu'un patient décide de ne plus les prendre représentent une perte économique pour la société. L'investissement est perdu, il en va de même pour les différentes consultations ou examens complémentaires nécessaires au diagnostic et ayant conduit au traitement. Enfin le risque de rechute avec ou sans hospitalisation mais qui nécessite des soins de santé entraîne un surcoût pour la société (42,43). Une étude en 1995 fait une estimation de ces coûts pour la schizophrénie, les rechutes par défaut d'observance représenteraient 40% des coûts hospitaliers (44).

Les conséquences économiques de l'inobservance impactent directement le patient avec des compléments santé de plus en plus coûteux. L'augmentation des événements indésirables augmente mécaniquement les cotisations des mutuelles. Par le même mécanisme, on retrouve des effets y compris en dehors du monde médical avec une augmentation des cotisations pour les assurances emprunteur dans l'immobilier par exemple. A l'extrême, après avoir développé un événement indésirable, le patient peut se retrouver dans l'incapacité de travailler en ayant développé un handicap qui de plus nécessitera de lourds et coûteux aménagements de son quotidien. Ces dépenses seront supportées par la société ou par le patient lui-même s'il n'était pas suffisamment couvert.

L'observance thérapeutique prend une part de plus en plus importante dans la pratique de la médecine. La recherche médicale s'intéresse également de près à ce phénomène car une conséquence directe d'un échantillon de patients non observants est l'augmentation du coût de la recherche. En effet, l'estimation des patients non observants nécessite d'augmenter la taille de l'échantillon à étudier. Elle s'y intéresse de près mais a beaucoup de difficultés à inclure ce mécanisme dans ses protocoles. La recherche sur l'efficacité des médicaments analyse souvent « en intention de traiter » ce qui signifie un biais de sélection non négligeable sur les patients non observants. Un patient participant à un essai clinique aura tendance à être plus observant qu'à l'habitude à travers une volonté de bien faire.

Dans de rares situations la mauvaise observance peut être bénéfique pour les coûts de la société. Si le traitement proposé est non optimal voir inadéquat alors le patient non observant diminuera les dépenses de santé tout en gardant le même risque de complications concernant sa pathologie. (45)

I.7. Nouveaux acteurs de l'observance

I.7.1. Les pharmacies

Les pharmaciens délivrent une information à travers les différents conseils concernant les modalités de prises des médicaments mais possèdent aussi un rôle de conseil dans le choix des traitements. Ils participent à l'amélioration de l'observance mais peu d'études permettent d'évaluer leurs interventions.

I.7.2. Les associations de malades

Elles représentent un acteur majeur de l'observance mais sont réparties de manière inégale sur le territoire, il existe un déséquilibre des informations délivrées.

I.7.3. Les pouvoirs publics

Ils sont intéressés par une gestion optimale des médicaments afin d'obtenir une réduction des dépenses de santé grâce à des programmes d'accompagnement.

I.7.4. L'industrie pharmaceutique

Sa place reste encore à définir, elle participe au maintien de la santé par la production de médicaments mais possède les travers de toute entreprise. Sa mission première est de se développer, de croître et donc de faire toujours plus de chiffre d'affaires. Elle assume un rôle d'éducation thérapeutique en expliquant les modalités de prises des médicaments notamment ceux ayant des protocoles complexes ou très stricts à respecter. Il est écrit dans le code de la santé publique qu'elle ne doit pas prendre part aux actions menées d'éducation thérapeutique (46) mais peut participer aux financements de ces campagnes selon un amendement de 2009. (47)

Il serait intéressant d'inclure de manière systématique une mesure de l'observance des thérapeutiques dans les essais cliniques afin d'avoir des résultats se rapprochant un maximum de la réalité.

I.8. Education thérapeutique du patient

La notion d'autonomie du patient apparaît avec le rapport Belmont en 1976 (5) puis avec la loi Huriet de 1988 à travers la protection des personnes dans la recherche médicale et du soin (48). A noter que la loi reconnaît que le patient peut ne pas être observant, il est dans son plein droit.

L'OMS l'a défini comme suit : « Elle a pour but de former les patients à l'autogestion, à l'adaptation du traitement à leur propre maladie chronique, et à leur permettre de faire face au suivi quotidien. »(49) Même lorsque le médecin donne des informations au patient, il ne l'écoute que trop peu et reste dans des considérations scientifiques sans s'intéresser aux conséquences de la vie de tous les jours de son patient. (50) Une étude menée en 2003 a montré que dans 82% des consultations était introduit un nouveau concept mais que le médecin vérifiait si le patient avait compris dans moins de 12% des cas.

L'éducation thérapeutique doit permettre la connaissance par le patient, il est important qu'il sache pourquoi il suit les recommandations, une étude montre qu'il sera plus observant dans ce cas. (51)

Des programmes d'éducation thérapeutique sont réalisés pour la plupart en structure hospitalière, très majoritairement en service de court séjour et par extension en ville. Ces programmes sont majoritairement orientés vers le diabète, les pathologies circulatoires et respiratoires. Peu concerne des patients polypathologiques. (52) L'accès à ces programmes est très hétérogène, même entre différentes structures hospitalières. (53) Ces programmes sont encore peu évalués, ils auraient besoin d'un meilleur « feed-back » pour être de plus en plus efficaces. (54) Les résultats de ceux qui ont été évalués sont très aléatoires avec de très bons résultats pour certains et beaucoup moins bons pour d'autres. Cette efficacité démontrée de certains nous incite à poursuivre le développement de programmes d'éducation thérapeutique. (55)

I.9. Motivation intrinsèque et extrinsèque

Il est possible de classer la motivation dans deux grandes catégories que sont la motivation extrinsèque et la motivation intrinsèque. La première est une motivation fragile qui sera facilement interrompue dès qu'un intérêt supérieur se présentera. Elle est caractérisée par une faible persistance. La seconde est ancrée dans des motivations profondes permettant la poursuite de l'action entreprise malgré l'apparition de différents freins. Elle restera une priorité à accomplir, elle résistera à l'apparition de sentiments négatifs comme la fatigue ou la lassitude.

Dans les deux cas, leur accomplissement sera source de plaisir, moteur de leur réussite. Le plaisir procuré sera plus important pour la motivation intrinsèque. La prise de médicament sera souvent classée dans les motivations extrinsèques. Le patient aurait tendance à prendre correctement son traitement le jour de la consultation ou les quelques jours précédents. Il cesserait l'activité dès lors que la contrainte externe (par exemple, un examen, une obligation, un supérieur hiérarchique trop « contrôlant » ...) disparaît. Les résultats seront faussement positifs, une tension faussement dans les normes ou une glycémie correcte alors que l'hémoglobine glyquée ne l'est pas. (56)

I.10. Conclusion

La médecine moderne place le patient au cœur de sa prise en charge, il en devient un acteur décisionnaire. Depuis les années 1970 on assiste au passage d'une médecine unilatérale en place depuis l'antiquité à une médecine bilatérale.

II. Matériels et méthodes

II.1. Objectif principal de l'étude

Définir les différents facteurs influençant l'observance des thérapeutiques dans les pathologies au long cours pour des patients âgés de 50 à 74 ans.

II.2. Objectifs secondaires

Identifier les profils de patients observants et de patients non observants.

II.3. Sources

Recherche bibliographique via les bibliothèques universitaires de Limoges et de Toulouse ainsi qu'un accès national aux documents des différentes bibliothèques universitaires de France.

Recherche internet grâce au moteur de recherche :

- Google Scholar

Aux sites internet :

- Pubmed
- Scopus
- Thèses.fr
- DocDoc Pro
- CISMEF
- OMS
- HAS
- INSEE
- Ameli

II.4. Méthode

Pour répondre à l'objectif principal de l'étude nous avons réalisé une étude qualitative organisée sous forme d'entretiens semi-dirigés à l'aide d'un guide d'entretien prédéfini. Une fiche d'identification a également été remplie par les participants.

II.5. Population

II.5.1. Critères d'inclusion

- Patient consultant un médecin généraliste
- Age de plus de 50 ans
- Age de moins de 75 ans
- Avoir un traitement chronique

II.5.2. Critères d'exclusion

- Elimination des âges extrêmes :
Les moins de 50 ans et les âges de 75 ans et plus.
- Accord :
Avant de commencer l'entretien, il a été demandé un accord oral en expliquant avec précision les caractéristiques de cet entretien, notamment le déroulement en 2 parties, une phase orale entièrement enregistrée et une phase écrite correspondant au remplissage de la fiche d'identification. Toutes les données recueillies ont été anonymisées.
- Personne dépendante :
Si dans le dossier médical était inscrit une mesure de curatelle ou de tutelle alors ni l'entretien ni le questionnaire n'ont été proposés.

II.5.3. Mode de recrutement

Dans notre étude le patient a été reçu en consultation par le médecin généraliste. Quel que soit son motif, la consultation s'est déroulée normalement. Une fois celle-ci terminée, il leur a été proposé de répondre à un entretien oral enregistré en intégralité et de remplir un questionnaire. Après avoir obtenu un accord oral et expliqué les différentes modalités de l'entretien, le patient commençait par compléter la fiche d'identification, puis débutait l'entretien semi dirigé. Les patients avaient connaissance du sujet de l'entretien seulement une fois celui-ci terminé. L'animateur suivait le guide d'entretien uniquement composé de questions ouvertes, ainsi le patient était libre de ses réponses. S'il déviait trop du sujet, l'animateur pouvait le réorienter en précisant la question. Le premier entretien s'est déroulé à trois. Le directeur de thèse a animé l'entretien, le thésard était observateur. Cette étape a permis au futur animateur d'acquérir les techniques d'entretien et d'animer les prochains seul. La période d'inclusion s'est étendue de Février 2019 à Octobre 2019 soit un total de 8 mois.

II.5.4. Lieux de recrutement

Les zones de recrutement se situaient dans le département de la Haute Garonne au sein de la région Occitanie :

- Zones rurales (moins de 2000 habitants)
 - o 1 cabinet médical à Saint Martory
 - o 2 cabinets médicaux à Salies-Du-Salat
- Zones semi rurales :
 - o 1 cabinet médical à Frouzins
 - o 1 cabinet médical à Fontenilles

Il s'agissait de cabinets de médecine générale, 2 étaient constitués de médecins exerçant seuls et 3 de médecins exerçant en groupe.

II.6. Recueil de données

II.6.1. Guide d'entretien

Afin de standardiser les entretiens, un guide a été réalisé. Il était composé de 8 questions ouvertes. La première était une question « brise-glace » pour que les patients soient en confiance pour la suite de l'entretien. Les questions suivantes étaient organisées en fonction des différentes thématiques sur le thème de l'observance. Enfin une dernière question avait pour but d'amener les patients à évoquer leur niveau d'observance si cela n'avait pas été fait avant. (Annexe 2)

Les entretiens ont été enregistrés en intégralité via un dictaphone puis retranscrits « manuellement » également en intégralité sur le logiciel Word. Il n'y a pas eu de transformation d'information lors de la retranscription, le texte est la représentation fidèle de ce qui a été dit ; même lors d'erreurs de syntaxe, afin de garder une information la plus authentique possible. Une exception à cette règle de retranscription fidèle, les noms de personnes ou de médecins ont été remplacés par un « X » afin de préserver l'anonymat de chacun. Cette retranscription fidèle constitue les verbatims. Ces entretiens ont ensuite été intégrés en tant que source dans le logiciel d'analyse de données N'Vivo.

II.6.2. Fiche d'identification

Une fiche d'identification a été remise à chaque patient interrogé, celle-ci a été remplie par eux même et sans aide. (Annexe 3)

Il s'agit d'une feuille A4 en recto et verso constituée de 13 questions concernant :

- Le genre
- Le nombre d'enfants
- La situation familiale
- Le lieu de vie
- La profession
- La religion
- Les habitudes médicales
- Les antécédents
- Le nombre de médicaments chroniques pris et depuis combien de temps

Pour permettre l'analyse des données, les pathologies rapportées ont été classées selon la Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé plus connue sous le nom de CIM. Il s'agit de sa onzième version, son acronyme complet est la CIM-11 dont la dernière mise à jour est intervenue en 2018 (57). (Annexe 4)

Les différentes professions ont aussi été classées selon une classification reconnue et établie par l'INSEE, les professions et catégories socio-professionnelles de 2003. (Annexe 5)

II.6.3. Codage

II.6.3.1. Logiciel

L'analyse a été effectuée grâce au logiciel N-Vivo dans sa 12^{ème} version. Nous avons réalisé une analyse en théorisation ancrée avec toutes les étapes qu'elle comporte, à savoir un codage des verbatims en différents nœuds, une mise en relation des nœuds en plusieurs ensembles, une intégration, et enfin une modélisation. La fin du codage a été définie par la saturation des données, soit l'absence de nouveau code créé lors d'un entretien qui a donc été le dernier de cette étude.

II.6.3.2. Codage descriptif

Il consistait en la recherche d'idées ou, dans notre cas, de facteurs pouvant influencer l'observance. Chaque idée constituait un nœud. Ainsi des notions identiques rapportées par plusieurs patients étaient regroupées dans le même nœud.

II.6.3.3. Codage axial

Il consistait à regrouper les différents nœuds ou facteurs sous des notions identiques afin d'en retirer des thèmes principaux.

II.6.3.4. Codage matriciel

Il permettait de comparer, de confronter les différents éléments introduits dans le logiciel. Il constituait le cœur de l'analyse en permettant de croiser les différentes informations et de représenter les résultats sous forme de graphiques ou de tableaux.

C'était à cette étape qu'étaient analysées les fiches d'identification. Les questions permettaient de constituer des attributs et les réponses recueillies permettaient d'attribuer des valeurs à ces attributs.

Les ensembles et nœuds ont été croisés avec les valeurs d'attribut.

Toutes mes données ont été analysées mais seules ont été présentés les informations pertinentes.

III. Résultats

III.1. Inclusion

31 entretiens auront été nécessaires pour ne plus créer de nouveau nœud. La durée moyenne des entretiens a été de 7 minutes et 52 secondes mais certains patients se sont plus exprimés que d'autres : l'entretien le plus court a duré 2 minutes et 47 secondes et le plus long 20 minutes et 33 secondes. On constatait également cette inégalité d'expression en termes de nombre de références d'encodage par patient (Figure 1) :



Figure 1 : Cas comparés par nombre de référence d'encodage

III.2. Population

Pendant cette étude, 31 personnes ont accepté de répondre à l'entretien semi dirigé ainsi que de compléter la fiche d'identification pour atteindre les données suffisantes. Une personne interrogée n'a pas souhaité participer à l'étude, aucune n'a souhaité compléter le questionnaire sans se faire interroger ou inversement.

III.2.1. Situation personnelle

L'échantillon était composé de 58% d'hommes et 42% de femmes.

Répartition des âges :

La catégorie de 60 à 64 ans représentait 35% des patients interrogés, la catégorie de 55 à 59 ans représentait 23% des patients, celle de 65 à 69 ans représentait 19% des patients et celle de 70 à 74 ans représentait 13% des interrogés. La catégorie des 50 à 54 ans n'a été représentée par aucun patient (Figure 2). Trois patients interrogés n'ont pas renseigné leur âge.

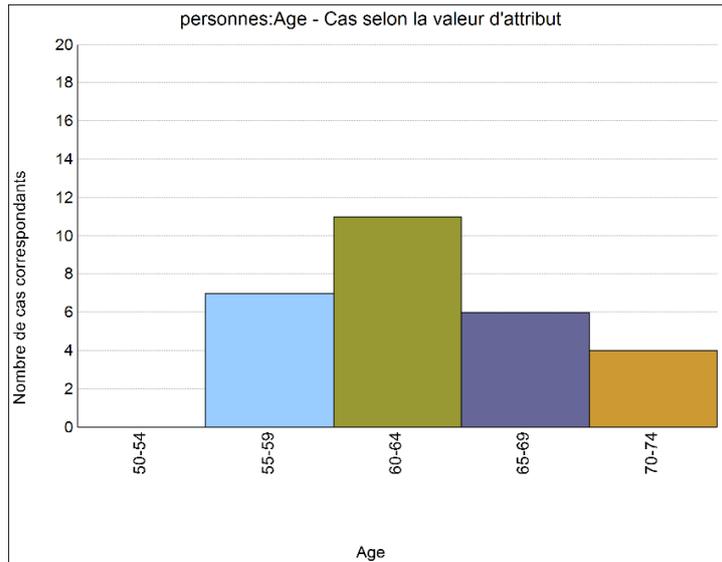


Figure 2 : Répartition des âges de la population étudiée

Nombre d'enfants : La majorité étaient parents de 2 enfants (52%), 23% avaient 1 enfant et 10% des patients étaient parents de 3 enfants. Les plus petits pourcentages étaient les parents de plus de 3 enfants, 3% et ceux qui n'en avaient pas, 6% des interrogés. (Figure 3)

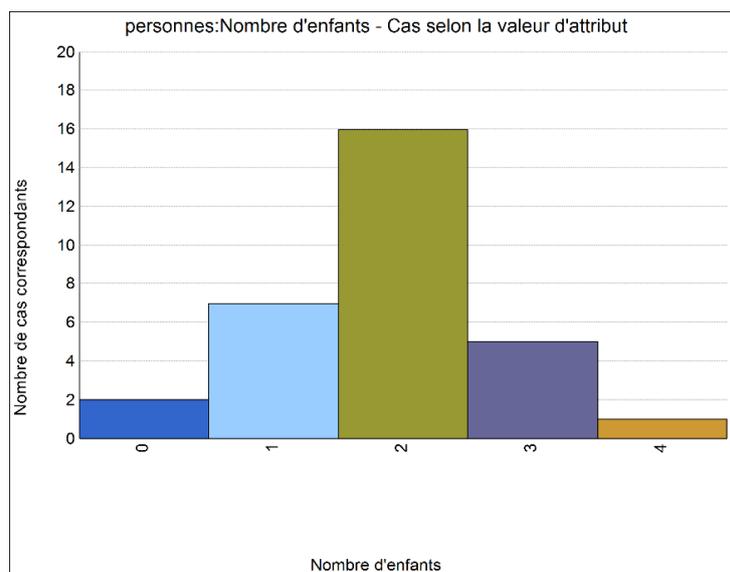


Figure 3 : Nombre d'enfants

La grande majorité vivait dans une maison (90%).

68% des interrogés étaient en couple.

III.2.2. Situation professionnelle

La répartition se fait comme suit (Figure 4) :

- 39% exerçaient une profession intermédiaire
- 32% étaient à la retraite
- 6% des patients interrogés étaient ouvriers
- 6% étaient artisans et commerçants
- 6% exerçaient une profession intellectuelle supérieure
- 3% étaient sans activité professionnelle
- 2 patients n'ont pas répondu à la question.

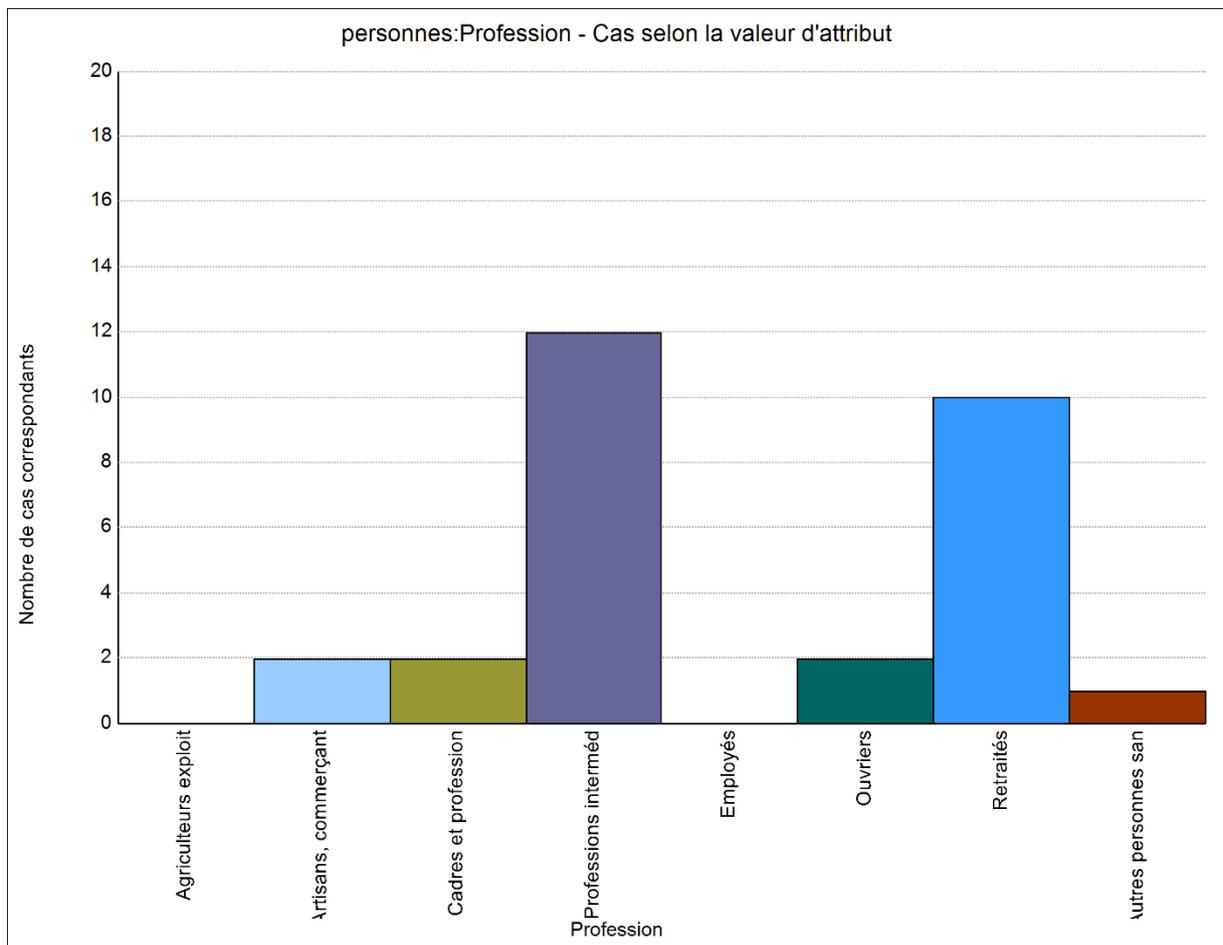


Figure 4 : Répartition des professions de la population étudiée

III.2.3. Santé

Toutes les personnes interrogées déclaraient avoir leur pharmacie habituelle. Seules 3 personnes n'avaient pas de mutuelle et chacune de ces personnes a précisé (alors que rien n'était demandé) être à la CMU.

Ancienneté des traitements : La grande majorité, 87% des patients prenaient des médicaments depuis plus de 5 ans. 2 personnes en prenaient depuis moins de 5 ans et 2 personnes depuis moins de 6 mois. (Figure 5)

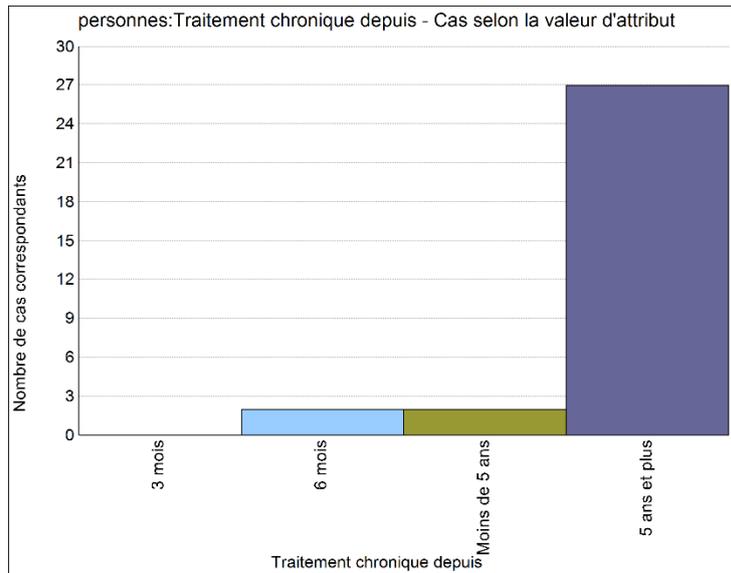


Figure 5 : Ancienneté des traitements pris

Nombre de médicaments : 48% des patients interrogés prenaient entre 3 et 5 médicaments, 29% en avaient moins de 3, 19% entre 5 et 10 médicaments et pour finir 3% déclaraient en prendre plus de 10. (Figure 6)

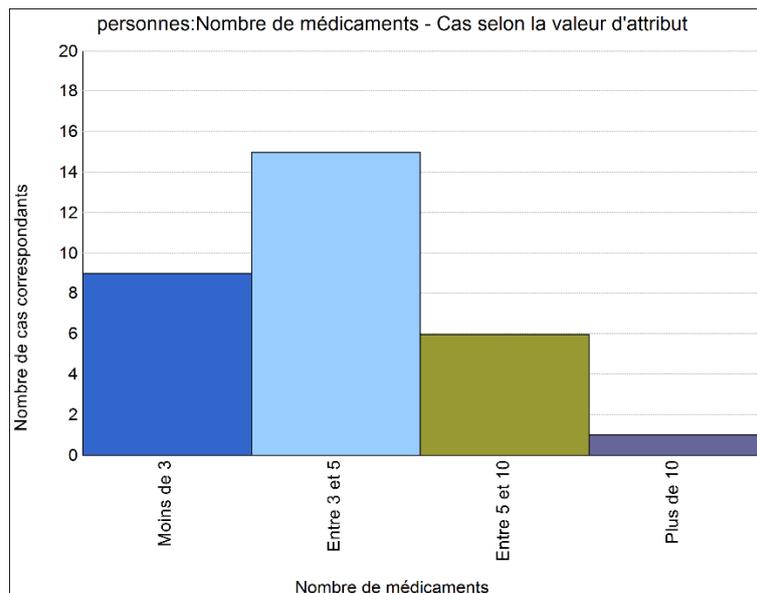


Figure 6 : Nombre de médicaments par patient

Reste à charge : 68% des patients n'avaient aucun reste à charge après avoir récupéré leur traitement en pharmacie, 26% devaient compléter avec moins de 20 euros et 1 personne devait se délester de plus de 50 euros à chaque passage en pharmacie. (Figure 7)

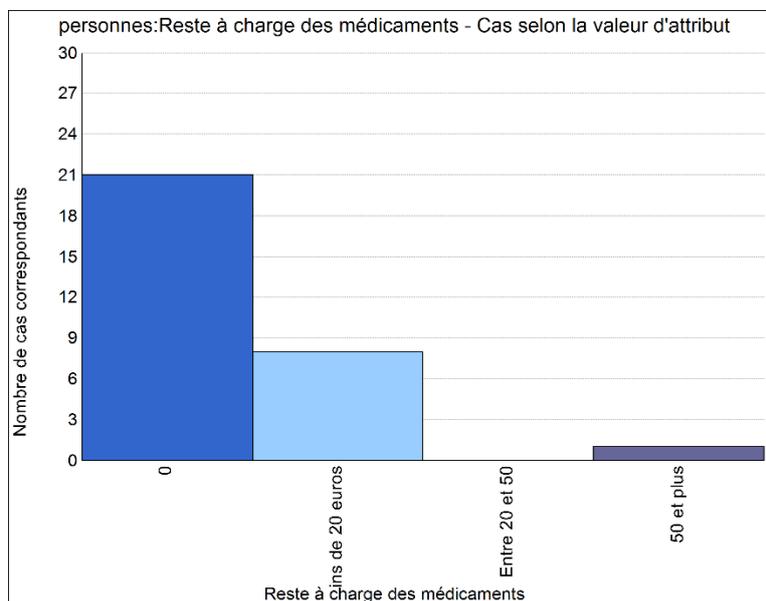


Figure 7 : Reste à charge par les patients

Pathologies au long cours : 61% souffraient de maladies de l'appareil circulatoire, 42% de maladies endocriniennes. Les maladies du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif ainsi que les maladies de l'appareil digestif représentaient chacune 16% des patients interrogés. 13% étaient traités pour des maladies de l'appareil respiratoire. Concernant les troubles mentaux, les maladies du système nerveux et les maladies de l'œil et de ses annexes, elles représentaient chacune 6% des interrogés. Un seul patient était traité pour chacune des catégories suivantes, à savoir les maladies de l'appareil génito-urinaire, les tumeurs, et les maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire. (Figure 8)

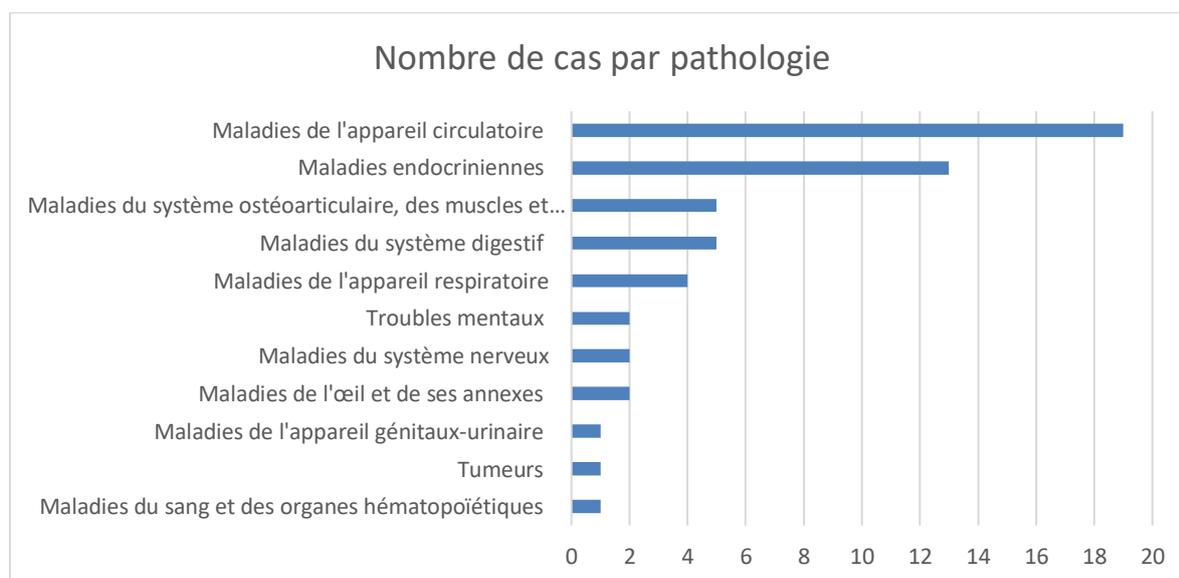


Figure 8 : Nombre de cas par pathologie

III.3. Codage descriptif

De cette étude, il est ressorti 82 nœuds différents.

Nous avons mis en évidence 41 nœuds ou facteurs favorisant l'observance des thérapeutiques avec certains plus représentés que d'autres (Figure 9) :

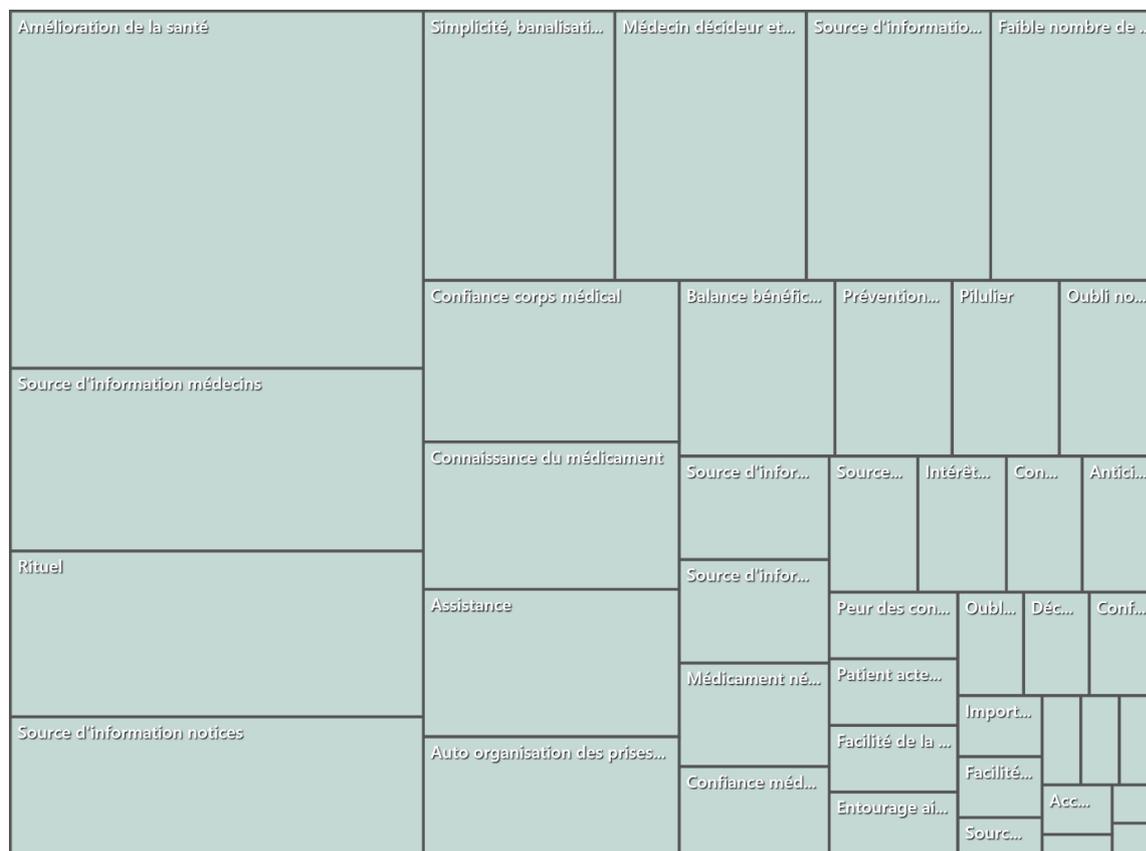


Figure 9 : Diagramme avec classement croissant des facteurs favorisant l'observance

Les facteurs les plus représentés étaient :

- L'amélioration de la santé
- Avoir comme source d'information le médecin
- Les notices
- La pratique d'un rituel (Figure 9).

Nous avons mis en évidence 41 nœuds classés comme défavorisant l'observance des thérapeutiques avec toujours cette inégalité de représentation (Figure 10) :

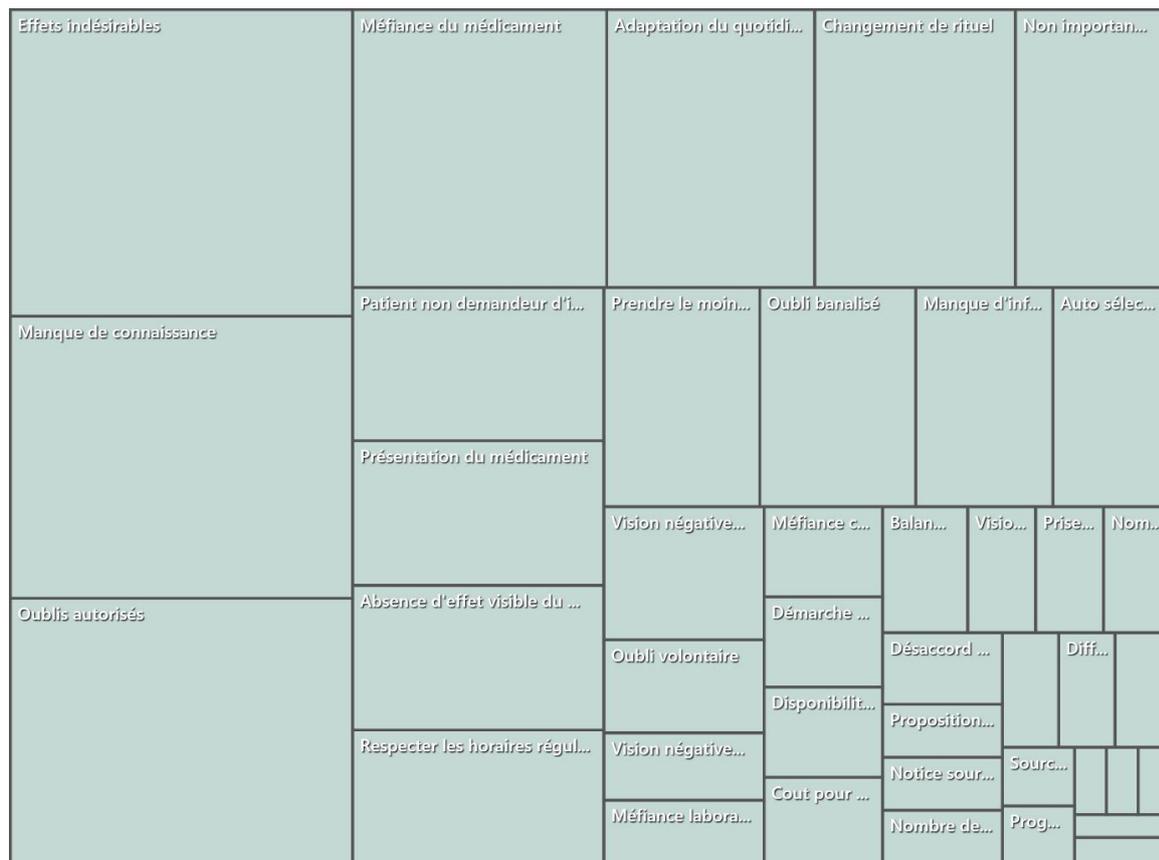


Figure 10 : Diagramme avec classement croissant des facteurs défavorisant l'observance

Les principaux nœuds défavorisant étaient :

- Les effets indésirables
- Le manque de connaissance
- Les oublis que s'autorisaient certains patients (Figure 10).

III.4. Codage thématique

A partir du codage descriptif, nous avons élaboré un codage thématique en regroupant les différents nœuds par idées, notions ou par thèmes abordés. Il en a résulté 5 thèmes qui nous serviront de plan pour détailler nos résultats :

- Education du patient
- Intérêt du traitement pour le patient
- Organisation avec le traitement
- Relation patient médecin
- Représentations du patient

Les différents nœuds apparaîtront en gras et les verbatims seront écrits en italique et placés entre guillemets.

III.4.1. Education du patient

III.4.1.1. Facteurs favorisant l'observance

III.4.1.1.1. Le patient acteur de sa prise en charge

Les patients étaient investis dans leur prise en charge médicale, ils se renseignaient et n'hésitaient pas à prendre des initiatives :

« Alors si j'ai un problème beh j'ai le tensiomètre et je vérifie »

« Je regarde sur internet aussi des fois vraiment si cela se rapporte à ce qui est marqué sur la notice ou voir s'il y a un médicament qui est indésirable dans le système »

« Ah si c'est un médicament que je prends moi j'irais aux renseignements pour savoir si je ne peux pas prendre un truc de mieux, j'irais demander »

III.4.1.1.2. La connaissance du médicament

Les patients interrogés semblaient **connaître leur traitement** au moins en partie. Pour la plupart, ils étaient au moins capables de donner l'indication de leur traitement :

« Cela fait baisser la tension »

« Ils me soignent le diabète »

« Ce sont des anti tension »

« J'ai un bêtabloquant qui me permet de ralentir le cœur »

« Au niveau des os c'est pour maintenir mon capital osseux »

Certains étaient capables d'énumérer les effets indésirables potentiels :

« Par exemple le Xanax le soir on dit qu'il y a l'accoutumance »

Voir de faire un classement par ordre de priorité :

« Donc il y en a qui sont plus importants que d'autres ? »

Ah oui pour moi oui, Previscan en premier Atenolol pour la FA, le Fivasa comme je suis moins embêté, que j'ai moins de crises donc je crois que si je ne le prends pas, cela ne va pas avoir de conséquences énormes donc pour moi c'est surtout Previscan en premier puis Atenolol, Fivasa et le Lipanthyl ce n'est pas très grave, pour moi ce n'est pas vital »

III.4.1.1.3. L'importance du médicament

Un petit nombre de patients ont décrit les médicaments comme **importants** pour eux, ce qui leurs permettait de mieux respecter les horaires de prises, d'éviter les oublis :

« Quand je vais arrêter mon traitement je vais me poser la question est ce que je pourrais continuer à faire ce que je fais, j'ai l'impression qu'ils sont là comme un soutien »

« Le Détensiel pour la tension c'est important donc je m'y tiens tous les matins »

D'autres les ont décrits comme **nécessaires** pour eux :

« Je sais qu'on ne peut pas s'en passer car j'ai essayé de tout arrêter parce qu'il arrive un moment quand on prend beaucoup de médicaments, j'ai eu pris plus de médicaments que ça ».

« J'en ai pour le cœur et si je ne les prends pas je ne sais pas ce qui se passe mais je ne veux pas essayer. Ce n'est pas un amusement mais je ne les prends pas pour rien. »

« Que représente les médicaments pour vous ? »

Nécessaires mais, nécessaires quand on en a besoin [...] Si on pouvait s'en passer ça serait mieux, si on prend des médicaments c'est qu'il y a un problème. »

« Que représente les médicaments pour vous ? »

Un besoin de se soigner, une nécessité de se soigner »

« Bon le Lévothyrox ou Euthyrox ça sûr je ne peux pas faire sans car je ne l'ai plus la thyroïde »

« Donc je suis à 3 en ce moment et je ne pense pas pouvoir baisser plus car sinon je les ai plus fortes et plus souvent si j'essaie de baisser »

Très peu ont évoqué **l'importance de la régularité des prises médicamenteuses** :

« Là aussi attention car on m'a dit qu'entre la prise du matin et du soir il ne faut que cela fasse trop le yoyo. Il ne faut pas une journée avec 12h d'écart et l'autre avec 6h d'écart »

III.4.1.1.4. Sources d'informations

Les sources d'informations étaient :

Les médecins :

« Les informations me sont données essentiellement par les gens qui me prescrivent, soit le toubib qui me suit, soit le PPR, enfin l'organisme qui me gère car j'ai eu un AVC, c'est eux qui prennent en charge plus ou moins précisément en fonction du médicament, donc c'est à partir des professionnels de santé. »

« Moi c'est un peu spécial car comme j'ai fait un infarctus j'ai été suivi dans un centre de rééducation où j'ai passé 4 semaines et là il y a des médecins qui s'occupent exclusivement de personnes qui ont eu un infarctus. On est formé sur ce qu'il faut faire, ce sont des questions qu'on se pose et ils nous répondent »

*« Ok, comment obtenez-vous des informations sur vos médicaments ?
Avec le médecin, avec le cardiologue »*

*« Comment obtenez-vous des informations sur vos médicaments ?
Le psychiatre m'explique »*

Les notices :

*« Comment obtenez-vous des informations sur vos médicaments ?
La notice des médicaments*

*« Comment obtenez-vous des informations sur vos médicaments ?
En lisant les notices »*

*« D'accord, comment obtenez-vous des informations sur vos médicaments ?
Par la notice déjà, je lis beaucoup »*

*« Comment obtenez-vous des informations sur vos médicaments ?
La notice »*

*« Comment obtenez-vous des informations sur vos médicaments ?
Je lis la paperasse »*

*« Ok, comment obtenez-vous des informations sur les médicaments ?
Sur la notice, le plus gros »*

Internet :

*« Donc dans les informations il y a les médecins et la notice, y en a-t-il d'autres ?
Non internet je sais qu'il faut faire attention »*

« Je regarde sur internet des sites qui semblent assez sympathiques et réels, concrets »

« Surtout pas par internet, j'ai fait l'expérience une fois et j'ai arrêté parce que je partais dans une direction qui n'était pas la bonne que j'ai pu vérifier par la suite »

« Je regarde sur internet aussi des fois vraiment si cela se rapporte à ce qui est marqué sur la notice ou voir s'il y a un médicament qui est indésirable dans le système »

« Je regarde sur internet parce que, en fait on nous dit des choses mais on les oublie euh voilà donc je vais m'informer sur internet pour savoir, mais bon ce n'est pas toujours non plus exact, on ne peut pas dire que internet soit si exact il faut calculer au cas par cas j'imagine. »

« Vous n'allez pas chercher les informations ailleurs ?

Non, non, je sais très bien que sur internet on a tout ce que l'on veut »

« Ou alors bon des fois je vais un peu sur internet, comme tout le monde »

Les dictionnaires médicaux :

« Par contre j'ai un dictionnaire médical car on ne comprend pas toujours et on ne peut pas toujours demander au médecin de s'étendre sur ce que l'on a. »

Les pharmacies :

« Comment obtenez-vous des informations sur vos médicaments ?

Avec mon docteur ou la pharmacienne »

« Ok donc le médecin, internet, autre chose ?

Non, la pharmacie quelques fois m'en parle »

« Le pharmacien, je peux demander au pharmacien »

« Autre chose ?

Avec mon pharmacien également »

L'entourage :

« Maintenant que j'ai une des filles dans le médical, elle peut m'expliquer certains trucs »

« Ma copine me demande régulièrement si je les ai pris »

« J'en parle un peu avec ma sœur qui était aide-soignante »

« Ok, comment obtenez-vous des informations sur les médicaments ?

Sur la notice le plus gros et après c'est si quelqu'un qui a pris le médicament et qui m'en parle et c'est tout. »

Les médias :

« Je l'ai vu sur des actualités. »

« D'autres sources d'informations ?

Je lis des magazines de santé. »

« Des documentaires, j'écoute, bon ce matin encore il y avait des documentaires à la télé sur les médicaments pour l'acné : paraît-il qu'ils sont très dangereux. »

« Que savez-vous de vos médicaments ?

Ce que je lis, ce qu'on me dit après je n'en sais pas plus. »

« Vous l'entendez où tout ça ?

Euh bah ça c'est la télé surtout. »

Le bouche à oreille :

« Ça je l'ai entendu plus d'une fois, il ne faut surtout pas doubler. »

« Le bouche à oreille. »

Les patients atteints de pathologies identiques :

« Demander à certains ce qu'ils pensent, demander à ceux qui prennent comme moi, qui prennent les mêmes, les effets secondaires qu'ils ont, tout ça. »

« J'ai essayé d'en parler avec des personnes qui avaient eu le même problème que moi. »

III.4.1.2. Facteurs défavorisant l'observance

L'amélioration de la santé était une source d'oubli pour un petit nombre de patients :

« Quand vous vous dites je suis guéri et je n'ai plus besoin du médicament et cela arrive souvent, je ne finis pas le traitement jusqu'à la fin ».

« Il m'est arrivée de me coucher plusieurs fois sans le Xanax et puis quand cela me revient je me dis oups il faut le prendre donc on oublie peut-être quand il y a un bien être, quand on se sent bien ».

L'auto sélection des médicaments. En effet certains patients faisaient leur propre sélection dans les médicaments prescrits et en informaient ou non leur médecin traitant :

« Par contre il y en a certains que j'ai déjà supprimés »

« Par exemple la dernière fois je suis parti 15 jours mais pour ne pas avoir de problème gastrique je ne l'ai pas pris pendant 15 jours »

« Par rapport aux prescriptions je ne vais qu'à l'essentiel et aux médicaments je dirais indispensables ou vitaux »

« Alors il y a des fois je n'ose même pas le prendre si un médicament m'est marqué, je dis non il y a trop d'effets secondaires, je ne le prends pas »

« Même si cela soigne je ne suis pas des fois d'accord avec tous les médicaments que l'on m'ordonne »

« Par exemple je prends de l'iode moi toute seule »

Une personne a évoqué **la complexité du nom** des médicaments comme un frein :

« Je ne sais pas, un truc comme ça, moi et les noms des médicaments je ne les retiens pas, trop compliqué pour moi ».

La difficulté d'obtention d'informations concernant leurs traitements ou leurs pathologies :

« J'étais avec le Dr X et avec lui c'était un peu plus dur pour avoir des explications ».

« Par contre j'ai un dictionnaire médical car on ne comprend pas toujours et on ne peut pas toujours demander au médecin de s'étendre sur ce que l'on a ».

« Souvent les prescriptions de médicaments on ne sait pas à quoi cela sert. »

Beaucoup ont évoqué **le manque de connaissance** concernant leurs traitements :

« Que savez-vous de vos médicaments ?

Honnêtement pas grand-chose »

« Que faites-vous lorsque vous oubliez de prendre un médicament ?

Je ne sais pas »

« Que savez-vous de vos médicaments ?

Rien, franchement rien »

« Que savez-vous de vos médicaments ?

Pas grand-chose finalement si c'est vrai on ne sait pas grand-chose »

« Ok que savez-vous de vos médicaments ?

Pas grand-chose »

« Que savez-vous de vos médicaments ?

Rien »

« Que savez-vous de vos médicaments ?

Que ce sont des, en fait je ne sais pas tellement de chose »

« J'en ai pour le cœur et si je ne les prends pas je ne sais pas ce qui se passe mais je ne veux pas essayer »

« Que savez-vous de vos médicaments ?

Pas grand-chose en fait »

« En fait je connais pour quoi ils sont prévus, pourquoi je les prends mais c'est tout »

« Que savez-vous de vos médicaments ?

Pas grand-chose »

« Que savez-vous de vos médicaments ?

Pas grand-chose »

« Ok, que savez-vous de vos médicaments ?

Pas grand-chose en dehors d'avoir lu la notice et de savoir ce qu'il y a dedans mais moi je ne suis pas en mesure de répondre assez »

« Ok, comment obtenez-vous des informations sur les médicaments ?

Je vais être honnête, aucune information sur les médicaments »

« Que savez-vous de vos médicaments ?

Pas grand-chose »

« Que savez-vous de vos médicaments ?

Ce que la notice veut bien en dire et puis comme on n'y connaît rien, on n'est pas ni médecin ni laborantin, ni pharmacien donc il y a des mots, des termes que l'on ne comprend pas »

Il correspondait à un des sujets les plus développé avec 45 références sur 1010 soit 4% du verbatim.

Pour d'autre, **le corps médical ne délivre pas assez d'informations :**

« Le Previscan je le prenais, je n'avais pas compris ou pas suivi, je le prenais à la mauvaise période, en réalité je le prenais le matin et personne ne m'avait rien dit »

« Et puis les inconvénients on ne me les a jamais trop dits »

« Si le médecin mais en principe quand vous prescrivez un médicament vous dites pour quoi il est, sauf les effets indésirables vous ne les dites pas »

« il faut savoir que certains médicaments ne peuvent pas être pris ensemble et on ne le sait pas toujours »

« il y avait le fait que j'avais remarqué car personne ne me l'avait dit que si je le prenais le soir et que je me levais la nuit, c'était comme si j'étais saoul et que j'avais fait la fête toute la nuit, je me levais et me tapais contre les murs, alors qu'en le prenant le matin au petit déjeuner c'était impeccable »

« Le médecin je lui fait confiance mais il ne me raconte pas ce que cela contient, quels sont les principes actifs des médicaments »

Le médicament n'était pas considéré comme important par une partie des interrogés :

- « *Ce ne sont pas des médicaments qui sont hyper importants sur l'instant* »
- « *J'ai mon téléphone qui sonne je me dis bon je ne me lève pas pour aller le chercher* »
- « *Ok cela ne fait pas partie de vos priorités ?*
Ah non je m'en fou comme de l'an 40 »

D'autre évoquaient la **notice informative comme étant une source de stress** :

- « *Si on la lit on devient dépressif* »
- « *Je regarde toujours la composition et je vais regarder dans les dictionnaires pour voir ce que c'est exactement. Bon par curiosité, j'ai toujours été comme ça et des fois cela fait peur* »
- « *Et c'est vrai que quand on voit tout ce qu'il y a sur la notice on n'a pas envie d'attaquer de le prendre* »

Près de la moitié des patients interrogés **banalisaient l'oubli de médicaments** :

- « *On laisse passer la journée et puis quand on rentre le lendemain on le prend normalement ? on ne va pas consulter, on ne va pas paniquer chez le pharmacien* »
- « *Sinon revenir à mon domicile pour récupérer les médicaments, voilà mais tout dépend de l'éloignement mais sinon non je ferais sans, surtout si c'est pour 2/3 jours.* »
- « *Tant pis il est oublié il est oublié* »
- « *Un médicament mis à côté de la tasse qui finit dans la mie de pain, c'est tout petit ces cachets là et surtout celui de la tension, et puis moi je prends le truc, je secoue dehors et mince et je dis à mon mari « tu crois que je l'ai pris ? » et puis tant pis on verra demain* »
- « *Et vous oubliez souvent ?*
Presque une fois par semaine, ce n'est pas souvent »
- « *Après le soir lorsque je les oublie c'est que je suis à un repas, en général je les mets dans une boîte mais des fois je suis dans un repas, le soir ce n'est que la metformine mais je les oublie, je ne pense pas qu'il y ait mort d'homme à n'en louper qu'un.* »
- « *Que faites-vous lorsque vous oubliez de prendre un médicament ?*
Je dis que je le prendrai demain, tout simplement, cela ne m'inquiète pas plus que cela »

Le tiers des patients interrogés **ne cherchaient pas à obtenir plus d'informations sur leur traitement** :

« Vous aimeriez en savoir plus ? »

Non je ne vois pas d'intérêt »

« Vous auriez besoin de plus d'informations ? »

Dans la mesure ou tout va bien non »

« Vous pensez manquer d'informations ? »

Est-ce qu'elles m'intéresseraient déjà, le problème il est là »

« Vous pensez en savoir suffisamment ? »

Oui je ne suis pas curieuse »

Le respect des horaires ainsi que la régularité des prises médicamenteuses était vu comme une contrainte :

« Je ne me prendrais pas ou le matin ou le soir ou indifféremment, parce que ça je pense que ça ne le fait plus après »

« Le plus gros inconvénient c'est la régularité, devoir prendre les médicaments tous les jours à la même heure »

« D'être obligé d'en prendre régulièrement »

« Et le fait de devoir le prendre régulièrement ? »

Ça c'est une contrainte »

« La contrainte de faire bien attention de ne pas les oublier, de s'organiser pour pouvoir les prendre assez régulièrement à heure assez régulière et surtout ne pas les oublier »

Un petit nombre de patients ont évoqué que certaines **sources d'informations pouvaient être néfastes** :

« Quand on entend tous ces gens avec les médicaments et tout un tas de trucs »

Vous l'entendez où tout ça ?

Euh bah ça c'est la télé surtout »

III.4.2. Intérêt du traitement pour le patient

III.4.2.1. Facteurs favorisants

III.4.2.1.1. Bénéfices

L'obtention d'un ou plusieurs bénéfices était un facteur important pour les patients afin de prendre correctement leur traitement.

Tous les patients, à une exception près, ont évoqué **l'amélioration de leur santé**, avec 86 références, cela représentait près de 12% du verbatim :

« *Si je n'avais pas les traitements pour le diabète je pense que je ne serais plus là* »

« *Que représentent les médicaments pour vous ?*

Une guérison ou un bien-être »

« *Que représente les médicaments pour vous ?*

Pour se soigner »

« *Cela ne représente rien de plus pour vous ?*

A part me soigner pour ce que j'ai, pour entretenir mon déficit mais c'est tout »

« *Si je vois du mieux je vais le prendre tous les jours, si vraiment cela arrange mon problème je vais le prendre il n'y a pas de soucis* »

« *Pour aller mieux tout simplement. Moins souffrir et aller mieux, ça va ensemble.* »

« *La sauvegarde de ma vie* »

« *La diminution de la douleur et l'augmentation de l'espérance de vie* »

« *Une sécurité, une assurance de ne pas avoir mal, d'être soigné* »

« *Que représentent les médicaments pour vous ?*

Un moyen de se soigner »

« *Un soulagement, je suis obligé de les prendre car sinon je ne suis pas bien* »

« *Grâce à ce traitement de fond je vis normalement* »

« *Que représentent les médicaments pour vous ?*

Un soin et aller mieux, une bonne condition physique et la guérison de mes problèmes de santé, enfin la guérison ou le maintien de ma santé »

« *Je vais prendre sur la pathologie comme j'ai, oui il m'a fallu prendre pendant 5 ans mon médicament mais pour se guérir, pour se soigner* »

« *Que représentent les médicaments pour vous ?*

Un moyen pour se soigner »

« *Que représentent les médicaments pour vous ?*

Une façon de soigner ce que j'ai c'est tout »

« Que représentent les médicaments pour vous ?

La guérison »

« Que représentent les médicaments pour vous ?

Une défense contre les maladies, pour m'aider à guérir, pour éviter l'extension de la maladie »

« Que représentent les médicaments pour vous ?

Eventuellement un bien être, enfin se soigner en tout cas »

Une part importante des patients interrogés considéraient le médicament comme **une assistance** :

« Une bonne assistance, une bonne aide, une amélioration de quelques choses »

« Que représentent les médicaments pour vous ?

Une aide à guérir »

« Un outil qui permet de palier à certaines pathologies, un progrès du monde, une avancée en matière de protection contre les maladies chroniques, infectieuses... »

« Quand je vais arrêter mon traitement je vais me poser la question est ce que je pourrais continuer à faire ce que je fais, j'ai l'impression qu'ils sont là comme un soutien »

« Que représentent les médicaments pour vous ?

Une aide »

« Je les prends parce que cela m'aide autrement je ne pourrais pas faire tous ce que je fais déjà »

« En psychiatrie ils m'aident quand j'entends des voix tout ça, cela m'aide ».

Certains évoquaient l'amélioration de la santé ou l'assistance mais le pondéraient avec les effets indésirables ou les contraintes qu'ils engendraient. Ils faisaient leur propre évaluation et si leur **balance bénéfices risques était favorable** ils prenaient les traitements :

« Que représente les médicaments pour vous ?

Du poison, c'est simple et cela a toujours représenté du poison mais du poison nécessaire. J'ai les médicaments qui soignent une chose et qui en détraquent une autre »

« Ce n'est pas un amusement mais je ne les prends pas pour rien. »

« Dans la mesure où il faut prendre des médicaments et qui vous va bien et que vous n'avez pas d'effet secondaire et bien il n'y a pas de raison »

Cette notion de bénéfice était très importante dans la prise des médicaments, chacun des patients a donné au moins un argument de cette catégorie.

III.4.2.1.2. Prévention

Certains étaient motivés à respecter leur traitement **de peur des conséquences des oublis** :

« Il faut faire attention, il ne faut pas s'amuser à prendre 4 Previscan car là je risque d'avoir des hémorragies »

« J'en ai pour le cœur et si je ne les prends pas je ne sais pas ce qui se passe mais je ne veux pas essayer »

« C'est inquiétant quand on les oublie »

De la même manière certains étaient motivés par la **prévention des risques** de leurs pathologies :

« Je prends beaucoup de choses où on me dit que c'est en prévention de risques potentiels »

« Que représentent les médicaments pour vous ?

La sauvegarde de ma vie, j'en ai pour le cœur et si je ne les prends pas je ne sais pas ce qui se passe mais je ne veux pas essayer »

« Cela permet de rester dans un état de santé normal et d'éviter la récurrence aussi »

« Quels bénéfices vous apportent vos médicaments ?

De ne pas avoir de crise »

Nous retrouvons ici le besoin d'obtenir un bénéfice à la prise des médicaments.

III.4.2.1.3. Médicament

Un petit nombre de patients se **sont intéressés au médicament** en tant que tel, sa composition, son indication, ses effets attendus et ses effets indésirables :

« Au départ j'avais regardé de quoi c'était fait »

« Que savez-vous de vos médicaments ?

Quand même assez car je regarde toujours la composition et je vais regarder dans les dictionnaires pour voir ce que c'est exactement »

« Je lis les notices, savoir si on le prend avec quoi, les effets indésirables je regarde dessus et les pictogrammes savoir si on peut conduire ou pas »

Une patiente a exprimé sa **satisfaction de son traitement** :

« Les médicaments pour les poumons je trouve que c'est très bien »

Une majorité des patients interrogés considéraient leurs **prises médicamenteuses comme banales et simples** :

« Ce n'est pas compliqué à prendre des médicaments »

« Je les prends comme un bonbon »

« Quels inconvénients vous apportent vos médicaments ?

Aucun, il n'y a rien de très contraignant »

« Ce qui facilite le plus c'est la rapidité, j'ai 2 pilules à avaler par jour donc c'est fait en 2 minutes et voilà »

« Oui j'ai 2 piluliers, je prépare pour 15 jours, après ce n'est pas plus compliqué que ça »

« Mon traitement c'est 3 médicaments, un matin un midi et un soir c'est facile à prendre donc je ne vois pas pourquoi je me ferais un pilulier »

« Pour moi ce n'est pas compliqué de prendre des médicaments »

« Je ne vois pas vraiment de problème pour prendre un médicament »

« Qu'est ce qui rend difficile la prise de vos médicaments ?

Franchement docteur je ne trouve pas difficile »

« Qu'est ce qui rend difficile la prise de vos médicaments ?

Rien »

« D'accord, qu'est ce qui rend difficile la prise de vos médicaments ?

Rien »

III.4.2.2. Facteurs défavorisant

III.4.2.2.1. Médicaments

L'absence d'effet visible sur le médicament était défavorable pour certains :

« Que la tension ne baisse pas et que cela n'arrange rien, c'est ça qui me gêne, de prendre des médicaments pour rien »

« Quand on arrive sur la fin et que l'on est guéri, quand on pense qu'on est guéri, vers la fin on ne les prend pas »

« Par exemple le Levothyrox, à ce jour je me demande pourquoi je le continue, c'est vrai que le test est fait il faut le continuer mais je me demande encore pourquoi »

Ou pour une plus petite partie des interrogés une **balance bénéfique risque défavorable freinait l'observance** :

« Oui à cause de l'effet et qu'il ne me faisait rien : la tension ne baissait pas et il me faisait aller aux toilettes très régulièrement en pleine nuit »

« J'ai les médicaments qui soignent une chose et qui en détraquent une autre »

« Les effets secondaires s'ils sont pires que le soin donc heu je ne sais pas trop »

Les **effets indésirables** étaient un frein important à l'observance des thérapeutiques, en effet c'est un argument qui a été rapporté par une majorité des interrogés :

« Quels inconvénients vous apportent vos médicaments ?

Spécialement sur mes tripes ce n'est pas terrible, mais c'est un petit inconfort »

« Prenez son générique c'est terrible, les intestins c'est une catastrophe »

« Il me faisait aller aux toilettes très régulièrement en pleine nuit »

« On a traité des problèmes de goutte : avec moi si les traitements sont trop longs j'ai des problèmes intestinaux qui sont assez désagréables »

« Alors il y a des fois je n'ose même pas le prendre si un médicament m'est marqué, je dis non il y a trop d'effets secondaires, je ne le prends pas »

« J'ai eu le cas de mon mari qui prenait du Levothyrox et quand la formule a changé il a été malade donc là on s'est rapproché des formules et des choses comme ça parce que cela a changé sa vie »

« Les effets secondaires, il y a toujours des effets secondaires, donc les effets secondaires s'ils sont pires que le soin donc heu je ne sais pas trop »

« Certains m'apportent des inconvénients, c'est-à-dire que pour le cholestérol parfois j'ai mes muscles qui me font mal, les muscles des bras. »

« Avant j'avais le Crestor et je ne le supportais pas, j'avais des tendinites partout »

Un nombre trop important de médicaments à prendre était un frein :

« Y a-t-il des désavantages, y a-t-il des choses qui vous gênent à les prendre ?

Oui car j'en prends beaucoup »

« Qu'est ce qui rend difficile la prise de vos médicaments ?

S'il y en avait toute une floppée se serait plus difficile au niveau de l'estomac »

La présentation du médicament pouvait également diminuer l'observance :

« Qu'est qui rend difficile la prise de vos médicaments ?

La grosseur mais je les ai petits alors »

« Un médicament mis à côté de la tasse qui finit dans la mie de pain, c'est tout petit ces cachets là et surtout celui de la tension, et puis moi je prends le truc, je secoue dehors et mince et je dis à mon mari « tu crois que je l'ai pris ? » et puis tant pis on verra demain

« Ce n'est pas le système le plus facile l'injection »

« Le goût, la texture euh et qu'est-ce qui rends difficile, des fois l'emballage, bon on peut le dire qu'il est difficile à enlever »

« Les gros médicaments je n'aime pas les avaler, c'est tout »

« Moi je m'occupe d'une petite dame Alzheimer qui doit prendre des médicaments et il n'y en a pas beaucoup que l'on peut faire fondre dans l'eau pour faciliter la prise »

« Si c'est une poudre à diluer il faut toujours le verre d'eau et cela devient plus compliqué ».

Il faudrait donc peu de médicaments, avec pas ou peu d'effets indésirables et une présentation adaptée à chaque patient.

III.4.2.2.2. Patients

Les patients étaient attentifs au **coût du médicament** :

« Les avantages du financier là car aucun des médicaments de l'arthrose ne sont pris en charge maintenant, ce sont des comment on dit ça, des médicaments de confort et cela me fait bien sourire « de confort » donc j'ai un budget à chaque trimestre car je suis obligé de les prendre »

« Une autre fois j'avais été à une pharmacie et je m'étais fait avancer une boîte et il me l'avait avancé mais bon je l'avais payé quoi, je n'avais pas trop le choix »

Un patient a exprimé sa **passivité devant son traitement**, il semblait savoir quoi faire mais n'en avait pas la volonté :

« Par exemple le Xanax le soir on dit qu'il y a l'accoutumance et que ce n'est pas bon mais je n'ai aucune volonté de le réduire. »

Comme nous l'avions déjà vu le nombre de médicaments était un facteur important pour de nombreux patients, les patients l'ont exprimé une nouvelle fois à travers cette notion de vouloir **prendre le moins de médicaments possible par principe** :

« J'évite d'en prendre quand je peux »

« D'accord, autre chose à dire ?

Je trouve que j'ai beaucoup trop de médicaments à prendre »

« J'essaye de moi-même si j'ai un mal de tête je ne vais pas forcément prendre un doliprane, je vais essayer que cela passe tout seul »

« Après je n'aime pas non plus prendre trop de médicaments »

« Moi j'essaye de réduire au maximum »

« Bien autre chose sur les médicaments ?

Non j'aimerais ne plus en prendre »

III.4.2.2.3. Médecine

Une personne a évoqué **l'erreur médicale** :

« Ils m'ont donné de la trinitrine en pensant que j'avais des problèmes cardiaques alors qu'il s'agissait d'une hernie hiatale qui appuyait contre le nerf vague et qui provoquait des malaises cardiaques »

D'autres se sont plaints du **nombre de tentatives de traitements** avant de trouver le bon :

« D'accord donc là ce que vous prenez pour la tension c'est le 3ème c'est ça ?

C'est le 4ème ou 5ème »

« Mon rhumato m'avait mis ça car il ne savait plus quoi faire »

« Le deuxième qu'elle m'a donné me fait le même effet donc ce n'est pas la peine. »

Les **progrès de la médecine étaient insuffisants** pour certains :

« Le problème de la médecine c'est qu'il faudrait soigner sans effet secondaire et je ne sais pas si euh... »

« Il se passe que j'ai cherché sur internet comment font les autres qui sont dans ce cas-là et j'ai vu qu'au Canada ils sont vachement en avance sur nous »

D'autres jugeaient la **proposition médicale limitée et auraient aimé avoir plus de choix** :

« On me soignait avec des médicaments contre les vertiges alors qu'il existe d'autres molécules qui ne donnent pas de vertige et je n'étais pas très contente »

« Je n'ai pas 50 solutions, on ne peut pas me donner autre chose »

« Par exemple les anti-inflammatoires si on peut trouver une autre solution on prend autre chose mais il n'y a pas toujours ce qu'il faut »

Le traitement en lui-même était très important pour les patients, il devait avoir une présentation satisfaisante, ne pas coûter d'argent, avoir une diversité suffisamment importante pour que le patient puisse avoir le choix, mais ils ne voulaient pas non plus subir trop de tentatives avant de trouver le bon médicament.

III.4.3. Organisation avec le traitement

III.4.3.1. Facteurs favorisants

Une partie des patients interrogés mettaient en place des techniques et des moyens afin de **prévenir les situations à risque d'oubli** de prise médicamenteuse, ou à minima des moyens afin de s'organiser plus facilement en cas d'oubli :

« Ah euh j'ai toujours ça dans mon portefeuille, j'ai toujours 2 choses dans mon portefeuille, mon ordonnance et même ça »

« On part la semaine prochaine je m'en vais quelques jours, alors là j'ai une petite sacoche où je mettrais mes médicaments pour les 8 jours. Autrement je l'ai dans la poche comme cela même si je n'y pense qu'au dernier moment et bien je les ai quand même. »

« Quand je suis à l'hôtel j'ai un bureau dans la chambre et je les mets dessus donc quand je me réveille, j'éteins mon réveil je prends mes médicaments et je me lève. »

« Je vais là-bas et j'achète car je garde toujours sur moi les ordonnances. »

L'auto-organisation des prises médicamenteuses a été évoquée :

« C'est comme la quand j'ai été à Paris bon là j'avais changé mes habitudes, je faisais le Victoza le matin avant de partir pour ne pas avoir à me trimballer le truc car il faut que cela reste au frais quand même et après mon Glucophage et mon, après je prenais celui du cholestérol le matin aussi pour ne pas avoir tout mais le Glucophage j'avais toujours mon comprimé et je me le prenais dans la journée »

« Non je me débrouillerai pour ne pas en avoir à midi car c'est là qu'on oublie, je n'ai jamais le temps, les retraités n'ont jamais le temps. Tout ce qui est santé estomac le matin, non estomac c'est le soir, Symbicort et estomac c'est le soir, enfin le Symbicort c'est à la demande dans la journée. »

« J'ai décidé de moi-même de le prendre plutôt le matin car le matin je n'oublie pas de prendre mes médicaments »

« Je me donne des horaires précis pour les prendre et voilà. »

D'autres ont expliqué avoir des **conduites à tenir en cas d'oubli** :

« Si j'oublie le Glucophage à midi je ne vais pas en prendre 2 ce soir, ça pourrait être très mauvais même je pense, faire les effets inverses de ceux attendus »

« J'attends la prise d'après c'est tout, à moins que cela m'arrive quand je les prends à 8h et que je m'en aperçois à 9h je les prends mais bon c'est rare. »

« Donc je ne les reprends pas, si j'ai passé une heure je les prends mais si j'ai passé trois heures je ne les prends pas, j'attends le soir si je les ai pris le matin ou le lendemain, je ne surdose pas. »

L'entourage pouvait aider à la prise des médicaments :

« J'ai quelqu'un à la maison, ma compagne qui travaille en maison de retraite au Génévrier donc qui connaît le système, elle donne beaucoup les médicaments donc elle sait ce qu'il faut faire ou pas. Je suis entouré de gens qui ont attrait à la santé. »

« D'accord, qu'est ce qui facilite la prise de vos médicaments ?

Ce n'est pas la peur, ce n'est pas l'angoisse, ce qui facilite c'est toujours la tranquillité avec mon épouse, cela me facilite et je peux le prendre tranquillement, dès que je prends je suis tranquille. »

Un petit nombre d'interrogés préférait prendre leur traitement le matin :

« J'ai un truc sur la table de nuit en me levant le matin que je prends et le soir pareil. Ce n'est pas un truc en milieu de journée qui est chiant, à avoir dans la poche. »

« C'est plus difficile le soir que le matin ?

Oui le matin je les prends avec mon petit déjeuner alors que le soir je mets mon téléphone à sonner. »

« Si c'est tous les matins cela va être facile. »

D'autres préféraient la prise du soir :

« Et si vous en preniez le midi ?

Pour moi ce serait une question d'habitude, bon avant comme je faisais beaucoup de déplacements professionnels cela aurait été un peu plus compliqué car avec du monde au restaurant on peut oublier tandis que matin et soir on est en privé on va dire. »

« D'accord, qu'est ce qui facilite la prise de vos médicaments ?

De les prendre le soir. »

La moitié des participants respectait plus facilement les prises s'il y avait peu de médicaments à prendre :

« C'est le seul que je prends. »

« Moi je ne les oublie pas parce que j'en n'ai que 3 donc ça va mais d'autres les oublient »

« Ce n'est pas contraignant. J'ai le Duoplavin le matin et le Cardensiel que je fais en me levant et j'ai un truc le soir avant de me coucher et c'est tout. »

« Je n'ai pas besoin de semainier et comme je n'ai que 3 médicaments, je les prends en même temps donc euh. »

« Comme je n'en prends pas 50 non plus. »

Les oublis font partie des ennemis de l'observance thérapeutique et certains l'avaient compris, tout en restant assez souple, **ils n'autorisaient pas les oublis de plusieurs jours** :

« On m'a dit avec le Previscan attention il ne faut pas que cela saute trop longtemps parce que j'ai eu des fois euh voilà c'est tombé à 1 ou monté à 5 donc cela ne va pas. »

« Oh cela ne va pas m'arriver, un jour oui mais plusieurs jours non »

D'autres étaient plus stricts avec eux-mêmes et **n'autorisaient aucun oubli** :

« Par contre les insulines je ne peux pas. Je suis dans une situation où la partie régularité de la prise de mes médicaments est importante. »

« Surtout de ne pas oublier de les prendre. »

« La contrainte de faire bien attention de ne pas les oublier, de s'organiser pour pouvoir les prendre assez régulièrement à heure assez régulière et surtout ne pas les oublier. »

« C'est rare que j'oublie, c'est très rare. »

La principale méthode mise en place par les participants pour respecter les prises médicamenteuses, était **l'instauration d'un rituel**. Une action répétée tous les jours, qu'ils associaient à la prise de leurs médicaments :

« Je me fais mon pilulier toutes les semaines, le dimanche matin et après je l'ai toute la semaine. »

« Le cachet de la tension c'est le seul que je prends donc tous les matins avec un jus de fruit. »

« Je les prépare avant de manger et puis au moment du repas et puis voilà fini. »

« La piqure de Victoza je la fait le midi parce que c'est le plus commode et en général toujours à la même heure. »

« Je me lève le matin et je prends mes pilules et c'est fini pour la journée. »

« C'est la première chose que je fais le matin en me levant, je prends mon Kardegic, mes médicaments et mon petit déjeuner. »

« C'est la régularité, l'habitude qui fait que je le prends sans difficulté aucune. »

« Qu'est ce qui rend difficile la prise de vos médicaments ?

Euh c'est-à-dire qu'au début c'est difficile et après on prend le rythme voilà. »

« Qu'est-ce qui rend difficile la prise de vos médicaments ?

Rien, je suis habitué, je ne les oublie même pas. »

« Oui le matin je les prends avec mon petit déjeuner. »

« Tous les matins en me réveillant je les prends et puis c'est tout. »

Une autre des solutions mises en place pour ne pas oublier, ou ne pas se tromper dans la prise médicamenteuse était **l'instauration d'un pilulier**, même si pour certains il véhiculait une vision négative, significative de perte d'autonomie, de dépendance :

« Je me fais mon pilulier toutes les semaines. »

« Je pars en vacances ou n'importe, j'ai mon pilulier avec moi, j'ai ce qu'il faut. »

« Tous les mois je prépare mes médicaments pour 15 jours, j'ai 2 pochettes donc 2 fois dans le mois je me pose. »

« Comme j'ai un pilulier au jour le jour je vois de suite si j'ai oublié de prendre un médicament. »

« Je n'ai pas besoin de semainier et comme je n'ai que 3 médicaments, je les prends en même temps donc euh. »

Afin de respecter les prescriptions médicales, les patients se sont organisés et ont mis en place une discipline, une volonté, en s'interdisant d'oublier leurs médicaments.

III.4.3.2. Facteurs défavorisants

Devoir **adapter son quotidien** pour optimiser la prise de ses médicaments était vécu comme une contrainte par la moitié des interrogés :

« Les désagréments c'est d'être obligé de les prendre, ne faut surtout pas oublier de les prendre, c'est un des désagréments. C'est comme quand vous avez un agriculteur qui doit qui fait le lait, le plus gros désagrément c'est qu'il doit être la matin et soir 7 jours sur 7, c'est des obligations et il faut respecter un peu les heures car il ne s'agit pas de prendre 2 médicaments à 2h d'intervalle et ne pas en reprendre pendant 15h. »

« Il faut s'habituer à les prendre tous les jours. »

« Mais première contrainte effectivement les déplacements car il ne faut pas oublier de les emmener. »

« Après il faut faire attention si on a un repas un peu arrosé car je ne sais pas si c'est adaptable avec l'alcool. »

« Ok, quels inconvénients vous apportent vos médicaments ?

La prise journalière et habituelle c'est une contrainte. »

« Ben les inconvénients c'est qu'il faut les prendre tous les jours et il ne faut pas les oublier. »

« Quels inconvénients vous apportent vos médicaments ?

Qu'il faut les prendre tous les matins, ne pas l'oublier le soir surtout. »

« Une contrainte, être obligé de les prendre régulièrement, quotidiennement. »

Une fois le quotidien adapté, qu'un rituel était en place, un facteur important de non observance était justement un changement dans cette organisation, un **changement dans le rituel** :

« Ça m'est arrivé d'oublier le traitement du soir quand il y a des perturbations dans l'habitude, quand on sort que l'on va au restaurant alors là il y a un décalage. »

« Des fois je peux oublier mais c'est un oubli qui peut arriver, parce que je les oublie à la maison lorsque l'on part en vacances, ça nous est arrivé une fois on est parti 2 jours le mois dernier et effectivement on est parti tellement content de partir que l'on a laissé les cachets à la maison. »

« Et qu'est-ce qui va faire que vous oubliez ?

Une occupation, quelqu'un des fois qui vient, ou vous êtes plus ou moins perturbé par une nouvelle ou un truc comme ça. »

« Le soir c'est que je rentrais un peu tard et j'oubliais de le prendre. »

« Oui beh oui quand vous êtes invité chez quelqu'un vous ne pensez pas à prendre les médicaments, vous ne les amenez pas avec vous. »

« Un changement dans mes habitudes quotidiennes, un repas chez des amis ou je pars et je ne prends pas le médicament. »

« Je ne sais pas, des fois quand il y a du monde tout simplement, on discute à table car je suis habituée à être seule et ça peut être. »

« Vous avez remarqué quelque chose qui vous fait oublier ?

Ça dépend, mettons le médicament du soir euh je suis occupé ou j'ai du monde et puis je ne me suis pas rendu compte de l'heure de la prise du médicament et puis c'est tout, cela s'arrête là. »

« Bon ça m'est déjà arrivé de partir en week-end et d'oublier les cachets à la maison. »

« Par exemple pour un petit voyage et j'oublie. »

Pour un patient, la **surveillance du traitement a été trop contraignante** le faisant changer de traitement :

« J'ai arrêté la Digoxine car c'est un peu compliqué aussi car il faut faire des tests dans le sang de je ne sais plus quoi aussi car il faut surveiller s'il n'est pas trop donc déjà c'est pour ça que la cardio m'a dit on va condenser tout ça et ne garder que le nécessaire et ne pas trop surmultiplier. »

Il apparaît que certains patients étaient ralentis par les **démarches à effectuer pour se procurer les traitements** et acceptaient même de passer quelques jours sans aucun traitement :

« Le Levothyrox on me le donne assez facilement mais pas le Femara. »

« Pour un départ à l'étranger on peut le faire

Oui mais ce sont des papiers à faire, c'est compliqué. »

« Mais il y a toujours un délai car le temps que j'achète il se passa au moins un jour. »

D'autres **s'autorisaient d'oublier leur traitement de temps en temps** :

« Lipanthyl ce n'est pas très grave si on saute une prise. »

« Des fois je peux oublier mais c'est un oubli qui peut arriver. »

« Tant pis il est oublié il est oublié. »

« Bon souvent le midi j'oubliais. »

« Ok, quels inconvénients vous apportent vos médicaments ?

Cela peut être les effets secondaires et surtout de ne pas oublier de les prendre, cela fait partie du, des fois on oublie. »

« Au cas où je me trompe de jour car tous les jours se ressemblent, je me dis et beh tant pis tu le prendras demain et c'est ce qui m'est arrivé le soir de l'Esoméprazole, j'ai compris que je ne l'avais pas pris. »

« Si je les oublie et bien tant pis pour moi. »

« Quand je ne les prends pas car cela m'arrive de les oublier, mais bon je ne les reprends que le lendemain. »

« Enfin si j'oublie un jour ce n'est pas méchant. »

« Des fois je n'ai pas le propranolol et j'ai oublié de le prendre et bah ce n'est pas grave. »

Un petit groupe de patients **s'autorisait de ne pas prendre son traitement**, de manière volontaire ou non :

« Je l'avais arrêté car cela ne faisait rien. »

« Je l'arrête pendant 1 ou 2 jours et je vois ce que cela donne. »

« Qu'est ce qui fait que vous oubliez ?

Le fait d'être contrariée de le prendre. »

« Bon cela peut m'arriver de l'oublier et des fois volontairement. »

Pour d'autres encore ils éprouvaient des **difficultés à respecter les prises médicamenteuses le midi** qui étaient plus compliquées pour eux que celles du matin ou du soir :

« Avant comme je faisais beaucoup de déplacements professionnels cela aurait été un peu plus compliqué car avec du monde au restaurant on peut oublier tandis que matin et soir on est en privé on va dire. »

« Bon souvent le midi j'oubliais. »

« J'ai un truc sur la table de nuit en me levant le matin que je prends et le soir pareil. Ce n'est pas un truc en milieu de journée qui est chiant, à avoir dans la poche. »

III.4.4. Relation patient médecin

III.4.4.1. Facteurs favorisants

La **confiance dans le corps médical** était importante pour près de la moitié des patients interrogés :

« Il faut que je sois en confiance avec les gens avec qui je travaille et ensuite je leur fais confiance, ils sont plus compétents que moi. »

« On fait quand même confiance au docteur, s'il vous le donne en général c'est que c'est fait pour vous, pour ce que vous avez. Il ne va pas mettre un truc pour une jambe alors que vous avez mal à la tête : je pense que je ne resterais pas longtemps avec ce docteur. »

« S'il est médecin et qu'il vous donne des médicaments c'est qu'ils sont bons, je fais confiance aux médecins, en principe. »

« Le reste, son indication et les effets attendus c'est le médecin qui vous en parle ?

C'est une question de confiance. »

« Je fais totalement confiance aux médecins. »

« Je fais confiance en celui qui l'a prescrit donc c'est plus facile à prendre quand quelqu'un le prescrit que si moi je vais aller acheter. »

« S'ils sont prescrits c'est parce qu'il y a des tests qui ont été faits et qui montrent l'utilité du médicament, c'est ce qui m'aide sinon je m'en passerais. »

Certains ont exprimé cette notion de **confiance mais seulement envers leur propre médecin** :

« D'ailleurs c'est ce que j'apprécie chez Mme X, elle prend le temps de parler et souvent c'est la moitié du traitement. »

« Mais si mon médecin me donne un médicament je lui fais confiance, il connaît mes antécédents, il connaît ce à quoi je suis allergique et donc je fais confiance et je prends le médicament. »

« Je connais très bien le Dr X. »

« Je fais confiance à mon médecin. »

Un petit groupe a exprimé **la confiance en soi**, que les médicaments aidaient à se sentir plus en confiance :

« Une certaine confiance en soi de par l'impression que les médicaments aident pour la guérison. »

« Se rendre compte que l'on peut faire face. »

Ou encore **la confiance dans son traitement** :

« Le doute que je pourrais avoir quand je vais arrêter le traitement, je commence à me poser la question quand j'aurais fini mon traitement là j'ai confiance dans mon médicament. »

D'autres expliquaient avoir eu des **décisions partagées**, en concertation avec leur médecin pour leur traitement :

« J'ai appelé mon médecin et du coup on a rectifié. »

« J'ai tout dit à mon médecin, je lui dis et elle me change le médicament. »

Pour d'autres encore il semblait plus simple de se laisser guider par son médecin, ainsi **le médecin était décideur et le patient obéissant** :

« D'autant plus que j'ai une FA depuis 15 ans maintenant ce qui fait que pour moi on me dit que c'est vital donc je prends. »

« C'est le docteur qui met et je prends ce qu'il me demande. »

« Il faut les prendre parce que moi j'en ai à vie donc Mme X m'a dit que les médicaments que j'ai c'est à vie donc je les prends à vie et puis c'est tout. »

« On me le donne je le prends. »

« Ça ne me pose pas de question, il faut le prendre je le prends. »

« J'obéis à l'ordonnance. »

« Je ne suis pas médecin donc si on me conseille tel médicament c'est qu'il doit me faire du bien. »

Pour les patients, la confiance tenait une place importante dans l'observance, que ce soit une confiance envers les professionnels de la santé, envers son traitement ou son médecin.

III.4.4.2. Facteurs défavorisants

Une personne a évoqué un **désaccord entre les différents médecins** :

« C'est vrai que le généraliste n'est pas très d'accord avec, en disant bon d'accord on fait confiance au cardio mais il ne faut peut-être pas tout arrêter non plus, elle a peur que si on arrête de trop, parce qu'apparemment si on a déjà fait un accident il y a des risques plus importants d'en refaire un second avec des conséquences plus dramatiques voir fatales, et que s'il y a un second et qu'on s'en sort le troisième peut être fatal, elle part de ce principe-là donc il faut trouver le juste milieu pour les médicaments. »

Ne sachant plus quelle attitude adopter, le désaccord a apporté de la confusion et l'observance en a été affectée.

Le manque de disponibilité de la part des médecins était un argument revenu plusieurs fois :

« Parce que les autres il faut un an pour avoir un rendez-vous avec ces grands spécialistes. »

« Par contre j'ai un dictionnaire médical car on ne comprend pas toujours et on ne peut pas toujours demander au médecin de s'étendre sur ce que l'on a. »

« Le problème c'est que, impossible d'avoir le médecin qui me suis à l'Oncopole pour savoir. »

La mauvaise relation entre le patient et son médecin pouvait aussi être un frein :

« Le problème c'est que, impossible d'avoir le médecin qui me suis à l'Oncopole pour savoir, elle va me dire non, non il ne faut pas l'arrêter, on ne peut pas discuter donc voilà. »

« Après le Levothyrox je ne vous en parle pas, personne ne voulait me croire. »

Il était important de garder de bonnes relations entre soignants et soignés, incluant une disponibilité et une communication à travers par exemple le dialogue.

A partir d'une mauvaise communication ou d'une mauvaise relation, on peut comprendre que certains patients aient développé une **méfiance vis-à-vis du corps médical** :

« Que savez-vous de vos médicaments ?

Que le pharmacien gagne bien sa vie. (Rire) »

« Et le Celebrex soi-disant que c'est un anti inflammatoire mais j'ai l'impression que cela me fait comme un pincement sur une jambe de bois mais bon. Parce que j'ai toujours mal au dos. »

Ou encore une **méfiance vis-à-vis des médicaments**. L'expression de cette méfiance est revenue à plusieurs reprises :

« Que représente les médicaments pour vous ?

Du poison, c'est simple et cela a toujours représenté du poison. »

« Dans les médicaments il doit y en avoir 50 ou 60% qui ne servent pas à grand-chose, le Fervex ou les trucs comme ça c'est vrai que lorsque l'on va sur internet et qu'on lit à quoi cela sert cela fait peur. »

« Ce qui rend difficile ? Peut-être la confiance dans les médicaments que l'on prend. »

« Vous savez quand on n'est pas du métier mais qu'on a côtoyé tant de médicaments pendant tant d'années on est plus méfiant. »

« Après moi je ne me rends pas du tout compte de l'effet que cela me fait au jour le jour, je ne sais pas si cela irait mieux sans hormonothérapie. »

« Quand on sait ce qu'on a eu, on se demande s'il va vraiment agir, s'il ne va pas nous rendre d'avantage malade qu'on ne l'est déjà. »

« Que représentent les médicaments pour vous ?

Il faut être franche je suppose, pas la meilleure des choses qui existe. »

« Je ne suis pas toujours persuadé de l'efficacité des médicaments, ou tout du moins de certains médicaments. »

« Par exemple le Levothyrox, à ce jour je me demande pourquoi je le continue, c'est vrai que le test est fait il faut le continuer mais je me demande encore pourquoi. »

« Ok, quels inconvénients vous apportent vos médicaments ?

Ah mon avis ce que ça m'apporte ce n'est pas bon du tout. »

Les laboratoires n'étaient pas exempts de tout reproche, des patients ont développé une **méfiance des laboratoires** :

« Je me pose la question, je dis que c'est pour faire gonfler le labo, ils vivent à nos crochets et nous sommes peut-être des cobayes, je ne sais pas, des fois je me la pose la question, mais pourquoi il y a des vrais médicaments puisque c'est plus cher, pourquoi on continue de les faire voilà c'est là ma question mais je n'ai jamais de réponse. »

« Les laboratoires qui s'en mettent plein les poches et pas toujours dans l'intérêt des patients donc voilà. »

« Que représentent les médicaments pour vous ?

Un business. »

III.4.5. Représentation du patient

III.4.5.1. Facteurs favorisants

Un petit groupe de patients a **accepté le médicament** tel qu'il était :

« Donc les médicaments font partie de ma vie depuis 15 ans maintenant même si j'ai diminué, j'en prends 4 différents. »

Ces patients ne se posaient plus de question, les médicaments faisaient partie de leur vie, au même titre que manger ou se laver.

III.4.5.2. Facteurs défavorisants

Un **patient exigeant** était plus difficile à convaincre, il fallait fournir un effort plus important pour le convaincre :

« On me dit de prendre je prends, mais faut vraiment qu'on me pousse. »

Une vision négative des médicaments pouvait freiner leur observance :

« Cela est très difficile pour moi de prendre des médicaments tous les jours, et de me dire que je suis malade. »

« Qu'est ce qui rend difficile la prise de vos médicaments ?

Disons qu'avant je n'avais rien et je ne prenais rien et que maintenant il ne m'arrive que des... Voila. »

« Je pense que cela me fait du bien de prendre du naturel, pas du chimique comme avec les médicaments. »

L'association faite par certains patients semblait néfaste, elle freinait (de manière consciente ou non) leur observance.

Pour d'autres ils avaient une **vision négative du médicament générique** mais toléraient les médicaments princeps :

« Il y a certains génériques qui donneraient des effets secondaires. »

« Surtout le Glucophage et encore il s'est atténué mais quand vous mettez, prenez son générique c'est terrible, les intestins c'est une catastrophe. »

« Je suis contre le générique. »

« Je ne prends pas de générique parce que j'ai eu des problèmes avec les génériques surtout pour la tension j'avais les jambes comme ça qui me gonflaient tout de suite alors Mme X m'a dit on arrête tout. »

Il existait une **méfiance du pilulier** par certains patients principalement par l'image qu'il pouvait renvoyer au patient, alors que d'autres au contraire le considéraient comme un avantage :

« Je ne fais pas encore avec une boîte. »

« Des rappels, un pilulier ?

Ah non je ne suis pas encore, non non. »

« Je n'aime pas préparer le pilulier. »

« Je peux avoir recours à un pilulier mais pffff. »

III.5. Codage matriciel

III.5.1. Education du patient

Tableau 1 : Croisement matriciel entre la connaissance des médicaments par les patients et leur ancienneté

	A : Connaissance du médicament
1 : personnes : Traitement chronique depuis = 3 mois	0
2 : personnes : Traitement chronique depuis = 6 mois	5
3 : personnes : Traitement chronique depuis = moins de 5 ans	1
4 : personnes : Traitement chronique depuis = 5 ans et plus	15

Dans l'analyse matricielle nous remarquons qu'un certain temps semblait nécessaire avant de connaître ses traitements, excepté pour un groupe de patients qui semblait en avoir connaissance après seulement 6 mois. Ces patients ont chacun noté un seul antécédent, à savoir l'infarctus du myocarde. (Tableau 1)

Tableau 2 : Croisement entre les connaissances des traitements et les pathologies

	A : Connaissance du médicament
1 : personnes : Maladies de l'appareil respiratoire	2
2 : personnes : Tumeurs	0
3 : Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	0
4 : Maladies endocriniennes	3
5 : Troubles mentaux	2
6 : personnes : Maladies du système nerveux	1
7 : Maladies de l'appareil circulatoire	14
8 : maladies du système ostéo-articulaire	3
9 : Maladies de l'appareil digestif	4
10 : Maladies de l'œil et de ses annexes	1
11 : Maladies de l'appareil génito-urinaire	2

Les patients ayant des pathologies de l'appareil circulatoire semblaient mieux connaître leur traitement. (Tableau 2)

Tableau 3 : Croisement de l'âge et des connaissances sur les médicaments

	A : Age = 50-54	B : Age = 55-59	C : Age = 60-64	D : Age = 65-69	E : Age = 70-74
1 : Connaissance du médicament	0	6	5	8	2

Ce tableau nous montre que les patients semblaient en apprendre de plus en plus sur leurs médicaments avec l'âge avançant mais qu'après 70 ans leurs connaissances semblaient se détériorer. (Tableau 3)

Différentes sources d'informations étaient utilisées en fonction des âges comme nous allons le voir dans les différentes analyses matricielles de croisement :

Tableau 4 : Sources d'informations de 55 à 59 ans

	A : personnes : Age = 55-59
1 : Source d'information Dictionnaire médical	0
2 : Source d'information Entourage	3
3 : Source d'information internet	5
4 : Source d'information médecins	12
5 : Source d'information Média	2
6 : Source d'information notices	6
7 : Source d'information Pharmacie	3
8 : Sources d'information Bouche à oreille	0
9 : Sources d'information Patients atteints de pathologies identiques	1

Le médecin semblait être la source principale d'informations pour une population âgée de 55 à 59 ans, apparaissaient ensuite l'utilisation des notices informatives et d'internet. Pour finir l'entourage et les pharmacies, certains évoquaient les médias ou des patients atteints de pathologies identiques. (Tableau 4)

Tableau 5 : Sources d'informations de 60 à 64 ans

	A : personnes : Age = 60-64
1 : Source d'information Dictionnaire médical	0
2 : Source d'information Entourage	2
3 : Source d'information internet	14
4 : Source d'information médecins	16
5 : Source d'information Média	3
6 : Source d'information notices	11
7 : Source d'information Pharmacie	1
8 : Sources d'information Bouche à oreille	1
9 : Sources d'information Patients atteints de pathologies identiques	0

Dans cette tranche d'âge nous constatons que le médecin semblait toujours être la source principale d'informations mais avec une utilisation beaucoup plus importante d'internet ainsi que des notices informatives. (Tableau 5)

Tableau 6 : Sources d'informations de 65 à 69 ans

	A : personnes : Age = 65-69
1 : Source d'information Dictionnaire médical	0
2 : Source d'information Entourage	2
3 : Source d'information internet	5
4 : Source d'information médecins	6
5 : Source d'information Média	1
6 : Source d'information notices	6
7 : Source d'information Pharmacie	3
8 : Sources d'information Bouche à oreille	0
9 : Sources d'information Patients atteints de pathologies identiques	0

Pour les patients de 65 à 69 ans les proportions semblaient être à peu près identiques à la catégorie précédente. A noter que cette fois-ci les notices étaient autant consultées que les médecins. (Tableau 6)

Tableau 7 : Sources d'informations de 70 à 74 ans

	A : personnes : Age = 70-74
1 : Source d'information Dictionnaire médical	1
2 : Source d'information Entourage	2
3 : Source d'information internet	3
4 : Source d'information médecins	7
5 : Source d'information Média	2
6 : Source d'information notices	6
7 : Source d'information Pharmacie	0
8 : Sources d'information Bouche à oreille	1
9 : Sources d'information Patients atteints de pathologies identiques	0

Enfin au-delà de 70 ans internet semblait être beaucoup moins utilisé, le médecin était toujours en tête des sources consultées mais suivi de près par les notices. Il semblait apparaître une augmentation de la consultation de l'entourage et des médias. (Tableau 7)

De 55 à 59 ans, le médecin semble être la source principale d'informations. Puis il semblait être consulté de manière équivalente à internet et les notices de 60 à 69 ans. A partir de 70 ans, la consultation d'internet diminuait au profit des médecins et des notices.

Tableau 8 : Manque de connaissance du médicament ressenti par les patients en fonction de l'âge

	A : Age = 50-54	B : Age = 55-59	C : Age = 60-64	D : Age = 65-69	E : Age = 70-74
1 : Manque de connaissance	0	11	14	12	4

Ce manque de connaissance ressenti semblait être le plus important dans la tranche d'âge de 60 à 64 ans puis tendait à diminuer avec l'âge avançant. (Tableau 8)

La principale donnée du croisement matriciel des sources d'informations en fonction des pathologies de chacun des patients était l'utilisation, qui semblait plus importante par les patients atteints de pathologies respiratoires, de la notice du médicament. (Tableau 9)

Tableau 9 : Croisement matriciel des sources d'informations en fonction des pathologies

	A : Dictionnaire médical	B : Entourage	C : internet	D : médecins	E : Média	F : notices	G : Pharmacie	H : Bouche à oreille	I : Pathologies identiques
1 : Maladies de l'appareil respiratoire	1	2	4	4	1	10	0	1	1
2 : Tumeurs	0	1	2	3	1	2	1	0	1
3 : Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	0	0	1	0	0	0	0	0	0
4 : Maladies endocriniennes	0	3	17	17	4	13	2	1	2
5 : Troubles mentaux	0	0	1	4	0	2	0	0	0
6 : Maladies du système nerveux	0	1	2	2	1	2	0	0	0
7 : Maladies de l'appareil circulatoire	1	5	13	26	6	18	6	1	1
8 : maladies du système ostéo-articulaire	0	3	6	4	2	4	2	1	0
9 : Maladies de l'appareil digestif	1	2	6	9	2	8	0	1	0
10 : Maladies de l'oeil et de ses annexes	0	1	1	3	0	3	0	0	0
11 : Maladies de l'appareil génito-urinaire	0	1	4	3	1	2	0	0	0

Le croisement des données en fonction du genre était peu informatif, tout comme son croisement avec l'ancienneté des traitements.

Il n'est pas ressorti d'information pertinente du croisement matriciel entre les différentes catégories de maladies et le manque de délivrance d'informations de la part du corps médical.

Tableau 10 : Médicament non important en fonction de la profession

	A : Agriculteurs	B : Artisans	C : Cadres	D : Professions intermédiaires	E : Employés	F : Ouvriers	G : Retraités	H : Autres personnes sans activité professionnelle
1 : Non importance du médicament	0	2	0	13	0	1	0	1

Les personnes ayant une profession intermédiaire semblaient accorder moins d'importance à leurs médicaments. (Tableau 10)

Tableau 11 : Relation entre la non importance du médicament et le reste à charge des patients

	A : Reste à charge = 0	B : Reste à charge = Moins de 20 euros	C : Reste à charge = Entre 20 et 50	D : Reste à charge 50 et plus
1 : Non importance du médicament	3	16	0	0

Nous observons que les patients semblaient avoir moins de considération pour leur médicament s'il existait un reste à charge de moins de 20 euros. (Tableau 11)

Tableau 12 : Patients non demandeurs d'informations en fonction du reste à charge

Reste à charge des médicaments	A : 0	B : Moins de 20 euros	C : Entre 20 et 50	D : 50 et plus
1 : Patient non demandeur d'information	6	12	0	0

Lorsqu'il existait moins de 20 euros à compléter à la pharmacie pour obtenir ses médicaments les participants semblaient être moins demandeurs d'informations à leur sujet. (Tableau 12)

Tableau 13 : Patients non demandeurs d'informations en fonction de leur pathologie

	A : Patient non demandeur d'information
1 : Maladies de l'appareil respiratoire	5
2 : Tumeurs	0
3 : Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	1
4 : Maladies endocriniennes	9
5 : Troubles mentaux	4
6 : Maladies du système nerveux	1
7 : Maladies de l'appareil circulatoire	6
8 : maladies du système ostéo-articulaire	2
9 : Maladies de l'appareil digestif	2
10 : Maladies de l'œil et de ses annexes	4
11 : Maladies de l'appareil génito-urinaire	2

Le groupe de maladies endocrinienne semblait être celui recherchant le moins à approfondir ses connaissances concernant ses traitements, plus encore que le groupe des pathologies de l'appareil circulatoire pourtant constitué d'un plus grand nombre de participants. (Tableau 13)

Tableau 14 : Nombres de médicaments en fonction du verbatim des patients non demandeurs d'informations

Nombre de médicaments	A : Moins de 3	B : Entre 3 et 5	C : Entre 5 et 10	D : Plus de 10
1 : Patient non demandeur d'informations	8	7	3	0

Moins les patients prenaient de médicaments, moins ils semblaient rechercher d'informations. (Tableau 14)

III.5.2. Intérêt du traitement pour le patient

Tableau 15 : Croisement du nœud de l'absence d'effet visible du médicament et le nombre de médicaments par patient

Nombre de médicaments	A : Moins de 3	B : Entre 3 et 5	C : Entre 5 et 10	D : Plus de 10
1 : Absence d'effet visible du médicament	8	5	3	0

Les personnes prenant le moins de médicaments semblaient être celles qui se sont le plus exprimées sur l'importance d'un effet visible du médicament pour continuer de le prendre. Ainsi plus les patients avaient de médicaments, moins ce critère semblait important. (Tableau 15)

Tableau 16 : Croisement du nœud de l'absence d'effet visible du médicament et du reste à charge par patient en euro

Reste à charge des médicaments	A : 0	B : Moins de 20 euros	C : Entre 20 et 50	D : 50 et plus
1 : Absence d'effet visible du médicament	6	9	0	0

Le plus grand nombre de références venait de la catégorie des moins de 20 euros à fournir à chaque ordonnance. L'absence d'effet visible du médicament semblait donc avoir un impact négatif plus important si le patient devait payer à la pharmacie. (Tableau 16)

Tableau 17 : Effets indésirables et pathologies

	A : Effets indésirables
1 : Maladies de l'appareil respiratoire	14
2 : Tumeurs	2
3 : Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	2
4 : Maladies endocriniennes	13
5 : Troubles mentaux	3
6 : Maladies du système nerveux	1
7 : Maladies de l'appareil circulatoire	29
8 : maladies du système ostéo-articulaire	9
9 : Maladies de l'appareil digestif	14
10 : Maladies de l'œil et de ses annexes	4
11 : Maladies de l'appareil génito-urinaire	3

Les patients qui avaient le plus d'effets indésirables semblaient être ceux présentant des pathologies de l'appareil circulatoire puis des maladies de l'appareil respiratoire, endocriniennes et celles de l'appareil digestif. (Tableau 17)

Tableau 18 : Professions et effets indésirables

Profession	A : Effets indésirables
1 : Agriculteurs exploitants	0
2 : Artisans, commerçants et chefs d'entreprises	1
3 : Cadres et professions intellectuelles supérieures	2
4 : Professions intermédiaires	14
5 : Employés	0
6 : Ouvriers	2
7 : Retraités	27
8 : Autres personnes sans activité professionnelle	0

Les effets indésirables semblaient représenter un facteur important chez les patients à la retraite. (Tableau 18)

Tableau 19 : Evolution en fonction de l'âge de la volonté des patients de prendre le moins de médicaments possible

	A : Age = 50-54	B : Age = 55-59	C : Age = 60-64	D : Age = 65-69	E : Age = 70-74
1 : Prendre le moins de médicament par principe	0	7	4	3	2

La volonté de prendre le moins de médicaments possible semblait s'estomper avec l'âge. (Tableau 19)

III.5.3. Organisation avec le traitement

Tableau 20 : Auto-organisation des prises médicamenteuses en fonction du nombre de médicaments

Nombre de médicaments	A : Moins de 3	B : Entre 3 et 5	C : Entre 5 et 10	D : Plus de 10
1 : Auto organisation des prises médicamenteuses	2	6	10	0

Globalement, plus les patients avaient de médicaments à prendre, plus ils semblaient s'organiser. (Tableau 20)

Tableau 21 : Rituel quotidien pour la prise des médicaments en fonction de l'âge

	A : Age = 50-54	B : Age = 55-59	C : Age = 60-64	D : Age = 65-69	E : Age = 70-74
1 : Rituel	0	11	12	10	4

Les rituels semblaient disparaître avec l'âge. (Tableau 21)

Tableau 22 : oublis autorisés en fonction des pathologies

	A : Oublis autorisés
1 : Maladies de l'appareil respiratoire	9
2 : Tumeurs	1
3 : Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	1
4 : Maladies endocriniennes	14
5 : Troubles mentaux	4
6 : Maladies du système nerveux	2
7 : Maladies de l'appareil circulatoire	27
8 : maladies du système ostéo-articulaire	7
9 : Maladies de l'appareil digestif	9
10 : Maladies de l'œil et de ses annexes	7
11 : Maladies de l'appareil génito-urinaire	3

Dans toutes les catégories de pathologies, les patients semblaient s'autoriser des oublis mais ils étaient plus importants pour les patients atteints de pathologies de l'appareil circulatoire. On peut aussi citer les maladies endocriniennes. (Tableau 22)

III.5.4. Relation patient médecin

Tableau 23 : Méfiance des patients vis à vis des médicaments en fonction de leurs pathologies

	A : Méfiance du médicament
1 : Maladies de l'appareil respiratoire	3
2 : Tumeurs	4
3 : Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	1
4 : Maladies endocriniennes	19
5 : Troubles mentaux	0
6 : Maladies du système nerveux	5
7 : Maladies de l'appareil circulatoire	16
8 : maladies du système ostéo-articulaire	10
9 : Maladies de l'appareil digestif	4
10 : Maladies de l'œil et de ses annexes	0
11 : Maladies de l'appareil génito-urinaire	4

Les patients ayant des pathologies endocriniennes ou de l'appareil circulatoire semblaient plus se méfier des médicaments. Même si pour la majorité des catégories de pathologies les patients semblaient se méfier. (Tableau 23)

III.5.5. Représentation du patient

Tableau 24 : Vision négative du médicament générique en fonction de la profession

Profession	A : Vision négative du médicament
1 : Agriculteurs exploitants	0
2 : Artisans, commerçants et chefs d'entreprises	1
3 : Cadres et professions intellectuelles supérieures	0
4 : Professions intermédiaires	2
5 : Employés	0
6 : Ouvriers	0
7 : Retraités	2
8 : Autres personnes sans activité professionnelle	0

Les retraités semblaient être beaucoup plus méfiants vis-à-vis des médicaments génériques que les autres catégories de professions. (Tableau 24)

IV. Discussion

IV.1. Points forts de l'étude

IV.1.1. Les critères d'inclusion

Avoir un âge compris entre 50 ans et 75 ans : Cet intervalle correspond à la plus forte concentration de pathologies chroniques dans la population française. (58) Il correspond aussi à l'âge de début des dépistages organisés.

Avoir un traitement chronique : Nous avons choisi de nous limiter à l'étude de l'observance des pathologies chroniques car l'observance des pathologies aiguës doit posséder ses propres règles et caractéristiques.

Consultation d'un médecin généraliste : L'idée de cette étude était de travailler l'observance du point de vue de la médecine générale, contrairement à la majorité des travaux sur le sujet qui l'étudie en fonction des pathologies (33,34,59). Pour se faire et éviter les biais de sélection, le recrutement s'est exclusivement déroulé dans des cabinets de médecine générale.

IV.1.2. Les critères d'exclusion

Les âges de moins de 50 ans ont été exclus car avant celui-ci les pathologies au long cours sont peu fréquentes. Par conséquent les patients ont peu de traitements chroniques et ceux-ci traitent principalement une seule famille de pathologies à savoir les pathologies mentales (60).

L'âge de 75 ans correspond à « l'âge communément admis » pour la définition de la personne âgée. Il est difficile de définir la personne âgée seulement par un âge car 2 personnes du même âge peuvent avoir des états physiques et psychiques complètement différents mais une combinaison de différents facteurs amène à 75 ans. En effet la polyopathie y est plus fréquente, tout comme d'autres fragilités (isolement, problème de santé mentale...) (61). Les patients sont plus fragiles, considérés comme personnes âgées par les services de gériatrie, vivent le plus souvent en institution, ont une altération des fonctions cognitives plus fréquente (62) et sont souvent aidés dans l'administration des traitements : par les IDE à domicile, l'institution ou la famille. La dépendance y est aussi plus fréquente avec le déclin des fonctions cognitives (63). La limite d'âge supérieure aurait pu être repoussée ou supprimée en gardant comme critère d'exclusion la dépendance au risque de s'exposer à un biais d'intervention par les aides à la personne plus fréquentes après 75 ans (63). Les patients sont de moins en moins responsables de la prise de leurs médicaments, ils sont plus souvent assistés par un pilulier ou par des infirmières passant quotidiennement à domicile pour l'administration des traitements.

Personnes dépendantes : les personnes dépendantes ne sont plus responsables de leurs actes, leur observance ne peut donc pas être étudiée.

Accord : Si l'accord oral concernant l'entretien oral et le remplissage de la fiche d'identification n'était pas obtenu alors le patient ne faisait pas partie de l'étude.

IV.1.3. Etude de notre population

La population cible a été choisie pour sa capacité à être représentative du plus grand nombre de patients sous traitement chronique.

La population française de 50 à 74 ans est constituée de 20261810 individus en France dont 10564542 femmes, le sexe ratio est donc de 52% de femmes (64). Notre étude est composée de 42% de femmes. La répartition des genres dans la région Occitanie est presque égale avant 75 ans comme nous le montre le rapport de l'INSEE de 2016 (65). En revanche lorsque l'on s'intéresse à la répartition des ALD pour une population de moins de 75 ans alors la différence existe. Si nous prenons la tranche d'âge des 70/74 ans le taux en ALD pour les hommes est de 49% contre 36% pour les femmes (58). Nous n'avons recruté aucun patient dans la tranche d'âge de 50 ans à 54 ans. Selon l'HAS de 2005 la consommation quotidienne de médicaments atteint 3.3 en moyenne pour des patients âgés de 65 à 74 ans ce qui rejoint nos résultats : une majorité de personnes consommant quotidiennement entre 3 et 5 médicaments. (66) Lors de l'élaboration de la fiche d'identification, le choix des intervalles concernant l'ancienneté des traitements chroniques a été peu judicieuse. En effet la quasi-totalité des patients se sont retrouvés dans l'intervalle des médicaments pris depuis plus de 5 ans, il nous est donc difficile d'en obtenir une quelconque information.

IV.1.4. La méthode

Faire une étude qualitative semblait adapté pour la recherche de critères d'observance, critères finalement peu étudiés dans la littérature. Le concept d'observance est difficile à définir. Sa mesure est compliquée par l'absence de gold standard ce qui rend difficile la comparaison des résultats. Beaucoup des recherches sur l'observance étudient sa mesure ou bien évaluent l'impact de tel ou tel facteur sans les avoir précisément définis au départ. L'intérêt d'une étude qualitative réside dans la profondeur des données collectées permettant des résultats et des explications plus nombreuses. Elle permet d'étudier les comportements, les expériences personnelles des patients, elle permet la création d'hypothèses. Par opposition à la recherche quantitative qui mesure, quantifie des variables, teste des hypothèses de relations causales entre des variables mesurables (67).

Il a été débattu de l'intérêt de l'organiser sous forme de focus group. La disponibilité et l'organisation nécessaires pour les patients auraient accentué le biais de sélection.

Dans l'ensemble, les patients interrogés semblent s'être exprimés assez librement. Après avoir répondu à l'entretien semi dirigé, plusieurs nous ont fait part de leur satisfaction de pouvoir s'exprimer sur ce sujet, du temps qui leur a été accordé ou encore qu'ils aient pu développer leurs ressentis, leurs attentes. Certains pensaient n'avoir rien à dire et se sont

finalement étendus en explications et détails. Le premier enseignement de cette étude est qu'il existe un besoin d'expression et d'écoute des patients qu'il faudrait développer. L'écoute des médecins est-elle insuffisante ? Les patients ont-ils compris qu'ils ont la possibilité de poser toutes leurs questions à leur médecin ?

Dans la fiche d'identification, la question sur le nombre de médicaments aurait dû être précisée. En effet il persiste une ambiguïté, il est difficile de savoir s'il s'agit du nombre de prises quotidiennes (comptabiliser toutes les prises même si le même médicament est pris plusieurs fois) ou du nombre de médicaments différents.

IV.1.5. Le recrutement

Tout patient, pour peu qu'il prenne un traitement chronique pouvait faire partie de l'étude, pas de biais de sélection par pathologie ou par catégorie de traitement. C'est ce qui nous intéresse en médecine générale, avoir une vision globale qui peut s'adapter au plus grand nombre.

Le patient, ne sachant pas en se rendant chez son médecin traitant, que des questions pourraient lui être posées, n'a pas pu se préparer aux réponses. Il y avait certainement plus de spontanéité dans les réponses que pour d'autres études nécessitant une organisation beaucoup plus importante.

IV.1.6. L'analyse

Les nœuds ou codes ont été constitués à mesure de l'avancement de l'étude du verbatim, nous ne sommes pas partis de nœuds prédéfinis. Etude qui se faisait après chaque entretien individuel, ce qui nous a permis d'interrompre le relevé dès la saturation des données, comme initialement prévu, c'est-à-dire dès l'absence de création d'un nouveau nœud après l'étude d'un entretien individuel. Pour la constitution des ensembles, les thèmes n'étaient pas définis, nous ne souhaitons pas nous laisser influencer par des thèmes évidents déjà travaillés à de nombreuses reprises comme le patient, le médicament ou le médecin (13). Nous avons essayé de regrouper les nœuds dans des thèmes moins abordés avec une limite de 4 à 5 thèmes, ce que nous avons respecté avec la constitution de 5 thèmes.

IV.2. Limites de l'étude

IV.2.1. Biais de sélection

Il n'y a eu qu'un seul refus concernant cette étude, cela représente un nombre très faible parmi les personnes interrogées. Il est possible de l'expliquer en partie par un sentiment général de satisfaction des patients participant à cette étude.

L'entretien semi dirigé ainsi que la fiche d'identification à remplir par le patient représentaient une durée moyenne de 30mn. Avec les difficultés actuelles de la médecine générale, notamment la diminution du temps qu'il est possible d'attribuer par consultation et le fait que ce travail soit fait après une consultation de médecine générale, on comprend aisément les difficultés organisationnelles à la réalisation de cette étude. En effet si le médecin investigateur était pris pas le temps il ne proposait pas d'entretien.

IV.2.2. Biais de recrutement

Le recrutement s'est déroulé dans plusieurs cabinets médicaux, donc multicentrique mais un seul département étudié. Si ce département possède des spécificités que ne possèdent pas les autres départements, l'étude en sera biaisée. Les cabinets se situent en campagne et en semi rural mais aucun n'est situé en urbain, même raisonnement que précédemment.

IV.2.3. Biais de déclaration

Toutes les données de cette étude reposent sur la véracité et l'honnêteté des patients constituant l'échantillonnage. Nous avons lutté contre ce biais. Les patients ne recevaient pas d'explications en amont sur le thème abordé lors de l'entretien. Ce dernier était structuré par un guide et identique pour chaque patient. Enfin, les interventions de l'enquêteur ont été les moins nombreuses possible.

IV.2.4. Biais de recueil

Les entretiens semi dirigés sont composés de questions ouvertes. L'avantage est que tout le champ des possibles est ouvert, les questions ne sont pas limitantes comme avec des questions fermées. En revanche un facteur peut exister mais ne pas être énoncé par un patient qui n'y pensera pas au moment de l'entretien. Dans ce cas, le principe des études qualitatives veut que si une personne n'y pense pas, alors une autre y pensera avant la saturation des données.

IV.2.5. Biais d'interprétation

Biais de codage, il est opérateur dépendant, ce qui signifie en théorie autant de résultats possibles que d'opérateurs. On tente de le diminuer par un codage à plusieurs opérateurs, au moins au début de l'analyse afin de s'accorder sur la méthode. Il faut avoir l'idée d'une analyse pour la faire, il est ainsi possible d'en oublier ou d'en inventer d'où la nécessité d'une grande rigueur dans le travail.

IV.3. Facteurs de l'observance

IV.3.1. Education du patient

La **connaissance du médicament** est un vaste sujet, il faut du temps pour que les patients acquièrent une connaissance satisfaisante, il faut plusieurs années. Mais ce temps peut avoir l'effet inverse, car l'âge avançant, le niveau des connaissances diminue. Pour un petit groupe de patients interrogés, cette durée est réduite à moins d'un an. Ces personnes ont en commun de n'avoir noté qu'un seul antécédant sur la fiche d'identification à savoir un IDM. On peut donc supposer qu'ils ont reçu une information plus importante et/ou de meilleure qualité que pour d'autres pathologies. Cette information est très intéressante car il existe des programmes de rééducation cardiovasculaire et leur efficacité a été démontrée (68). Il serait intéressant, si ce n'est de manière systématique, de proposer des programmes d'éducation thérapeutique s'inspirant du modèle de l'infarctus pour d'autres pathologies. Le développement de ces programmes est actuellement en cours depuis le rapport de 2008 de Madame Roselyne BACHELOT. Les principales structures en place sont hospitalières, donc source d'inégalité de répartition sur le territoire en défavorisant les populations rurales. Il existe cependant des possibilités de création d'équipes pluridisciplinaires ambulatoires pour venir au contact de ces patients mais qui, dans la réalité, sont très peu développées. D'autres solutions existent comme le développement de ces programmes d'éducation thérapeutique à travers les maisons de santé, dispensés par les personnels médicaux et para médicaux (69). Comme nous l'avons vu dans la partie « généralités », ces programmes sont très hétéroclites en termes d'efficacité et de répartition sur le territoire (69).

Les patients manquant le plus d'informations sont les plus jeunes de notre étude mais ce sont aussi ceux qui recherchent le plus l'information. Plus les médicaments à prendre sont nombreux, plus les patients vont rechercher l'information, à croire que plus les médicaments sont nombreux, plus la santé devient importante et nécessite une connaissance approfondie. Nous n'avons pas trouvé d'étude étayant cette théorie, en revanche une enquête en 2004 fait un lien entre la nécessité d'effectuer une recherche si les patients considèrent ne pas avoir reçu suffisamment d'informations (70). On peut imaginer que plus le nombre de médicaments augmente, plus la quantité d'informations à retenir est importante. Dès lors la probabilité que le patient n'ait pas intégré toutes les informations augmente, tout comme son sentiment de ne pas avoir reçu suffisamment d'informations.

On constate une amélioration de **la connaissance** avec l'ancienneté du traitement, probablement en lien avec les nombreux contacts avec les professionnels de santé, à force de consultations chez son médecin traitant dont une des missions premières est l'information et l'éducation du patient, à l'occasion d'un renouvellement de son ordonnance par exemple. En effet une des techniques d'éducation du patient est la délivrance d'une information orale qui peut (qui doit ?) être répétée à chaque consultation. Une autre technique est de recourir à une information écrite que le patient peut emporter et reconsulter à souhait car elle lui reste accessible. Pour la délivrance d'une information plus marquante, le médecin peut le sensibiliser par une information personnalisée qui aura un impact positif sur la motivation du patient (71).

Les sources d'informations les plus citées sont les médecins, les notices, internet, les pharmacies et l'entourage. Wikipédia, Doctissimo et les forums sont les principaux sites internet consultés pourtant jugés moins fiables et correspondent aux sites les plus consultés par les patients selon une enquête réalisée en février 2020 par l'Université de Strasbourg (72). Aucun n'a cité l'OMS, la Sécurité Sociale ou encore la Haute Autorité de Santé pourtant considérés comme fiables selon cette même enquête de l'Université de Strasbourg. Bien que pour le moment il n'existe pas de source d'informations officialisée pour les patients (73), on constate qu'il faut aussi apprendre aux patients à rechercher l'information.

L'éducation du patient est primordiale, il doit recevoir toutes les connaissances nécessaires pour que ses décisions concernant son traitement et sa maladie soient libres et éclairées. Il est nécessaire d'être prudent car la délivrance de cette information peut devenir anxiogène comme nous l'exprime ce patient interrogé pendant l'étude : « *je ne regarde pas la liste avant parce que si on la lit on devient dépressif* ». Malgré des programmes d'éducation bien pensés, accessibles, malgré un temps nécessaire consacré à la consultation médicale, il peut manquer des informations ou une question d'un patient peut rester en suspend d'où l'importance d'un apprentissage de la recherche d'informations, ne serait-ce que rappeler qu'il est possible de poser des questions à son médecin traitant ou à son infirmière.

Du côté médical il est nécessaire de rester accessible, tâche compliquée, actuellement la durée moyenne d'une semaine de travail d'un médecin généraliste est de 57h avec une consultation moyenne de 18min (74). Ce **manque de disponibilité** du médecin a été rapporté pendant notre étude. Des difficultés à obtenir un rendez-vous ou des informations ; il faut en moyenne 6 jours pour obtenir un rendez-vous chez son médecin généraliste en France. Il s'agit d'une moyenne avec un écart type de 0 jour pour des demandes urgentes à 11 jours dans certains cas (75). Comme nous l'avons vu, une grande partie des personnes interrogées considèrent **ne pas avoir suffisamment de connaissance** sur leur traitement. A la question « que savez-vous de vos médicaments ? » beaucoup ont répondu « *pas grand-chose* ». Du point de vue des patients ils considèrent ne pas en savoir suffisamment et considèrent aussi que **le corps médical ne délivre pas assez d'informations**. Il y a donc de la place pour une plus grande délivrance d'informations, ils n'ont été que très peu à déclarer ne pas souhaiter en savoir plus à propos de leurs médicaments. L'ignorance peut ainsi devenir un des ennemis de l'observance. L'éducation thérapeutique du patient a pour but de former les patients à l'autogestion, à l'adaptation du traitement à leur propre maladie chronique, à leur permettre de faire face au suivi quotidien avec toutes les situations que cela peut comporter, y compris les situations à risques comme définies dans le rapport de l'OMS de 1998 (49). Des patients non informés, insuffisamment ou mal informés ne pourront avoir de réactions adaptées en cas de besoin.

Un autre aspect à évoquer ; le manque de connaissance peut dissimuler un déni de la maladie. Le déni est : « *Un processus psychique inconscient qui permet de faire coexister deux évènements incompatibles, intolérable pour la psyché.* » (40) Le patient ne s'intéresse pas à la maladie puisque pour lui il n'est pas malade donc aucun intérêt d'y passer du temps. Ne pas s'intéresser, ne pas savoir, ne pas vouloir savoir sont des formes de déni. Cette notion n'a pas été abordée dans notre étude car les patients étaient interrogés sur la base du volontariat et recrutés en consultation de médecine générale. Or un patient dans le déni ne se rendra pas en consultation chez son médecin traitant pour cette pathologie, ou s'il s'y rend pour un autre motif, il n'en parlera pas puisque pour lui il n'est pas malade.

Une partie des patients semblait **actifs dans leur prise en charge médicale**. Cette idée évoque une certaine autonomie dans la gestion de leur traitement et représente par conséquent un avantage indéniable pour leur santé (76). Ils font des recherches, se renseignent sur les risques, tentent de comprendre les motivations médicales, ils deviennent donc des aidants pour le choix d'une molécule en apportant plus de précisions sur leur mode de vie. Ils comprendront les situations à risque et tenteront de les éviter ou consulteront plus rapidement leur médecin évitant ainsi des complications. En 2004 cet impact a été étudié sur les AVK, la probabilité d'avoir une hémorragie est 4 fois plus élevée si les patients n'ont pas été soumis au programme d'éducation thérapeutique. Il est possible de l'interpréter comme un risque qui diminue lorsque les patients suivent le programme d'éducation thérapeutique (77). La délivrance d'informations accompagnées d'une bonne éducation thérapeutique permettra de limiter les risques de complication. Il serait intéressant de comprendre les réflexions de ces patients « actifs », comment en sont-ils arrivés là ? pourquoi sont-ils actifs et pas les autres ? Une première piste est la réalisation de programmes d'éducation thérapeutique permettant une autonomisation des patients.

La qualification du **médicament comme important ou nécessaire** favorisera son adhésion thérapeutique. Il est naturel dans le quotidien de prioriser les actions importantes par rapport aux actions non importantes. Les oublis diminueront naturellement, le respect des consignes ou la recherche d'informations en cas de doute se fera de manière automatique. Reste à comprendre les raisons pour qu'un médicament soit considéré comme important par un patient. Nous répondons en partie à cette question dans le paragraphe « Intérêt du traitement pour le patient ». Là encore, l'éducation thérapeutique peut apporter une réponse car le médecin, en prenant en compte les exigences des traitements, la prévention des complications et d'autres facteurs, peut ainsi aider le patient à faire une classification de l'importance de ses traitements (76). A l'inverse, **le médicament est considéré comme non important** par certains. Cette non-importance peut en partie expliquer **une banalisation des oublis** qui complique grandement le travail sur l'observance. Pour ces patients « oublier » est normal, cela fait partie de la vie, il ne semble pas y avoir de remise en question ou interrogation sur les causes de ces oublis leurs conséquences ou comment les éviter. La vie quotidienne, l'habitude, la répétition peuvent faire oublier la santé. Si le médicament ne devient pas la routine ou une habitude alors les autres habitudes l'emportent et il sera négligé.

Prendre des médicaments constitue un changement majeur dans les habitudes de vie et ce changement est vécu comme une contrainte, comme quelque chose de négatif. Il faut repenser son quotidien, se réorganiser afin de **respecter les horaires et la régularité de ces prises médicamenteuses**. Une fois ce changement opéré, et s'il se transforme en habitude, il devient une force. Il devient même le principal élément pour combattre l'oubli, il se transforme en un **rituel**. La répétition permettait de ne plus y penser, de faire de manière automatique. Méthode qui semble très efficace pour ne pas oublier. Une fois instauré, **le rituel** nécessite de moins en moins d'efforts pour être maintenu mais en demandera toujours un minimum (37), information importante à transmettre aux patients. Afin de les aider, il est possible de discuter avec les patients du meilleur moment dans la journée pour prendre le médicament par exemple (dans la limite des propriétés du médicament). Pour faciliter son intégration, il est possible de l'associer à un rituel déjà en place comme éteindre son réveil le matin ou prendre sa douche ou prendre son petit déjeuner. Le médecin informe sur les différentes méthodes connues mais c'est au patient de trouver son propre rituel.

IV.3.2. Intérêt du traitement pour le patient

Les arguments principaux de cette catégorie ont été **l'amélioration de la santé et l'assistance que les médicaments procurent**. Il semble que les patients ont bien saisis les intérêts d'une prise médicamenteuse dans l'amélioration de leur santé, notamment **la prévention des risques** comme une complication, une récurrence. Ils sont motivés par les bénéfices obtenus par la prise de leur traitement. La peur de la réalisation d'un des risques est un intérêt suffisamment important pour respecter la prise des médicaments. Indirectement cette prévention des risques permet une amélioration de la santé par sa non détérioration. Nous sommes ici dans la prévention tertiaire comme défini par l'HAS : « *elle consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités, elle agit sur les complications et les risques de récurrence* ». A différencier de la prévention primaire qui agit en amont de la maladie (vaccination) et de la prévention secondaire qui agit à un stade précoce de son évolution (dépistage) (78). Un des objectifs de tout traitement chronique est bien la prévention, même s'il semble difficile de trouver des sources fiables l'exprimant dans toute sa généralité. Un patient prenant correctement son traitement et dont la santé s'améliore, disparition de la douleur par exemple, peut oublier de prendre son traitement de temps en temps ou ne plus le prendre du tout car son objectif de santé est atteint, il n'y trouve plus son intérêt. Une étude européenne a mis en évidence un arrêt des traitements antibiotiques en moyenne après 3 jours parmi les patients stoppant de manière anticipée leur traitement car il se sentaient mieux (79). L'éducation tient ici une place importante pour éviter ces dérives nuisibles pour la santé individuelle mais aussi pour la collectivité à travers le développement de résistances bactériennes aux antibiotiques par exemple. Il a été démontré qu'une mauvaise observance ou une sous-utilisation des antibiotiques pouvait être à l'origine du développement de résistances bactériennes. Pour rappel ces résistances se développent grâce à une pression sélective exercée par les agents antimicrobiens et grâce à la transmission de ces micro-organismes résistants (80). L'éducation du patient permet de lui apprendre tous ces mécanismes et d'anticiper des réactions inadaptées de sa part. Expliquer la durée de prescription d'un antibiotique et pourquoi il est important de le poursuivre même si les symptômes ont disparu. Il s'agit non seulement du rôle du médecin de lui expliquer, de lui apprendre, de lui transmettre des connaissances sur ses médicaments mais aussi de tout soignant. A l'occasion d'un soin, d'une consultation, tout soignant peut rappeler les principes de prescription, les objectifs ou les risques encourus si la maladie progresse (76).

L'absence d'effet visible du médicament aura l'effet inverse en diminuant l'observance, en partie par l'absence de bénéfice à court terme entraînant une diminution de l'intérêt du médicament par le patient. Comme nous l'avons vu dans notre étude, un **médicament ayant un coût pour le patient** sera également un frein à l'observance. Encore une fois il n'y aura pas une réponse unique au défaut de l'observance, le plus réaliste est un système d'éducation thérapeutique adaptable au plus grand nombre. **Les effets indésirables** représentent aussi un frein important. Tout comme l'absence d'effet peut diminuer l'observance, avoir des effets mais non désirés freinera la prise médicamenteuse même s'ils sont dérisoires au vu des risques évités. Il sera plus facile de succomber à la facilité par la suppression d'effets indésirables bénins provoqués par la prise médicamenteuse mais présents à court terme, que de les supporter pour éviter l'apparition de risques sérieux mais à plus long terme. Au risque de se répéter, l'éducation, l'information et la communication avec le patient pourront aider à combattre ce biais propre à la nature humaine. Ils permettront de transformer une vision de court terme en une vision de long terme, certes plus compliquée à atteindre mais dont le

bénéfice pour la maladie en sera nettement supérieur. Les patients font leur propre analyse avec une **balance bénéfices/risques** qui, si elle est favorable, les incitera à prendre leur traitement et si elle est défavorable à ne pas les prendre. Il est donc nécessaire de leur apprendre à placer dans cette balance les bénéfices à long terme des prises médicamenteuses comme l'éviction de complications, le ralentissement de la maladie et dans la globalité l'amélioration de la morbi-mortalité. Beaucoup d'arguments et de critères se rejoignent autour de l'obtention de bénéfices à plus ou moins court terme pour le patient, que ce soit l'amélioration de la santé ou la prévention d'une récurrence. Cela peut aussi se traduire par une assistance : la vie en société peut être compliquée si on fait des crises d'épilepsie par exemple, et les traitements permettront de ne plus en faire. Ils seront salvateurs pour la vie en collectivité, permettant de vivre « normalement ». Dans notre étude, la grande majorité des patients semblait avoir compris l'intérêt premier de la prise de leur traitement, à savoir l'amélioration de leur santé, de leur qualité de vie. Cette notion de bénéfices devient une condition sine qua non à l'acceptation des médicaments par les patients.

Certains ont expliqué avoir comme principe la volonté de **prendre le moins de médicaments possible** sans en donner les raisons. On se rappelle que le médicament peut représenter une image négative comme l'explique cette article publié en 2016 dans la revue *Management & Avenir* (81), être associé à la vieillesse, la dépendance, la fin de vie. Donc moins on prend de médicaments (et moins on est observant), moins notre image de soi renvoie vers la dépendance et la vieillesse. Les causes sont certainement plurifactorielles et avec toutes les préoccupations actuelles comme par exemple le désir de moins polluer, est-il possible d'envisager vouloir prendre le moins de médicament possible dans une volonté écologique ? Cette volonté de prendre le moins de médicaments est surtout présente pour les âges les plus jeunes de notre étude, elle s'estompe peu à peu par la suite, existe-t-il une certaine résignation de la part des patients ?

La facilité et la simplicité de la prise médicamenteuse en favorise son observance. La prise médicamenteuse est vécue comme une contrainte alors si on ajoute une complexité, on comprend que l'observance en sera affectée négativement. Il faut donc un traitement simple à prendre, mais à grande échelle, à l'échelle d'une population, la simplicité et/ou la facilité a de nombreuses définitions. Nous l'avons observé, certains préfèrent prendre leur traitement le matin, d'autres le soir, certains préfèrent des médicaments plus gros et d'autres des médicaments plus petits, certains souhaitent répartir le nombre de leurs comprimés à prendre sur toute la journée tandis que d'autres préféreraient n'avoir qu'une seule prise quotidienne. Si un médicament est prescrit en une prise quotidienne le soir alors que le patient est plus à l'aise avec les prises matinales, alors si cela est possible, il sera préférable de déplacer la prise au matin plutôt que de risquer des oublis en gardant les prises le soir. Une collaboration doit exister entre les médecins et le patient où la communication tient une place importante. L'idéal serait que le patient puisse avoir le choix. Ce choix est actuellement possible pour certains médicaments mais nous n'avons pas trouvé d'étude qui évalue l'impact d'un tel choix par le patient sur l'observance.

La présentation du médicament tient une place importante pour les patients en dehors de sa fonction intrinsèque. Comme nous venons de le discuter, ils sont attentifs à leur taille, leur forme, leur goût, le médicament doit convenir au patient ou en tout cas ne pas être trop déplaisant. Cette présentation peut convenir à une personne et pas à une autre. Une personne plus jeune aura une préférence pour des comprimés plus petits : « *Des fois c'est la grosseur des médicaments qui rend difficile.* » et plus simples à avaler tandis qu'une personne plus âgée aura une préférence pour des comprimés plus gros qui seront plus facilement

manipulable avec les mains : « *J'ai du mal à les attraper ou à couper la plaquette. On ne peut pas les ouvrir ou lorsqu'il faut pousser pour les faire sortir avec ces doigts qui ne marchent plus* ». L'industrie pharmaceutique s'y intéresse lors de la conception d'un médicament, en particulier lors du choix de la voie d'administration ou de la forme galénique, il lui faut trouver un juste équilibre entre efficacité et acceptation par le patient (82). Certains médicaments, lorsque le marché le permet, sont fabriqués sous plusieurs formes galéniques afin d'être adaptables au plus grand nombre et à un maximum de situations cliniques comme le paracétamol. Il reste cependant des exceptions du fait des contraintes économiques de tels développements.

Pour résumer, afin de faciliter l'observance nous devons avoir une diversité de médicaments et de formes galéniques suffisamment importante pour que le patient puisse avoir le choix. Mais dans le même temps, les patients souhaitent trouver le bon médicament tout de suite, sans subir un nombre de tentatives trop important sous peine de réduire leur adhésion thérapeutique. La communication patient/médecin avec une bonne transmission d'informations et une éducation thérapeutique sera le pilier de cette réussite.

Par ailleurs, un patient peut avoir participé à la prise de décision, aux choix de sa thérapeutique, avoir reçu suffisamment d'informations, les avoir parfaitement comprises mais pour autant ne pas être observant pour diverses raisons comme la faiblesse de la volonté, la fainéantise ou l'épuisement. Le patient a conscience de l'importance d'être observant mais n'a pas la volonté de prendre son traitement de manière régulière et/ou sur une période aussi longue. Prendre son traitement lui apporte une sensation désagréable, par le goût, la texture, la vision que lui renvoie la prise d'un traitement. Pour ces patients non adhérents, il existe malheureusement un bénéfice (l'évitement d'une sensation désagréable) à court terme qui l'emportera sur le bénéfice à long terme comme l'a démontré le psychiatre George Ainslie en 1992 (83). Inversement, un patient sait qu'il doit diminuer pour ensuite stopper un de ses traitements pour prévenir une dépendance mais n'en a pas la volonté, il laisse exprimer sa **passivité** : « *par exemple le Xanax le soir on dit qu'il y a l'accoutumance et que ce n'est pas bon mais je n'ai aucune volonté de le réduire* ». Cette intempérance sera difficilement décelable et quantifiable (il n'est pas très glorieux d'expliquer que l'on manque de volonté) mais elle devra être prise en compte.

Un objectif concret sera plus facile à atteindre pour une personne qu'un objectif hypothétique, le gain étant visible, palpable, il l'emportera sur une notion abstraite qui est et qui restera du domaine du subjectif. De la même manière, un objectif à court terme sera beaucoup plus réaliste car plus facile à obtenir qu'un objectif lointain. Une tension artérielle dont les chiffres diminuent sera beaucoup plus motivante car concrète et proche pour le patient que la prise quotidienne d'un traitement à visée préventive, pour éviter la survenue d'un évènement (que le patient peut ne jamais observer s'il prend son traitement régulièrement). Les objectifs lointains sont plus difficiles à réaliser mais cette difficulté amplifie d'autant la satisfaction lors de leur accomplissement. Il en est de même pour l'observance, demander à un patient d'être observant sur du très long terme avec un objectif hypothétique comme la non-survenue d'une complication ou la non-survenue d'une aggravation de la maladie sera plus difficile que pour un bénéfice à court terme. Par la communication, l'éducation, cet objectif lointain et hypothétique doit devenir la priorité du patient, il doit devenir concret. Il est possible de séparer cet objectif lointain en plusieurs objectifs à plus court terme, comme on ne commence pas la course à pied par un marathon, on aura un premier objectif de 5km puis 10 puis 20km puis le marathon. Cette approche est en partie évoquée par Jean-François d'Ivernois dans sa publication : « Mettre en œuvre l'éducation thérapeutique » lorsqu'il recentre l'activité

d'éducation sur le patient avec les 8 compétences à acquérir au cours d'un programme d'éducation thérapeutique. Tous les objectifs ne seront pas atteints en une séance mais après un cheminement complet en progressant pas à pas, objectif après objectif. (84)

Si les médicaments font partie intégrante de la vie des patients, s'ils deviennent des besoins essentiels de la vie, l'observance ne pourra qu'en être améliorée. La récompense motive l'humain, nous entrons dans le domaine de la psychologie humaine, indispensable pour la compréhension des mécanismes humains. Il faut nous interroger sur le pourquoi de nos actions, quel est notre but, qu'est-ce qui nous fait avancer, prendre telle ou telle décision ? Le désir est à l'origine de toutes nos décisions, il est « l'essence même de l'homme » (85). Il est à l'origine de tous nos comportements, l'accomplissement d'un désir apporte beaucoup de satisfaction et de bien-être. Dans tous les cas, le patient devra trouver son intérêt, condition sine qua non pour une bonne adhésion thérapeutique avec objectif lointain.

IV.3.3. Organisation avec le traitement

La **nouvelle organisation du quotidien** qu'impose un traitement médicamenteux est vécu comme une contrainte par les patients. Il faut repenser la vie quotidienne, s'adapter, changer les rituels qui étaient en place, développer des solutions pour ne pas oublier de les prendre, s'adapter à toutes les situations de la vie et bien d'autres choses encore. Une fois cette organisation acquise elle devient un atout de l'observance. Comme nous l'avons vu, certains des patients interrogés **participent de manière active à leur organisation avec les médicaments**, ce qui est positif pour l'adhésion thérapeutique. Ils ont pris leurs propres décisions, ont choisi cette organisation donc l'adhésion thérapeutique sera meilleure. Il faut encourager la participation active en concertation avec un professionnel de santé par exemple. **L'organisation avec le traitement, l'anticipation des situations à risque d'oubli ou la conduite à tenir en cas d'oubli** font partie de l'apprentissage dont peuvent bénéficier les patients lors de programmes d'éducation thérapeutique. Plusieurs études ont montré une meilleure observance pour des patients diabétiques s'ils avaient suivi des programmes d'éducation thérapeutique (86), ou plutôt un meilleur taux d'adéquation avec la prescription médicale initiale. Le patient doit être informé de ce qu'il est possible de faire ou non, de ce qu'il est possible de modifier. Il doit garder en tête que les personnels médicaux resteront une référence en cas de doute. Comme nous l'avons vu plus haut, les patients considèrent ne pas en savoir assez, donc la marge de progression dans ce domaine est encore importante.

Plus le **nombre de médicaments est faible**, plus l'observance en sera facilitée comme nous le montre cette étude de 1997 au Pays-Bas : prendre moins de médicaments augmente l'observance ou plutôt pourrait diminuer la non-observance (87). Les patients l'expriment facilement : « *je n'ai que celui-là* » « *c'est facile car je n'en prends qu'un* ». Il est intéressant de constater que certains patients expriment **l'interdiction d'oublier** une prise médicamenteuse ou l'interdiction de ne pas prendre son traitement. Ces patients expriment une position très ferme, favorable à l'augmentation de leur adhésion thérapeutique. D'autres sont un peu plus souples et reconnaissent qu'il faut éviter les oublis mais se laissent une marge de manœuvre de plusieurs jours. Pour certaines pathologies, cette laxité aura peu de conséquences, en revanche pour d'autres comme l'épilepsie, l'insuffisance cardiaque ou le diabète les décompensations peuvent survenir assez rapidement et être sévères, elles nécessitent un suivi plus strict. Les profils de patients stricts seront plus favorables à la diminution des événements indésirables pour ces pathologies à marges thérapeutiques

étroites. Certains profils de patients ne seront pas compatibles avec certaines maladies et les médecins devraient pouvoir les identifier et pouvoir agir en conséquence.

Pour des patients impliqués, actifs et désireux d'adhérer à leur traitement le principal facteur de non observance est l'oubli comme le montre cette étude de 2016 sur des biothérapies par injection chez les patients suivis pour un psoriasis (59). Il n'existe pas de méthode universelle pour le combattre, chacun doit trouver la sienne, il est possible de proposer des pistes de réflexion comme avoir les jours de la semaine déjà notés sur les blister (88) constituant des rappels, programmer des alarmes, utiliser un pilulier... L'habitude et le rituel font partie à l'heure actuelle des meilleurs moyens de le combattre (37). L'oubli affecte aussi l'éducation thérapeutique qu'a reçu un patient et ses connaissances, certains l'ont exprimé pendant notre étude : « *on nous dit des choses mais on les oublie* ». L'éducation thérapeutique est nécessaire à une bonne observance mais ne doit pas se limiter à l'instauration du traitement, il faut qu'elle soit développée et rappelée de manière continue dans le temps pour combattre cet oubli. **Le pilulier** est une solution courante pour pallier le risque d'oubli, les patients le préparent pour la semaine ou les 2 semaines à venir. Il permet d'automatiser la prise des comprimés et réduit le risque d'erreur ou d'oubli. Malheureusement il véhicule pour certain une image négative : « *Je peux avoir recours à un pilulier mais pfff* » ; « *Ah non je ne suis pas encore, non non* » ; l'image d'une personne âgée et malade ce qui restreint son utilisation.

IV.3.4. Relation patient médecin

La confiance est un plus dans toute relation, elle permet d'avancer plus facilement comme le développe André Tiran dans son ouvrage : « *Confiance sociale confiance primordiale en partant de Georg Simmel* » (89) et la relation médecin patient n'y échappe pas. Les patients ont exprimé cette confiance soit envers le monde médical dans son ensemble ou plus spécifiquement envers leur médecin. Elle semble contribuer à l'augmentation de l'investissement des patients. C'est aussi la confiance envers son traitement ou encore la confiance en soi que peut procurer son traitement. La confiance permet d'avoir une relation saine et positive.

La confiance dans le corps médical est spontanément exprimée et cette donnée est importante car il sera plus facile de convaincre ou d'expliquer. Pas de barrières de la méfiance à lever, le travail sera moins fastidieux. La communication et de bonnes relations sont indispensables pour établir et entretenir une confiance mutuelle. L'échec de l'observance ne serait-il pas, du moins en partie, l'échec de la relation médecin/patient ? Un patient en désaccord, consciemment ou non, considèrera ses médicaments comme il considère son prescripteur. Cette notion est développée dans une thèse sur la psychologie où il est expliqué que : « *l'obtention d'une bonne observance passe par l'obtention d'une bonne relation avec son médecin* ». (90) Un raccourci dangereux pour la relation médecin patient peut alors être fait. En effet si le patient n'est pas observant alors il peut inconsciemment devenir un mauvais patient pour le médecin, qui le considère comme rebêl, têtu, n'écouter pas. Idem pour le médecin, n'ayant pas su négocier il sera de moins en moins écouté par le patient.

A l'inverse **la méfiance** sera un obstacle à l'observance par la remise en question de toutes les informations fournies ou de tout médicament prescrit. Elle discrédite la parole du médecin, l'éducation du patient en est compliquée voire impossible. Cette méfiance peut concerner un

médecin mais aussi un médicament, un laboratoire ou le monde médical dans son ensemble. Quelques réponses ont été apportées lors de notre étude. La médecine a été critiquée si **le nombre de tentatives avant de trouver le bon médicament** a été trop important, tout comme si le **choix du médicament est trop limité**, ou encore par des **progrès insuffisants**. Elle peut naître d'un **désaccord entre médecins**, en effet dans cette situation qui suivre ? Si on part du principe qu'un des médecins a raison, alors un autre à tort. Si un médecin peut avoir tort alors comment être sûr que le mien à raison ? Il est difficile d'expliquer qu'il peut exister plusieurs vérités, que les deux médecins sont probablement dans le vrai mais avec 2 approches différentes, qui respectent toutes deux les connaissances scientifiques du moment.

Pour d'autres le doute n'aura pas sa place dans cette relation médecin/patient, qui sera très hiérarchisée avec un **médecin décideur et un patient obéissant**. On retrouve la notion d'ordonner (un comportement, un médicament), le médecin est le sachant, le patient l'écoute et ne remet pas en question sa parole. Il y a une forme de confort et de passivité par l'absence de réflexion à mener, pas de doute à avoir, le patient se laisse guider par son médecin. Cette posture unilatérale disparaît progressivement au profit d'une relation bilatérale avec des **décisions partagées** entre le médecin et le patient. Patient dont les connaissances sont de plus en plus importantes avec des sources d'informations de plus en plus accessibles. En ce sens la loi de bioéthique du 4 mars 2002 renforce l'autonomie du patient, en précisant que tout patient doit pouvoir bénéficier de soins et que tous les soins nécessaires à sa santé doivent lui être accessibles (8). Tout modèle a ses limites, ici un désaccord entre médecin et patient bloquera la situation, le dialogue sera une des solutions pour la débloquer. L'alliance thérapeutique est une notion à intégrer, elle permet de progresser en concertation, une écoute mutuelle. Le médecin tente de comprendre les motivations du patient et le patient essaie de comprendre les explications du médecin, ils peuvent ainsi viser des objectifs communs.

Beaucoup de travaux étudient l'observance des patients mais le médecin doit aussi être observant de bonnes pratiques, de respect de recommandations. Patient et médecin doivent être formés, informés et ce de manière continue dans le temps afin d'intégrer les dernières avancées scientifiques. Il existe donc bien une observance de la part du médecin qui, comme le patient, s'il n'est pas observant engendrera des conséquences négatives pour la société et le patient. Comment un médecin non observant pourrait transmettre la notion d'observance et d'adhésion thérapeutique à ses patients ? L'inertie thérapeutique est une des causes de non observance des médecins (parmi d'autres) développée dans cet article de la revue médicale de Liège : « Non-observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions » (91). Le médecin procrastine, reporte ses prises de décision... Il faut éduquer les patients, c'est indispensable mais il faut commencer par éduquer le médecin. Il doit être intimement convaincu, le doute ne semble pas avoir sa place dans la relation médecin patient afin de proposer le traitement adéquat et de transmettre sa conviction.

Une relation de qualité passe par la disponibilité des intervenants, le patient doit se présenter à ses rendez-vous ses examens, mais le médecin doit aussi, autant que possible, se rendre disponible, ce qui est de nos jours, de plus en plus difficile avec la pénurie de médecins. Cette **indisponibilité du médecin** est préjudiciable pour le patient, compliquant les réponses à ses interrogations, des prises de rendez-vous trop lointaines, notion que nous avons développée dans le paragraphe concernant l'éducation du patient.

IV.3.5. Représentation du patient

Seul un patient s'est exprimé spontanément pour évoquer la **satisfaction de son traitement**. Il n'est évidemment pas possible de conclure qu'il est le seul à être satisfait mais c'est le seul à l'avoir exprimé. Il faudrait en comprendre le raisonnement. Il est possible de supposer qu'il existe une multitude de facteurs déterminant la satisfaction. De fait la communication avec les patients prend une place particulière et importante en devenant une source d'informations pour le médecin concernant les différents mécanismes, volontés ou désirs des patients. Prenons l'exemple d'un patient opposé aux traitements médicamenteux génériques, même si la médecine prend le temps d'expliquer les effets attendus, les effets indésirables potentiels ou encore la liberté d'action du patient, si celui-ci ne peut s'exprimer, expliquer son point de vue (par manque de temps, timidité...), il aura plus de difficulté à adhérer à son traitement. Or de cette relation patient/médecin doit naître chez le patient une **acceptation de son traitement**, condition indispensable pour une bonne adhésion thérapeutique. Si le patient n'accepte pas son traitement il sera **méfiant**, en aura peur, préférera moins le prendre ou ne pas le prendre du tout.

Cette **méfiance envers les médicaments** a déjà été évoquée lors de notre étude. Certains se méfient des médicaments dans leur ensemble sans se soucier de la famille du médicament, de son indication, de ses bénéfices ou de ses risques. Peu d'explications ont émergé sur leurs motivations si ce n'est des tendances complotistes.

D'autres plus modérés se **méfient d'une seule catégorie de traitement, à savoir les médicaments génériques**. Il semble que le phénomène se soit accentué depuis le changement de la formule du Levothyrox : « *pourquoi j'ai fait une réaction au Levothyrox tout d'un coup avec la nouvelle formule et pas avec l'Euthyrox espagnol, qu'est-ce qu'il y avait dedans ?* »

IV.4. Ethique

L'observance ou l'adhésion thérapeutique demande un changement de comportement et de nouvelles habitudes à prendre. Ce changement n'est pas la volonté du patient mais imposé, ou plutôt, conseillé par le monde médical. Ne pas adopter ce changement compliquera l'observance et plus généralement l'acceptation des conseils médicaux. Se pose alors la question de la légitimité de cette intrusion dans l'autonomie de la personne malade : est-elle acceptable ? Puis en cas de réponse positive se posera la question des limites : quels changements sont éthiquement acceptables et quels sont ceux qui ne le sont pas ?

Le médecin a le devoir de fournir des soins de qualité basés sur l'Evidence Based Medicine donc démontrés scientifiquement et reconnus par la société savante. Alors le patient peut-il refuser ce qui est admis, avoir un avis divergent alors que l'information a été validée et reconnue par le monde scientifique ? Le patient peut-il refuser la vérité du monde médical ? Négocier, oui, mais qu'elle en est la limite ?

La responsabilité de l'individu amènera aussi un questionnement important, jusqu'où le patient est-il responsable de sa santé ? Ou encore, où se situe la limite d'une responsabilité qui n'est plus personnelle mais sociétale ? Ces questions devront trouver des réponses car en cas de demande de réparation, à qui répercuter les coûts des conséquences d'une non-observance ? Dans l'hypothèse où le patient non observant devrait en assumer les coûts, il y aurait jugement en retombant dans la dichotomie des patients bien observants ou non observants.

De la même manière, peut-on penser un prix d'assurance de santé fonction de notre implication en soin de santé ? Il s'agit d'une action de santé publique que d'être vacciné ou non contagieux afin d'éviter la propagation de germes lorsqu'on est malade. Quid des patients ne respectant pas ces règles ? Mais n'est-on pas libre de notre santé ? Comme le rappelle la loi du 4 mars 2002 avec l'article L1111-4 : « *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix.* » Un début de réponse est apporté par les remboursements conditionnels. En effet, on constate un remboursement plus faible si le patient n'est pas adressé au spécialiste par son médecin traitant ou si le patient consulte un autre médecin généraliste que son médecin traitant. On observe bien un remboursement conditionné par le comportement du patient (92). L'observance devient un enjeu de santé publique. On perçoit là, toute la difficulté de l'interaction d'un individu avec un système.

IV.5. Mise en perspective

La complexité de ce sujet réside en partie dans la grande diversité des pathologies, des patients et des intervenants, qui rend la construction d'un modèle de représentation unique presque impossible.

Améliorer l'adhésion thérapeutique nécessite de s'interroger sur les facteurs favorisant et défavorisant mais surtout de s'interroger sur les motivations et le fonctionnement du patient. Un travail d'équipe entre patients et le monde médical doit exister afin de trouver non pas une méthode unique mais une méthode capable de s'adapter à la complexité de chaque être humain, de chaque personne, s'enquérir de ses désirs, ses besoins, ses envies. Certains souhaitent avoir le choix, pouvoir décider, d'autres préféreront se laisser guider, il faut répondre à leurs interrogations. Comme nous l'avons vu il s'agit d'une négociation, d'un travail avec le patient pour qu'il trouve les moyens d'être observant, à l'aide d'outils adaptés. Il semble évident que si pour une quelconque raison (économique, égalitaire, matière première...) la diversité médicale diminue avec de moins en moins de possibilité de choix, l'adhésion thérapeutique en sera impactée négativement. La communication en sera le pilier et l'éducation thérapeutique des patients mais aussi des médecins en sera le moyen.

Sachant cela, l'éducation thérapeutique doit-elle devenir un droit pour chaque patient ? De nos jours le patient a accès à de plus en plus d'informations et de plus en plus de sources d'informations, ce qui est une bonne chose, encore faut-il que les recherches d'informations soient effectuées correctement. Depuis le 4 mars 2002, Le terme de décision libre et éclairée est souvent employé et est même inscrit dans la loi (8). Pour qu'une décision puisse être éclairée, il faut une connaissance que le patient ne pourra acquérir seul, il doit avoir à sa disposition les outils nécessaires au développement de cette connaissance, or on constate une grande disparité en termes d'éducation thérapeutique en fonction des territoires.

Par définition l'observance thérapeutique transporte une connotation encore forte d'ordonner, de respect de la règle. C'est pourquoi il paraît plus judicieux de nos jours d'évoquer la notion d'adhésion thérapeutique.

V. Conclusion

La médecine recherche activement des solutions contre des pathologies toujours plus nombreuses, des solutions toujours plus efficaces. Si tous ces efforts sont réduits à néant par l'inobservance, la médecine sera en échec. Il paraît important de comprendre les patients, leurs désirs, leurs attentes et de s'intéresser à la psychologie humaine. En effet cette étude nous a montré que les patients souhaitaient être écoutés, qu'ils souhaitaient en apprendre plus au sujet de leurs médicaments et surtout que le bénéfice de la prise médicamenteuse devait être supérieur aux efforts fournis. Cette compréhension permettra un développement plus efficace de l'éducation thérapeutique, pilier d'une bonne adhésion thérapeutique. Toute la difficulté réside dans la diversité humaine, il n'existera pas une réponse unique mais une multitude.

L'éducation thérapeutique devra se généraliser, être accessible pour toutes les pathologies et à tous les patients, peut-être même devrait-elle devenir un droit ? Cette généralisation nécessitera un meilleur retour sur son efficacité et ses différents programmes avec de plus nombreuses recherches sur son impact. Elle ne pourra exister sans une bonne communication, et elle ne devra pas se limiter aux patients. Les médecins aussi devront se former, en particulier dans le domaine de la communication afin de reconnaître les différents profils psychologiques et acquérir les capacités pour s'adapter en fonction du patient. L'éducation thérapeutique sera l'affaire de tous les personnels soignants et devra perdurer dans le temps, sans jamais rien considérer comme acquis.

Le désir motive l'action humaine et les objectifs que l'on se fixe en sont leurs représentations. Les objectifs à long terme seront plus compliqués à obtenir et parfois abstraits alors qu'il serait plus aisé d'atteindre des objectifs à court terme. Ainsi serait-il envisageable de penser des médicaments ayant des objectifs à long terme mais qui procurent des bénéfices à court terme afin d'en faciliter leur adhésion ?

Références bibliographiques

1. Hippocrate. Traités Hippocratiques. Préceptes. De La Bienséance (bilingue) [Internet]. Disponible sur : <http://remacle.org/bloodwolf/erudits/Hippocrate/bienseance.htm>
2. OMS. L'observance des traitements prescrits pour les maladies chroniques pose problème dans le monde entier [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé. Disponible sur: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/fr/>
3. Aristote. Ethique à Nicomaque. Vol. Livre III. Les Échos du Maquis; 2014. 237 p.
4. G. Lazorthes. L'homme la médecine et le médecin Culture générale et PCEM. Masson. 1992. 295 p.
5. Kenneth John Ryan, Joseph V. Brady, Robert E. Cooke, Dorothy I. Height, Albert R. Jonsen, Patricia King, et al. Rapport Belmont : Principes éthiques et directives concernant la protection des sujets humains dans le cadre de la recherche [Internet]. 1976. Disponible sur: http://www.frqs.gouv.qc.ca/documents/10191/186011/Rapport_Belmont_1974.pdf/511806ff-69c4-4520-a8f8-7d7f432a47ff
6. Haynes RB, Taylor DW, and Sackett DL. Compliance in Health Care. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press eweb:26588. 1979;516.
7. Code de la santé publique - Article R5125-51. Code de la santé publique.
8. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
9. Arrêté du 19 février 2007 relatif au contenu et aux modalités de présentation des informations relatives à la fin de recherche, au rapport final et au résumé du rapport final de la recherche biomédicale portant sur les sanguins labiles, les organes, les tissus d'origine humaine ou animale, les préparations de thérapie cellulaire mentionnées à l'article L. 1243-1 du code de la santé publique.
10. Arrêté du 26 mars 2007 relatif au contenu et aux modalités de présentation d'un protocole de recherche biomédicale portant sur les produits sanguins labiles, les organes, les tissus d'origine humaine ou animale et les préparations de thérapie cellulaire mentionnées à l'article L. 1243-1 du code de la santé publique.
11. Gordis L. Discussion of : « Epidemiologic contributions to health services research ». Am J Epidemiol. 1 oct 1976;104(4):489-92.
12. Laude A, Tabuteau D. De l'observance à la gouvernance de sa santé. De l'observance à la gouvernance de sa santé. Presses Universitaires de France; 2007. 160 p. (Droit et Santé).
13. Kleinclauss C, Penfornis A. Observance en pratique médicale et courante. EMC - AKOS (traité de médecine). 2013;8(4):1-6 [article 1-0030].
14. Lamouroux A, Magnan A, Vervloet D. Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? EM consulte. févr 2005;22(1):31-4.
15. Schneider MP, Herzig L, Hugentobler Hampai D, Bugnon O. Adhésion thérapeutique du patient chronique : des concepts à la prise en charge ambulatoire. Revue Médicale Suisse. 2013;9:1032-6.

16. Cramer JA, Roy A, Burrell A, Fairchild CJ, Fuldeore MJ, Ollendorf DA, et al. Medication Compliance and Persistence: Terminology and Definitions. *Value in Health*. 2008;11(1):44-7.
17. Bioy A, Bénony H, Chahraoui K, Bachelart M. Évolution du concept d'alliance thérapeutique en psychanalyse, de Freud à Renik. Elsevier Masson, *Evolution psychiatrique*. juill 2012;77(3):342-51.
18. Consoli SM. Alliance thérapeutique. *EM consulte*. 16 févr 2008;67(6):645-7.
19. Mateo M-C. Alliance thérapeutique. Association de recherche en soins infirmiers. Association de recherche en soins infirmiers; 2012. 328 p. (hors collection).
20. Bernard B, Jean-Marie B, Christel M. L'empowerment des patients : pourquoi et comment. In Liège Belgique; 2014. p. 8.
21. Simoni JM, Kurth AE, Pearson CR, Pantalone DW, Merrill JO, Frick PA. Self-Report Measures of Antiretroviral Therapy Adherence: A Review with Recommendations for HIV Research and Clinical Management. *AIDS Behav*. Mai 2006;10(3):227-45.
22. Questionnaire Girerd [Internet]. Questionnaire de Girerd. Disponible sur : <https://www.questionnaire-de-girerd.com/about>
23. Norell SE. Accuracy of patient interviews and estimates by clinical staff in determining medication compliance. *Social Science & Medicine Part E: Medical Psychology*. 1 févr 1981;15(1):57-61.
24. Edelman R, Eitel P, Wadhwa NK, Friend R, Suh H, Howell N, et al. Accuracy or bias in nurses' ratings of patient compliance: a comparison of treatment modality. *Perit Dial Int*. juin 1996;16(3):321-5.
25. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to Medication. *The New England journal of medicine*. 2005;(353):487-97.
26. Steiner JF, Prochazka AV. The assessment of refill compliance using pharmacy records: Methods, validity, and applications. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1 janv 1997;50(1):105-16.
27. Vitolins MZ, Rand CS, Rapp SR, Ribisl PM, Sevick MA. Measuring Adherence to Behavioral and Medical Interventions. *Controlled Clinical Trials*. 1 oct 2000;21(5, Supplement 1):S188-94.
28. ameli.fr. Définition de l'ALD [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/situation-patient-ald-affection-longue-duree/definition-ald>
29. Métry J-M, Meyer UA, éditeurs. Drug regimen compliance: issues in clinical trials and patient management. Chichester ; New York: Wiley; 1999. 199 p.
30. Lennep F, Riposa C, Bellivier R, Brulin P. L'état de santé de la population en France. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2015 p. 326.
31. Cochrane GM. Therapeutic compliance in asthma; its magnitude and implications. *Eur Respir J*. janv 1992;5(1):122-4.

32. Tomková S, Telepková D, Vanuga P, Killinger Z, Sulková I, Celec P, et al. Therapeutic adherence to osteoporosis treatment. *Int J Clin Pharmacol Ther.* août 2014;52(8):663-8.
33. Tahri N. Observance thérapeutique et maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. *La Presse Médicale.* 1 sept 2007;36(9, Part 2):1236-43.
34. Corruble E, Hardy P. Observance du traitement en psychiatrie. *EMC - Psychiatrie.* janv 2004;1(1):1-6.
35. Becker MH, Maiman LA. Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations. *Medical Care.* 1975;13(1):10-24.
36. Bressoud E. La force de l'attitude : quelle modération de la relation entre attitude, intention d'achat et comportement? In Venise, Italie: HAL : archives ouvertes : halshs-00303735v2; 2008. p. 20.
37. Reach G. Role of habit in adherence to medical treatment. *Diabetic Medicine.* 2005;22(4):415-20.
38. Gomez P, Philippot P. Thérapie cognitivo-comportementale d'une patiente diabétique. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive.* 2003;8(3):5-19.
39. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1983;51(3):390-5.
40. Afchain P, Lefin C, M.-C. Meyohas. Annoncer un diagnostic (mauvaise nouvelle, maladie chronique, suspicion). In: *EMC - Traité de médecine AKOS.* avril 2015. 2003. p. 1-6.
41. Horwitz RI, Viscoli CM, Donaldson RM, Murray CJ, Ransohoff DF, Horwitz RI, et al. Treatment adherence and risk of death after a myocardial infarction. *The Lancet.* 1 sept 1990;336(8714):542-5.
42. Maronde RF, Chan LS, Larsen FJ, Strandberg LR, Laventurier MF, Sullivan SR. Underutilization of antihypertensive drugs and associated hospitalization. *Med Care.* déc 1989;27(12):1159-66.
43. Lau DT, Nau DP. Oral Antihyperglycemic Medication Nonadherence and Subsequent Hospitalization Among Individuals With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care.* 1 sept 2004;27(9):2149-53.
44. Weiden PJ, Olfson M. Cost of relapse in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1995;21(3):419-29.
45. Hughes DA, Bagust A, Haycox A, Walley T. The impact of non-compliance on the cost-effectiveness of pharmaceuticals: a review of the literature. *Health Economics.* 2001;10(7):601-15.
46. Code de la santé publique - Article L1161-1. Code de la santé publique.
47. Code de la santé publique - Article L1161-4. Code de la santé publique.
48. Loi n° 88-1138 du 20 décembre 1988 relative à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales.

49. Antsiferov M, Costea M, Felton anne-M, Gagnayre R, Maldonato A, Petrenko V, et al. Education thérapeutique du patient [Internet]. 1998. Disponible sur: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf
50. Waitzkin H. Doctor-patient communication. Clinical implications of social scientific research. JAMA. 2 nov 1984;252(17):2441-6.
51. Butler C, Peters J, Stott N. Glycated haemoglobin and metabolic control of diabetes mellitus: external versus locally established clinical targets for primary care. BMJ. 25 mars 1995;310(6982):784-8.
52. Haute Autorité de Santé. Evaluation de l'efficacité et de l'efficacité dans les maladies chroniques [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-11/mc_238_actualisation_litterature_etc_vf.pdf
53. HAS. L'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques. Service Évaluation médico-économique et santé publique; 2006.
54. Mullen PD, Mains DA, Velez R. A meta-analysis of controlled trials of cardiac patient education. Patient Educ Couns. avr 1992;19(2):143-62.
55. Mullen PD, Simons-Morton DG, Ramírez G, Frankowski RF, Green LW, Mains DA. A meta-analysis of trials evaluating patient education and counseling for three groups of preventive health behaviors. Patient Educ Couns. nov 1997;32(3):157-73.
56. Darnon C. Motivation (psychologie). In: Encyclopædia Universalis [en ligne] [Internet]. Disponible sur : <https://www.universalis.fr/encyclopedie/motivation-psychologie/>
57. OMS. ICD-11 [Internet]. International Classification of Diseases 11th Revision. Disponible sur : <https://icd.who.int/en>
58. l'Assurance Maladie, Païta M, Weill A. Les affections longue durée au 31 décembre 2007. Points de repère. nov 2008;(20):1-8.
59. Greliak A, Saif FA, Duval-Modeste A-B, Joly P. Observance thérapeutique des biothérapies par injection chez les patients suivis pour un psoriasis modéré à sévère. Annales de Dermatologie et de Vénérologie. 1 déc 2016;143(12, Supplément):S138.
60. Chassang M, Gautier A. Les maladies chroniques. 2019 juin p. 1-104. (Journal officiel de la république Française). Report No.: NOR : CESL1100014X.
61. Haute Autorité de Santé. Note méthodologique et de synthèse documentaire prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaire [Internet]. 2015. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf
62. Taconnat L, Lemaire P. Fonctions exécutives, vieillissement cognitif et variations stratégiques. Psychologie Française. 1 mars 2014;59(1):89-100.
63. Duée M, Rebillard C. La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040. Données sociales - La société française. 2006;613-9.
64. INSEE. Population par sexe et groupe d'âges [Internet]. Institut national de la statistique et des études économiques. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>

65. INSEE. Dossier complet – Région d'Occitanie [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=REG-76>
66. Haute Autorité de Santé. Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé [Internet]. 2005. Disponible sur : http://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28__16_44_51_580.pdf
67. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;19(84):142-5.
68. Ghannem M, Ghannem L. La réadaptation cardiaque en post-infarctus du myocarde. *EMC - Annales de cardiologie et d'angéiologie*. déc 2015;64(6):517-26.
69. Saout MC. Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient. 2008 sept p. 165.
70. Le Corroller-Soriano A-G, Malavolti L, Mermilliod C. La vie deux ans après le diagnostic de cancer : une enquête en 2004 sur les conditions de vie des malades. Paris: La Documentation française; 2008.
71. Les étapes de la démarche éducative. *EMC - Revue des maladies Respiratoires*. avr 2002;19(2-C2):275.
72. Zumstein C, Chambre J, Kam C. Quels sites Internet consultés par les patients et quelle fiabilité accordée aux sources d'information médicale ? *John Libbey Eurotext - Médecine* -. févr 2020;16(2):69-76.
73. Tonsaker T, Bartlett G, Trpkov C. Information sur la santé dans Internet: Mine d'or ou champ de mines? *Canadian Family Physician*. 1 mai 2014;60(5):419-20.
74. DREES, Jakubovitch S. Les emplois du temps des médecins généralistes. Etude et résultats. Mars 2012;(797):1-8.
75. ARS. Prises de rendez-vous médicaux : délais d'attente moyens de 2 à 52 jours [Internet]. 2018. Disponible sur : <http://www.ars.sante.fr/prises-de-rendez-vous-medicaux-delaiss-dattente-moyens-de-2-52-jours>
76. Gallois P, Vallée J-P, Le Noc Y. Education thérapeutique du patient. Le medecin est-il aussi un « éducateur » ? *Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale*. Mai 2009;218-24.
77. Léger S, Allenet B, Pichot O, Figari G, Calop J, Carpentier P, et al. Impact d'un programme d'éducation thérapeutique sur les attitudes de prévention vis-à-vis du risque iatrogène : étude pilote contrôlée visant les patients sous anticoagulants oraux pour maladie thromboembolique veineuse. *Journal des Maladies Vasculaires*. 1 juill 2004;29(3):152-8.
78. HAS. Prévention [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2006. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_410178/fr/prevention
79. Branthwaite A, Pechère J-C. Pan-European Survey of Patients' Attitudes to Antibiotics and Antibiotic Use. *J Int Med Res*. 1 mai 1996;24(3):229-38.
80. Carle S. La résistance aux antibiotiques : un enjeu de santé publique important! *Pharmactuel*. déc 2009;42(2):6-21.

81. Kessous A, Chalamon I, Paché G. « Cette semaine, deux boîtes d'aspirine pour le prix d'une ! ». Une approche sémiotique des représentations du médicament curatif et de confort en France. *Management Avenir*. 25 oct 2016;N° 87(5):175-99.
82. Nonnotte AC. Vie d'un médicament de la conception. In: Elsevier. 2016.
83. Ainslie G. *Picoeconomics: The Strategic Interaction of Successive Motivational States Within the Person*. Cambridge University Press; 1992. 462 p.
84. d'Ivernois J-F, Gagnayre R. Mettre en oeuvre l'éducation thérapeutique. *adsp : actualité en santé publique*. sept 2001;12(36):11-3.
85. Marzano M. Le désir : un équilibre instable entre manque et puissance. *Analyse Freudienne Presse*. 2007;n° 15(1):33-42.
86. Halimi S, Grimaldi A, Andreelli F, Blacher J, Schlienger J-L, Vergès B, et al. Diabète•Lipides•Obésité•Risques cardio-métaboliques•Nutrition. *EMC-Médecine des maladies Métaboliques*. 2009;56.
87. Paes AH, Bakker A, Soe-Agnie CJ. Impact of dosage frequency on patient compliance. *Diabetes Care*. oct 1997;20(10):1512-7.
88. Simmons D, Upjohn M, Gamble GD. Can medication packaging improve glycemic control and blood pressure in type 2 diabetes? Results from a randomized controlled trial. *Diabetes Care*. févr 2000;23(2):153-6.
89. Bernoux P, Servet J-M. Confiance sociale confiance primordiale en partant de Georg Simmel : La construction sociale de la confiance. 1997;486. halshs - 00117799.
90. Palazzolo J. *Communication et observance dans la relation thérapeutique en psychiatrie [Thèse de doctorat en Anthropologie]*. <http://www.theses.fr>. Nice; 2004.
91. Scheen A, Giet D. Non-observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions. *Revue Médicale de Liège*. 2010;65(5-6).
92. Lopez A, Compagnon C. Pertinence et efficacité des outils de politique publique visant à favoriser l'observance. *Inspection générale des affaires sociales*; 2015 juill p. 1-161. Report No.: 2015-037R.

Annexes

Annexe 1. Questionnaire de Girerd.....	108
Annexe 2. Guide d'entretien.....	109
Annexe 3. Fiche d'identification.....	110
Annexe 4. Tableau résumé de la classification internationale des maladies.....	112
Annexe 5. Classification des professions selon l'INSEE	113

Annexe 1. Questionnaire de Girerd

THE COMPLIANCE EVALUATION TEST

1. This morning did you omit to take your treatment ?
 Yes No
2. Since the last visit, have you been run out of treatment ?
 Yes No
3. Have you ever taken your treatment with delay in comparison with usual schedule ?
 Yes No
4. Have you ever missed your treatment because of bad memory ?
 Yes No
5. Have you ever decided not to take your treatment because of side effects ?
 Yes No
6. Do you feel that the number of pills you have to take daily is too high ?
 Yes No

INTERPRETATION :

YES (0) : Good compliance

YES (1 OR 2) : Minor noncompliance

YES (3 OR MORE) : Noncompliance

Observance thérapeutique

- 1- Que représente les médicaments pour vous ?
- 2- Quels bénéfices vous apporte vos médicaments ?
- 3- Quels inconvénients vous apporte vos médicaments ?
- 4- Comment obtenez-vous des informations sur vos médicaments ? (Votre médecin ?)
- 5- Qu'est ce qui facilite la prise de vos médicaments ?
- 6- Qu'est-ce qui rend difficile la prise de vos médicaments ?
- 7- Que savez-vous de vos médicaments ?
- 8- Que faites-vous lorsque vous oubliez de prendre un médicament ?

Annexe 3. Fiche d'identification

FICHE D'IDENTIFICATION

Année de naissance :

Sexe :

Homme Femme

Situation familiale :

Marié (e) En couple Célibataire Veuve (f)

Avez-vous des enfants ?

Non 1 2 3 Autre :

Lieu de vie (plusieurs réponses attendues) :

Appartement Maison
 Campagne Ville
 Autre

Profession :

Retraité(e) :

Oui Non

Religion :

Avez-vous une pharmacie habituelle ?

Oui Non

Avez-vous une mutuelle ?

Oui Non

Depuis combien de temps prenez-vous des médicaments quotidiennement ?

3 mois 6 mois 1 an 5 ans et plus

Combien de médicaments avez-vous de noté sur votre ordonnance ?

Moins de 3 Entre 3 et 5 Entre 5 et 10 Plus de 10

Reste à charge des médicaments ?

Zéro Moins de 20 € Entre 20€ et 50 € 50 € et Plus

Pathologies en cours :

-
-
-
-
-
-
-
-
-

Annexe 4. Tableau résumé de la classification internationale des maladies

Chapitre	Codes	Titre
I	<u>A00- B99</u>	Certaines maladies infectieuses et parasitaires
II	<u>C00- D48</u>	Tumeurs
III	<u>D50- D89</u>	Maladies du sang et des organes hématopoiétiques et certains troubles du système immunitaire
IV	<u>E00- E90</u>	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques
V	<u>F00-F99</u>	Troubles mentaux et du comportement
VI	<u>G00- G99</u>	Maladies du système nerveux
VII	<u>H00- H59</u>	Maladies de l'œil et de ses annexes
VIII	<u>H60- H95</u>	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde
IX	<u>I00-I99</u>	Maladies de l'appareil circulatoire
X	<u>J00-J99</u>	Maladies de l'appareil respiratoire
XI	<u>K00- K93</u>	Maladies de l'appareil digestif
XII	<u>L00-L99</u>	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané
XIII	<u>M00- M99</u>	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif
XIV	<u>N00- N99</u>	Maladies de l'appareil génito-urinaire
XV	<u>O00- O99</u>	Grossesse, accouchement et puerpéralité
XVI	<u>P00- P96</u>	Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale
XVII	<u>Q00- Q99</u>	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques
XVIII	<u>R00- R99</u>	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs
XIX	<u>S00-T98</u>	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes
XX	<u>V01- Y98</u>	Causes externes de morbidité et de mortalité
XXI	<u>Z00-Z99</u>	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé
XXII	<u>U00- U99</u>	Codes d'utilisation particulière

Annexe 5. Classification des professions selon l'INSEE

CORRESPONDANCE ENTRE LES GROUPES ET LES CATEGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES

Niveau agrégé (8 postes dont 6 pour les actifs)	Niveau de publication courante (24 postes dont 19 pour les actifs)	Niveau détaillé (42 postes dont 32 pour les actifs)
1 Agriculteurs exploitants	10 Agriculteurs exploitants	11 Agriculteurs sur petite exploitation 12 Agriculteurs sur moyenne exploitation 13 Agriculteurs sur grande exploitation
2 Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	21 Artisans	21 Artisans
	22 Commerçants et assimilés	22 Commerçants et assimilés
	23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus	23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
3 Cadres et professions intellectuelles supérieures	31 Professions libérales et assimilés	31 Professions libérales
	32 Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et Artistiques	33 Cadres de la fonction publique 34 Professeurs, professions scientifiques 35 Professions de l'information, des arts et des spectacles
	36 Cadres d'entreprise	37 Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise 38 Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise
4 Professions Intermédiaires	41 Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés	42 Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés 43 Professions intermédiaires de la santé et du travail social 44 Clergé, religieux 45 Professions intermédiaires administratives de la fonction publique
	46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises	46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
	47 Techniciens	47 Techniciens
	48 Contremaîtres, agents de maîtrise	48 Contremaîtres, agents de maîtrise
5 Employés	51 Employés de la fonction publique	52 Employés civils et agents de service de la fonction publique 53 Policiers et militaires
	54 Employés administratifs d'entreprise	54 Employés administratifs d'entreprise
	55 Employés de commerce	55 Employés de commerce
	56 Personnels des services directs aux particuliers	56 Personnels des services directs aux Particuliers
6 Ouvriers	61 Ouvriers qualifiés	62 Ouvriers qualifiés de type industriel 63 Ouvriers qualifiés de type artisanal 64 Chauffeurs 65 Ouvriers qualifiés de la manutention, du Magasinage et du transport
	66 Ouvriers non qualifiés	67 Ouvriers non qualifiés de type industriel 68 Ouvriers non qualifiés de type artisanal
	69 Ouvriers agricoles	69 Ouvriers agricoles
7 Retraités	71 Anciens agriculteurs exploitants	71 Anciens agriculteurs exploitants
	72 Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise	72 Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise
	73 Anciens cadres et professions intermédiaires	74 Anciens cadres 75 Anciennes professions intermédiaires
	76 Anciens employés et ouvriers	77 Anciens employés 78 Anciens ouvriers
8 Autres personnes sans activité professionnelle	81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé	81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé
	82 Inactifs divers (autres que retraités)	83 Militaires du contingent 84 Elèves, étudiants 85 Personnes diverses sans activité professionnelle de moins de 60 ans (sauf retraités) 86 Personnes diverses sans activité professionnelle de 60 ans et plus (sauf retraités)

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 viol et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Facteurs influençant l'observance thérapeutique des patients de 50 ans à 74 ans

Introduction : L'observance est une notion ancienne car déjà Hippocrate l'évoquait, mais le terme d'observance est lui beaucoup plus récent. L'OMS émet l'hypothèse que l'amélioration de l'observance donnerait de meilleurs résultats sanitaires que l'avènement de nouvelles technologies. Il existe beaucoup de publications sur l'observance centrées par pathologies. Cette étude cherche à déterminer les facteurs influençant l'observance non limitée à une pathologie. Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude qualitative menée par entretiens semi-dirigés jusqu'à saturation des données, par théorisation ancrée, de patients consultant en médecine générale, ayant des médicaments chroniques et dont leur âge était compris entre 50 et 74 ans. Résultats : Les principaux facteurs influençant favorablement l'observance semblaient être la connaissance que les patients avaient de leurs traitements, l'adoption d'un rituel, que la balance bénéfiques/contraintes soit favorable au patient, que la prise du médicament soit simple et qu'il existe une confiance dans la relation patient médecin. A l'inverse les principaux facteurs influençant défavorablement l'observance des thérapeutiques semblaient être l'absence de connaissance du patient, l'indisponibilité des médecins, une banalisation des oublis, l'absence d'effet visible du médicament, ou la présence d'effets indésirables. Conclusion : Comme déjà rapporté dans d'autres publications, l'éducation thérapeutique constituera le socle de l'adhésion thérapeutique. Elle devra se renforcer et s'uniformiser mais ne pourra être efficace qu'à travers la compréhension des patients et de leurs mécanismes psychiques et une bonne communication.

Mots-clés : [observance thérapeutique, éducation thérapeutique, relation médecin patient]

Factors influencing the therapeutic compliance of patients aged 50 to 74

Introduction : Observance is an old notion because Hippocrates already mentioned it, but the term observance is much more recent. WHO hypothesizes that improved compliance would lead to better health outcomes than the advent of new technologies. There are many publications on compliance centered by pathologies. This study seeks to determine the factors influencing compliance not limited to a pathology. Material and methods : This is a qualitative study conducted by semi-directed interviews until the data is saturated, by anchored theorization, of patients consulting in general medicine, having chronic drugs and whose age was between 50 and 74 years old. Results: The main factors favorably influencing the adherence seemed to be the knowledge that the patients had of their treatments, the adoption of a ritual, that the balance of benefits / constraints is favorable to the patient, that taking the medication is simple and that there is confidence in the patient-doctor relationship. Conversely, the main factors adversely influencing adherence to therapies seemed to be the patient's lack of knowledge, the unavailability of doctors, a trivialization of forgetfulness, the lack of visible effect of the drug, or the presence of undesirable effects. Conclusion : As already reported in other publications, therapeutic education will form the basis of therapeutic adherence. It will have to be strengthened and standardized, but will only be effective through understanding of patients and their psychic mechanisms and good communication.

Keywords : [therapeutic compliance, therapeutic education, doctor patient relationship]

