



HAL
open science

Le médecin généraliste face à l'observance d'un traitement chronique : le modèle des antiagrégants plaquettaires

Aurélie Lun, Damien Rouvière

► To cite this version:

Aurélie Lun, Damien Rouvière. Le médecin généraliste face à l'observance d'un traitement chronique : le modèle des antiagrégants plaquettaires. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00746661

HAL Id: dumas-00746661

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00746661v1>

Submitted on 29 Oct 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2012

N°

**LE MEDECIN GENERALISTE FACE
A L'OBSERVANCE D'UN TRAITEMENT CHRONIQUE :
LE MODELE DES ANTIAGREGANTS PLAQUETTAIRES**

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

Aurélie LUN
Née le 29/04/1985
A Bourgoin Jallieu

Damien ROUVIERE
Né le 19/09/1980
A Aubenas

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE*

Le 08 OCTOBRE 2012

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury : M. le Professeur Gilles PERNOD, Co-directeur de thèse

Membres :
Mme le Professeur Françoise CARPENTIER
M. le Professeur Gaëtan GAVAZZI
M. le Professeur Patrick IMBERT
M. le Professeur Gérald VANZETTO
Mme le Docteur Bernadette SATGER, Directrice de thèse

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

*« Il me prescrit mille médicaments.
Mais l'heure de la consultation seule est venue.
Celle de l'obéissance ne viendra que plus tard ».*

Marcel Proust

Lettres à Reynaldo Hahn, VI-38

*« Les malades mentent souvent lorsqu'ils disent
qu'ils prennent leurs médicaments ».*

Hippocrate
(1)

Remerciements

À Mr le Professeur Gilles Pernod :

Merci d'avoir accepté de présider notre thèse, et de nous avoir apporté des conseils avisés.

À Mme le Docteur Bernadette Satger, Directrice de thèse :

Merci de nous avoir guidés et encouragés dans l'élaboration de notre travail.

À Mme le Professeur Françoise Carpentier, Mr le Professeur Gaëtan Gavazzi, Mr le Professeur Patrick Imbert, et Mr le Professeur Gérald Vanzetto :

Merci d'avoir accepté de faire partie du jury de notre thèse.

À tous les généralistes ayant accepté de participer aux entretiens, qui ont été la base de notre étude.

* * *

Au Dr Didier Rastel et au Dr Bora Lun, qui m'ont orientée vers ce sujet de thèse.

À Damien, merci pour cette expérience de travail en binôme, qui fut aussi intéressante que fructueuse.

À Mme le Professeur Françoise Carpentier, merci pour l'enseignement dont j'ai bénéficié lors de mon stage dans votre service des urgences de Grenoble.

À toutes les personnes qui contribuent à ma formation de médecin.

À tous ceux qui ont participé à la relecture de la thèse : Marc, Sylvie, Anne-Marie, Bora, San, Sémia, Addine, Marine.

À Claire pour la richesse de nos échanges.

À mes parents, à ma famille, un grand merci à mon père pour son soutien précieux.

Aurélie

Je tiens à remercier, dans le désordre, mais non sans une importance certaine, toutes celles et ceux, qui m'ont accompagné, de près ou de loin, lors de ma formation :

À toutes les personnes que j'ai rencontrées lors de mon parcours : collègues de promos, personnels médicaux et paramédicaux dans les services qui m'ont accueilli, m'ayant permis de découvrir et aimer toutes les facettes du monde médical.

À mes maîtres : chefs de service et maîtres de stage, qui m'ont transmis leur savoir, avec patience et passion. Mes futurs patients tiennent déjà à vous en remercier !

À Aurélie, ma co-thésarde, de m'avoir supporté lors de ce long mais ô combien intéressant travail. Notre complémentarité a payé !

À toute ma famille, qui m'a toujours accompagné pendant ces longues années... Vous aviez vraiment cru que médecine, c'était moins de 10 ans ??? Enfin un médecin dans la famille !

À Caroline. Ton Amour m'aide au quotidien : aujourd'hui plus qu'hier et bien moins que demain...

À toi, Elise. La vie ne fait que commencer. Tu nous combles déjà tellement...

Damien

Table des matières

A. Résumé.....	6
B. Introduction	7
1. Observance	7
- Définitions.....	7
- Données de la littérature	8
- Déterminants de l'observance.....	9
- Mesurer l'observance.....	12
- Conséquences de l'inobservance	13
2. Les antiagrégants plaquettaires	14
- La justification du choix des antiagrégants plaquettaires	14
- Epidémiologie	14
- Indications.....	15
- Effets secondaires	15
C. Matériel et méthode.....	17
1. Recherche bibliographique.....	17
2. Justification	17
3. Question de recherche	17
4. Choix de la méthode.....	17
5. Période de l'étude.....	18
6. Population étudiée	18
7. Elaboration du guide d'entretien	18
8. Réalisation des entretiens	18
9. Description de la population étudiée.....	19
10. Recueil et exploitation des données	19
D. Résultats	20
1. Quelle vision ont les généralistes de l'observance des AAP ?.....	20
2. Les déterminants	23
3. Le dépistage.....	32
4. Favoriser l'observance	36
E. Discussion	46
1. Limites et biais de l'étude	46
2. Discussion des résultats.....	47
3. L'apport de notre travail dans la pratique quotidienne du généraliste	51
F. Conclusion	52
G. Bibliographie.....	53

H. Annexes :57

1.	Annexe 1 : Verbatim	57
	Entretien A1	57
	Entretien A2	61
	Entretien A3	66
	Entretien A4	70
	Entretien A5	75
	Entretien A6	78
	Entretien A7	81
	Entretien A8	84
	Entretien A9	86
	Entretien A10	89
	Entretien D1	93
	Entretien D2	96
	Entretien D3	101
	Entretien D4	106
	Entretien D5	109
	Entretien D6	113
	Entretien D7	117
	Entretien D8	120
2.	Annexe 2 : Recommandations HAS – Indications des AAP	125
3.	Annexe 3 : Guide d’entretien pilote	126
4.	Annexe 4 : Guide d’entretien définitif	127
5.	Annexe 5 : Questionnaire d’évaluation de l’observance HTA.....	128
6.	Annexe 6 : Questionnaire de dépistage de l’inobservance.....	129

A. Résumé

Objectif :

Selon l’OMS, résoudre le problème de la non-observance thérapeutique serait bien plus efficace que l’avènement de n’importe quel nouveau progrès médical (2).

Dans le cas des antiagrégants plaquettaires, le médecin ne bénéficie d’aucun paramètre biologique ou clinique pour s’enquérir de la prise.

L’objectif de notre étude est de voir de quelle manière les généralistes appréhendent l’observance de leurs patients pour ce traitement.

Méthode :

Nous avons réalisé une étude qualitative, menée en binôme, permettant la triangulation des données. Dix-huit généralistes recrutés au hasard, dans la région Iséroise et Savoyarde, ont été interrogés au cours d’entretiens semi-directifs, d’avril à juin 2012. Les entretiens ont été retranscrits intégralement, suivis d’une analyse thématique des données.

Résultats :

La problématique de l’inobservance des antiagrégants plaquettaires est largement sous-estimée par les généralistes.

Les raisons de l’inobservance de ce médicament d’après les praticiens sont : d’une part le manque d’informations dispensées par le médecin, d’autre part un manque de compréhension du patient pour ce traitement. La polymédication serait également source d’inobservance. Des caractéristiques propres aux antiagrégants plaquettaires sont aussi en cause : absence de ressenti du bénéfice thérapeutique, intolérance et prise isolée à midi. De même, la galénique est invoquée ; le sachet ne serait pas perçu comme un « vrai médicament » et son usage paraît fastidieux.

Les médecins interrogés imaginent qu’optimiser l’observance de ce traitement passe par une meilleure information, par une relation d’écoute, et par l’éducation thérapeutique.

Conclusion :

Le généraliste doit se préoccuper quotidiennement de l’observance d’un traitement chronique comme les antiagrégants plaquettaires, il est nécessaire qu’il soit davantage sensibilisé à cette problématique, pour mieux la détecter, et trouver des solutions avec le patient.

Vérifier que le patient adhère au traitement est une des missions du généraliste (3).

L’éducation thérapeutique semble être un outil précieux aussi bien pour le patient que pour le soignant.

B. Introduction

1. Observance

- Définitions

Haynes (4) définit l'observance comme « l'importance avec laquelle les comportements d'un individu, en terme de prise médicamenteuse, de suivi de régimes ou de changement des habitudes de vie, coïncident avec les conseils médicaux et de santé ».

Dans cette vision le patient est placé dans une passivité manifeste : ce sont les prescriptions médicales, les injonctions (ordonnances), qui fixent le cadre de l'observance ; la situation des patients, le niveau de compréhension qu'ils vont avoir de leur maladie et de leur traitement, ou encore les conséquences psychologiques et sociales, ne sont pas pris en compte par le soignant (5).

Or, la maladie replace le patient dans un nouveau contexte, avec de nouvelles contraintes. L'observance ne peut donc être réduite à la notion de conformité des conduites des malades aux attentes des médecins. Elle se réfère, plus largement, à la capacité qu'a le patient de s'inscrire dans les cadres médicaux pouvant optimiser sa santé et son bien être. Il s'agit donc d'un espace de confrontation entre les exigences médicales, et les ressources du malade pour s'adapter à sa situation (5).

Dans la construction d'un modèle d'intervention utilisable par les professionnels de soins pour accompagner et soutenir les patients, en termes d'observance, l'équipe de C. Tourette-Turgis, propose une autre définition : « L'observance désigne les capacités d'une personne à prendre un traitement selon une prescription donnée. Ces capacités sont influencées positivement ou négativement par des cofacteurs cognitifs, émotionnels, sociaux et comportementaux qui interagissent entre eux » (6).

Ainsi, selon cette définition on s'intéresse davantage aux processus mis en jeu dans les comportements d'observance.

On a assisté à une évolution de la terminologie qui traduit une volonté de la part des soignants de replacer le patient comme acteur de ses soins.

On a beaucoup utilisé le terme de « compliance thérapeutique » ; terme anglo saxon mettant l'accent sur l'autorité médicale. Dans cette définition, c'est la confiance accordée au médecin, et à son savoir qui conduit les patients à se conformer aux prescriptions médicales (6).

Le terme d' « observance thérapeutique », apparu plus récemment, désigne l'ensemble des comportements à travers lesquels une personne malade cherche à se conformer aux traitements qui lui ont été prescrits, afin de préserver sa santé ou de retrouver le chemin de la guérison. Il met l'accent sur l'adhésion personnelle du patient, et désigne aussi le degré avec lequel le patient suit les prescriptions médicales. L'observance résulte ici d'un cheminement intellectuel, permis par la qualité des arguments et informations présentés par les soignants.

Enfin dans l'expression « adhésion au traitement », on inclue la notion d'autonomie du patient, et du partenariat entre le médecin et le patient. L'adhésion correspond au degré

d'acceptation du patient vis-à-vis de sa thérapeutique. Elle fait référence à la motivation des patients à suivre leurs traitements, il doit « adhérer » à sa thérapeutique, et non pas « se soumettre » à la prescription médicale. Parler d'adhésion c'est prendre conscience que l'observance n'est pas un comportement stable dans le temps, mais qu'il est soumis à des facteurs psychologiques et environnementaux changeants (7, 8).

Les situations d'inobservance ont d'abord été entièrement imputées au patient, jusqu'à l'explosion des recherches et études des sciences humaines et sociales, dans le champ de la médecine. Le patient est devenu l'objet d'études des sociologues, des psychologues, des anthropologues, et même des économistes. Il a été mis en évidence que les problèmes d'observance ne dépendent pas uniquement du patient, mais aussi de l'organisation du système de soins et de la relation du médecin avec le patient.

On assiste, depuis 30 ans, à la déconstruction du concept du patient, à qui on doit apprendre à obéir, et à suivre les ordres du médecin, au profit d'une vision plus valorisante : celle d'un patient doué d'intelligence, de motivation, ayant des désirs, des besoins, et des perspectives qui lui sont propres.

Enfin, le comportement d'un patient face à sa maladie n'est pas figé, et l'observance est une variable dynamique, qui fluctue au cours du temps, et en fonction des événements survenant au cours de la vie de celui-ci (6).

La définition de l'équipe de C. Tourette-Turgis nous semble particulièrement intéressante, car elle prend en compte les multiples interactions entre les déterminants de l'observance, présentant le caractère dynamique de ce comportement.

La terminologie de l'observance s'est affinée, mais la définition de l'inobservance n'est pas arrêtée. Pour certains c'est lorsque le patient prend moins de 50% des traitements prescrits. Pour d'autres, c'est lorsque la prise n'est pas suffisante pour atteindre un effet thérapeutique. Enfin, certains considèrent que l'on parle d'inobservance dès que la prescription n'est pas suivie à la lettre (9, 10).

- Données de la littérature

Les premières études portant sur l'observance en 1970, montraient que 50% des patients souffrant d'HTA ne suivaient pas les prescriptions médicamenteuses (11).

L'étude de Bauman en 2000 montre une grande variabilité des chiffres de l'inobservance des patients asthmatiques, de 3 à 88% (13).

L'équipe de Cramer a réalisé une méta-analyse de 139 études menées entre 2000 et 2005 sur l'observance des traitements à visée cardiovasculaire (HTA, dyslipidémie, diabète). L'importance de l'inobservance était significative : sur une année, on relevait en moyenne 30% de jour d'inobservance, et seulement 59 % des patients étaient observants à 80% du temps (12).

En 2003 l'OMS publie des chiffres concernant l'observance thérapeutique dans le cadre de maladies chroniques : seulement 51% des patients hypertendus, 40 à 70% des patients

dépressifs, 37 à 83% des patients atteints du VIH, ou encore 30 à 58% des asthmatiques seraient observants (2).

Des milliers d'articles ont été publiés depuis les années 1990, ce qui reflète l'intérêt de la recherche en santé pour la problématique de l'observance.

- Déterminants de l'observance

Les facteurs qui déterminent l'observance ont montré la complexité d'un tel comportement, où interviennent à la fois les caractéristiques personnelles, la compréhension de la situation médicale et la qualité de la relation soignant/soigné.

a) Les caractéristiques sociodémographiques des patients

Des études ont mis en évidence qu'un faible soutien, voire un isolement important, conduisent à une mauvaise observance. Ainsi dans la tuberculose et le diabète, on a démontré que la solitude est un facteur prédictif de non observance (15).

Par ailleurs, selon de nombreuses études, il n'existe pas de lien entre caractéristiques socio démographiques (âge ; sexe ; statut marital ; niveau de formation, ou classe sociale) et observance (16).

b) Les croyances et les représentations du patient, son vécu de la maladie

Le système de croyance et de représentation des patients est un élément essentiel dans les phénomènes d'observance.

La logique médicale s'appuie sur la balance bénéfices/risques, sur des considérations scientifiques et objectives, alors que le patient raisonne en fonction du sens donné à sa maladie, du vécu de celle-ci, et de la perception de l'efficacité du traitement.

La théorie des modèles de croyances met en évidence le rôle et l'importance des évaluations et interprétations qu'ont les patients, dans la mesure où ils développent des croyances relatives à la maladie et à la pertinence de la démarche thérapeutique (17).

Ainsi, l'absence de croyance dans l'efficacité d'un traitement est un facteur prédictif de non-observance.

c) Les facteurs psychologiques

Le système de récompense, qui est un des moteurs de nos actions, peut également expliquer l'inobservance. Ainsi, pour un traitement par antiagrégants plaquettaires (AAP), la récompense promise - au long terme - est : « ne pas avoir de complications » ; c'est une récompense abstraite, formulée de manière négative, et qui en fait n'est jamais vraiment reçue (52).

Les émotions sont aussi le moteur de toute action, ainsi elles ont un rôle dans la capacité qu'a le patient de se soigner. Dans le cadre de la maladie chronique, l'émotion s'estompe, et laisse souvent place à une forme de lassitude dans la poursuite d'un traitement au long cours (52).

Pour Assal (18), accepter sa maladie, résulte d'un lent et complexe processus de maturation psychologique permettant au malade de ne plus rechercher l'état physique, psychique et socioprofessionnel tel qu'il était avant la maladie. Il fait le parallèle avec le deuil et ses différents états réactionnels tel que Kübler-Ross l'a décrit (19). Chaque patient passe ainsi par des phases intermédiaires, avant d'arriver au stade de l'acceptation de sa maladie. Au cours de cette évolution, le malade développe parfois des contre-attitudes, interférant avec l'efficacité du traitement. L'inobservance peut tout à fait s'inscrire dans ces mécanismes réactionnels.

L'aptitude que va avoir un patient à prendre soin de lui et de sa santé est liée à des processus multiples et dynamiques, que l'on peut rapprocher des modèles de Prochaska (56) ou de PADIM : le patient passe par des étapes successives, pour arriver finalement au stade de l'observance : « non implication », puis « adhésion à l'information », « décision d'un changement », « initiation du changement », « maintien du changement », et enfin « poursuite du maintien, rechute, ou dégagement ».

Les objectifs médicaux qui sont proposés au patient peuvent se confronter à des difficultés psychologiques : ne pas vouloir accepter la maladie, qui s'accompagne de la nécessité d'apprendre une nouvelle manière d'être, de devoir restructurer son quotidien, en incluant de nouvelles formes de routines, et devoir faire des compromis pour coller au plus près des recommandations médicales.

d) La compréhension des traitements et des soins

Un défaut d'observance peut découler d'un manque d'explications, et/ou d'un défaut de compréhension de l'intérêt du traitement.

La compréhension qu'ont les patients des données médicales reste souvent superficielle ; et s'ils ne comprennent pas ce qui se joue à propos de leur santé, on peut s'attendre à ce qu'ils soient inobservants.

Certaines études sont parvenues à la conclusion que le niveau de compréhension des patients vis-à-vis de leur maladie et de leur traitement était intimement lié au comportement d'observance (21), et à leur satisfaction. La qualité des informations apparaît donc déterminante.

En 1976, Ley montrait que 40% de ce qui se dit lors de la consultation est oublié immédiatement (22). Depuis, peu de choses ont changées, puisqu'en 1996, Crane montre que seulement 59% (23) des informations médicales étaient correctement comprises par les patients dans un service d'urgences, les seuls éléments dont se souvenaient les patients étaient ceux relatifs au diagnostic.

Les médecins sous-estiment trop souvent le besoin qu'ont les patients de disposer d'informations (24).

L'enjeu est d'autant plus important dans le cadre d'une maladie silencieuse, où le patient ne perçoit aucun symptôme, et ne se sent pas malade. Il peut ne pas comprendre la nécessité d'un traitement, et dans ce cas il y aura alors plus de risque d'inobservance (20).

Il est donc primordial que les médecins fournissent des informations et instructions précises (indication, horaires, nombre de comprimés, restrictions alimentaires), non seulement orales, mais aussi écrites, car habituellement les écrits sont destinés aux autres professionnels de santé, en particulier aux pharmaciens (57).

e) Le traitement

La non-observance augmente avec le nombre de médicaments (20), de prises, la complexité et la durée du traitement (25, 26). C'est en général la prise de midi qui est omise, alors que c'est souvent à cet horaire que les AAP sont prescrits.

Il est également évident, que lorsque le patient est confronté aux effets indésirables d'un traitement, le risque d'inobservance est important, comme l'a montré Arnsten en 2000 : 66% des patients présentant moins de deux effets secondaires étaient observants, alors que seulement 47% de ceux présentant plus de deux effets l'étaient.

f) La qualité relationnelle, et l'implication du patient

L'interaction entre médecin et patient est un aspect déterminant. Le patient met sa santé et sa vie entre les mains d'un professionnel de santé, et il a besoin d'être rassuré et sécurisé par ce dernier.

Une attitude positive envers le patient, lui montrer que l'on se préoccupe vraiment de sa santé favoriserait chez lui un sentiment de responsabilité à l'égard de son bien-être (27).

Une relation médecin-patient de qualité nécessite donc à la fois empathie et chaleur humaine de la part du médecin, et une implication du patient lors de la consultation.

L'interactivité de la relation est ainsi un élément clé de l'observance.

Différents modèles de relation médecin patient ont été décrits (5) :

- **Modèle scientifique** : il appréhende le patient à travers les diverses pathologies affectant ses organes, tissus et cellules. Même si la compétence scientifique constitue un élément indispensable, ce modèle tend à mettre au second plan le patient en tant que sujet, et dans cette conception, le patient n'est vu qu'à partir de sa pathologie.

- **Modèle autoritaire** : il repose sur l'idée que les patients ne peuvent ou ne veulent pas être responsables de leur traitement et qu'ils n'ont pas les connaissances requises pour juger ce qui est dans leur intérêt. En conséquence le médecin décide seul. D'après Balint (1964), chaque médecin a une conception de la façon dont le patient doit se conduire : c'est la « fonction apostolique » ; elle ne correspond pas forcément au comportement adopté par le patient en pratique. Le malade ne participe à la démarche thérapeutique, car on suppose qu'il n'en a pas les capacités. Le médecin est alors l'unique acteur dans le processus de soin.

- **Modèle contractuel** : conception où les décisions sont prises en accord avec le patient, avec respect de l'autonomie, et association du patient dans la démarche thérapeutique.

Une équipe de pharmaciens hospitaliers avaient mené une étude sur l'ampleur de l'inobservance chez les sujets âgés hospitalisés et les facteurs susceptibles de l'influencer.

L'observance en milieu hospitalier était bien supérieure à celle mesurée en ambulatoire. L'attitude d'assistantat des soignants envers les patients en milieu hospitalier explique la bonne prise médicamenteuse des patients. Mais cette dernière ne peut perdurer lors de la sortie du patient, dans la mesure où les acteurs de santé n'instaurent pas une éducation thérapeutique, adaptée à chaque patient (32).

Ainsi, de nombreux auteurs (33, 34) soulignent le rôle capital de l'éducation des patients. Au-delà de la simple information, elle permet de former le malade pour qu'il puisse acquérir un savoir-faire adéquat (36). C'est semble-t-il par cette formation et une sensibilisation du patient sur la prise de son traitement, que le corps médical et les soignants pourront progressivement laisser une part d'autonomie au patient. Ceci de manière à le préparer à accepter et gérer son traitement au quotidien (32).

g) Le médecin confronté à l'inobservance

Le médecin confronté à une inefficacité apparente d'un traitement, peut penser qu'elle résulte d'interactions médicamenteuses, d'une posologie inadéquate, d'une variabilité métabolique propre au patient, ou d'une résistance au traitement.

L'inobservance explique parfois qu'on ne retrouve pas l'effet thérapeutique escompté.

Le médecin doit donc la rechercher systématiquement.

La non observance peut être vécue par les médecins comme une frustration (29).

Il existe ainsi plusieurs réactions possibles face à une situation d'inobservance : le soignant peut avoir recours à l'autorité pour tenter d'obliger le patient à se conformer à la prescription, ou alors insister sur les conséquences médicales et les risques du non respect des consignes, le discours est alors plus ou moins menaçant.

Une autre alternative consiste à créer un contexte d'indulgence, où l'on invite les malades à exprimer leur point de vue et en légitimant une éventuelle inobservance (5).

- Mesurer l'observance

Juger l'observance est complexe. L'une des difficultés étant de comprendre les processus psychologiques, comportementaux et affectifs mis en jeu.

En outre, elle évolue pour un même patient au fil du temps.

De manière générale, le médecin surestime l'observance de son patient, et ce dernier cache souvent son inobservance pour ne pas contrarier son généraliste (35).

La littérature montre une corrélation entre le nombre de questions que pose le patient et le respect sur le long terme des consignes médicales (30).

En effet le patient qui manifeste son désir de comprendre son traitement (indication, bénéfices etc.) s'inscrit dans une démarche active de soin, et aura une observance plus forte et durable.

▪ Mesures indirectes

Les questionnaires et entretiens semi-directifs ; les techniques de comptage (l'observance étant ici évaluée par la différence entre le nombre de doses prescrites et celles restantes dans les boîtiers), les carnets et registres de délivrance, sont des moyens d'évaluer indirectement l'observance.

- **Mesures directes**

Evaluation de l'observance réalisée à partir de dosage du médicament, ou de marqueurs biologiques dans le sang ou les urines, pour vérifier la bonne prise du traitement.

C'est une donnée objective mais vécue comme intrusive, avec une fiabilité discutable, étant donnée la variabilité métabolique interindividuelle. Par ailleurs cette méthode n'apporte pas d'explications sur les raisons d'une éventuelle inobservance (5).

Il nous a ainsi semblé intéressant d'étudier la vision qu'a le généraliste de l'observance d'un traitement pour lequel il ne bénéficie d'aucune mesure, biologique ou clinique, pour s'enquérir de la bonne prise.

- Conséquences de l'inobservance

Les conséquences de la mauvaise observance sont multiples (20) :

L'inobservance des AAP augmente la morbidité et la mortalité avec un risque de récurrence d'accidents cardiovasculaires accru.

Les conséquences sont également économiques : dépenses de santé engagées, puis décisions thérapeutiques non suivies, hospitalisations qui auraient pu être évitées si le traitement avait été respecté, médicaments achetés et non consommés, etc.

Aux États-Unis, le chiffre de 100 milliards de dollars par an de dépenses imputées à l'inobservance thérapeutique a été avancé (23).

Selon une autre étude américaine, plus de 11% des hospitalisations des plus de 65 ans, étaient dues à un défaut d'observance (38).

In fine résoudre le problème de la non-observance thérapeutique serait bien plus efficace que l'avènement de n'importe quel nouveau progrès médical (2).

2. Les antiagrégants plaquettaires

En France, les quatre principales molécules prescrites sont : Aspirine, Clopidogrel, Prasugrel et Ticagrelor.

- La justification du choix des antiagrégants plaquettaires

Les AAP ont un impact démontré sur la morbi-mortalité des patients (39, 41), leur bonne observance est donc un objectif de santé et d'économies publiques.

Or les bénéfices de ce traitement ne sont pas ressentis par le patient, ce qui pourrait être corrélé à un défaut d'adhésion thérapeutique.

De plus, comme pour tout traitement chronique, le risque d'inobservance est majeur (2).

D'autre part, le médecin, ne dispose d'aucun moyen clinique ou biologique pour s'assurer de la prise médicamenteuse.

- Epidémiologie

Selon les données de l'Assurance-Maladie, 3 à 5 % de la population française est concernée par la prescription d'antiagrégants plaquettaires, soit 200 000 à 300 000 nouveaux patients traités chaque année. Le coût des antiagrégants varie selon un rapport de 1 à 24 selon les molécules.

En France on dénombre chaque année, entre 100 000 et 150 000 décès par maladies de l'appareil circulatoire (maladies cardiovasculaires et neurovasculaires) ; soit 28% des décès totaux.

On évalue à 17 millions le nombre de décès annuels par accident cardiovasculaire, dans le monde, en 2008 (40).

Ces pathologies sont passées, en 2004, du premier au second rang des causes de mortalité (les décès par cancer étant au premier rang).

Le traitement par AAP est plus fréquemment instauré en milieu hospitalier, mais le renouvellement relève près de neuf fois sur dix du médecin généraliste (41).

- Inobservance et antiagrégants plaquettaires

En 2009, Cuisset met en évidence qu'à un mois de la pose d'un stent coronaire, 10 % des patients ne prenaient plus leurs antiagrégants plaquettaires (14), ceci ayant été corroboré par l'étude de Hennekens (47), en 2010.

Deux études (42) ont par ailleurs montré que chez les coronariens, seul 21% des patients prendraient régulièrement l'ensemble de leur traitement (AAP, statine, bêta-boquant).

Selon une étude hollandaise (43), 32% des patients ne prenaient plus l'ensemble des traitements initialement prescrit un an après un infarctus, ce chiffre s'élevant à 57% après cinq ans.

Une étude française (44), datant de 2006, conclue qu'à six mois d'un infarctus, seul 62% des patients observent l'ensemble de leur traitement « BASI » (bétabloquant, aspirine, statine, Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion). Ce taux passait à moins de 50% entre six et trente mois après l'infarctus.

Une récente étude française (45), a mesuré l'observance de 109 patients sous AAP pendant un mois, à l'aide de blisters électroniques. Seulement 70% des patients avaient une bonne observance, 20% oublièrent au moins une fois par mois le traitement, et on notait des prises surnuméraires chez 8% des malades.

Dans le registre PREMIER (40) aux Etats-Unis, 30 jours après la pose d'un stent pour infarctus, 13,6% des patients ont arrêté le Clopidogrel. Le taux de mortalité de ces sujets à un an est de 7,5% *versus* 0,7% chez ceux qui l'ont poursuivi. Le nombre de décès et d'événements cardiovasculaires majeurs est maximal lorsque l'arrêt survient dans les 30 jours après la pose de stent.

Enfin, d'après le registre français USIC2000 (46), la survie à un an après un infarctus était de 97% chez les patients qui observaient bien la triple association (aspirine, bétabloquant, statine), contre à peine 70% chez ceux ne prenant aucun traitement.

Ainsi, l'inobservance engendre des dépenses de santé considérables, et augmente significativement la morbi-mortalité.

- Indications

Les indications des antiagrégants plaquettaires ont été réévaluées par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) et la Haute Autorité de Santé (HAS) en juin 2012 : « Bon usage des agents antiplaquettaires » (Annexe 2). La recommandation confirme l'importance de ce médicament en prévention secondaire des pathologies cardiovasculaires, et précise les conduites à tenir dans les situations chirurgicales. En revanche les AAP sont peu indiqués en prévention primaire.

- Effets secondaires

Les effets secondaires, peuvent être source d'inobservance.
Les principaux effets reconnus pour les AAP sont les suivants :

Effets gastro-intestinaux :

Ulcères gastriques, hémorragies digestives patentes (hématémèse, méléna...) ou occultes, responsables d'une anémie ferriprive.

Effets hématologiques :

Syndromes hémorragiques (épistaxis, gingivorragies, purpura, hémorragies intracrâniennes). Cette action persiste 4 à 8 jours après l'arrêt du traitement. Elle peut créer un risque hémorragique en cas d'intervention chirurgicale.

Effets sur le système nerveux central :

Bourdonnements d'oreille, sensation de baisse de l'acuité auditive, céphalées, qui sont habituellement la marque d'un surdosage.

Réaction d'hypersensibilité :

Accidents de sensibilisation (urticaire, asthme, œdème de Quincke, accident anaphylactique).

Autres :

Douleurs abdominales.

C. Matériel et méthode

1. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été réalisée d'octobre 2011 à août 2012. Nous avons interrogé les bases de données ainsi que les moteurs de recherche suivants : Pubmed, Sudoc, Cismef, Google Scholar, Minerva, Prescrire, Revue Médicale Suisse, en utilisant les mots clés suivants : observance thérapeutique, antiagrégants plaquettaires, médecin généraliste, recherche qualitative, et leur équivalent en anglais (patient compliance, antiplatelet, general practitioner, qualitative research).

2. Justification

L'observance, ainsi que tous les phénomènes qui la précèdent, intéressent beaucoup les chercheurs. La plupart des études concernent le comportement des patients, et peu d'études s'intéressent au point de vue du médecin.

Ainsi il nous a paru pertinent d'étudier la vision du généraliste face à la problématique de l'observance d'un traitement chronique, ne s'accompagnant d'aucune mesure clinique ou biologique, et améliorant significativement le pronostic des patients, comme dans le cas des AAP.

Le médecin généraliste, au cœur de la prise en charge des patients chroniques doit se faire une idée précise de l'observance des patient sous AAP, afin d'adopter les attitudes adéquates.

3. Question de recherche

Comment les généralistes appréhendent-ils l'observance d'un traitement chronique n'ayant pas de marqueur biologique ou clinique, en prenant comme exemple le modèle des antiagrégants plaquettaires ?

4. Choix de la méthode

La question de recherche fait appel à l'exploration d'un comportement. Nous avons utilisé une méthode qualitative, qui vise à décrire un phénomène, des comportements, et à faire émerger des hypothèses (48).

Pour cela, nous avons travaillé en binôme, et réalisé des entretiens individuels, semi-directifs, auprès de généralistes.

L'entretien est la production d'un discours in situ, c'est une rencontre et un échange.

Lors de sa réalisation, l'enquêteur part sans aucun à priori.

Ainsi, en laissant s'exprimer la personne interrogée sans la submerger de questions, l'entretien permet de la faire parler librement et de découvrir des tendances spontanées.

Cette méthode permet la production d'un discours librement formulé par l'interviewé, mais répondant aux questions.

Le contexte de réalisation des entretiens est important.

Ainsi le fait de prendre un rendez-vous selon les disponibilités du médecin, de les réaliser à son cabinet ; ce qui l'inscrit dans son cadre professionnel, et le fait que nous ayons des

relations confraternelles, ont été des éléments nous aidant à mener au mieux notre « enquête ».

5. Période de l'étude

Les entretiens ont été réalisés d'Avril à Juin 2012.

6. Population étudiée

Nous avons interrogé des généralistes en exercice dans le bassin Grenoblois et Chambérien, acceptant, après un contact téléphonique, un rendez-vous pour un entretien estimé à une vingtaine de minutes.

Critère d'exclusion : refus de participation.

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données, c'est à dire jusqu'à ce qu'il n'y ait plus d'apport de nouvelles informations.

7. Elaboration du guide d'entretien

Nous avons établi un guide d'entretien initial (*Annexe 3*), composé de questions, regroupées par thèmes et sous-thèmes.

Il a été testé lors de six entretiens pilotes (trois par interne) dont cinq avec des maîtres de stage à la faculté de médecine de Grenoble.

Au terme de ces six entretiens pilotes, nous avons effectué quelques modifications :

Un auto-questionnaire de dépistage de l'inobservance des anti-HTA (*Annexe 5*) était initialement soumis à l'avis des généralistes. On demandait aux médecins s'ils estimaient cet outil intéressant et adaptable pour les AAP.

Mais lors de la réalisation de la grille d'entretien définitive, nous ne l'avons plus évoqué pour plusieurs raisons : le temps nécessaire au médecin pour découvrir le questionnaire était long. De plus ce thème nous éloignait souvent de notre objectif principal : explorer les moyens mis en œuvre par les médecins face à la problématique l'observance.

Par ailleurs, l'item abordant les « Réseaux de soins ville/hôpital » n'était plus présenté systématiquement. Les médecins semblaient assez surpris par ce sujet et cela rompait la fluidité de l'entretien.

En revanche, nous avons décidé de maintenir la question de la relation médecin-malade puisque l'ensemble des praticiens interrogés en avaient parlé au cours des entretiens pilotes.

Nous avons ainsi pu élaborer une grille d'entretien définitive pour les douze entretiens suivants (*Annexe 4*).

8. Réalisation des entretiens

Nous avons contacté par téléphone vingt-quatre médecins, sélectionnés de façon aléatoire dans l'annuaire, en sus des maîtres de stage et du remplaçant avec qui nous étions en relation. Nous leur avons présenté l'étude, et proposé un entretien d'une vingtaine de minutes, précisant qu'il serait rémunéré à hauteur de la cotation CPAM d'une

consultation, soit 23€ (fonds provenant de la Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation (DRCI)).

Nous avons arrêté les entretiens lorsque nous sommes arrivés à la saturation des données, après avoir interrogé dix-huit médecins.

Les refus de participation étaient principalement motivés par le manque de temps et l'absence d'intérêt pour le sujet. A deux reprises, c'est la secrétaire qui a refusé sans même transmettre la requête au médecin.

Tous les entretiens, de type semi-directifs, ont été réalisés au cabinet du médecin (parfois entre deux consultations) ; un seul a eu lieu au domicile du praticien.

Chaque interview, enregistrée sur dictaphone, s'est déroulée sans modérateur, entre l'enquêteur et le généraliste.

La durée des entretiens variait de 3 à 34 minutes.

9. Description de la population étudiée

Sur les dix-huit médecins généralistes interrogés, dix-sept sont installés, un seul est remplaçant.

Le sex-ratio est de sept femmes pour onze hommes.

Les âges varient de 35 à 63 ans, et un médecin a pris sa retraite peu après l'entretien.

Parmi tous ces médecins, sept sont maîtres de stage pour la faculté de médecine de Grenoble : trois en Savoie, et quatre en Isère.

La répartition géographique est hétérogène : quatorze d'entre eux exercent en Isère, quatre en Savoie. Quatre médecins exercent à Grenoble, quatre en proche périphérie de Grenoble, trois à une vingtaine de kilomètres, et un, isolé à plus de 50 Km, en zone de montagne.

10. Recueil et exploitation des données

- Retranscription

Les entretiens ont été retranscrits intégralement par l'interne l'ayant réalisé, afin d'optimiser le recueil des informations non-verbales (les non dits, silences, émotions etc.) et de préserver toute la richesse de l'interaction entre l'enquêteur et l'enquêté (49).

Les entretiens ont été numérotés, pour plus de clarté lors des citations, en utilisant une lettre suivie d'un chiffre : la lettre identifiant l'un des deux enquêteurs A (Aurélie) et D (Damien), et le chiffre, l'ordre de réalisation des entretiens.

- Analyse des données

Afin d'assurer la validité de notre travail, chaque interne a analysé l'ensemble des entretiens, puis nous avons triangulé les données (50). La triangulation consiste à effectuer une analyse de données à plusieurs, de façon indépendante, puis à confronter les visions, et les résultats, pour aboutir à un consensus.

Nous avons ainsi regroupé par thèmes, et sous-thèmes, les informations issues des verbatim des médecins généralistes.

D. Résultats

1. Quelle vision ont les généralistes de l'observance des AAP ?

▪ La définition de l'observance

La définition de l'observance n'est pas toujours claire dans l'esprit de A1, A7 et D4. Certains se demandent s'il existe un seuil à partir duquel on parle d'inobservance, ou si l'observance est de suivre à la lettre la prescription.

D4 : « *L'observance pour moi, c'est un traitement qui est pris correctement, comme il a été prescrit, tous les jours* ».

A7 : « *Dans l'inobservance je place d'abord l'irrégularité, plutôt que l'abstention totale de prise [...]* ».

La majorité des médecins ont conscience de la nécessité de la bonne observance des AAP.

D4 : « *C'est une classe qui apporte beaucoup, qui est en général bien supportée, ne nécessite pas de contrôle biologique, et a prouvé son efficacité en prévention secondaire. Plus on aura de patients observants, moins on aura de problèmes de récurrences. C'est dans l'intérêt de tout le monde que le traitement soit bien suivi* ».

▪ L'estimation de l'observance des AAP

Tous les médecins interrogés avaient spontanément une bonne, voire une très bonne estimation de l'observance de ce traitement chez leur patient. Les chiffres donnés oscillent entre 60% et 100% (pour A8 et D7).

D7 : « *Peut-être que je me trompe, mais je dirais que tous mes patients sous Plavix ou Kardégic sont observants* ».

D3, modère ces chiffres : « *60%, c'est le bout du monde [...] Personne ne peut prétendre que tous ses patients sont observants* ».

Bien qu'ayant avancé de bons taux d'observance, huit médecins (A1, A2, A3, A5, A6, D1, D2 et D6) ont rapidement émis un doute, ou se sont contredit dans la suite de l'entretien.

A3 : « *J'ai l'impression que l'observance est bonne... Enfin je me fais peut être des illusions... Je pensais à une dame pour qui je me suis aperçue assez tardivement qu'elle ne prenait pas le Kardégic, effectivement* » ; « *avec l'histoire de l'ETP, je me suis rendue compte qu'une dame, à qui j'ai prescrit un traitement par anti diabétique oral pendant 10 ans, ne l'a jamais pris, je ne pensais pas que c'était à ce point là l'inobservance* ».

A2 : *« Je n'ai pas l'impression que cela soit si mal observé... La réalité, c'est qu'il y a sûrement trente pour cent de mes patients qui ne le prennent pas bien... [...] On sait qu'il y a des gens qui sont toujours allés chercher leurs médicaments et ne les ont jamais pris... Alors là... ça interroge ! Pourquoi faire des réserves de médicaments ? ».*

▪ **Les indicateurs, le reflet**

A4, A7, D3 pensent n'avoir aucun reflet de l'observance des AAP, aucun moyen de savoir si leurs patients prennent bien le traitement, comme s'il y avait une véritable zone d'ombre et que cette donnée échapperait totalement au médecin.

D3 : *« Je n'en sais rien. Personne ne sait, enfin le patient si, et encore... ».*

A4 : *« Je n'ai pas de données sur l'observance, finalement on a assez peu de renseignements sur la façon dont les gens sont observants, je dirais que je n'ai aucun moyen de savoir s'ils le prennent ou pas [...] ».*

D8 se fait une idée de l'observance de ses patients selon son intuition : *« J'arrive toujours à avoir une idée de l'observance, en fonction de mon ressenti ».*

▪ **L'inobservance des AAP corrélée à l'inobservance des autres traitements**

L'observance de ce traitement est appréhendée avec celle du traitement dans sa globalité, puisque les AAP sont souvent prescrits avec d'autres médicaments à visée cardiovasculaire. C'est un tout indissociable pour A1, A2, A3, A4, A7, D6.

A4 : *« Ce n'est pas forcément cet AAP qui est le plus important, mais c'est un élément d'un tout qui est indissociable ».*

A7 : *« [...] l'inobservance [...] n'est pas propre aux antiagrégants, elle est retrouvée dans beaucoup de traitements ».*

Pour D6, cette association à d'autres traitements importants permet d'être plus vigilant à la bonne observance de l'ensemble de la prescription.

D6 : *« S'il n'y a qu'un AAP isolé, peut-être qu'on y pensera moins. Je pense que le fait que cela soit associé à pas mal d'autres thérapeutiques incite à être prudent ».*

▪ **Le souci de l'observance**

A1 et D2 ne se préoccupent pas de l'observance.

D2 : *« je ne me suis jamais posé la question ».*

Pour A3, l'observance ne paraît pas clairement être problématique : « *Mais a-t-on déjà une idée de l'ampleur du phénomène ? Est-ce une classe de médicament très mal observée ?* ».

D1, D2, D5, D7 et A2 pensent que la problématique de l'observance est sous-estimée par les médecins.

D2 : « *L'observance n'est pas un problème suffisamment aigu dans mon esprit pour que je m'en occupe de façon très sérieuse. Et j'ai très probablement tort, j'en suis persuadé.* ».

D5 : « *Il y a peut-être de la part des médecins un manque d'intérêt concernant l'observance... On cherche à faire le bon diagnostic, à prescrire le traitement adapté, et on imagine que le reste va rouler ! On sous-estime le problème de l'observance, c'est sûr...* ».

Pour D1 les médecins sont suffisamment sensibilisés à l'observance par les visiteurs médicaux : « *Je trouve que les visiteurs médicaux font leur boulot. C'est un thème assez récurrent : « assurez-vous docteur, que vos patients prennent bien leurs médicaments ! ». Ils doivent vendre leurs médicaments !* ».

L'observance un souci permanent pour D6 et D8.

D8 : « *Pour moi, la question de l'observance est importante* ».

▪ **La confrontation à la réalité**

Les chiffres de la littérature surprennent A10, D2, D4, D6, et certains imaginent qu'ils ne s'appliquent pas à leurs patients.

D4 : « *Les chiffres que tu me citais tout à l'heure sur l'inobservance, m'ont énormément surpris [...] Quand on discute avec les confrères, ils disent tous « mais non, ce n'est pas chez moi ça ! »* ».

Pour D7, « *La fierté du généraliste* » serait en cause, quand ce dernier ne veut pas envisager une possible inobservance.

Pour D3 découvrir l'inobservance lui donne la sensation d'avoir été floué : « *On a été floué, berné, on a été aveugle!* ».

A10 qualifie l'inobservance de trahison : « *[...] le fait de se limiter à une vingtaine de patients [...] ils vous trahissent moins, ils doivent mieux observer* ».

A6 dit être dépité : « *[...] On pense toujours qu'ils sont observants et preuve à l'appui on est toujours un peu dépité* ».

A3 a constaté en séance d'ETP que certains de ses patients étaient inobservants : « *Je découvre et je suis plus humble maintenant...* ».

2. Les déterminants

L'observance est multifactorielle selon D3 : « *Il n'y a pas une chose en particulier qui permette une bonne observance. C'est plein de paramètres qui entrent en ligne de compte* ».

Les différents facteurs qui l'influent sont, entre autres : le médecin, le patient (pour D4 ces deux acteurs sont responsables à part égale), et le médicament.

A1 : « *Il y a une part des deux côtés, après c'est vrai qu'on fait notre métier, on le fait du mieux qu'on peut, on ne le fait pas parfaitement, mais c'est de la responsabilité du patient de se soigner ou pas, voilà, on est là pour accompagner le patient dans sa maladie, et dans sa vie tout court... On n'est pas responsable du fait que ses artères se soient bouchées ; c'est son corps, c'est sa vie, et nous on l'accompagne du mieux qu'on peut, dans le sens qu'il souhaite*».

▪ Facteurs liés au médecin

Pour A10 et D2, le médecin est responsable de l'observance de ses patients.

D2 : « *S'ils sont inobservants, je pense que c'est plus de ma faute que de la leur* ».

Pour A10, c'est « *Le je-m'en-foutisme du médecin !* » qui serait en cause.

Pour que le patient observe bien ce traitement, il faut d'abord que le médecin soit convaincu du bienfondé de sa prescription, selon six généralistes (A2, A4, D2, D4, D5, et D8).

A4 : « *Il faut que le soignant soit bien convaincu de la nécessité du traitement [...] On sait que si l'on prescrit un traitement sans conviction, il y a beaucoup plus de chance qu'il y ait une inobservance ...* ».

○ Défaut d'informations délivrées au patient

Le manque d'informations sur le traitement, ou le fait de ne pas les répéter régulièrement, sont des causes d'inobservance pour tous les médecins.

A3 : « *Quand il ne comprend pas l'intérêt du traitement on peut s'attendre à ce qu'il ne le prenne pas* ».

Le médecin doit aussi s'assurer de la bonne compréhension qu'a le patient du traitement pour A2 et A3.

Par ailleurs, on ne part pas assez souvent de ce que sait le patient, de son point de vue.

A2 : « *Il est probable que l'on n'explique pas assez... ou pas assez bien, que l'on ne prenne pas assez le temps de comprendre ce que le patient a compris de sa maladie...* ».

○ Causes de ce défaut d'information

Parfois, le médecin considère à tort que l'observance est acquise :

D3 : « *[...] on se dit que le patient prend le traitement depuis des années, qu'on ne va pas lui expliquer à nouveau, on pense que c'est acquis et parfois c'est loin d'être le cas [...]* ».

Six médecins (A1, A10, D3, D4, D5, et D6) invoquent un manque de temps pour donner des explications relatives au traitement.

D4 : « *La consultation prend un certain temps [...] c'est chronophage* ».

A1 : « *On est des libéraux à l'acte, donc on a une contrainte économique, et une contrainte de temps à la consultation : parfois on a envie de passer trois quart d'heure avec un patient, mais on ne peut pas* ».

A2 et D3 expliquent que c'est une charge de travail supplémentaire pour le généraliste.

A2 : « *parce que quand même ça demande un sacré engagement dans une consultation* ».

D3 : « *[...] il faut aussi avoir la patience de le faire, de réexpliquer, cela demande une énergie importante, essayer de capter l'attention de la personne, de plus c'est en fin de consultation* ».

Pour D3 et D4, la lassitude du médecin explique aussi qu'il ne donne pas systématiquement des explications sur le traitement.

D3 : « *il y a une part de lassitude, on n'est pas forcément disposé tous les jours à revenir sur les mêmes discours* ».

○ Relation entre spécialistes et généralistes

Pour D8 et A4, c'est du rôle du spécialiste qui initie le traitement de bien informer les patients dès le départ, ce qui n'est pas systématiquement fait.

D4 : « *la question de l'observance n'est pas forcément posée chez le spécialiste* ».

A6 pense que selon la visée cardiaque ou neurologique, la posologie n'est pas la même, ce qui est source de confusion pour le patient : « *La posologie n'est jamais la même, selon la visée cardiaque ou neurologique : on passe de 300, 160, 75mg, ça peut être source de confusion, s'il y a plusieurs intervenants* ».

Quand un spécialiste (dentiste, ORL) demande au patient d'arrêter le traitement avant un soin, il y a parfois contradiction avec le discours du généraliste selon A4, A7 et D8.

A4 : « *On a parfois des difficultés avec certains spécialistes, j'ai eu le cas d'un ORL qui a fait arrêter les AAP parce que le patient faisait des épistaxis à répétitions. Après c'est difficile pour faire reprendre le traitement, il faut être convaincant* ».

A7 : « *on se bagarre un peu avec les dentistes qui ont une frousse inouïe. Souvent les patients me disent que leur dentiste voudrait leur faire suspendre les AAP le temps des soins. Je leur explique alors que ce n'est pas justifié et leur remets une feuille d'information que je trouve très bien faite*».

Pour D8, il est important que généraliste et spécialiste se mettent d'accord, afin de maintenir un lien de confiance global, entre le patient et ses médecins : « *[...] si le cardiologue fait confiance à ce médicament, je m'abstiens de toute critique. Je lui laisse la responsabilité dans tout ça [...] La base, c'est de maintenir ce lien de confiance global : spécialiste – généraliste – médicament* ».

▪ **Facteurs liés au patient**

A1, A10, D3 et D6 soulignent la part de responsabilité du patient dans l'observance.

D3 : « *on lui laisse les cartes en main, à lui de prendre le traitement ou non* ».

Le manque de confiance du patient envers son généraliste peut être invoqué comme cause d'inobservance, notamment pour A10 : « *l'ingénieur [...] qui ne va pas bien prendre son traitement parce qu'il y a un manque de confiance...*».

C'est un manque de disponibilité du patient qui peut jouer selon D2, D3 et D5.

D3 : « *La personne va-t-elle écouter ? Est-elle pressée, parce que c'est l'heure d'aller chercher les enfants à l'école ? [...] Elle peut ne pas être à l'écoute, a peut-être d'autres soucis actuellement, elle vient juste pour son renouvellement, elle ne veut pas qu'on l'embête avec plein de questions !* ».

D5 : « *Enfin il faut que les gens soient assez motivés et intéressés* ».

Le patient peut considérer que prendre le temps de parler de sa maladie et du traitement, c'est une perte de temps, d'après A2 : « *Il faut des gens qui soient motivés quand même, à*

opérer un changement ! Et à perdre du temps pour parler de leur maladie, et de leur traitement ».

Pour A7 l'inobservance peut venir, entre autre, de la négligence du patient : *« C'est de la négligence, ce sont les oublis, les patients ne perçoivent pas forcément toute l'importance de la régularité du traitement ».*

○ **Rapport au traitement**

Selon A2 et A7, pour certains patients, le traitement n'est pas une priorité mais plutôt une contrainte.

Pour onze généralistes, comme le patient ne ressent pas le bénéfice du traitement, il ne saisit pas l'importance de le prendre (A2, A3, A5, A7, D1, D2, D3, D4, D5, D6 et D7).

A7 : *« A partir du moment où le patient ne ressent pas d'effet, il s'autorise à suspendre son traitement en fonction de ses priorités du moment ».*

Pour A1, A2, D4, D5 ne pas prendre ce médicament est un équivalent de déni ; le patient veut oublier sa maladie, et le médicament est même perçu comme un rappel quotidien de la mort d'après A1.

D4 : *« Je pense qu'il y a la minimisation de la pathologie, c'est peut-être une forme de déni de la maladie ».*

A1 : *« Ne pas avoir envie de se sentir malade, le médicament qui rappelle tous les jours qu'on est malade. Ça rappelle la mort. Envie de couper, de penser à autre chose ! ».*

Pour D8, l'inobservance découle d'une inadéquation entre les objectifs de santé du médecin et ceux du patient, qui est parfois réfractaire au médicament. *« Le patient vient avec un certain désir en consultation, et la médecine, la société, le toubib, sont branchés autrement. Changer le taux de mortalité, c'est le but de la médecine, fondée sur les preuves, mais le patient n'est pas du tout dans cette optique ».*

○ **Représentation, croyances**

Les représentations que se fait le patient de l'aspirine expliquent l'inobservance pour A3, A4, et D5.

D5 : *« l'aspirine a tellement été prise, et se trouve en vente libre, cela paraît moins être un vrai médicament ».*

A4 : *« Pour beaucoup de personnes, déjà d'un certain âge, l'aspirine [...] peut aussi signifier brûlure d'estomac, troubles digestifs... Longtemps on leur a dit que ce médicament devait être abandonné au profit des anti-inflammatoires, désormais mieux*

indiqués pour la douleur et l'inflammation. J'ai eu plusieurs fois cette réflexion : « l'aspirine vous m'avez dit qu'il ne faut surtout pas en prendre, là maintenant vous m'en donnez... ». Il y a tout un travail de réhabilitation de l'aspirine dans certaines familles».

La vision des tiers influence les patients selon D3 : *« ça peut être la concierge du coin qui dit « moi, avec tel traitement, j'ai été bien, tu l'as toi aussi, prends-le c'est bien » ».*

La méfiance qu'ont les patients vis-à-vis des médicaments, notamment à cause des scandales comme celui du Médiator, entraîne l'inobservance.

D8 : *« Supprimer les affaires « Médiator ». Là, je peux vous dire que c'est catastrophique. Les labos qui nous mentent, qui nous embobinent, collectivement, c'est catastrophique. Et ça retombe sur le Plavix, ou sur les AAP, pourtant ça n'a rien à voir ! ».*

Certains attribuent à tort des effets indésirables au traitement d'après D2, A3, A4.

A3 : *« Je peux aussi te parler de Madame A, participante de l'ETP, sous Plavix et Kardégic, que j'ai vue il y a 1 mois, pour une hémorragie sous conjonctivale ; elle pense que son frère a failli perdre ses yeux sous Plavix, et qu'elle-même a failli perdre son œil sous Plavix ».*

D'autres explications qui nous échapperaient seraient aussi en cause.

A6 : *« On découvre [...] des motifs de non-observance qui sont des fois très surprenants... (Rires). L'imaginaire étant parfois plus vaste que mon petit cerveau ! ».*

A3 : *« Je pense qu'il y a des choses très archaïques qu'on ne comprend pas, qui doivent se jouer peut-être à la première prescription, et si ça manque à la première prescription, c'est compromis pour la suite ».*

A10 : *« C'est un peu comme la religion : il y en a qui ont la foi, et on va dire que c'est la grâce, donc certains ont la grâce et d'autres pas (Rires)... ».*

○ **Groupe de patients à risques**

Pour A2, A9, et D2, l'inobservance concerne potentiellement tous les patients.

- Selon la personnalité de chaque patient

L'observance serait extrêmement variable d'un patient à l'autre selon D6 et D8. Pour A7, A10 et D8, elle dépendrait de la personnalité et de la psychotypologie des patients.

A10 : *« Cela dépend peut-être du type de clientèle qu'on a, moi je n'ai jamais eu une clientèle trop farfelue ».*

D8 : « *Il y a des typologies, des psychologies de patients : le scrupuleux, le confiant optimiste, qui ne se soigne que quand il en a vraiment besoin, donc pas en prévention* ».

Les patients qui lisent les notices pourraient être inobservants par crainte des effets indésirables, mais en général ce sont aussi des patients rigoureux qui sont impliqués dans la démarche de soin, selon A4.

- Catégories Socio professionnelles

Certaines catégories socio professionnelles seraient plus observantes que d'autres selon D6 et D7.

D7 : « *[...] je dirais que tous mes patients sous Plavix ou Kardégic sont observants [...] Globalement, ici, ce sont des cadres sup', donc ils prennent soin de leur santé. Ils sont très acteurs de leur santé* ».

D6 : « *Je pense que le niveau socio-économique du patient compte pour beaucoup* ».

- Selon les comorbidités

Les personnes âgées qui peuvent souffrir d'un début de démence ou de troubles de la vue, les personnes souffrant d'un déficit intellectuel, ou encore les personnes ayant un comportement à risque comme les éthyliques, sont plus à risque d'inobservance pour A1 ou D3.

- Patients non francophones

D'après A3, A7 et D3, lorsqu'il y a la barrière de langue, le risque d'inobservance est important car l'information ne peut pas être transmise.

o Facteurs d'inobservance

Le manque de compréhension de l'intérêt du traitement est corrélé à une mauvaise observance pour dix médecins (D1, D2, D4, D5, D6, D7, A2, A3, A5, et A7).

A2 : « *Probablement ceux qui n'ont pas compris leur maladie sont plus à risque...* ».

Les patients peu impliqués dans la démarche de soins sont à risque d'inobservance pour D4 et D7.

D'après A1, A3, D4 et D5, dans le cadre d'une pathologie asymptomatique, le patient ne se sent pas malade, et ne saisit pas l'importance de prendre le traitement.

D5 : « *Je recherche surtout les freins à la bonne prise du traitement [...] c'est qu'ils ne se sentent pas malades. En gros ils n'en voient pas l'intérêt [...]* ».

A3 : *« C'est le problème du traitement préventif dans une situation où il n'y a pas de symptôme... Peut être le patient ne comprend pas l'intérêt ».*

○ **Facteurs de bonne observance**

Les patients impliqués dans la démarche thérapeutique, et qui comprennent leur maladie, vont avoir une meilleure adhésion, selon six médecins (A1, D1, D4, D5, D6 et D7).

D4 : *« Dans la mesure où les patients ont intégré et compris leur pathologie et le traitement, ils sont motivés pour prendre leur médicament.... ».*

Neuf médecins (D4, D5, A1, A2, A3, A4, A5, A8 et A10) pensent que le patient est d'autant plus observant qu'il a été confronté à un accident cardiovasculaire, car la peur de la récurrence serait un moteur de l'observance.

A1 : *« Il y a une meilleure adhésion au traitement, puisqu'ils ont eu quelque chose de concret, de palpable, une urgence vitale qui a mis en jeu leur pronostic vital et qui leur a fait peur, pour ceux qui sont dans une démarche de soin, c'est palpable, c'est concret, ils ont vécu la chose, ils ont vécu la maladie, et ils ont une raison évidente de prendre ce traitement ».*

D6, D7, D8 et A10 pensent que parce que ce traitement vise à protéger les organes nobles, on suppose que le patient va bien l'observer.

A10 : *« Je pense qu'ils l'observent relativement bien : étant donné que ça touche le cerveau ou le cœur ; [...] les patients ayant des pathologies cardiovasculaires ont plus les chocottes ».*

▪ **Liées au traitement**

○ **La tolérance**

Pour neuf médecins (D2, D3, D4, D5, D7, D8, A2, A3, et A4), les effets indésirables sont pourvoyeurs d'inobservance.

Les effets indésirables souvent cités étaient les épigastralgies et les hématomes.

A4 relate un cas d'allergie au Plavix

Pour D1, D6 et A7, les effets indésirables ne sont pas un frein à l'observance.

○ **La polymédication**

La polymédication est source d'inobservance pour près de la moitié des médecins. Les patients ayant souvent tendance à opérer un tri lorsqu'ils ont beaucoup de médicaments, au détriment de l'AAP (D1, D4, D5, D6, D8, A2, A4 et A6).

A4 : « *Trop de médicaments, donc ils éliminent ceux qui ne leur paraissent pas indispensables...* ».

○ La galénique

Le sachet paraît fastidieux à manipuler selon A6, A9, A10, D2 et D5.

D2 : « *Tu ouvres le sachet, la moitié reste au fond, une partie reste sur le bord du verre, le patient ne boit pas tout... Donc au final cela en fait peu dans l'estomac ! Après, (sur le ton de l'humour) on peut toujours prescrire du 300mg en espérant qu'il en absorbera 75!* ».

D5 : « *Si ce sont des sachets, en particulier pour le Kardégic, ils ne rentrent pas dans le pilulier, la boîte traîne à côté, c'est moins pratique* ».

A10 : « *C'est pénible d'ouvrir un sachet ; d'abord il faut le sortir de sa boîte, prendre un comprimé c'est plus facile ! Et il faut couper le sachet, le mettre dans un verre d'eau, mais avant l'eau... Celui qui souffre de TOC ou de pathologie obsessionnelle, peut-être va-t-il bien le faire, mais ça me semble complexe* ».

Pour huit généralistes (A2, A5, A6, A7, A9, D2, D5 et D8), le patient ne perçoit pas le sachet comme un « vrai médicament ».

D5 : « *Le problème du Kardégic, c'est qu'ils ne le voient pas forcément comme un vrai médicament. Le fait que ce soit sous forme de sachet* ».

D'ailleurs, l'appellation « Nourrisson » de certaines formes d'AAP viendrait renforcer cette notion de médicament « accessoire », pour A5, A7, A9 et A10.

A5 : « *Parfois on utilise l'« Aspégic nourrisson » : c'est problématique pour certains patients, ça n'a pas de sens, ils ne comprennent pas pourquoi on leur donne un médicament pour bébé. [...] On est censé soigner le cœur !* ».

A9 : « *Le sachet d'aspirine c'est le même que pour les bébés, normalement on ne les utilise plus trop, mais ça banalise ; on a l'impression que c'est moins important, que ce n'est pas vital !* ».

Pour dix médecins (D2, D4, D5, D7, D8, A2, A5, A6, A7 et A9), c'est aussi une galénique « plus légère », donc plus aisée à ajouter à un traitement lourd, et D7 trouve que c'est même un moyen de faire boire les anciens.

A5 : « *[...] c'est souvent plus facile à associer quand ils ont déjà des lourds traitements* ».

D7 : *« je trouve que ce n'est pas une mauvaise galénique, ce n'est pas mal, cela fait boire les anciens ».*

Pour quatre médecins, la galénique n'est pas un souci (D6, D7, D8 et A8).

○ **Conditionnement des boîtes**

Pour cinq médecins, les conditionnements peuvent aussi être en cause (boîte de 28, 30, 90 comprimés) ; quand pour une même ordonnance, la pharmacie ne délivre pas le même nombre de médicaments, le patient peut être amené à être en panne d'AAP (A3, A5, A6, A7 et D8).

○ **L'horaire de prise**

Selon huit médecins (A1, A2, A4, A5, A6, A9, D2 et D5), l'horaire de prise de ce traitement, souvent prescrit à midi, et isolément des autres médicaments, peut mener à des oublis. De plus, on imagine aussi que cela puisse être gênant pour les patients de devoir le prendre en public.

A6 : *« A midi aussi pour les personnes en maison de retraite ou pour celles qui sont en déplacement ça pose problème, il faut transporter le sachet, ne pas l'oublier, ce n'est pas pratique devant tout le monde ».*

○ **Contrainte d'un traitement chronique**

Un traitement chronique est difficile à intégrer au quotidien, d'autant que les AAP sont souvent prescrits à vie. La lassitude peut amener le patient à arrêter le traitement pour cinq médecins (D2, D3, D4, A5 et A7).

A5 : *« Le fait que l'on soit dans le chronique [...] cela se dilue un petit peu avec le temps [...] ».*

A7 : *« Comme tout traitement chronique, cela finit par devenir un peu anodin, moins important dans leur esprit ».*

○ **Génériques**

L'introduction des génériques est source de confusion pour bon nombre de patients d'après quatre médecins. (A1, A2, A6 et D8).

A2 : *« le générique influence probablement l'observance: si le pharmacien change de forme, les gens s'y perdent un peu, ont du mal à observer, parce que l'aspect du médicament a changé... Le patient voit qu'il y a des différences entre les produits... Il va*

peut-être se dire : « tout ça ce n'est pas si important... On en met un à la place d'un autre donc si je ne prends rien c'est presque pareil » ».

○ Coût

Le coût du Plavix pourrait être source d'inobservance d'après A4, même si elle n'a jamais eu de plainte à ce sujet.

3. Le dépistage

▪ Aborder l'observance

Pour A3, il est compliqué d'aborder l'observance.

A3 : « Moi je suis mal à l'aise, je n'arrive pas à parler de ça tranquillement sans avoir l'impression de les mettre mal à l'aise... Et finalement c'est moi qui le suis ! [...]. On arrive sur le domaine de la confiance, c'est sûr que c'est compliqué, pour qu'ils ne se sentent pas accusés ou dévalorisés... ».

En revanche A4 et D1 considèrent qu'il faut absolument parler d'observance aux patients.

A4 : « Bien sûr, c'est obligatoire! ».

A l'inverse, D4 et A1, ne cherchent pas à s'enquérir de l'observance.

A1 : « Je ne vous cache pas que je ne le fais pas. Non, je n'ai pas le temps, non, je ne le fais pas. Je ne prends pas le temps, puisque je n'ai pas le temps ».

▪ Le moment opportun

Le renouvellement semble être le moment opportun pour s'enquérir de l'observance pour six médecins (D1, A1, A4, A5, A7, A10). Trois autres pensent qu'une consultation dédiée à l'observance serait intéressante (A2, D5, D7), éventuellement réalisée par une IDE formée à l'éducation thérapeutique (D5).

A4 : « Moi je pose la question, en général, dans la consultation de renouvellement au moment de la prescription, en revoyant la liste et en me reposant la question de la remise à jour de toute la prescription ».

D7 : « Donc il pourrait y avoir une consultation annuelle dédiée, par son généraliste, à la discussion de ce problème là ».

Le bon moment peut aussi être en début de consultation, lorsque le patient présente une plainte fonctionnelle, ou s'il y a un doute concernant l'observance, selon A4 et A10.

A10 : « *si les gens se plaignent d'un symptôme, c'est vrai que c'est un peu la déformation du médecin « Docteur j'ai ci j'ai ça... Est-ce que vous avez bien pris vos remèdes ? ».*

▪ **Les indices de l'observance**

Pour onze médecins (A2, A3, A4, A5, A6, A9, D1, D2, D5, D7 et D8) les renouvellements trop espacés sont une alerte concernant l'observance, même si A3 et A4 précisent que les patients ont « toujours de bonnes excuses », et n'admettent pas forcément l'observance.

A2 : « *C'est sûr que quand on voit des gens qui viennent faire renouveler leur ordonnance très très en retard on se dit bien qu'ils n'ont pas eu tout leur traitement quand même ».*

D1 : « *Presque tout le temps, je regarde, quand est-ce qu'ils sont venus à la dernière consult'. Si on voit qu'ils reviennent à trois mois et demi alors qu'on fait des ordonnances de 3 mois, ça veut dire qu'ils ont été inobservants pendant au moins quinze jours, donc ça c'est la méthode basique ».*

Pour D6 une hospitalisation a mis à jour un problème d'observance. Par ailleurs, les infirmières qui donnent le traitement peuvent aussi nous alerter : « *On a la chance, en maison médicale, d'être avec les infirmières [...], des fois ça permet d'avoir un retour. [...] J'ai reçu aujourd'hui, un monsieur qui avait fait un AVC l'an dernier, qui a été réhospitalisé dans les mêmes conditions, là, il faut se poser la question de savoir s'il prenait bien son traitement [...] c'est vrai qu'on peut se poser la question... ».*

D3 se fait une idée de l'observance en fonction du type de questions que pose le patient sur son traitement, et il interroge la carte vitale pour savoir si les médicaments son bien délivrés à la pharmacie : « *Sur des questions qu'il me pose sur son traitement. Quelqu'un qui va être bien au fait de son traitement, des effets secondaires, de l'intérêt de prendre ses médicaments, aura d'autres types de questionnements que quelqu'un qui prend ça de façon un peu aléatoire [...] On a les moyens d'interroger le serveur de la sécurité sociale pour voir le nombre de boites qui ont été délivrées. Après, est-ce que les boites sont réellement consommées ? ».*

▪ **Poser la question**

Presque tous les médecins disent interroger leur patient sur l'observance (A2, A3, A4, A5, A6, A7, A9, A10, D1, D3, D5, D6, D7, D8).

Cependant, chaque médecin a sa façon d'aborder le sujet, avec différents types de questions.

Certains demandent simplement au patient s'il prend son traitement (A2, A7, D1, D5, D6, D7, D8).

D1 : « *La deuxième méthode, c'est l'enquête, c'est poser la question: [...] « Est-ce qu'il vous arrive de les oublier ? ».*

A9, A10 et D5 laissent la possibilité au patient d'exprimer une inobservance en instaurant un dialogue ouvert, en mettant à l'aise le patient, en le déculpabilisant.

A9 : « *Je pense que si je leur demande s'il leur arrive d'oublier ils vont me dire « non » ; alors que là, le fait de leur dire : « la dernière fois que vous avez oublié... » : C'est normal, quasiment, d'oublier, et du coup ça permet de refaire le point, de voir quelles sont les circonstances ».*

D5 : « *Je leur pose carrément la question : « est-ce que vous prenez... ? », enfin je dis au patient : « si vous ne prenez pas un médicament, je préfère autant le savoir ». Du coup je déculpabilise aussi le patient qui ne prend pas son traitement. Oui, déculpabiliser, pour qu'il y ait un dialogue franc ».*

Six généralistes interrogent les patients sur la tolérance (D7, D8, A2, A9, D5, D6).

D7 : « *en cas d'hématome, ou d'épigastralgie, on en discute ».*

A2 : « *Est-ce que vous supportez bien ?... Est-ce qu'il y a un médicament que vous ne tolérez pas ? ».*

Cinq médecins recherchent les oublis (A2, A7, A10, D1, D5), même si D5 considère ne pas le faire assez souvent.

A10 : « *Vous l'avez oublié combien de fois, ce mois-ci le traitement ? ».*

A2 : « *Demander si c'est difficile de prendre le traitement, s'il arrive d'oublier... c'est des questions que je pose assez régulièrement, je crois ».*

D1 demande à ses patients s'ils connaissent les indications du traitement, et comment ils font en déplacement : « *Il faut de temps en temps, redemander : « Est ce que vous savez pourquoi vous prenez ces médicaments ? » ».*

A6 demande à ses patients s'ils connaissent par cœur leur ordonnance : « *J'essaye de leur demander s'ils connaissent par cœur leur ordonnance, s'ils savent à quoi servent les comprimés ou médicaments ».*

A5, A7 et D5 questionnent les patients pour savoir s'ils ont manqué de médicaments, ou s'ils ont « du stock », le cas échéant évoque l'inobservance.

D5 : « *quand ils disent « celui-là j'en ai encore, ce n'est pas la peine », bon... (Rires) ».*

A5 et D6 interrogent les patients sur les horaires de prises.

D6 : « *Savoir un petit peu à quel moment il le prend, les modalités de prises* ».

▪ **L'utilisation d'un questionnaire : l'exemple de celui pour patients hypertendus**

Un questionnaire d'évaluation de l'observance a paru intéressant pour sept médecins (A1, A2, A4, A5, D2, D4, D6), alors qu'un seul (D3) en a exclu l'utilisation :

D3 : « *En pratique je ne me vois pas poser un questionnaire sur la table, en face de mon patient, pour essayer de préciser les choses avec lui sur son observance* ».

Trois d'entre eux (D4, D6, A2) seraient prêts à l'utiliser.

D4 : « *Oui, je l'utiliserais parce que ça permet en une minute de cerner le problème de l'observance* ».

En revanche les quatre autres (A1, A4, A5, D2) émettent tout de même quelques réserves, et A1 évoque que c'est une tâche supplémentaire pour le généraliste qui a beaucoup à faire.

A1 : « *Oui, c'est intéressant parce qu'il est court quand même, [...] Après c'est vrai que c'est encore un nouvel outil à apprendre à maîtriser, à utiliser, et c'est un effort. En plus de tout ce qu'il y a déjà d'administratif en médecine générale* ».

D2 s'inspire des questionnaires pour interroger ses patients : « *Je ne fais pas remplir les tests à mes patients. Le test d'EPWORTH, l'IPSS, je m'en inspire pour les interroger. Ces outils sont plus utiles au médecin qu'au patient, il permet de nous sensibiliser sur certains points* ».

A1, D2, D3 ont soulevé la problématique de l'authenticité de la réponse du patient devant ce type de questionnaire :

A1 : « *Je ne suis pas sûr que si c'est le médecin qui pose la question, les patients répondent tous de façon objective. Il y en a peut être qui vont chercher à bien répondre, pour ne pas se faire gronder* ».

D3 : « *Le fait que ce ne soit pas le médecin traitant qui pose la question, le patient ne se sent pas lié par un quelconque contrat de confiance avec celui qui l'interroge, et va répondre plus franchement. Mais il peut aussi penser : « Ce questionnaire m'importe peu, et je réponds n'importe quoi et basta ! »* ».

4. Favoriser l'observance

▪ La Prescription :

- La stratification

Quatre médecins (A1, A6, D3 et D7) stratifient l'ordonnance en fonction de l'importance des traitements.

A1 : « *Il est en haut (l'AAP), il est avec les traitements post-infarctus par exemple, et puis c'est vrai qu'après si le patient insiste [...], pour avoir des antiarthrosiques par exemple, là, il est tout en bas, par exemple. Oui, voilà, en haut ce sont les plus importants* ».

D1 : « *Je pense qu'elle se fait automatiquement quand on est informatisé, parce que les traitements de fond sont en haut de l'ordonnance, et ceux qu'on rajoute en bas* ».

Au contraire, pour A4, la stratification ne paraît pas pertinente : « *Je ne pense pas que ça soit une bonne chose parce que le patient inobservant fait déjà un tri, en ne prenant que ce qui lui paraît plus important... Je pense qu'il faut communiquer au patient l'idée que son ordonnance c'est un tout, et qu'il n'y en a pas forcément un médicament qui prévaut [...] Si on lui dit c'est dans l'ordre, il risque alors de ne plus prendre les derniers de la prescription... qui peuvent être aussi des produits importants* ».

La stratification de l'ordonnance se fait automatiquement avec les ordonnances bi-zones de l'ALD d'après D5 et A2. Mais A2 modère, expliquant que la hiérarchie des traitements se fait dans l'esprit du médecin, pas forcément dans celui patient.

A2 : « *Dans notre tête immédiatement tout ce qui est dans la zone au dessus, on considère que c'est important, on considère que c'est presque une hiérarchie [...] Ça ne veut pas dire que pour les patients ça soit important ; pour les patients ça veut dire que c'est pris en charge à 100%* ».

D2 spécifie l'indication en face de chaque médicament de l'ordonnance : « *pour le cœur, pour la tension* ».

- Les compléments de la prescription, les astuces

D2 écrit en gros son ordonnance pour les personnes âgées : « *Je ne sais pas si le simple fait de faire des ordonnances écrites en petit ou en gros change quelque chose, mais j'ai une patiente qui est âgée, et je lui fais toujours les ordonnances écrites en gros, pour qu'elle puisse lire bien comme il faut. La dernière fois, j'ai écrit en petit, involontairement, et après elle m'a dit, « docteur, vous avez tout changé... »* ».

Cinq médecins (A6, D2, D4, D5, D7) expriment la nécessité d'une « pauci prescription ».

D4 : « *Dans le cadre d'une pauci prescription, si possible, le moins de médicaments possible !* ».

D5 : « *La multiplication des traitements, au-delà de cinq ou six médicaments, cela commence à devenir dur de tout prendre... Les patients aiment bien faire un tri !* ».

D8 : « *Ah ben mon médecin est très bien, mais je divise par deux, il en met trop !* ».

D1 propose de revoir la liste des médicaments en détaillant avec le patient, les indications, faire une révision de l'ordonnance : « *En pratique, quand je renouvelle un traitement, c'est de redire les noms des médicaments, je les pointe un à un. D'abord, ça me permet de vérifier l'ordonnance en même temps que je cite le nom des médicaments. De temps en temps, on peut rajouter : « Vous prenez bien ça, mais vous savez pourquoi vous le prenez ? » ; et ça va assez vite : « Oui ou non ». De temps en temps, je fais un peu la révision de l'ordonnance* ».

D2, lui, pense qu'il faut faire relire l'ordonnance par le patient : « *Maintenant, je me demande si ça ne devrait pas être le patient qui devrait relire l'ordonnance avec le médecin plutôt que l'inverse* ».

D6 refait le point sur la globalité de l'ordonnance en insistant sur les choses essentielles : « *Il faut essayer de trouver un moment un peu plus calme pour refaire le point sur la globalité de l'ordonnance, sa finalité. Voilà, bien insister sur les choses essentielles, c'est important oui* ».

▪ **Aider le patient à intégrer son traitement au quotidien**

Pour sept médecins (A4, A6, A9, A10, D2, D4 et D5), il convient d'adapter les horaires de prises médicamenteuses, selon les préférences du patient, pour favoriser une meilleure observance.

A10 : « *Il y a les horaires qui jouent ; enfin bon ce n'est pas très compliqué il n'y a qu'une prise par jour ; on leur demande quand est-ce qu'ils veulent le prendre* ».

D2 : « *Je leur conseille de prendre leur traitement toujours à la même heure [...] Cela leur permet de ne pas l'oublier, parce qu'ils font toujours la même chose : en se levant, en se brossant les dents, en mangeant : il faut instaurer des routines* ».

D1 a essayé un pilulier électronique dans le cadre d'une étude, mais cela n'a pas été concluant : « *J'avais testé il y a quelques années, un pilulier électronique pour l'HTA, dans le cadre d'un protocole. On prêtait un pilulier qui sonnait. Ça n'a pas marché !* ».

▪ **Donner de l'information au patient**

Quatorze médecins expriment la nécessité de donner de l'information (A3, A4, A5, A7, A8, A9, A10, D1, D2, D3, D4, D5, D6, D8).

D3 explique qu'il faut : « *donner la meilleure information possible, et essayer de se rendre compte si le patient, a bien capté l'information qu'on a voulu lui faire passer sur l'intérêt de prendre tel médicament, et sur la façon de le prendre. Pour chaque prescription, pour chaque ordonnance* ».

Selon les médecins, les informations données doivent être adaptées, claires, compréhensibles et répétées pour être intégrées par le patient.

A10 : « *Quand on donne un traitement, on explique pourquoi on le donne* ».

A3 : « *Il faut trouver des arguments pour LE patient en question...* ».

A8 : « *On leur dit que leurs petits vaisseaux, leurs petits tuyaux ils vont se boucher, que le sang ne circule plus, et que le tissu se nécrose et ça on leur explique avec des mots... accessibles, on leur dit que c'est important* ».

A4 : « *On est toujours très en cause dans la façon de présenter le produit, de le prescrire de l'argumenter* ».

D4 : « *Je crois qu'il y a un effort d'explication à faire. Il faut bien expliciter le discours médical, pour leur faire comprendre, qu'il y a des études qui prouvent le bénéfice à long terme de ce médicament, après un AVC, ou une pose de stent. Répéter au malade que prendre ce médicament est clairement bénéfique pour sa santé* ».

Pour A3 et D2, le rôle de l'explication lors de la première prescription du traitement est primordial.

A3 : « *Je pense qu'il y a des choses très archaïques qu'on ne comprend pas, qui doivent se jouer peut être à la première prescription et que si ça manque à la première prescription, c'est compromis pour la suite* ».

A5 explique qu'il faut donner une information plus poussée.

A6, A9 et D8 informent sur l'intérêt du traitement, les indications, les effets indésirables, sans dramatiser.

D8 : « *Vérifier s'ils ont les effets secondaires. Vérifier dans l'ordonnance s'ils ont compris l'intérêt de ce énième médicament qui est en plus* ».

D3, D4, D5 s'appuient sur des études internationales, pour s'assurer de la bonne compréhension.

D3 : « *J'explique en disant, « il y a eu des grandes études internationales : quand les personnes prennent le médicament que je vous prescris aujourd'hui... » ».*

D8 parle de négociation de l'observance: « *A mon avis c'est bon, par ce que j'ai négocié le coté fluidité du sang, prévention des trucs graves* ».

Pour A6, A9, D4 et D5, il convient de déceler la cause de l'oubli afin de trouver un moyen de le contourner.

A9 : *« Essayer de voir quel est le facteur ou le motif de mauvaise observance, et puis essayer de voir dans quelle mesure on peut le dépasser ou le contourner ».*

A7 écoute, pose les bonnes questions, parle des risques de l'inobservance, explique avec des mots accessibles, fait des dessins, répète : *« J'essaie de faire des dessins des choses comme ça ».*

La répétition de l'information semble importante pour sept médecins (A5, A6, A7, A9, A10, D1 et D3).

A10 : *« Des fois il faut rabâcher parce qu'ils n'ont pas bien compris, je rabâche facilement ».*

Pour D3: *« L'idée force c'est que le patient comprenne bien pourquoi il le prend ».*

Pour sept généralistes (A3, A4, A10, D3, D5, D4 et D7), il faut expliquer la balance bénéfice-risque du traitement.

A3 : *« Le message que j'ai essayé de faire passer c'est qu'on fait toujours la balance des avantages et des inconvénients, bénéfice-risque, et que même s'il y a quelques risques d'effets secondaires, si les bénéfices sont supérieurs, alors on prescrit ».*

▪ **Evoquer les risques de complications**

Cinq médecins disent aborder les risques encourus en cas d'inobservance.

A7 : *« On essaye surtout de leur mettre la pression, dire que c'est un médicament indispensable, je leur répète, j'essaye de répéter à chaque fois le mécanisme d'action et les risques encourus par l'inobservance, de thrombose etc. ».*

D5 : *« Je pense qu'à certaines personnes ça parle, et puis je leur explique les conséquences, les risques d'AVC, les risques d'infarctus, enfin, il faut leur donner des noms de maladie aussi, ce qu'ils peuvent éviter ».*

D6 s'appuie sur les antécédents pour favoriser l'observance, parle des risques sans tomber dans un discours menaçant : *« Dans ce cadre là, c'est encore plus concret. Il faut leur signifier qu'ils ont frôlé la catastrophe, surtout s'il y a eu un AVC. Il faut mentionner les possibles séquelles à long terme : motrice, phasique etc. Prendre le temps de tout expliquer ! Sans être menaçant ».*

▪ La relation médecin malade comme véhicule de l'information

Pour les médecins, la relation au patient a un rôle majeur, dans la problématique de l'observance, et dans la transmission de l'information. Certains insistent sur la nécessité d'être à l'écoute du patient.

D7 : « *Je pense qu'on est très très mal formé à communiquer ! L'aide à la motivation. On n'a pas de notion de ce côté là. [...] Je pense que c'est vraiment dans la relation que ça se joue, oui. Etre dans l'écoute, ouvert* ».

A9 : « *Je laisse davantage la parole, ou l'ouverture, pour qu'ils puissent un moment donné, dire qu'il y a un truc qui ne va pas* ».

D4 : « *Moi je crois que c'est la participation active du médecin à l'écoute du patient, qui peut permettre l'observance. Il n'y a que ça qui peut marcher à mon avis. [...] Je pense que ça passe d'abord par la communication. C'est la communication qui est importante* ».

A2 : « *Et bien... je pense qu'il faut écouter le patient... écouter et le questionner...* ».

D5 : « *Déculpabiliser, pour qu'il y ait un dialogue franc [...] On voit bien des fois certains patients qui disent : « non, je ne vais pas le dire à mon spécialiste, il va m'engueuler, enfin, vous ne vous rendez pas compte... [...] Il ne faut pas qu'il se sente jugé sur le fait qu'il n'ait pas intégré que c'était pour telles ou telles choses, tels médicaments. Alors, j'essaye au maximum de les impliquer* ».

Pour A9, D7 et D8, il ne faut pas être dogmatique.

A9 : « *C'est toute une mentalité à revoir, une façon de faire : on ne met pas une ordonnance en disant « vous la suivez point barre, que ça vous plaise ou non ! » ; il faut que le patient puisse comprendre, être davantage acteur, se sentir beaucoup plus responsable de ce qui se passe, et avoir la possibilité de dire : « non ça me convient pas, il y a ça qui me gêne. ». Il faut vraiment discuter, négocier et que le patient soit suffisamment à l'aise pour dire quand quelque chose ne va pas. On s'aperçoit souvent que ça fait un moment qu'ils prennent des médicaments, que ça ne leur convient pas, mais qu'ils n'ont jamais pensé qu'on pouvait en discuter, essayer d'améliorer les choses* ».

D7 : « *A ne pas faire ??? Ne pas faire de consultation en 10 minutes, et ne faire que parler, se montrer dogmatique* ».

D8 : « *Moi, je n'ai pas un style autoritaire. (En mimant un médecin agressif, d'un ton ferme) « Il faut que vous le preniez ! ». Enfin ce n'est pas mon style, et je ne suis vraiment pas persuadé que les gens obéissent mieux. A mon avis, on doit trouver des tas de patients à qui il suffit qu'on leur impose un traitement pour qu'ils ne le prennent pas* ».

D7 estime aussi que l'attitude du généraliste peut amener le patient à cacher son inobservance : « *un médecin qui n'est pas à l'écoute, qui ne peut pas entendre les divergences de ses patients* ».

Pour D8 : « *Un médicament qui est prescrit, c'est un transfert de confiance* ».

Pour favoriser cette confiance, D8 accueille ses patients dans un cadre agréable : « *La salle d'attente était agréable ? Mon cabinet est accueillant (demandant l'approbation de l'enquêteur) ? J'ai un cadre horaire, un espace de temps et un espace local que j'ai essayé d'aménager dans ce sens là* ».

▪ **Le ressenti du patient inobservant**

D2 évoque une potentielle culpabilité des patients par rapport à l'inobservance: « *Parce qu'ils se sentiraient coupables de ne pas prendre leur traitement* ».

D5 : « *Les patients ont peur de décevoir leur médecin en leur parlant de leur inobservance, craignent que l'on interprète cela comme un manque de confiance envers nous, alors que ce n'est pas forcément le cas [...] On a parfois une relation... presque infantilisante avec eux, malgré nous... Je leur dit, « même si vous ne le prenez pas, dites-le moi, je ne vous jugerai pas ! ».* Je ne vais pas considérer que c'est un mauvais patient pour autant (rires !)

A2 : « *Un patient peut avoir confiance en son médecin ; cela ne veut pas forcément dire qu'il va estimer nécessaire et indispensable de prendre les traitements. S'il avoue ne pas les prendre, peut être craint-il que ce comportement soit interprété à tort comme un manque de confiance envers le soignant* ».

A10 : « *De toute façon il va toujours nous dire « oui » pour nous faire plaisir, craignant une remontrance* ».

A1 : « *Je ne suis pas sûr que si c'est le médecin qui pose la question, les patients répondent tous de façon objective. Il y en a peut être qui vont chercher à bien répondre, pour ne pas se faire gronder* ».

A6 : « *Le patient, souvent devant le médecin, essaye d'être un bon élève donc essayer de ne pas trop stigmatiser pour pas qu'il le vive mal, comme si c'était un mauvais élève* ».

▪ **Les autres acteurs**

La répétition de message par plusieurs intervenants est nécessaire selon D7 : « *Ça serait une manière de relancer la motivation. Multiplier les interventions, oui* ».

Les autres intervenants cités sont les infirmières, les pharmaciens, et les spécialistes.

Pour A4, A5, D5, D6 et D7, les infirmières ont un rôle à jouer dans l'observance, même si selon A4, elles manquent de temps pour cela.

A4 : « L'infirmière c'est sûr mais il faudrait qu'elle ait le temps, les infirmières de ville n'ont jamais le temps. C'est impossible, enfin celles que je connais ici dans les environs, ce n'est pas possible [...]. Souvent les infirmières, c'est une intervention quotidienne donc elles ont beaucoup plus de lien direct avec le patient ».

D3 : « Quand j'ai vraiment un risque de mauvaise observance, pour des traitements qui ont une fenêtre thérapeutique étroite, je crois que le mieux, c'est de tout faire faire par un infirmier : la délivrance et la surveillance de la bonne prise du médicament. Les déments, les gens sous anticoagulant, qui sont manifestement incapables de faire les INR régulièrement, parce qu'ils n'ont plus les moyens intellectuels de suivre leur traitement, de savoir combien de comprimés ils doivent prendre, où ils en sont. Je ne vois pas d'autre solution que d'avoir recours à l'infirmier ou quelqu'un de compétent pour assurer un bon suivi thérapeutique ».

D6 : « Puis nous, c'est vrai qu'on a la chance, en maison médicale, d'être avec les infirmières, comme parfois il y a la préparation du semainier, du traitement, des fois ça permet d'avoir un retour, aussi complémentaire ».

A1, A2, A3, A4, D4 pensent que le pharmacien pourrait être un acteur précieux dans l'amélioration de l'observance.

D3 : « Je pense que les deux professionnels de santé en première ligne, c'est le prescripteur et le pharmacien qui délivre ».

A2 : « Le pharmacien est très très bien placé pour savoir qui vient prendre régulièrement son traitement, qui lui parle de tel ou tel médicament, parce que je pense que les effets sont peut-être plus facilement présentés au pharmacien ».

D2 ne partage pas ce point de vue : « Je suis très sceptique quant à leur rôle de conseiller. Je pense qu'ils ne prennent pas le temps [...]. Je ne pense pas qu'ils le fassent. Donc je pense vraiment que c'est à moi de faire tout ça ».

- Les spécialistes

Six généralistes (A3, A4, A7, A8, D5 et D8) évoquent le rôle du spécialiste qui initie le traitement.

A3 : « C'est aussi des médicaments que je ne prescris jamais toute seule donc il y a forcément d'autres médecins qui sont intervenus, qui ont peut-être expliqué ».

A8 : « Le chirurgien, le cardiologue, ou l'anesthésiste ont déjà fait une part du travail, pour les patients « stentés » ou « pontés ». Le milieu hospitalier, CHU ou clinique, a déjà expliqué au patient ».

- Les réseaux de soins ville-hôpital

Les médecins trouvent que les réseaux de soin ville-hôpital sont utiles, mais certains émettent toutefois des réserves (A1, A2, A4, D1, D2, D3). D7 explique que la multiplication des interventions médicales peut être pénible pour les sujets âgés.

A2 : *« L'hôpital n'est pas trop en lien avec la ville... donc il y a quelques réseaux qui essaient de faire l'interface et qui sont moitié hospitaliers moitié libéraux, c'est ça le réseau, mais c'est quand même pas ce qui se fait le plus souvent... mais ça existe... ».*

D2 : *« Je connais le réseau GRANTED. Je pense que c'est pas mal. Ils côtoient le patient à l'hôpital, passent un bon quart d'heure à discuter avec à propos des AVK. Je pense que le patient en tire quelque chose de bénéfique. Je pense que ça peut être bien ».*

D7 : *« Les patients n'en peuvent plus de voir les médecins ; à 70 ans, ils sont las. Revoir encore des médecins, rentrer à nouveau dans un réseau, se déplacer au CHU, au bout d'un moment, cela fait une belle grosse mayonnaise, mais je ne suis pas sûre que pour le patient ce soit si intéressant ».*

▪ Ce qu'il faudrait faire dans l'idéal

- Consultation dédiée

Quatre médecins (D5, D7, A1, A2) proposent une consultation dédiée uniquement à l'observance. Pour D5 : le patient devrait commenter son ordonnance lors d'une consultation réalisée par une infirmière spécialisée dans l'éducation thérapeutique.

D7 : *« Donc il pourrait y avoir une consultation annuelle dédiée, par son généraliste, à la discussion de ce problème là. Il pourrait y avoir une campagne de com' sur l'observance ».*

D5 : *« Il faudrait faire de l'éducation thérapeutique, avoir une consultation où on demande au patient de commenter son ordonnance. Pour certains cela peut être culpabilisant, et ils ne le vivraient pas bien, alors c'est plus simple si ne n'est pas le médecin qui interroge. Une infirmière qui ferait de l'éducation thérapeutique, serait apte à mener la consultation : « Vous prenez cette ordonnance depuis un an ou quelques mois, savez-vous ce que ce médicament vous apporte ? » ».*

- Avoir plus de temps

A3 : *« Peut-être que quand on initie un traitement, il faudrait vraiment du temps, être bien plus vigilant dans les explications ».*

A1 : *« Dans l'idéal pour améliorer l'observance il faudrait investir plus de temps à communiquer, à donner une information adaptée à chaque patient ».*

- Sensibiliser le généraliste, améliorer leur formation

D7 : « Il pourrait y avoir une campagne de com' sur l'observance, avec une rémunération généreuse par l'état ! [...]. Sans le patient, on ne fait rien ! Il faut l'aider dans sa motivation, s'appuyer sur du positif pour qu'il puisse s'orienter vers le changement, ce sont des techniques d'interrogatoire, et ce n'est pas enseigné ».

D1 : « Il serait intéressant de se former, mais aussi de proposer un outil, une plaquette... Il pourrait y avoir une campagne ! J'ai pensé, en voyant le questionnaire de dépistage : faire une campagne auprès des généralistes : « Voudriez-vous tester l'observance sur les dix prochains patients, grâce à cette plaquette ? », comme une évaluation des pratiques, pendant un mois par exemple. Sous la forme de jeu, pourquoi pas ? ».

A2 : « Il faudrait être formé, vraiment, à l'écoute du patient. Etre formé et se dire que le patient a sa connaissance de la maladie, ses propres représentations, et qu'il y croit vraiment. Ce que toi, tu sais de la maladie, il veut bien le croire, mais il en est moins persuadé quand même ».

- Améliorer la relation et la communication avec son patient

Pour beaucoup de généralistes (A1, A2, A10, D4, D6, D8 et D7), l'observance dépend de la qualité de la communication, et D7 aborde l'entretien motivationnel.

D7 : « [...] Je pense qu'on est très mal formé à communiquer ! On aurait besoin d'avoir plus de notion sur la communication et l'aide à la motivation [...] Sans le patient, on ne fait rien ! Il faut l'aider dans sa motivation, s'appuyer sur du positif pour qu'il puisse s'orienter vers le changement, ce sont des techniques d'interrogatoire, et ce n'est pas enseigné [...] Il existe une fac d'entretien motivationnel sur Aix en Provence. Jusqu'à présent, ce n'était pas un mode de communication médical largement répandu » ; « On n'est pas encore très formé, mais c'est intéressant d'essayer de mettre le patient au centre de sa santé, et cela passe par de l'information, mais aussi par de la disponibilité pour ses points de vues ».

A3 : « Mettre des traducteurs dans les cabinets... ou des fiches dans les langues étrangères les plus courantes : comme l'arabe, ou des dessins, des trucs imagés, en italien, en portugais ».

- L'éducation thérapeutique (ETP)

L'éducation thérapeutique est un outil précieux d'après huit médecins (A2, A3, A5, A9, D1, D2, D5, D6).

A2, A3, A5, A9, et D5 en ont spontanément parlé.

A2, A3, A9 participaient à des réseaux d'ETP.

A9 : « Il faudrait faire de l'éducation thérapeutique pour tout le monde. Toute pathologie chronique est candidate à l'éducation thérapeutique ! C'est certain à mon avis, c'est la première étape... ».

D2 : « Oui, l'éducation thérapeutique a une place aussi. Il faut que je sois capable de leur faire dire ce qu'ils ressentent vis-à-vis de leur traitement, et pourquoi ils le prennent. Je connais l'éducation thérapeutique, mais je ne le fais pas systématiquement. Je pourrais leur demander : « qu'est-ce que vous pensez de votre traitement ? », « pourquoi je vous donne ce traitement ? ». Cela pourrait m'aider à voir de quelle manière ils ont intégré les choses ».

En revanche D3 n'a pas d'avis tranché sur l'ETP : « Je n'ai pas vraiment de retour par rapport à cela. Je commence à envoyer des gens en éducation thérapeutique, c'est mes débuts avec cet outil là. Je n'ai pas encore eu de retour. Je suis incapable d'évaluer ce que cela peut apporter à ces patients. J'ai un a priori favorable pour ce genre de technique. A suivre ! ».

E. Discussion

1. Limites et biais de l'étude

▪ Biais de sélection

Sept médecins sur dix-huit interrogés étaient des maîtres de stage, on pourrait donc imaginer que ces derniers ont une posture éducative qui teinterait leur pratique médicale. Nous n'avons pourtant pas noté de divergences significatives entre les informations recueillies auprès d'eux et les réponses données par les autres généralistes.

Par ailleurs tous les médecins interviewés viennent de la même région : bassin chambérien ou grenoblois, ce qui peut également être un biais de sélection.

De plus, les médecins ont été recrutés par téléphone. Ceux qui ont refusé l'entretien n'étaient probablement pas sensibles au sujet de l'étude, alors qu'on peut imaginer que les médecins sélectionnés étaient plus réceptifs à cette problématique.

▪ Limite de la méthode

Chaque interview a été réalisée puis retranscrite par un seul interne et les données ont été triangulées par la suite. Il aurait été matériellement très fastidieux de réaliser tous les entretiens ensemble (un interviewer, un modérateur), mais il est évident que cela aurait enrichi les résultats de notre travail. Par ailleurs on ne peut écarter un biais d'induction lorsque l'interviewer est aussi celui qui « enquête ».

Dans notre étude les informations ont été extraites d'entretiens avec des médecins, or dans une étude observationnelle, où l'on assisterait à la consultation afin de voir les comportements in vivo du médecin, on pourrait objectiver dans quelle mesure le médecin réalise ce qu'il déclare faire dans les entretiens.

Un manque de disponibilité du médecin interrogé peut également être une limite. Les entretiens ont eu lieu pendant la journée de consultations, dont on connaît les contraintes de temps.

Ainsi, certains généralistes étaient plus disponibles que d'autres, et les durées d'entretiens ont ainsi été très variables (3 à 34 minutes).

▪ Limite de l'étude

Tout comme l'observance est un processus dynamique, la vision qu'en a le généraliste est aussi en évolution permanente, façonnée par son expérience quotidienne. La limite de notre étude est donc de figer des points de vue évolutifs.

Le guide d'entretien a évolué, l'item consistant à soumettre le questionnaire de dépistage des anti-HTA et celui abordant la relation des médecins avec les réseaux ville-hôpital ont été supprimés de la version définitive. Il aurait été intéressant d'étudier ces deux outils, dans une étude à part entière.

Une enquête qualitative sert à mettre en évidence des comportements, mais ne peut confirmer des hypothèses. Elle n'est donc pas adéquate pour vérifier la validité d'un questionnaire.

La méthode DELPHI, pourrait être utile ici, car elle permet de valider un questionnaire grâce à un consensus d'experts (59).

2. Discussion des résultats

▪ La vision qu'a le généraliste de l'observance des AAP

La nécessité de l'observance des AAP reste indiscutable pour la plupart des médecins. Elle soulève, en revanche, beaucoup d'interrogations, tant au niveau de sa définition, que de son évaluation, car c'est une donnée qui leur échappe en grande partie.

Nous constatons que l'observance des AAP reste une problématique largement sous-estimée par les généralistes.

Les médecins confrontés à l'inobservance avaient différentes façons de réagir. Certains avaient recours à un discours menaçant, évoquant les risques encourus par les patients, pour tenter de les obliger à se conformer à la prescription.

D'autres tentaient de créer un contexte d'indulgence, invitant les malades à exprimer leur point de vue, en légitimant une éventuelle inobservance.

Parfois, l'inobservance pouvait être vécue par les médecins comme une frustration, ou un échec. Un médecin a même évoqué la notion de « trahison » en apprenant l'inobservance d'un patient.

▪ Les déterminants de l'observance des AAP d'après le généraliste

Les causes d'inobservance propres aux AAP sont : la galénique, les effets secondaires, la prise isolée du midi, le manque de compréhension de l'intérêt du traitement.

Beaucoup de médecins pensent que le sachet est connoté « accessoire », et non perçu comme un « vrai médicament » par le patient.

De plus le fait que le patient ne ressente pas les bénéfices du traitement, et que l'on ne dispose pas de paramètre clinique ou biologique pour en objectiver l'effet, serait un facteur d'inobservance.

Par ailleurs c'est un traitement indiqué dans des pathologies souvent asymptomatiques, et le patient ne se sentant pas malade, peut sous-estimer l'importance de se soigner.

Dans la pathologie chronique, la lassitude de prendre un traitement à vie prend le relais sur l'émotion présente dans le cadre aigu d'un accident cardiovasculaire.

En effet, l'émotion étant le moteur de tout comportement (52), on comprend pourquoi les traitements chroniques peuvent être mal observés.

En outre, la gravité de la maladie ou un antécédent d'accident cardiovasculaire, s'accompagne forcément d'une bonne observance, motivée par la peur, pour la plupart des interviewés.

Or si elle est trop forte, la peur peut conduire les individus à s'en protéger en adoptant une attitude de fuite, il faut donc la manier avec précaution (5, 53).

Les autres facteurs d'inobservance s'appliquaient à tous types de traitements.

Nous avons constaté que le manque d'informations données par le médecin, ainsi qu'un défaut de compréhension du patient vis-à-vis de son traitement et de sa maladie étaient systématiquement invoqués.

La conviction du médecin paraissait être indispensable pour que le patient soit observant, ce qui est en effet confirmé par l'étude française de Certain A. (54).

Enfin la « polyprescription » est clairement identifiée par les médecins comme un facteur d'inobservance. Nous partageons l'idée qu'il est nécessaire de prescrire à minima pour favoriser l'observance des médicaments indispensables.

▪ **Que faire pour améliorer l'observance ?**

- La sensibilisation

Il nous a paru indispensable que les prescripteurs soient davantage sensibilisés à la problématique de l'adhésion thérapeutique.

La tâche est grande, pour des médecins qui ont déjà beaucoup à faire, mais une fois sensibilisés à l'observance, ses déterminants, et ses conséquences thérapeutiques, ils ne pourront qu'intégrer la question comme une priorité dans leur pratique.

- La relation patient-soignant

La qualité du lien entre soignant et soigné nous semble primordiale pour assurer une adhésion optimale.

Le patient et le médecin doivent être dans une relation de confiance, où le malade peut exprimer librement son ressenti, sans craindre un jugement. Pour cela, il faut que le médecin communique de façon efficiente, établisse et entretienne une relation personnalisée avec chaque patient.

L'écoute, l'empathie, la gestion de la communication verbale et non verbale, la disponibilité, l'humanisme, sont autant de compétences fondamentales selon la WONCA 2002 (3) dont le généraliste doit faire preuve au quotidien.

La position du patient est en pleine évolution, et nous avons noté un remaniement de la relation soignant/soigné : le patient est vivement invité à être acteur des soins qui lui sont prodigués, à en regagner la responsabilité qui lui revient de droit, à prendre conscience de son rôle dans le processus thérapeutique.

Cette notion est reprise sous le terme de « *self-care* » (littéralement « prendre soin de soi-même ») ; désignant le processus par lequel une personne agit pour son propre compte, pour sa santé.

Le patient doit participer activement à la démarche thérapeutique, et au choix de la prise en charge. Cette position du patient, renforce son sentiment d'auto-efficacité ; cette pratique d'éducation du patient est décrite sous le terme d'*empowerment* (55).

Dans ce cadre là, l'observance est la résultante de décisions que le patient prend par lui-même, pour lui-même, dans le cadre d'un processus complexe, ayant en partie lieu au moment de la consultation, mais aussi à l'issue de celle-ci, dans la relation à soi-même, à son entourage familial et social.

Parfois le patient a ses propres normes de santé et de prise en charge, ses propres attentes, qui peuvent entrer en contradiction avec les normes médicales, et l'exposer à un risque majeur de complications de sa maladie.

Être à l'écoute du malade, comprendre ses demandes et ses choix impliquent parfois de le suivre dans des orientations contraires à la bonne gestion théorique de la maladie.

Le malade n'est pas toujours disposé à prendre une part active dans ses soins, pouvant considérer cela comme une contrainte, et préférant s'en remettre entièrement aux soignants, ce peut être le reflet d'une mise à distance de la maladie.

C'est un nouvel équilibre, où le médecin doit tenter de s'acquitter au mieux de son rôle et de sa fonction : informer le patient du mieux qu'il le peut, afin qu'il ait toutes les cartes en mains pour avoir un comportement éclairé, et autonome.

Cet ajustement de la place du patient se fait au sein de la relation médecin-patient mais également au sein du parcours de soin, où le patient rencontre différents acteurs de santé ; pharmaciens, infirmières, ou spécialistes. L'observance doit rester le souci de chacun de ces intervenants, ainsi la répétition du message par différents intervenants lui donnera plus de poids.

- La consultation

Presque tous les médecins regardent le délai écoulé entre les renouvellements, pour évaluer l'observance.

Le dépistage de l'inobservance doit être systématique lors d'une consultation ; ainsi nous avons imaginé un outil simple : un mémo reprenant trois questions qui nous paraissaient pertinentes (*Annexe 6* : Questionnaire de dépistage de l'inobservance). Nous nous sommes en partie inspirés des questions que les médecins interrogés utilisaient, mais également de nos expériences cliniques.

Les médecins sous-estiment trop souvent la nécessité de détailler les informations relatives au traitement qu'ils prescrivent : horaire, nombre de prise, durée du traitement, mais également de parler des effets secondaires possibles et leurs fréquences.

Il nous a semblé nécessaire d'axer davantage le discours médical autour des informations relatives aux prescriptions : expliquer, s'enquérir de la bonne compréhension, donner des informations orales, mais aussi écrites, reprendre l'ordonnance avec le patient, afin qu'il se l'approprié (57).

Il est également primordial que les prescriptions soient en parfaite adéquation avec les recommandations des sociétés savantes, afin de ne prescrire que l'essentiel, mais aussi d'augmenter la conviction du médecin lors de la prescription.

- L'éducation thérapeutique du patient (ETP)

En 2007, la HAS édite les recommandations concernant l'éducation thérapeutique du patient (ETP).

« L'ETP fait partie intégrante [...] de la prise en charge du patient. [...] Elle a pour but de les aider à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie » (58).

Il n'est jamais question d'observance thérapeutique dans ce document ; l'accent est plutôt mis sur l'apprentissage, dans le but rendre les patients autonomes et d'améliorer leur qualité de vie.

En 2009, l'éducation thérapeutique, est abordée dans la loi Hôpital, patients, santé, territoires.

« L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie » (article L.1161-1 du code de la santé publique).

L'éducation thérapeutique peut être réalisée par d'autres acteurs du parcours de soin, comme les infirmières ou les pharmaciens.

Les médecins connaissent tous l'éducation thérapeutique et si certains se posaient la question de son efficacité, d'autres faisaient partie de programmes d'ETP.

L'ETP est un espace où une éventuelle inobservance peut être exprimée, où l'on explore ses déterminants, et où l'on tente d'élaborer avec le patient des réponses.

Ce qui ressort en filigrane au travers de ces questions d'éducation thérapeutique et d'observance, c'est la relation médecin/patient, en tant qu'interaction, et processus dynamique.

Il y a en effet un véritable échange : d'un côté l'éducation thérapeutique vise entre autre à améliorer l'observance, mais à l'inverse, un problème d'observance peut nous remettre en question quant à notre posture éducative face au patient.

Le réseau GRANTED, à Grenoble, fait un travail d'éducation thérapeutique, et utilise un guide d'entretien pour évaluer les déterminants de l'observance afin de l'améliorer. Il prend en compte les quatre dimensions de l'observance :

- Cognitive : c'est la connaissance qu'a le patient de sa maladie et de son traitement.

- Emotionnelle : ressenti du malade vis-à-vis de son état de santé.
- Sociale : entourage et mode de vie.
- Organisationnelle : intégration du médicament au quotidien.

C'est en connaissant et maîtrisant tous ces éléments, que le médecin généraliste aura toutes les cartes en main pour accompagner ses patients vers l'observance.

3. L'apport de notre travail dans la pratique quotidienne du généraliste

Nous avons exploré de quelle manière le généraliste appréhende l'observance d'un traitement chronique, pour lequel il n'a aucun marqueur biologique ou clinique.

Les médecins vont être davantage confrontés à cette problématique avec l'arrivée des nouveaux anticoagulants ne s'accompagnant d'aucun dosage biologique, et dont l'inobservance entraîne de graves risques thromboemboliques.

Plus largement l'observance concerne toute thérapeutique, qu'elle soit médicamenteuse ou non et pouvoir l'aborder avec le patient est essentiel.

Notre travail et les nombreux entretiens menés auprès des généralistes, ont une application concrète dans notre pratique clinique.

Nous avons ainsi imaginé un outil simple et rapide pour aborder l'observance ; il s'agit du « questionnaire de dépistage de l'inobservance ».

- Que pensez-vous de ce traitement ?

- Quand avez-vous oublié votre traitement pour la dernière fois ?

- Pouvez vous m'expliquez à quoi sert ce médicament ?

Nous avons sélectionné trois questions qui ouvrent le dialogue avec le patient, sans le culpabiliser.

Ces questions ouvertes permettent de recueillir une information riche sur le ressenti du patient, son point de vue, ses représentations, et il sera plus aisé pour le médecin d'accompagner son malade.

F. Conclusion

L'observance thérapeutique, dont l'ampleur a été confirmée par de nombreuses études, est le défi de la médecine contemporaine, avec des retombées en termes de santé publique mais également économiques. Selon l'OMS (2), résoudre le problème de la non-observance thérapeutique serait bien plus efficace que l'avènement de n'importe quel nouveau progrès médical.

Ainsi, la problématique de l'observance des antiagrégants plaquettaires est largement sous-estimée par les généralistes, et il est nécessaire qu'ils y soient davantage sensibilisés.

L'observance de ce traitement doit être systématiquement recherchée lors de chaque consultation. Nous avons ainsi imaginé un outil simple de dépistage, pouvant s'appliquer à tous types de traitements (*Annexe 6*).

Le médecin doit recentrer son discours autour des informations relatives à la prescription. Elles doivent être détaillées (indications, mode et horaire de prise), et reportées par écrit. En outre, le soignant doit s'enquérir de la bonne compréhension du patient.

Les contours de la relation médecin-malade se redéfinissent autour d'un partenariat, entre un patient plus autonome, et un médecin davantage à l'écoute.

L'éducation thérapeutique se révèle être un outil précieux pour que le patient intègre au mieux les enjeux de son problème de santé.

Enfin, il est capital de prescrire peu, mais prescrire bien, selon les recommandations, pour avoir la meilleure observance possible (51).

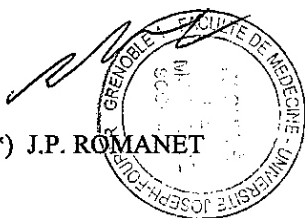
(*) VU ET PERMIS D'IMPRIMER

(*) Grenoble, le 12 SEP 2012

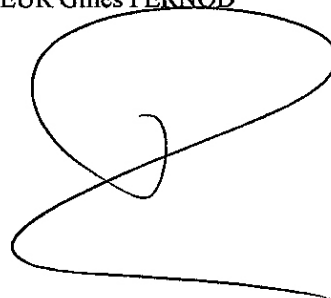
(*) LE DOYEN

(*) LE PRESIDENT DE LA THESE

(*) J.P. ROMANET



(*) PROFESSEUR Gilles PERNOD



G. Bibliographie

1. Hippocrate. Bienséances; chapitre 14.
2. WHO. Adherence to long-term therapies: evidence for action; 2003: 194p. http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/, consulté le 6 aout 2012.
3. WONCA EUROPE. The european definition of general practice/ family medicine; 2011. <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>, consulté le 2 octobre 2012.
4. Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL. Compliance in health care. Baltimore: John Hopkins University Press; 1979.
5. Fischer GN, Tarquinio C. Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé. Dunod; 2006.
6. Tourette-Turgis C, Rébillon M, Pereira-Paulo L. De l'adhésion à l'observance thérapeutique : réunir les conditions d'une primo-observance et développer une multiplicité d'interventions dans la durée. Counseling, Santé et développement; Mars 2005. http://www.counselingvih.org/fr/dossiers/dossier_pdf_doc/dossier_observance_mars04_comp let.pdf, consulté le 29 septembre 2012.
7. Abelhauser A : Observance, compliance ou adhésion ? Enjeux sociaux et mécanismes psychiques. Second European Conference on the Methods and Results of Social and Behavioural Sciences: Aids in Europe. New Challenges for Social and Behavioural Sciences. Paris; 1998.
8. Lamouroux A, Magnan A, Vervloet D. Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? Revue des maladies respiratoires; Février 2005; 22: p31-34.
9. Dahan R., Dahan A. La compliance : mesure d'adhérence au traitement et au suivi thérapeutique. Thérapie; 1985; 40: p17-23.
10. Ankri J, Le Disert D, Henrard J.C. Comportements individuels face aux médicaments : de l'observance thérapeutique à l'expérience de la maladie, analyse de la littérature. Santé Publique; 1995; 4: p427-441.
11. Cotton S, Antill JK. 1984. In : Tarquinio C, Fischer GN. Dimensions conceptuelles et facteurs psychosociaux de la compliance. Cah Int Psycho Soc. 2001; 49: p15-33.
12. Cramer J, Benedict A, Muszbek N, Keskinaslan A, and Khan Z M. The significance of compliance and persistence in the treatment of diabetes, hypertension and dyslipidaemia: a review. International Journal of Clinical Practice. Janvier 2008; 62: p76-87.
13. Bauman J: A patient-centered approach to adherence: risk for nonadherence. In : Drotar D. Promoting Adherence to Medical Treatment in Chronic Childhood Illness. New-York: Lawrence Erlbaum; 2000: p.71-93.
14. Cuisset T, Frere C, Quilici J, Gaborit B, Bali L, Poyet R, et al. Aspirin noncompliance is the major cause of « aspirin resistance » in patients undergoing coronary stenting. American heart journal; mai 2009; 157(5): p889-893.
15. Brainard D, Hyslop NE, Mera R, and Churchill J. Long-term outcome of inpatients with tuberculosis assigned to outpatient therapy at a local clinic in New Orleans. Journal of

investigative medicine: the official publication of the American Federation for Clinical Research; août 1997; 45(6): p381-387.

16. Myers, Lynn, and Kenny Midence. *Adherence to Treatment in Medical Conditions*. Taylor & Francis; 1998.
17. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker M. Social learning theory and the health belief model. *Health education quarterly journal*. John Wiley & Sons, Inc; 1988.
18. Assal JP. *Traitement des maladies de longue durée : de la phase aiguë au stade de la chronicité. Une autre gestion de la maladie, un autre processus de la prise en charge*. Paris ; Encycl Méd Chir, Elsevier; 1996.
19. Kübler-Ross E. *Les derniers instants de la vie*. Labor et Fides; 1976.
20. Reach G. La non-observance thérapeutique : une question complexe; un problème crucial de la médecine contemporaine. *Médecine*; novembre 2006; 2(9): p411-415.
21. Burgoon J K, Pfau M, Parrott R, Birk T, Coker R, Burgoon M. Relational communication, satisfaction, compliance - gaining strategies, and compliance in communication between physicians and patients. *Communication Monographs*; 1987; 54(3): p307-324.
22. Ley P, Jain V K, Skilbeck C E. A method for decreasing patients' medication errors. *Psychological medicine*; novembre 1976; 6(4): p599-601.
23. Crane J A. Patient comprehension of doctor-patient communication on discharge from the emergency department. *The Journal of emergency medicine*; février 1997; 15(1): p1-7.
24. Van den Brink-Muinen A, Verhaak P, Bensing J M, Bahrs O, Deveugele M, Gask L, Leiva L and al. Doctor-patient communication in different European health care systems: Relevance and performance from the patients' perspective. *Patient Education and Counseling*; janvier 2000; 39(1): p.115-127.
25. Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale. *Prescription plurimédicamenteuse chez la personne âgée de plus de 70 ans. Polyprescription: risques et règles qui en découlent*. Andem : Paris; 1994.
26. Pr Legrain S. *Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé, prescription, iatrogénie et observance*. HAS; 2005.
27. Arnsten J, Demas P, Gourevitch M and al. Adherence and viral load in HIV-infected drug users: comparison of self-report and medication event monitors (MEMS). 7th conference on retroviruses and opportunistic infections. San Francisco; 2000 January.
28. Rodin, Judith and Irving. The Social Power of Health-Care Practitioners as Agents of Change. *Journal of Social Issues*; 1979; 35(1): p.60-81.
29. Heszen-Klemens I. Patients' noncompliance and how doctors manage this. *Social science & medicine*; 1982; 24(5): p.409-416.
30. Hall J A, Roter D L and Katz N R. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Medical care*; juillet 1988; 26(7) : p.657-675.
31. Vermeire E, Wens J, Van Royen P, Biot Y, Hearnshaw B and Lindenmeyer A. Interventions for improving adherence to treatment recommendations in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*; 2005.

32. Leger, Bedouch, Allenet, Calop. Culture pharmaceutique, perception du traitement médicamenteux et difficultés de consommation des médicaments chez le sujet âgé. *Journal de Pharmacie Clinique*; juin 2001; 20(2): p.110-113.
33. Kunze M. Psychological background of noncompliance in old age. *Gerontology* 1982; 28: p.116-22.
34. Ronald B, Stewart MS. Medication compliance in the elderly. *Med Clin North Am* 1989; 73: p.1551-63.
35. Norell S. Accuracy of patient interviews and estimates by clinical staff determining medication compliance. *Soc Sci Med*; 1981; 15: p.57-61.
36. Jacquemet S, Certain A. Éducation thérapeutique du patient : rôles du pharmacien. *Bull Ordre*; 2000; 367: p.269-75.
37. Martin and al. The challenge of patient adherence. *Therapeutics and Clinical Risk Management*; 2005: p.189-199.
38. Col N and al. The role of medication non compliance and adverse drug reactions in hospitalizations of the elderly. *Arch Intern Med*; 1990; 150: p.841-845.
39. Antithrombotic Trialists' Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. *BMJ* ; 2002; 324: p.71-85.
40. Spertus JA et al. Prevalence, predictors, and outcomes of premature discontinuation of thienopyridine therapy after drug eluting stent placement. *Circulation*; 2006.
41. CNAMTS. Bon usage du médicament, analyse de prescription de clopidogrel. Juin 2002.
42. Newby LK and al. Long-term adherence to evidence-based secondary prevention therapies in coronary artery disease. *Circulation*; 2006; 113: p.203-12.
43. Van der Elst ME, Bouvy ML, de Blaey CJ, de Boer A. Preventive drug use in patients with a history of nonfatal myocardial infarction during 12-year follow-up in The Netherlands: a retrospective analysis. *Clin Ther*; 2005; 27: p.1806-14.
44. Tuppin P. L'observance thérapeutique après un IDM améliore la survie : Les données de la Cnam - Consensus cardio pour le praticien; mars 2012.
45. Leutenegger E, Bouchène S, Bousquet B. Mesure objective et fiable de l'observance en vie réelle : premières données françaises sur les comportements de patients sous traitements chroniques et nouvelles perspectives dans l'évaluation du bon usage en pharmacoépidémiologie. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. Octobre 2009; 57(2)
46. Danchin N and al. for the USIC 2000 investigators. Impact of combined secondary prevention therapy after myocardial infarction: data from a nationwide French registry. *Am Heart J*; 2005; 150: p.1147-53.
47. Hennekens C, Cutlip and Zehnder. Non response and resistance to aspirin and clopidogrel. *Wolters Kluwer*; 2010: p.1-29.
48. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris: Nathan; 1992.
49. Beaud S, Weber F. Guide de l'enquête de terrain. Grands Repères – La découverte; juin 2011.
50. Aubin-Auger I, et al. Diriger une thèse qualitative : difficultés et solutions possibles. *Exercer*; 2010; 21(93): p.111-114.

51. J. de Blic, Groupe de Recherche sur les Avancées en PneumoPédiatrie (GRAPP). Observance thérapeutique chez l'enfant asthmatique Recommandations pour la pratique clinique. Rev Mal Respir; 2007; 24: p.419-25.
52. Reach G. La non-observance thérapeutique : une question complexe; un problème crucial de la médecine contemporaine. Médecine; 2006; 2(9): p.411-415.
53. Holloway RG, Benesch C, Rush SR. Stroke prevention: narrowing the evidence-practice gap. Neurology; 2000; 54: p.1899-906.
54. Certain A, Ecobichon JL, Berki-Benhaddad Z. Adhérence des praticiens aux recommandations et observance des patients aux traitements de l'asthme : le parallèle est-il pertinent ? Le courrier de l'observance thérapeutique; juin 2001; 1(1).
55. Pélicand, Fournier, Aujoulat. Observance, auto-soin(s), empowerment, autonomie : quatre termes pour questionner les enjeux de l'éducation du patient dans la relation de soins. Actualité et dossier en santé publique; mars 2009; n°. 66.
56. Prochaska, DiClemente: Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol; 1983; 51: p.390-5.
57. Derjung M. Tarn, et al. Physician communication when prescribing new medications. Arch Intern Med; 2006; 166(17): p.1855-1862.
58. HAS Recommandations : Éducation thérapeutique du patient : Définition, finalités et organisation - Juin 2007.
59. UNIDO.Delphi Method.
http://www.unido.org/fileadmin/import/16959_DelphiMethod.pdf, consulté le 08 aout 2012.

H. Annexes :

1. Annexe 1 : Verbatim

Entretien A1

Entretien avec un jeune médecin remplaçant de 31 ans, Dr A1.

Date : lundi 9 avril 2012, à 17h30.

Durée : 11 minutes.

Quelle vision avez-vous de l'observance des AAP chez vos patients ?

C'est une question très ouverte ! Sur quel plan vous voulez dire ? Du point de vue du patient, ou du professionnel ?

De votre point de vue, qu'imaginez-vous être l'observance de ce traitement chez vos patients ?

Je pense qu'ils ont globalement une bonne observance des médicaments, d'autant plus qu'on parle du Kardégic. Oui, ils doivent avoir plutôt une bonne observance, étant donné que c'est souvent à la suite d'un accident grave, que ce soit un AVC, un angor ou un syndrome coronarien, qu'ils sont sous ce médicament là, donc généralement, ils ont eu un choc émotionnel.

Après, ils le prennent bien. C'est un médicament jugé important pour eux, à mon avis.

Pour vous, l'aspect émotionnel est-il un moteur important dans cette observance ?

Oui, je pense. Il y a une meilleure adhésion au traitement, puisqu'ils ont eu quelque chose de concret, de palpable, une urgence vitale qui a mis en jeu leur pronostic vital et qui leur a fait peur, et je pense que du coup, pour ceux qui sont dans une démarche de soin, c'est palpable, c'est concret, ils ont vécu la chose, ils ont vécu la maladie, et ils ont une raison évidente de prendre ce traitement, plus qu'un hypertendu qui ne se sent pas malade.

Avez-vous en tête des chiffres de la littérature concernant l'observance des AAP ?

Pas du tout.

Concernant l'observance en général, avez-vous une idée des chiffres ?

Non, je n'en ai pas. Je pense qu'elle est mauvaise, qu'un traitement bien observé, comme sur l'ordonnance, c'est... moins de 50% des traitements. J'ai cette notion là.

Cette estimation correspond en effet aux données de la littérature, qui montre que 50% des patients chroniques sont non observants.

Quand on dit inobservance, c'est qu'ils prennent le traitement, mais pas régulièrement ?

C'est qu'ils ne le prennent pas assez bien pour avoir l'effet thérapeutique attendu.

Ah d'accord, ce n'est pas qu'ils ne le prennent pas conformément à l'ordonnance, c'est qu'ils ne le prennent pas suffisamment.

Quelles sont d'après vous les raisons d'une inobservance des AAP ?

(*Silence*)... Ne pas avoir envie de se sentir malade... Oui, ne pas avoir envie de se sentir malade, le médicament rappelle tous les jours qu'on est malade. Ça rappelle la mort.

Pas envie de ... voilà, envie de couper, envie de penser à autre chose.... je pense !

Pensez-vous qu'il y a une part de responsabilité imputée au médecin, et une part imputée au patient ?

Oui, probablement.

Qu'entendez-vous par là ?

La part imputée au patient elle est forcément déterminante... C'est lui qui prend le traitement ou non, après, on ne va pas vérifier chez eux s'ils le prennent tous les midis !

Après il est vrai que l'on peut toujours améliorer l'information, sur le temps qui est imparti à chaque consultation... On est quand même des libéraux à l'acte, donc on a une contrainte économique, et une contrainte de temps à la consultation, et c'est vrai que parfois on a envie de passer trois quart d'heure avec un patient, mais on ne peut pas.

Sachant qu'on ne peut pas libérer ce temps là... De là à vérifier l'observance et à passer du temps à le faire, il y a aussi du progrès à faire du côté des médecins, au niveau de la communication.

Estimez-vous qu'approfondir les informations délivrées au patient puisse améliorer l'observance ?

Il faut donner une information adaptée à chaque patient, parce qu'elle ne sera jamais la même d'un patient à l'autre, en fonction de ses représentations, de ses croyances, et de l'idée qu'il se fait du fonctionnement de son corps. Cela nécessite du temps, puisqu'il faut d'abord évaluer le patient, voir ce qu'il en pense, ce qu'il a compris de sa maladie, etc. C'est long ! Donc pour chaque patient une information différente, et adaptée, et donc ça prend du temps effectivement ... C'est peut être ça la part imputable au médecin aujourd'hui.

Entre la responsabilité du patient et la responsabilité du médecin, laquelle vous paraît influencer le plus dans le comportement d'observance ?

Il y a une part des deux côtés, après c'est vrai qu'on fait notre métier, on le fait du mieux qu'on peut, on ne le fait pas parfaitement, mais après c'est de la responsabilité du patient de se soigner ou pas, voilà, on est là pour accompagner le patient dans sa maladie, et dans sa vie tout court... On n'est pas responsable du fait que ses artères se soient bouchées ; c'est son corps, c'est sa vie, et nous on l'accompagne du mieux qu'on peut, dans le sens qu'il souhaite.

Comment faites-vous pour vous enquérir de l'observance des AAP ?

Je ne vous cache pas que je ne le fais pas.

Ne cherchez-vous pas à savoir si le traitement est bien pris ?

Non, je n'ai pas le temps, donc je ne le fais pas. Je ne prends pas le temps.

Y-a-t-il, d'après vous, des groupes de patients plus à risque de ne pas être observants pour ce traitement ?

Non, je ne pense pas. Intuitivement, comme ça, c'est vrai qu'on a toujours du mal avec l'observance des médicaments pour les personnes âgées qui ont un début de démence, ou des troubles de la vue, qui ne savent plus trop quel cachet prendre, surtout si c'est un générique... Il y a quelques difficultés au niveau de l'observance des traitements, pour les

personnes âgées en situation de fragilité, et puis aussi toujours le problème des éthyliques, ou des gens qui ont un comportement à risque, qui se font du mal.

Voici un questionnaire qui a été élaboré pour les patients qui sont sous traitement anti hypertenseur. Pensez-vous que ce genre de questionnaire appliqué au traitement par AAP pourrait être un moyen de dépister l'inobservance ?

Oui, pourquoi pas (*il réfléchit*)... C'est un questionnaire... Un de plus j'ai envie de dire ! Oui, c'est intéressant parce qu'il est court quand même, mais après, qui doit poser la question? Je ne sais pas. Il y a des questions comme : « avez-vous oublié de prendre votre traitement? », « avez-vous déjà été en panne ? », bref il y a beaucoup de questions... je ne suis pas sûr que si c'est le médecin qui pose la question, les patients répondent tous de façon objective. Il y en a peut être qui vont chercher à bien répondre, pour ne pas se faire « gronder ».

Pensez-vous qu'il y ait un moment plus opportun pour vérifier l'observance des patients ?

Le renouvellement d'ordonnance, oui. C'est une consultation dans laquelle on peut tout mettre.

Pour le diabétique, on a à chaque fois un nouveau truc à faire, entre l'examen des pieds, puis une autre fois on vérifie s'ils ont vu le cardiologue, eu leur fond d'œil, puis la fois d'après, on va vérifier tout ce qui est pouls périphériques, l'auscultation des carotides etc., enfin à chaque fois on a un nouveau truc à faire, en un peu plus poussé... Pourquoi pas chez quelqu'un qui a un antécédent d'infarctus, vérifier à une consultation, tous les six mois, tous les ans, vérifier l'observance, pourquoi pas. Après c'est vrai que c'est encore un nouvel outil à apprendre à maîtriser, à utiliser, et c'est un effort. En plus de tout ce qu'il y a déjà d'administratif en médecine générale.

De quels moyens disposez-vous pour favoriser l'observance chez les patients sous AAP ?

Par rapport à celui-là ?... Je n'en ai pas. Je ne vous le cache pas, je vous l'ai déjà dit, ce n'est pas quelque chose que je cherche à améliorer particulièrement.

Faites-vous une stratification sur l'ordonnance en fonction de l'importance des traitements ?

Oui !

En quelle position mettriez-vous l'AAP?

Il est en haut, avec les traitements post-infarctus par exemple, et si le patient insiste à tout prix, même s'ils ne sont pas remboursés, pour avoir des anti-arthrosiques par exemple, là, ils sont tout en bas. Ou le paracétamol pour les douleurs articulaires, il est juste au-dessus des anti-arthrosiques. Oui, voilà, en haut ce sont les plus importants.

Avez-en tête que le réseau de soins pourrait s'articuler avec d'autres professionnels de santé, à qui on pourrait aussi déléguer un rôle d'éducation thérapeutique ?

Oui, le pharmacien, que le patient voit tous les mois, ou tous les 3 mois.

L'infirmière qui fait le pilulier, éventuellement.

Avez-vous entendu parler de la consultation pharmaceutique ?

Oui, j'en ai entendu parler, mais je n'ai aucune idée de ce que c'est.

Et dans l'idéal, que pourrait-on faire pour améliorer l'observance de ce traitement ?
(*Silence*)... Là je ne vois pas...

Merci pour cet entretien.

Entretien A2

Dr A2, médecin femme, la cinquantaine, installée depuis 20 ans, dans un quartier défavorisé, avec trois confrères.

Depuis moins d'un an, elle est très engagée dans des projets d'éducation thérapeutique centrés autour du patient à haut risque cardio-vasculaire.

Date : Mardi 17 avril 2012, à 14h.

Durée : 18 minutes.

Quelle vision as-tu de l'observance des AAP chez tes patients ?

Je n'ai pas l'impression que cela soit si mal observé... La réalité, c'est que je sais bien qu'il y a sûrement trente pour cent de mes patients qui ne le prennent pas bien...

C'est peut être au niveau des horaires de prises, en tout cas si c'est du Kardégic, par exemple, cela se prend à midi... Il y a peut être des oublis quand même. Si c'est du Clopidogrel, je suppose que c'est plus facile, là je pense qu'il y a moins d'oubli parce que c'est un comprimé ; ce n'est pas un sachet, et il se prend souvent le matin avec les autres médicaments.

Penses-tu que la galénique puisse avoir une incidence sur l'observance ?

Oui, peut-être... Et puis le fait qu'il soit pris au milieu du repas... Oui, la forme galénique... Le sachet fait « moins important », je pense, pour les gens.

Et à ton avis, y aurait-il d'autres raisons d'inobservance, à part la forme galénique ?

Non, pas plus qu'avec les autres traitements... Il y a une inobservance globale pour tous les traitements, puisqu'on sait, je crois, que c'est 40% des traitements qui ne sont pas pris.

Les chiffres de la littérature, c'est environ 50%...

Et généralement dans les maladies chroniques. Donc non je ne crois pas que cela soit plus spécifique aux AAP.

Vois-tu d'autres causes d'inobservance ?

Il s'agit d'une maladie chronique, on ne voit pas le bénéfice immédiat...

Prendre des médicaments veut dire qu'on est malade, donc si on n'en prend pas c'est qu'on n'est pas malade...

Prendre des médicaments c'est peut être aussi se dire que son corps ne peut pas lutter ou que si on en prend trop, après il ne pourra plus lutter, peut être qu'il y a des tas de choses comme cela...

C'est la part imputée au patient, mais penses-tu qu'il y a une part soignant dépendant ?

Imputée au médecin ?... Bien sûr !

Qu'entends-tu par là ?

Il est probable que l'on n'explique pas assez... ou pas assez bien, que l'on ne prenne pas assez le temps de comprendre ce que le patient a compris de sa maladie...

Penses-tu que le médecin ne donne pas assez d'informations, et que le patient ne comprend pas toujours l'utilité de son traitement ?

On devrait toujours se faire réexpliquer par le patient ce qu'il a pu bien comprendre de sa maladie... Ce qu'il a pu bien comprendre de l'intérêt ou pas des traitements ; quelles sont ses croyances par rapport à sa maladie, quelle est la place que cela prend dans sa vie... Les gens, en général, ont toujours des bonnes explications concernant les causes de leur maladie. Ils ont leurs propres représentations... Je pense qu'on ne prend pas assez le temps de le faire et ensuite, si on repère que quelqu'un a des convictions qui font que le traitement n'est pas fondamental dans sa vie, c'est très dur de changer ses certitudes...

En effet si ses croyances sont déjà bien ancrées...

Oui. (*Silence*).

As-tu un moyen de dépister l'inobservance de ce traitement chez tes patients ?

Je crois que la première chose, c'est de demander s'ils le prennent bien, s'ils l'oublient : « Est ce que de temps en temps vous l'oubliez ? Est ce que c'est difficile de le prendre ? ». Voilà donc, la première chose c'est celle là.

C'est sûr que quand on voit des gens qui viennent faire renouveler leur ordonnance très en retard, on se dit bien qu'ils n'ont pas eu tout leur traitement quand même.

Ensuite les gens ont des grandes ordonnances, parce qu'en général les AAP c'est toujours accompagnés de plein de traitements. Peut-être choisissent-ils de prendre les traitements qui leur conviennent.

J'ajouterais parmi les questions à poser : « Est-ce que vous supportez bien ?... Est-ce qu'il y a un médicament que vous ne tolérez pas ? ».

A propos des grandes ordonnances, penses-tu qu'une stratification par ordre d'importance des traitements soit judicieuse ?

Non je ne le fais pas... Souvent ils sont en ALD, donc souvent dans notre tête, immédiatement tout ce qui est dans la zone au dessus, on considère que c'est important que c'est presque une hiérarchie. Cela ne veut pas dire que pour les patients c'est important ; pour eux cela veut dire que c'est pris en charge à 100%.

Y-a-t-il un moment plus opportun pour rechercher cette observance ?

Il n'y a pas de bon moment, moi j'imagine que ce qu'il faudrait c'est peut-être... Enfin on a tellement de travail... Mais peut-être avoir une fois par an, une consultation dédiée à la tolérance, à l'observance... Par exemple on pourrait dire : « Mais finalement combien de médicaments ça vous fait par jour ? » ; prendre du temps... Faire venir les gens avec toutes leurs boîtes...

Le générique influence probablement l'observance: si le pharmacien change de forme, les gens s'y perdent un peu, ont du mal à observer, parce que l'aspect du médicament a changé... Le patient voit qu'il y a des différences entre les produits... Il va peut-être se dire : « tout ça ce n'est pas si important... On en met un à la place d'un autre donc si je ne prends rien c'est presque pareil ».

Voici un questionnaire qui avait été fait pour dépister l'inobservance des antihypertenseurs ; penses-tu qu'on pourrait appliquer cet outil aux AAP ? Quel est ton avis sur cet outil ?

Je pense qu'il est bien... Après chacun peut l'adapter à sa sauce... Je pense que les formulations de la question 4 et de la 5 sont complexes parce qu'il y a la forme négative: « vous est-il arrivé de ne pas prendre... parce que vous l'avez oublié »... Pour des gens qui

ne manient pas très bien le français c'est compliqué, donc ce n'est pas un questionnaire adaptable à tout le monde, surtout parce qu'il faut une réponse par écrit... et parce qu'il faut savoir lire... A part ça, oui voilà moi je pense qu'il est correct, mais qu'on pourrait changer un peu la façon de poser les questions.

Penses-tu qu'il y a un groupe de patients plus à risque d'inobservance ?

Probablement ceux qui n'ont pas compris leur maladie, sont plus à risque... Mais je ne suis pas sûre qu'il y ait vraiment une population à risque... Comme ça spontanément je dirais que ça serait les gens un peu plus précaires ; les gens en difficulté... ça c'est spontanément.

Je crois qu'en fait ça doit toucher tout le monde, la question de l'inobservance.

S'agit-il d'un problème de compréhension de la maladie ?

Quelques fois oui, mais parfois juste parce que la représentation est différente, parce que certains estiment que le risque zéro n'existe pas, que ce n'est pas prioritaire dans la hiérarchie de ce qui les préoccupe. De plus, le médicament ce n'est tout de même pas dénué d'effets indésirables.

Donc il y a des tas de bonnes raisons de ne pas prendre des médicaments, surtout dans le cadre d'une maladie chronique... qui ne donne pas de signe.

Que pourrait-on faire pour favoriser l'observance ?

Je pense qu'il faut écouter le patient... Ecouter et le questionner...C'est ce que je fais... Mais pas assez sûrement ! Demander si c'est difficile de prendre le traitement, s'il arrive d'oublier : ce sont des questions que je pose assez régulièrement.

Mais je pense que je ne passe pas assez de temps à leur poser des questions sur la manière dont ils vivent leur maladie et leur traitement.

Et dans l'idéal qu'imagines-tu que l'on puisse faire, avec plus de moyens ?

Il faudrait faire de l'éducation thérapeutique.

Peux-tu nous en dire plus à propos de l'éducation thérapeutique ?

Tout le monde pourrait participer dès lors qu'il y a une formation adéquate, ce n'est pas réservé aux médecins. L'éducation thérapeutique en principe, démarre par un diagnostic éducatif, et ensuite, soit il y a des rencontres d'éducation individuelle, soit cela peut se faire en éducation collective avec divers thèmes.

Mais pour tout ça il faut... de l'argent... Il faut se former et il faut des gens qui soient motivés, à opérer un changement, et à perdre du temps pour parler de leur maladie, et de leur traitement. Il faut au moins des patients motivés !

Je crois que l'éducation thérapeutique, qui est très à la mode en ce moment, probablement marche pas mal !

Penses-tu que les réseaux ville-hôpital jouent un rôle d'éducation thérapeutique ?

Non il n'y a pas (*air perplexe*)... je ne vois pas... L'hôpital n'est pas trop en lien avec la ville... donc il y a quelques réseaux qui essaient de faire l'interface et qui sont moitié hospitaliers moitié libéraux, c'est ça le réseau, mais c'est quand même pas ce qui se fait le plus souvent... mais ça existe...

Quels autres acteurs du parcours de soin ont un rôle d'éducation thérapeutique ?

Les pharmaciens sont invités à se former et à participer aux réseaux d'éducation thérapeutique... Le pharmacien est très bien placé pour savoir qui vient prendre régulièrement son traitement, qui lui parle de tel ou tel médicament, parce que je pense que les effets sont peut être plus facilement présentés au pharmacien.

Mais il faut que le pharmacien ait un petit espace, il ne faut pas que ça se passe à sa banque, il faut presque une consultation où il prendrait le temps d'écouter ce que le patient a à dire... S'il ne s'agissait que d'un médicament... mais quand il y a plein de médicaments ! Il faut vraiment prendre le temps de voir lequel ou lesquels poserait(ent) des problèmes d'observance.

Je crois que dans les officines les pharmaciens n'ont pas toujours le temps, et que la plupart du temps les gens ne sont pas servis par des pharmaciens.

Après on sait qu'il y a des gens qui sont toujours allés chercher leurs médicaments et qui ne les ont jamais pris... Alors là... ça interroge ! Pourquoi faire des réserves de médicaments ?

Dans quelles circonstances as-tu découvert cela ?

Ça on le sait, moi je ne l'ai pas découvert pour mes patients, mais c'est arrivé à mon associée. On le sait... Donc moi je sais que dans mes patients il y en a qui font ça, mais je ne sais pas lesquels... C'est une donnée que j'ai quand même bien en tête. Mais à part ça, je ne crois pas que j'ai tous les moyens pour lutter contre l'inobservance...

Il y a la responsabilité du médecin et celle du patient !

Je ne suis pas sûre que la seule conviction du médecin soit suffisante, mais il faut la conviction du médecin !

Et il faut une conviction sûrement un petit peu modulable en fonction de ce que le soignant peut entendre, que ça ne soit pas tranché. Par ailleurs il faut l'adhésion du patient, la vraie adhésion, c'est-à-dire qu'il y croit, qu'il soit prêt aussi... Tu vois hier j'ai vu une fille qui est séropositive, qui a trois traitements... Elle est jeune, il y a quand même des effets indésirables, elle dit qu'elle ne les avait pas au départ, et là elle avait plein d'effets indésirables... plein de choses, et à chaque fois, si j'allais regarder, évidemment c'était dans la liste des effets indésirables. Je lui ai donc dit que ça pouvait être les effets indésirables. Et je pense que je n'ai pas assez pris le temps de voir avec elle -je ne la connais pas depuis longtemps- la place de la maladie dans sa vie, si parfois elle serait tentée de ne pas prendre les traitements... Je lui ai demandé combien elle en prenait par jour, parce que je ne savais pas combien ça faisait. On a parlé des médicaments, mais on n'est pas allé plus loin, et en même temps, je ne suis pas le médecin prescripteur. Il faudrait qu'on en reparle, car peut-être elle va imaginer qu'elle serait mieux sans médicament, s'il y a des effets indésirables peu pénibles... Donc je lui ai dit d'en parler à son médecin, sans aller plus loin... Parce que quand même ça demande un sacré engagement dans une consultation !

Je pense que si on veut vraiment y travailler il faudrait dédier une consultation à ça. Et être formé à l'écoute du patient.

La nature de la relation établie avec le patient influence-t-elle l'observance ?

C'est une question de relation oui, mais c'est encore du temps, c'est encore se dire « il va y avoir une consultation dédiée à ça », comme il faudrait une consultation par an dédiée à la gynéco, une à l'ostéoporose... C'est compliqué !

Ne faudrait-il pas, par exemple, au lieu de faire une ordonnance pour trois mois, la faire pour deux mois, ce qui permettrait de revoir le patient, en sachant qu'on ne va pas faire la consultation habituelle mais faire une consultation qui serait une consultation d'observance. A la limite on n'examinera pas les patients.

Peut-être il faudrait inventer un truc comme ça pour ces patients chroniques qu'on ne voit que tous les trois mois... On leur dirait : « Là je vais vous voir dans deux mois, cette fois-ci, mais votre ordonnance elle est prête pour trois mois », ou alors on ne fait l'ordonnance que pour deux mois pour les pousser à venir.

Et en espérant qu'ils n'auront pas un autre symptôme à nous présenter... Et ce jour là on pourra vraiment parler de l'observance.

Une consultation dédiée... Je pense que c'est mieux. Il faudrait être formé, vraiment, à l'écoute du patient. Etre formé et se dire que le patient a sa connaissance de la maladie, ses propres représentations, et qu'il y croit vraiment. Ce que toi, tu sais de la maladie, il veut bien le croire, mais il en est moins persuadé quand même.

Est-il important de prendre en compte les représentations du patient ?

Oui, il faut vraiment partir de son ressenti, de sa représentation... J'ai un patient qui est persuadé qu'il est diabétique parce qu'il a eu une hépatite C, il avait utilisé des aiguilles... Donc il pense que c'est depuis ce temps là.

Et comme il fume de l'herbe, il pense que c'est son meilleur médicament, il en est convaincu, et il a pourtant fait de l'éducation thérapeutique, avec une structure en réseau. On en a pourtant beaucoup parlé mais sa conviction est inébranlable. Il faut que je parte de ses croyances, pour qu'on ait un lien de confiance, et qu'au moins le reste du suivi et du traitement, il y adhère.

Je ne vais pas m'opposer à ce qu'il croit, je ne lui dis pas qu'il se trompe, j'ai tenté de lui dire, mais ses croyances sont ancrées...

Une attitude d'écoute semble être indispensable...

D'écoute ça veut dire : interroger le patient, vraiment, et connaître sa représentation de la maladie, ce qu'il en sait, ce qu'il voudrait, s'il pense qu'il va en guérir...

Oui, ça nécessite du temps, une consultation dédiée à ça n'est pas de trop, et ça n'est même pas suffisant...

As-tu quelque chose à rajouter ?

C'est dans le cadre de la maladie chronique... ça veut dire que les gens sont malades sans avoir l'impression de l'être... cela dit je pense qu'il y a pas mal d'inobservance quand les gens sont malades et en ont conscience...

Il y a une autre chose : un patient peut avoir confiance en son médecin ; cela ne veut pas forcément dire qu'il va estimer nécessaire et indispensable de prendre les traitements. S'il avoue ne pas les prendre, peut être craint-il que ce comportement soit interprété à tort comme un manque de confiance envers le soignant.

Ainsi le patient ne peut pas le dire au médecin. On pourrait dire : « je sais que vous me faites confiance, mais je sais aussi que c'est difficile de prendre les médicaments, est-ce que vous y arrivez bien ? ».

As-tu autre chose à rajouter ?

Non, je ne vois rien d'autre à dire !

Entretien A3

Entre deux consultations, je suis allée interviewer Dr A3, qui est installée dans un cabinet de groupe avec Dr A2, toutes deux sensibilisées à l'ETP (éducation thérapeutique du patient).

Elle avait justement récemment animé une séance d'ETP concernant les traitements à visée cardiovasculaire.

Date : Mardi 24 avril 2012, à 16h.

Durée : 12 minutes.

Quelle vision as-tu de l'observance des AAP chez tes patients ?

Mon impression c'est que l'observance est bonne... Enfin je me fais peut être des illusions... Je pensais à une dame pour qui je me suis aperçue assez tardivement qu'elle ne prenait pas le Kardégic, effectivement.

Comment t'en es-tu aperçue ?

C'est elle qui a fini par me le dire... En fait elle avait des douleurs d'estomac et ça a été dur qu'elle accepte de le reprendre, et puis après ça s'est bien passé... Je crois qu'elle a accepté de le prendre une fois qu'elle a fait son infarctus.

Je peux aussi te parler de Madame A..., participante de l'ETP, qui était sous Plavix et Kardégic, que j'ai vue il y a 1 mois, pour une hémorragie sous conjonctivale ; elle pense que son frère a failli perdre ses yeux sous Plavix, et pense qu'elle-même a failli perdre son œil à cause de ce traitement.

Comment expliquer que certains patients ne prennent pas ce traitement ?

Les douleurs gastriques du Kardégic... Les effets indésirables... Après c'est un médicament qui soigne quelque chose qui n'est pas symptomatique, donc je ne suis pas sûre qu'ils comprennent toujours les enjeux...

Pense-tu que les patients ne saisissent pas l'intérêt des AAP ?

Oui, en tout cas pour le Kardégic, parce que c'est vraiment en prévention primaire... Plavix c'est différent, en tout cas dans les histoires coronariennes, il y a eu un accident aigu, je pense qu'ils doivent mieux le prendre. Après dans les artérites du membre inférieur, c'est symptomatique, donc là ils doivent mieux accepter.

C'est le problème du traitement préventif dans une situation où il n'y a pas de symptôme... Peut être le patient ne comprend pas l'intérêt...

Oui les deux facteurs : c'est préventif et ça ne soigne pas un symptôme précis.

On vient d'aborder la part imputée au patient, penses-tu qu'il y a aussi une part imputée au soignant dans l'observance ?

C'est certainement s'assurer de la compréhension de l'intérêt du traitement, c'est toujours pareil... Et avec l'histoire de l'ETP, je me suis rendu compte qu'il y a une dame à qui j'ai prescrit un traitement par antidiabétique oral pendant 10 ans, qu'elle n'a jamais pris et je ne pensais pas que c'était à ce point là l'inobservance...

Je découvre et je suis plus humble maintenant... On sait bien qu'il y a une mauvaise observance, mais à ce point là, je ne pensais pas tu vois...

Que fais-tu pour essayer de dépister l'inobservance ?

Je regarde les dates de renouvellements et c'est quand même très souvent que la durée entre deux consultations de renouvellement est bien plus longue que la durée de la prescription, donc là j'essaie de confronter les gens à ça, mais ça ne marche pas bien, ils ont toujours de bonnes raisons...

Finalement ce n'est pas évident d'en parler avec les patients...

Non, on arrive sur le domaine de la confiance, c'est compliqué, pour qu'ils ne se sentent pas accusés ou dévalorisés... Moi je suis mal à l'aise, je n'arrive pas à en parler tranquillement, sans avoir l'impression de les mettre mal à l'aise... Et finalement c'est moi qui le suis ! (*rires*)...

Parviens-tu à les interroger sur l'observance ?

Je ne pose pas vraiment la question : « est-ce que vous prenez bien votre traitement ? ». Je demande plutôt : « est-ce que c'est contraignant ? ».

Finalement tu poses des questions moins directes...

Je pense que ça dépend des patients, il y a des gens avec qui on peut parler clairement et d'autres avec qui c'est plus compliqué. Je ne suis pas sûre qu'il y ait une stratégie qui convienne à tout le monde. Peut-être faudrait-il que l'on soit aidé des pharmaciens, qui doivent avoir plus d'éléments pour évaluer l'observance.

C'est vrai que dans le parcours de soins, il y a d'autres intervenants, d'autres professionnels de santé, aussi bien le pharmacien, que l'infirmière...

Quand le pharmacien sert le patient, il voit s'il y a eu d'autres délivrances ailleurs, où si d'autres médecins interviennent, et s'il a des doutes il devrait nous alerter... (*Silence*).

Je ne sais pas si les conditionnements par 28 ou 30 jours c'est source d'inobservance ?

C'est marrant comme ça déstabilise les gens cette histoire, ils peuvent s'organiser quand même ! Quand tu as une association des deux AAP, il y en a un qui est renouvelé tous les 30 jours et l'autre tous les 28. C'est vrai que ça pose problème au bout d'un moment.

Voici un auto questionnaire élaboré pour dépister l'inobservance du traitement antihypertenseur ; les patients peuvent le remplir dans la salle d'attente...

(*Questionnaire en annexe*)

Moi je ne sais pas utiliser tout ça, c'est sûr que ça doit être bien ...

Penses-tu que cet outil serait adapté pour rechercher une inobservance du traitement par AAP ?

Certainement oui... Mais a-t-on déjà une idée de l'ampleur du phénomène ? Est-ce une classe de médicament qui est très mal observée ?

Les données de la littérature, pour les traitements chroniques c'est 50% d'inobservance... Ainsi on peut en déduire que pour les AAP il risque d'y avoir une mauvaise observance.

Oui... En même temps c'est des traitements bien tolérés... Y-a-t-il des effets indésirables vraiment gênants avec le Plavix ? Ça ne doit pas être si mal observé que cela !

Et tu parlais d'ETP, penses-tu que cela améliore l'observance ?

Une séance d'ETP? Oui sûrement.

En tout cas moi j'y suis sensibilisée, car la séance que j'ai animée, c'est sur les traitements à visée cardiovasculaire.

Il me semble qu'elles prennent bien leur traitement les dames... Mais elles avaient besoin d'entendre le message que j'ai essayé de faire passer : on fait toujours la balance des avantages et des inconvénients. Même s'il y a quelques risques d'effets secondaires, si les bénéfiques sont supérieurs, on prescrit, et si elles ont des inquiétudes, il faut qu'elles en parlent à leur médecin, qu'elles s'expriment...

Penses-tu qu'il y a des patients plus à risque d'être inobservants que d'autres ?

Je pense que quand il y a une barrière linguistique, il y a un risque. Si la compréhension de l'intérêt n'est pas là, alors qu'il est indispensable de comprendre l'indication du traitement.

D'après toi, les patients comprennent-ils l'intérêt de ce traitement ?

Je n'en suis pas sûre concernant ceux avec qui je suis en difficulté linguistique... C'est aussi des médicaments que je ne prescris jamais toute seule ; il y a forcément d'autres médecins qui sont intervenus, qui ont peut-être expliqué. Kardégic c'est arrivé que j'initie chez des diabétiques à haut risques cardiovasculaires.

C'est assez connu, les gens savent que ça fluidifie le sang, Plavix en revanche c'est moins connu.

Il existe des réseaux entre la ville et l'hôpital comme Savédiab (réseau axé autour des patients diabétiques en Savoie) où on fait de l'éducation thérapeutique...

Qui existe à Grenoble !

GRANTED ?

Oui !

Cela peut-il aider les gens à comprendre pourquoi ils ont besoin d'AAP ?

Bien sûr... Ils ont dû faire des études là-dessus à GRANTED, non ?

C'était principalement par rapport aux AVK.

Ah oui c'est vrai... Les AVK c'est davantage pertinent car l'observance doit être bonne...

Et si on avait plus de moyens, dans l'idéal, qu'imagines-tu qu'on pourrait faire pour booster cette observance ?

Mettre des traducteurs dans les cabinets... ou des fiches traduites dans les langues étrangères les plus courantes : comme l'arabe... ou des dessins, des trucs imagés, en italien, en portugais.

Vois-tu d'autres choses à rajouter par rapport à l'observance des AAP ?

Ce sont souvent des médicaments qui se rajoutent à une longue liste de traitements, ils font partie d'un tout, si l'observance n'est pas bonne pour ces médicaments là, elle ne doit pas l'être pour les autres non plus.

Je crois que c'est très en lien avec l'intérêt du traitement. Quand le malade ne comprend pas l'intérêt du traitement on peut s'attendre à ce qu'il ne le prenne pas.

Et puis quand ils sont trop dans les effets secondaires ; la dame Russe qui avait ce traitement, elle avait déjà fait un infarctus il y a 20 ans, elle se savait à risque, mais ça

n'était pas suffisant pour qu'elle le prenne, car elle avait mal à l'estomac, même avec les IPP (inhibiteurs de la pompe à protons)... Je pense qu'il y a des choses très archaïques qu'on ne comprend pas, qui se jouent dès la première prescription peut-être, et si on passe à côté c'est compromis pour la suite. Lorsque l'on initie un traitement, il faudrait vraiment du temps, être bien plus vigilant dans les explications.

Voudrais-tu rajouter quelque chose ?

Non. *(Le téléphone a sonné et le temps imparti à l'entretien écoulé, les consultations reprennent...)*

Merci pour cet entretien.

Entretien A4

Entretien auprès d'une médecin généraliste qui est maître de stage pour les internes.

Dr A4 a la soixantaine, installée en ville depuis 30 ans.

Date : Lundi 23 avril 2012, à 17h30, en fin d'après midi après les consultations, à son bureau.

Durée : 24 min 41 s.

Quelle vision as-tu de l'observance du traitement par AAP chez tes patients ?

Qu'entends-tu par AAP ? Il y a l'aspirine, le Plavix...

Oui c'est bien cela dont il s'agit.

Je n'ai pas de données sur l'observance, finalement on a assez peu de renseignements sur la façon dont les gens sont observants, je dirais que je n'ai aucun moyen de savoir s'ils le prennent ou pas, sauf ceux qui déclarent d'emblée qu'ils ne le supportent pas. Quant aux autres, j'en suis à supposer qu'ils le font.

En effet, les chiffres de la littérature rapportent, pour les traitements chroniques, 50% d'inobservance, après par déduction, ça s'applique aussi aux AAP.

Je pose la question : « est-ce que vous prenez bien tel ou tel produit ? », mais les patients qui ne sont pas décidés à en prendre au départ peuvent très bien répondre : « oui je le prends »...

A ton avis quelles sont les raisons d'une éventuelle inobservance pour ce traitement ?

Trop de médicaments, donc ils éliminent ceux qui ne leur paraissent pas indispensables... Problème lié au nom « aspirine » bien souvent...

Qu'entends-tu par là ?

Pour beaucoup de personnes, déjà d'un certain âge, l'aspirine [...] peut aussi signifier brûlure d'estomac, troubles digestifs... Longtemps on leur a dit que ce médicament devait être abandonnée au profit des anti-inflammatoires, désormais mieux indiqués pour la douleur et l'inflammation. J'ai eu plusieurs fois cette réflexion : « l'aspirine vous m'avez dit qu'il ne faut surtout pas en prendre, là maintenant vous m'en donnez... ». Il y a tout un travail de réhabilitation de l'aspirine dans certaines familles.

J'ai quelques patients qui ont mis en cause l'aspirine pour des problèmes digestifs, là ce sont des problèmes d'intolérance.

Le Plavix est assez onéreux donc je pense que ça pourrait intervenir, même si aucun patient ne m'en a parlé.

J'ai une patiente qui avait fait une allergie.

Peux-tu m'en dire davantage ?

Une vraie allergie : des grosses plaques érythémato-squameuses, très prurigineuses, qui ont disparu, je crois que c'est arrivé sous clopidogrel, et que ça a redisparu sous Plavix, le véritable produit. Elle a repris le Plavix et ça va...

Parmi les causes d'inobservance, on a abordé la représentation que se fait le patient du traitement, les causes financières, les problèmes de tolérance...

Par ailleurs, les gens trouvent qu'ils ont trop de médicaments, et éliminent ceux qui leur paraissent moins importants...

Il y a aussi l'oubli, justement pour les mêmes causes : ils pensent en priorité aux médicaments, qui pour eux, sont les plus importants : les médicaments pour le cœur, les médicaments pour la tension, ces choses là, et si l'aspirine est prise par exemple au repas de midi pour éviter les gastralgies, les choses comme ça, il ne va pas être pris avec les autres médicaments, et va être oublié.

Imagines-tu une responsabilité imputée au soignant dans l'observance ?

Bien sûr pour tout médicament, on est très en cause dans la façon de présenter le produit, de le prescrire et de l'argumenter... On est dans le domaine de l'observance de tous les traitements, je ne pense pas qu'il y ait quelque chose de spécifique, c'est l'observance en général... Il faut que le soignant soit bien convaincu de la nécessité du traitement. On n'est pas toujours les initiateurs du traitement, puisque c'est souvent les cardiologues, ou les neurologues après un AVC, qui prescrivent les AAP. Il faut peut-être que les initiateurs soient bien convaincants pour le patient. Bien souvent les gens sortent de l'hôpital, ils ont vu le cardiologue qui n'a pas expliqué l'ordonnance, c'est à nous de le faire.

Les explications données au patient vont lui permettre de comprendre la nécessité du traitement.

Si on prescrit un traitement et qu'on n'est pas convaincu soi-même il y a beaucoup plus de chance qu'il y ait une inobservance... Par ailleurs, il faut trouver des arguments pour LE patient en question...

Comment fais-tu pour dépister l'inobservance de tes patients ?

Je pose la question : « vous le prenez bien ? », en reprenant tous les médicaments : « est-ce qu'il vous arrive d'en oublier ? » ; mais je le fais sur le traitement en général et pas spécifiquement sur l'AAP.

« Est-ce qu'il vous arrive d'oublier certains médicaments, certains comprimés ? ».

Parfois c'est des questions d'horaires comme je disais avant, le médicament qui est pris tout seul à midi, ou celui qui est tout seul le soir, comme les statines, il vaut mieux qu'il soit pris le matin avec les autres, à un moment qui ne soit pas le meilleur au niveau chronobiologie, mais qu'il soit pris.

Y-a-t-il un moment plus opportun pour poser ce genre de questions ?

Au cours de la consultation de renouvellement, en revoyant la liste et en me reposant la question de la remise à jour de toute la prescription, savoir reprendre tous les médicaments un par un pour savoir s'ils sont tous toujours justifiés, c'est à ce moment là que je demande si un des médicaments n'est pas pris, et s'il n'est pas pris, ou parfois oublié, là je pose la question : « pourquoi ? Et qu'est-ce qui dérange ? ».

Parfois en début de consultation quand le patient annonce comment il va, et que je doute de l'observance...

Quand l'intervalle entre deux consultations est plus grand que la durée de la prescription j'imagine que le patient n'a pas pris son traitement... Mais là c'est global, ce n'est pas spécifiquement pour les AAP ; je regarde souvent la date de la dernière consultation. Dans les traitements chroniques on a souvent des surprises, les ordonnances pour trois mois qui durent trois mois et demi, c'est toujours les mêmes patients...

Te sens-tu suffisamment à l'aise pour les questionner sur l'observance ?

Bien sûr, c'est obligatoire! Mais ils ne comprennent jamais, et pensent que c'est moi qui ai mal calculé... (*Rire*)... en général ! Enfin il y en a qui comprennent : « oui oui mais celui là je ne le prends pas tellement, parce que bon ... » ; il y a toujours une bonne raison !

D'après toi, stratifier l'ordonnance par ordre d'importance des traitements, et ainsi mettre l'AAP en tête de liste, est-ce une bonne idée ?

Je ne pense pas que ça soit une bonne chose parce que le patient inobservant fait déjà un tri, en ne prenant que ce qui lui paraît plus important... Je pense qu'il faut communiquer au patient l'idée que son ordonnance c'est un tout, et qu'il n'y en a pas forcément un médicament qui prévaut, c'est l'ensemble qui est efficace en prévention.

Si on lui dit c'est dans l'ordre, il risque alors de ne plus prendre les derniers de la prescription... qui peuvent être aussi des produits importants.

Tous les médicaments prescrits sont nécessaires, on dévalorise peut-être l'idée d'une prescription adaptée au patient et nécessaire, donc pour moi non il ne faut pas le faire, en général.

Penses-tu qu'avec plus de moyens on pourrait faire plus de choses pour favoriser l'observance chez les patients, as-tu des idées ?

Oui ! À l'évidence le temps passé à expliquer l'ordonnance !

Cela demande du temps.

Ça demande beaucoup de temps...

Il s'agit souvent de consultations un peu longues, dans le cadre de pathologies lourdes chroniques... C'est rare qu'un patient n'ait que de l'aspirine, il y a toujours plein d'autres choses à côté, parce que c'est dans le cadre de toute la prévention cardiovasculaire ; primaire ou secondaire, donc on a beaucoup de choses à leur expliquer.

Ce n'est pas forcément cet AAP qui est le plus important, mais c'est un élément d'un tout qui est indissociable.

Voici un questionnaire élaboré pour dépister l'inobservance du traitement anti-HTA, pourrait-on se servir de ce genre de questionnaire pour évaluer l'observance des AAP ?

La question qui porte sur « hier », c'est bien, mais on a des prescriptions sur plusieurs mois, ça me paraît un peu limité... (*Lecture du questionnaire*)...

C'est un auto questionnaire...

Qu'on fait faire dans la salle d'attente. Oui je pense que ça pourrait être utile. Mais je dirais utile dans le dépistage de l'inobservance de la totalité de la prescription.

Toutes les prescriptions chroniques sont sujettes à des oublis et à une certaine lassitude. C'est un domaine où c'est du global, c'est rarement juste un AAP, c'est relié à d'autres choses, du diabète par exemple... Autant dans d'autres prescriptions, comme dans l'hypertension, on peut n'avoir qu'un anti hypertenseur.

Peut-on compter sur les autres acteurs du parcours de soin, comme le pharmacien, l'infirmière, pour avoir un rôle dans l'éducation thérapeutique ?

L'infirmière c'est sûr, mais les infirmières de ville n'ont jamais le temps.

Mais quand on leur demande, oui. Moi ça m'est déjà arrivé de demander aux infirmières, chez des personnes âgées, de vérifier un peu ou de reconsolider le discours, et elles le font très bien, c'est très utile.

Les infirmières, c'est souvent une intervention quotidienne donc elles ont beaucoup plus de lien direct avec le patient, là je suis tout à fait d'accord. Le pharmacien, peut être dans certaines petites communes où le pharmacien est aussi un interlocuteur privilégié. Dans des grandes agglomérations urbaines c'est moins le cas, mais oui, on pourrait avoir un renforcement par le pharmacien au moment où il délivre le médicament.

Pourrait-on imaginer un réseau comme ceux qui se mettent en place entre la ville et l'hôpital, pour les patients sous AAP, afin de jouer ce rôle d'éducation thérapeutique ?

Faire un réseau uniquement pour les AAP, non ça ne paraît pas intéressant... On pourrait imaginer un suivi de tout ce qui est cardiovasculaire, hypertension, suite d'AVC ; dans ce cadre là oui !

Un réseau axé sur le patient à haut risque cardiovasculaire te paraît-il être plus pertinent ?

Oui là je pense que ça pourrait être important.

As-tu d'autres idées à exprimer ?

Essayer pour nous de démonter tous les processus d'intolérance, parce que souvent l'intolérance n'est pas réelle.

Qu'entends-tu par là ?

Les gens se font une idée d'un médicament, de ce qu'il va leur faire, et c'est connu, et ils ont automatiquement cet effet secondaire.

S'agit-il plutôt de croyances ?

Des croyances, des idées qu'ils se font sur un produit. Dans le domaine des AAP, les gens ont peur que leur sang soit trop liquide, craignent les hémorragies.

Les patients te font-ils part de ces craintes ?

Assez souvent les gens ont des hématomes, des ecchymoses dès qu'ils se cognent même très légèrement, et je pense que ça peut être un facteur d'arrêt temporaire de traitement.

Comment essaies-tu alors de démonter l'image qu'ils se sont faite ?

Plusieurs patients ont eu peur d'avoir la même chose au niveau du cerveau : « bon tant que c'est sur le bras c'est pas grave mais je vais faire une hémorragie dans la tête ». Tout dépend du niveau d'études du patient et du niveau de compréhension, on peut expliquer que sous la peau ce n'est pas les mêmes vaisseaux, que ce ne sont pas les mêmes réactions et qu'on est obligé de prendre des risques avec les médicaments. Parler de bénéfices/risques, suivant le type de patient, on ne peut pas en parler avec tous.

On a parfois des difficultés avec certains spécialistes, j'ai eu le cas d'un ORL qui a fait arrêter les AAP parce que le patient faisait des épistaxis à répétitions. Après c'est difficile pour faire reprendre le traitement, il faut être convaincant.

Penses-tu qu'il y ait un groupe de patients plus à risque de ne pas être observants pour ce traitement ?

Ceux qui sont les plus inquiétés par ce type de traitement sont souvent ceux qui lisent complètement la notice, ils analysent tout en détail, mais sont alors peut être aussi plus sensibles aux explications... Il n'est pas forcément bon de signaler au patient tous les effets secondaires, parce que c'est un motif d'arrêt... Par ailleurs les notices sont peut être mal faites, en n'expliquant pas que certains effets secondaires signalés sont quand même extrêmement rares et quand même notés.

Voudrais-tu rajouter autre chose ?

Non !

Merci beaucoup de ta participation.

Entretien A5

Dr A5 a la quarantaine, elle est installée avec 3 autres médecins dans un cabinet de ville, depuis 5 ans, auparavant elle était remplaçante.

Elle m'a reçue entre deux patients en début de matinée, un vendredi. Nous sommes à son bureau, l'entretien est plutôt fluide, en un temps plus court que les autres entretiens, nous sommes rentrées dans le vif du sujet.

Date : Vendredi 20 avril 2012, 8h30, après la première consultation de la journée.

Durée : 11min 30.

Merci de participer à l'entretien.

De rien.

Nous réalisons une thèse au sujet de l'observance des AAP dans la patientèle du médecin généraliste.

Oui.

Nous interrogeons les médecins sur la vision qu'ils en ont, et comment l'améliorer.

Quelle vision as-tu de l'observance de ce traitement chez tes patients ?

On a toujours l'impression qu'ils sont relativement observants et puis ce n'est pas si évident à mon avis... J'imagine qu'ils oublient.

Par ailleurs, le sachet c'est plus simple qu'un traitement par comprimé, c'est souvent plus facile à associer à un traitement lourd. C'est l'idée que j'ai mais ce n'est pas forcément ce que pensent les patients.

Je viens de voir un patient qui est sous antiagrégants, son dentiste lui a demandé d'arrêter deux jours pour une extraction dentaire : il était très inquiet et voulait absolument mon avis. Il sort d'un pontage fémoro-poplité donc il est très sensibilisé au problème qu'il a, lui je sais qu'il est très observant, il ne va pas manquer un jour, mais après pour d'autres patients sur le long cours il va forcément y avoir des prises qui sautent... S'ils loupent des prises c'est moins ennuyant par rapport à d'autres traitements, car la demi-vie est un peu plus longue, par rapport aux AVK par exemple.

Quelles sont, à ton avis, les raisons de l'inobservance pour les AAP ?

Le fait que l'on soit dans le chronique, qu'ils finissent par oublier, qu'ils perdent un peu de vue l'objectif, le bénéfice de ce traitement, ne sachent pas forcément les conséquences d'un arrêt, finalement ça se dilue un petit peu avec le temps... Ils voient bien de temps en temps le cardiologue, on en reparle, mais il n'y a pas de conséquence immédiate pour eux s'ils oublient ou arrêtent le traitement. Surtout entre les renouvellements, il se peut qu'ils ne l'aient pas pris pendant plusieurs jours.

Peut-on imaginer une responsabilité du patient d'une part, et du soignant d'autre part ?

C'est sûr qu'on ne donne pas suffisamment l'information à chaque consultation car on a souvent beaucoup d'autres sujets à aborder et on ne revient pas systématiquement sur l'observance.

Pour un antihypertenseur, on prend la tension, donc tout de suite ils vont nous dire : « ah oui, je ne l'ai pas pris ce matin ! » ; ou alors on leur demande : « mais vous aviez les

traitements ? Peut-être ça manque un peu, vous venez renouveler ? » ; alors ils disent : « ah ben non, là ça fait trois jours que j'en ai plus ».

Avec les AAP, on n'a pas de chiffre à partir duquel partir pour expliquer ; avec les AVK, il y a la prise de sang, on peut vite reparler du risque hémorragique, du risque d'inefficacité : c'est plus concret.

Et comment recherches-tu l'observance de tes patients pour ce traitement ?

Je ne la recherche pas pour celui-là en particulier, parce qu'ils ont souvent d'autres médicaments associés ; c'est plus par rapport au traitement d'ensemble, lors du renouvellement : « est-ce qu' il manquait des médicaments ? », parfois quand on leur demande : « vous le prenez plutôt à midi ou le soir tout ça ? » ils vont nous dire : « c'est vrai que celui là je l'oublie un peu parce qu'il est à midi et il est tout seul », ou alors : « il ne peut pas aller dans un semainier, le sachet ».

On le recherche mais ce n'est certainement pas assez systématiquement.

Le renouvellement serait-il le bon moment pour s'enquérir de l'observance ?

Oui c'est à ce moment là.

Que pourrait-on faire dans l'idéal pour motiver l'observance de ce traitement ?

Il faudrait plus discuter, on voit que les gens connaissent mal leur traitement, les noms, les posologies, et à quoi exactement servent les traitements. Certains savent : « ça c'est le médicament pour le cholestérol », mais il faudrait certainement aller plus loin dans les explications. Mais c'est difficile car c'est à adapter à chaque patient, et ça ne leur parle pas tellement ces médicaments. Un médicament pour la tension d'accord mais les antiagrégants, comment ils agissent, on ne détaille certainement pas assez, et donc ça serait bien de savoir déjà ce que eux connaissent de ces traitements.

Cela rejoint la notion d'éducation thérapeutique.

Tout à fait oui.

Mieux comprendre les traitements permettrait d'améliorer l'observance....

Oui, pour l'ensemble des traitements, tout à fait.

Vois-tu un rôle des autres acteurs du parcours de soin : le patient va voir le pharmacien, voit son infirmière, ainsi penses-tu que ce rôle d'éducation thérapeutique peut être réparti entre les différents professionnels de santé ?

C'est capital, parce que c'est vraiment la répétition du message, la vérification de la compréhension : si le pharmacien insiste au moment de la délivrance, si l'infirmière vérifie, et prépare le semainier, puis qu'elle met les sachets, elle va pouvoir vérifier si la boîte est toujours pleine, s'il y a eu des erreurs de prise.

Voici un auto questionnaire mis au point pour dépister l'inobservance du traitement antihypertenseur, les patients peuvent le remplir en salle d'attente. Penses-tu que ce genre de questionnaire pourrait être pertinent pour les antiagrégants plaquettaires ?

Oui tout à fait, c'est un bon outil pour les traitements en général. Je ne sais pas si pour tous c'est possible de le remplir en salle d'attente, puis d'en rediscuter ; parfois c'est aussi bien de le faire directement, tout dépend de la relation qu'on a avec le patient.

Lors du renouvellement, je demande s'ils ont été en panne quelques jours, et puis on le voit avec la date, parfois ils viennent bien en retard, ils nous disent : « je suis retourné chez le pharmacien, il m'a avancé un mois », ou alors il y en avait d'avant. Parfois ils nous disent : « ben non j'en avais plus effectivement ».

As-tu autre chose à rajouter sur l'observance des antiagrégants plaquettaires ?

(Silence).

Parfois on utilise l'« Aspégic nourrisson » : c'est problématique pour certains patients, ça n'a pas de sens, ils ne comprennent pas pourquoi on leur donne un médicament pour bébé. Pour un patient j'avais dû changer, un patient très observant, j'ai prescrit une autre posologie, en accord avec le cardiologue, mais qui n'avait pas l'appellation « Nourrisson » ! On est censé soigner son cœur !

Y-a-t-il d'autres causes d'inobservance ?

Le fait qu'ils doivent aller chercher le traitement tous les mois ; alors qu'avec les autres traitements il peuvent y aller tous les trois mois. C'est une contrainte !

Voilà tout ce que j'ai à rajouter !

Merci de ta participation !

De rien, merci à toi.

Entretien A6

Dr A6, la quarantaine, installé en ville.

Entretien réalisé entre deux consultations, le médecin avait oublié notre rendez-vous...

Il m'avait rajoutée sur son planning, malgré un timing serré, et il s'est montré disponible le temps de répondre à mes questions.

Date : lundi 18 juin 2012, à 15h.

Durée : 11 min.

Merci de participer à l'étude. Pouvez-vous, en quelques mots, vous présenter, nous dire depuis combien de temps vous êtes installé, et de quelle type d'installation il s'agit ?

Alors, je suis Dr A6, médecin généraliste installé depuis vingt ans, toujours au même endroit. Auparavant, j'ai dû faire deux ou trois ans de remplacements...

J'ai une patientèle assez large : de 0 à 100 ans et quelques ; je fais de la médecine générale classique et j'ai deux compétences : un DU d'addictologie ; je prends en charge des patients addicts : alcool ou autres produits opiacés, stupéfiants... Pour ça j'interviens à la fac pour les « séminaires addiction » pour le troisième cycle, et également auprès de professionnels de santé, médecins du travail ou autres.

Par ailleurs, je suis depuis deux ans maintenant, médecin coordinateur de l'IA Santé ; il s'agit de lits médicalisés pour les personnes sans abris, en post CHU. Je passe 20 % de mon temps dans ces structures.

Quel degré d'observance ont vos patients pour les antiagrégants plaquettaires, d'après vous ?

Ah ! Bonne question !... Un délégué de l'assurance maladie m'a apporté les chiffres mais je ne les ai pas encore lus. Je dirais 60 à 70 % mais c'est une estimation « à la louche »... On pense qu'ils sont observants et preuve à l'appui on est toujours un peu dépité.

Quelles sont les raisons de l'inobservance ?

Les antiagrégants plaquettaire, entendez-vous par là aspirine à petite dose?

Oui, mais aussi le Plavix.

Je pense que les comprimés sont plus faciles à prendre que ces petits sachets souvent prescrits à midi, qui ne se diluent pas, qu'ils n'arrivent pas à ouvrir...

(Sonnette de la porte d'entrée, il ouvre).

C'est souvent le retour qu'ils donnent à propos du sachet ; ils ont du mal à le prendre.

Pour les personnes âgées, où c'est l'infirmière qui met les médicaments dans le pilulier, c'est compliqué, parce qu'elle ne passe pas trois fois par jour pour ça...

Et ce petit sachet, qui fait tout petit, peut-être n'ont-ils pas l'impression que ça soit aussi important qu'un comprimé.

De plus, il est parfois nécessaire de déplacer l'heure de prise pour une meilleure observance.

La galénique serait donc un facteur d'inobservance, de votre point de vue.

Parmi les traitements à visée cardiovasculaire, le sachet n'est peut-être pas aussi bien perçu que le comprimé.

Voyez-vous d'autres raisons à l'inobservance ?

Parfois les prescriptions ne sont pas adaptées ; il y a encore beaucoup d'ordonnances à la sortie d'hôpital avec de l'Aspégic par boîtes de vingt sachets, dans ce cas il en manque toujours un peu en fin de mois. Maintenant on prescrit plus du Kardégic, par boîte de trente, c'est plus simple.

Ensuite il faut leur rappeler que c'est important et à quoi ça sert ; j'essaie de leur demander s'ils connaissent par cœur leur ordonnance, s'ils connaissent l'intérêt des médicaments.

Ils sont souvent en confusion avec les noms de génériques, de laboratoires...

Surtout il y a des ordonnances relativement longues ; bien évidemment il faut essayer d'écourter pour aller à l'essentiel : plus il y en a, plus ils risquent d'en oublier.

Par ailleurs, la prise de midi, pour les personnes âgées en maison de retraite, ou pour les personnes en déplacement, ça pose problème, parce qu'il faut le transporter, ne pas oublier ; ce n'est pas pratique devant tout le monde, c'est plein de facteurs que les patients évoquent.

En général, avez-vous l'impression qu'ils comprennent bien l'intérêt du traitement ?

En général, pour l'aspirine, oui. Mais ce n'est pas si clair que ça ; pour la tension, ils comprennent beaucoup mieux, pour le cholestérol aussi... Ils sont tous fixés sur leur cholestérol même à 80 ans ! Alors que ça n'a aucune importance !

L'AAP, ils le trouvent moins important et c'est une mauvaise perception de leur part, mais c'est peut être dû au médecin qui n'explique pas assez...

Que faites-vous pour rechercher l'inobservance chez vos patients ?

On voit que le patient est observant quand on fait une ordonnance pour plusieurs mois, si ça colle au niveau de la date du renouvellement, s'il n'y a pas trop de décalage.

J'essaie à chaque fois de reprendre l'ordonnance, d'expliquer, de voir si ça pose problème ; quand je renouvelle, je leur demande : « alors qu'est-ce que vous prenez ? », déjà c'est un exercice !

Si la liste de médicaments est longue je vais mettre en tête les quatre médicaments importants, à ne surtout pas arrêter.

Vous avez donc recours à la stratification ?

Je stratifie en fonction des priorités, pour optimiser l'observance.

Que faites-vous encore pour favoriser cette observance ?

J'explique l'intérêt du traitement, et je pose la question : « Pour quelle raison ne parvenez-vous pas à le prendre ? ».

J'adapte également la galénique, ou l'horaire des prises, au plus près du quotidien du patient pour qu'il y ait une meilleure observance.

Selon la relation que vous avez avec vos patients, abordez-vous plus ou moins facilement l'observance ?

Je n'ai pas de difficultés à aborder le sujet.

Mais le patient peut ne pas oser dire qu'il est inobservant ; face au médecin, il essaye d'être un « bon élève » ; il faut donc essayer de ne pas le culpabiliser, pour qu'il n'ait pas l'impression d'être un « mauvais élève ».

Les grandes études montrent quand même une observance d'environ 50 %. Je viens d'avoir mon rapport sur les hémoglobines glyquées, ou les mammographies prescrites et effectivement réalisées : on est bien en deçà...

C'est assez amusant de discuter avec les patients et de leur demander des explications, on découvre des motifs de non-observance qui peuvent être très surprenants... (*Rires*)... L'imaginaire étant parfois plus vaste que mon petit cerveau !

Y-a-t-il d'autres choses que vous voudriez rajouter concernant l'observance des antiagrégants plaquettaires ?

Les formules deux-en-un, les « duos machins », sans citer de nom... Alors côté pratique, ça pourrait être intéressant, mais d'après certains spécialistes, ce n'est pas si bon que ça.

J'ai un doute concernant ces nouvelles formules, malgré une présentation enthousiaste des laboratoires.

Avez-vous d'autres choses à exprimer ?

La posologie n'est jamais la même, selon la visée cardiaque ou neurologique : on passe de 300, 160, 75mg, ça peut être source de confusion, s'il y a plusieurs intervenants.

Je ne vois pas d'autre chose !

Merci pour votre participation !

Entretien A7

Dr A7, la soixantaine, installé en centre ville, est titulaire d'un DU de médecine du sport. Contact très cordial, avec visite du cabinet médical, et discussion de son exercice de médecin du sport.

Malgré la sonnerie de son téléphone à plusieurs reprises, il n'a pas répondu et est resté très concentré sur l'entretien.

Date : Lundi 18 juin 2012, à 8h20.

Durée : 12 minutes.

Merci de participer au questionnaire.

Je vous en prie

Pourriez-vous vous présenter, nous dire depuis combien de temps vous êtes installé et si vous avez des spécificités dans votre pratique ?

Je suis médecin généraliste, j'ai 64 ans, installé depuis bientôt 34 ans en médecine libérale, 30 ans à S... en banlieue, et depuis un peu plus de quatre ans dans la ville. Auparavant j'exerçais en pratique de groupe, à quatre, avec création et fonctionnement en SCP [société civile professionnelle], à présent pour des raisons d'évolution du groupe, je suis seul.

Je pratique la médecine générale mais aussi la médecine du sport et avec un temps passé sur les terrains comme médecin d'équipe.

Quel est, à votre avis, le degré d'observance de vos patients pour le traitement par antiagrégants plaquettaire ?

Au « pifomètre », je n'ai pas d'autres instruments de mesure ! Je pense qu'il doit se situer aux alentours de 60, 70, 75%.

Et quelles sont, d'après vous, les raisons d'inobservance pour ce traitement ?

L'inobservance, de mon point de vue, c'est l'irrégularité, plutôt que l'abstention totale de prise. Elle n'est pas propre aux antiagrégants, mais retrouvée pour beaucoup de traitements : les psychotropes en particulier... Je pense que c'est en partie de la négligence, puis les oublis, et enfin les patients ne perçoivent pas forcément l'importance de la régularité du traitement.

S'agirait-il d'un manque de compréhension du bénéfice attendu ?

Oui essentiellement.

Peut-on imaginer qu'il y ait une part soignant-dépendante et une part soigné-dépendante ?

Je vais faire une réponse de Normand : il y a les deux ; je pense qu'il y a une part soignant-dépendant puisqu'on ne remet pas le couvert à tous les coups, en réexpliquant le mécanisme d'action du médicament. Beaucoup de patients ramènent le traitement par antiagrégant plaquettaire à « un fluidifiant du sang », comme s'il y avait besoin de diminuer le facteur d'écoulement et ne perçoivent pas, ou oublient, le processus de déclenchement de formation d'un clou blanc.

Après il y a le facteur patient-dépendant, comme tout traitement chronique, ça finit par devenir un peu anodin, moins important dans leur esprit...

A partir du moment où le patient ne ressent pas d'effet, il s'autorise un petit peu à suspendre en fonction de ses priorités du moment.

Que faites-vous pour rechercher une éventuelle inobservance ?

Je leur demande s'ils le prennent bien, s'il y a des oublis, quelle en est la raison.

Quand je prescris, je pose la question : « avez-vous besoin de tous les médicaments ? Vous en reste-t-il ? » ; S'ils me répondent : « il en reste assez » c'est qu'il n'y a pas eu la prise nécessaire.

Le conditionnement est aussi problématique ; il y a des boîtes de 30 ou de 60 comprimés selon les médicaments ; on finit par ne plus avoir la même quantité délivrée pour une même ordonnance. C'est le problème des conditionnements français, à l'étranger, les patients peuvent avoir le compte exact correspondant à l'ordonnance, ce qui est quand même mieux pour le suivi.

Que faites-vous ensuite pour favoriser l'observance ?

On essaye surtout de leur mettre la pression, leur dire que c'est un médicament indispensable. J'essaie de répéter à chaque fois le mécanisme d'action et les risques encourus par l'inobservance, de thrombose en particulier.

Pensez-vous que les informations sont plus ou moins faciles à faire passer en fonction de la relation que vous avez avec vos patients ?

C'est plus ou moins facile en effet. L'obstacle majeur que je rencontre c'est la barrière linguistique ; les gens qui ne parlent pas Français ou très mal, ont une compréhension très limitée. Je fais alors des dessins, des schémas...

Par ailleurs chaque personne a un caractère différent : il y a des gens très structurés, presque névrosés, qui vont bien prendre le médicament, et à l'heure près, sinon c'est une catastrophe pour eux, et puis d'autres complètement négligents, qui entament plusieurs boîtes en même temps, et ne s'y retrouvent plus.

J'essaie de recadrer les prises de médicaments, et en visite à domicile on peut essayer de voir, mais quand ils viennent ici en consultation, ils n'emmènent pas leur stock de médicaments.

De même, les ordonnances qu'ils peuvent avoir avec d'autres médecins, ils ne les amènent pas, donc c'est difficile de prendre en compte les interactions médicamenteuses éventuelles et en particulier le risque hémorragique dans le cas des antiagrégants.

Pensez-vous que les effets secondaires hémorragiques font partie des raisons de l'inobservance ?

Non ! Ce n'est pas une raison, j'évoquais les risques hémorragiques dans le cadre d'interactions médicamenteuses.

Il n'y a pas tellement de crainte de la part des patients vis-à-vis des antiagrégants, surtout quand il s'agit de l'acide salicylique ; ce sont des petits sachets, avec l'appellation « dose pédiatrique », donc ils ont tendance à les voir comme des traitements secondaires... Pas tous bien sûr !

Il faudrait demander à tout le monde : « rappez tout ce que vous avez à la maison ! » ; et même s'ils le faisaient, on ne serait pas certain qu'ils aient tout apporté ! La surveillance est extrêmement difficile, sauf en institution, où on a plus de contrôle, mais j'ai relativement peu de patients en institution.

Y-a-t-il d'autres choses que vous voudriez rajouter ?

Je suis perplexe quant aux associations d'antiagrégants, je ne vois pas l'intérêt mais plutôt le risque d'en avoir deux associés ; les patients sortent souvent d'hospitalisation en cardiologie avec cette nouvelle formule. Je voudrais bien savoir de façon sûre, certaine et prouvée qu'il y a un avantage et un bénéfice, et qu'il n'y a pas une augmentation des risques. Par ailleurs on se bagarre un peu avec les dentistes qui ont une frousse inouïe. Souvent les patients me disent que leur dentiste voudrait leur faire suspendre les AAP le temps des soins. Je leur explique alors que ce n'est pas justifié et leur remets une feuille d'information que je trouve très bien faite.

Merci beaucoup pour votre participation

Je vous en prie.

Entretien A8

Dr A8, la quarantaine, installé dans un quartier défavorisé, proche du centre ville de Grenoble.

Rendez-vous pris par téléphone pour midi, attente 30 minutes en salle d'attente car d'autres patients sont vus en consultation avant moi.

Le médecin avait précisé qu'il n'était pas particulièrement intéressé par le sujet, mais qu'il voulait m'aider dans mon travail, par solidarité entre confrères, raison pour laquelle il a accepté de participer.

J'ai eu des difficultés pour relancer le médecin car ses réponses étaient assez expéditives et tranchées.

C'est le seul à avoir refusé le dédommagement de 23€ mais il m'a fourni sa note d'honoraire disant qu'elle me permettra d'attester que j'ai réalisé cet entretien.

Date : mardi 19 juin 2012, à 11h.

Durée : 3 min 20s.

Pouvez-vous vous présenter, en quelques mots, me dire depuis combien de temps vous êtes installé ?

Je suis un médecin généraliste de quartier, installé depuis 25 ans.

Dans quelle mesure pensez-vous que vos patients observent le traitement par antiagrégants plaquettaires ?

Je pense qu'ils l'observent très bien.

Vous pensez donc que c'est bien observé.

Oui, je ne suis pas inquiet pour ça, ça ne pose pas de problème... Quand ils n'en n'ont plus ils viennent en chercher.

Essayez-vous de vous enquérir de l'observance ?

Ah oui ! Mais je n'ai aucun moyen de savoir si le traitement est réellement pris.

Que faites vous pour favoriser l'observance ?

J'écoute, et je pose les bonnes questions... On leur dit ce qu'ils risquent, s'ils ne prennent pas leur traitement correctement.

Que faites vous pour les motiver à observer le traitement ?

Je crois qu'ils le sont déjà quand ils arrivent du service hospitalier, d'autant plus s'ils ont été opérés... On leur dit que leurs petits vaisseaux, leurs petits tuyaux, vont se boucher, que le sang ne circule plus, que le tissu se nécrose ; on leur explique avec des mots accessibles, on leur dit que c'est important. On leur fait des petits dessins.

Avec ce genre de moyens, avez-vous l'impression qu'ils comprennent bien l'intérêt de ce traitement ?

Oui !

Pour vous la compréhension elle est...

Ça ne pose pas de problème ! On répète les explications.

Pensez-vous que la galénique, sachet ou comprimé, influence l'observance ?

Non.

Avez-vous d'autres choses à rajouter ?

Non... Il ne fait pas beau ! (*rire*)

Avez-vous l'impression que d'autres acteurs de santé sont impliqués dans la problématique de l'observance de ce traitement ?

Le chirurgien, le cardiologue, ou l'anesthésiste, pour les patients « stentés » ou « pontés » ; ont déjà fait une part du travail. Le milieu hospitalier, CHU ou clinique, a déjà expliqué au patient.

Très bien, merci de votre participation.

Pas de quoi !

Entretien A9

Dr A9, la quarantaine, est installée en ville.

Je suis reçue à l'heure fixée, il n'y a personne en salle d'attente.

Date : Mercredi 20 juin 2012 à 14 heures.

Durée : 11 minutes.

Tout d'abord merci de participer à l'entretien. Pourriez-vous en quelques mots, vous présenter, nous dire depuis combien de temps vous êtes installée ?

Je suis médecin généraliste, installée ici depuis 2004, auparavant j'ai fait 2-3 ans de remplacements. Je participe à un réseau pour les patients insuffisants cardiaques, qui fait de l'éducation thérapeutique, alors l'observance forcément ça me parle !

Commençons l'entretien avec la première question : dans quelle mesure pensez-vous que vos patients sont observants pour le traitement par antiagrégants plaquettaires ?

Je crois qu'elle devrait être autour de 80%, mais ça dépend vraiment d'un patient à l'autre... Après c'est sûr qu'on n'explique pas assez !

Et quelles sont les raisons de l'inobservance d'après vous ?

Il y a les catégories socio-économiques mais également la galénique : le sachet, c'est plus fastidieux qu'un comprimé...

Pouvez-vous développer quand vous parlez des différents milieux sociaux économiques ?

Je pense que dans certains milieux socio-économiques un peu moins favorisés, les patients sont peut-être moins sensibilisés à l'importance d'un traitement, aux complications éventuelles, que dans un milieu plus aisé, où les gens font plus la démarche de s'informer.

Mais certains sont d'un très bon milieu socio-économique, et dans le déni complet !

A mon avis, ce n'est pas aussi binaire que ça !

Vous avez abordé la notion de galénique, en disant que la forme sachet pouvait aussi entrer en compte dans les facteurs d'inobservance ?

Tout à fait ; parce que le sachet, ça ne rentre pas dans le pilulier, il faut le diluer dans l'eau, c'est moins discret en pratique. La forme comprimé est beaucoup plus facile que le sachet. (*Silence*).

Voyez-vous d'autres raisons à l'inobservance ?

(*Elle réfléchit*)... Non.

Comment vous assurez-vous de l'observance chez vos patients ?

Avec les dates de renouvellement. Quand il s'est passé un délai un peu trop long entre deux ordonnances : se sont-ils fait avancer le traitement par le pharmacien, en restait-il, ou le patient a-t-il été inobservant ?

J'interroge pour voir si la tolérance est bonne, et si ça se passe bien avec leur médicament.

Quelles sont les questions que vous leur posez ?

Je leur demande clairement : « les traitements, ça se passe toujours bien ? Les prenez-vous? ».

Généralement ils me disent : « oui » ; donc je leur demande plutôt : « quand avez-vous oublié votre traitement la dernière fois ? » c'est une façon de leur dire que c'est normal et légitime d'oublier, ça permet de refaire le point, de voir quelles sont les circonstances.

Parfois on va changer l'horaire de prise du sachet, qu'on mettra le matin parce que c'est plus facile qu'à midi pour quelqu'un qui bosse.

Ils n'osent pas toujours poser des questions, pour peu que ça ait été instauré par un spécialiste ; un cardiologue, c'est sacré, ils n'osent pas y toucher alors qu'on pourrait réorganiser les choses, faciliter les prises.

Avez-vous des conseils, des stratégies, pour améliorer l'observance ?

Pour les antiagrégants, pas forcément, mais on a aussi le problème pour les pilules donc on essaie de mettre un rappel sur le portable, de placer certains médicaments à côté de la brosse à dents, pour qu'ils y pensent.

Sinon c'est à eux de trouver l'astuce, parce qu'alors on peut imaginer que ce sera plus efficace.

Éventuellement j'essaie de faciliter les choses, de voir quel est le motif de mauvaise observance, et dans quelle mesure on peut le contourner...

Pour les AAP le sachet de midi qui « passe à l'as », je propose de le passer le matin ou le soir.

Pensez-vous qu'aller plus loin dans les informations données au patient améliore l'observance ?

Il faut donner plus d'informations aux patients, leur expliquer l'intérêt du traitement, les effets indésirables, sans dramatiser, pour qu'ils soient conscients que les antiagrégants évitent que les artères se bouchent...

Le sachet d'aspirine c'est le même que pour les bébés, normalement on ne les utilise plus trop, mais ça banalise ; on a l'impression que c'est moins important, que ce n'est pas vital ! C'est certain, il faudrait qu'on explique davantage les choses et sans doute faire de l'éducation thérapeutique d'ailleurs !

Avez-vous l'impression qu'ils comprennent bien le rôle de ce traitement ?

Quand on prend la peine de leur expliquer, oui ! Il faut en remettre une couche, en rediscuter la fois suivante : ce sont des traitements renouvelés tous les trois mois, on peut refaire le point lors du renouvellement. Il me semble que ce traitement est relativement facile à comprendre, plus peut-être qu'un ARA2 ou un IEC.

Voyez-vous des choses qu'on pourrait faire, dans l'idéal, si on avait plus de moyens ? Si tout était possible ? (Rires des deux)...

Il faudrait faire de l'éducation thérapeutique pour tout le monde. Toute pathologie chronique est candidate à l'éducation thérapeutique ! C'est certain à mon avis, c'est la première étape... Il faut inculquer ça dans les facs, changer la mentalité des mandarins qui enseignent...

C'est toute une mentalité à revoir, une façon de faire : on ne met pas une ordonnance en disant « vous la suivez point barre, que ça vous plaise ou non ! » ; il faut que le patient puisse comprendre, être davantage acteur, se sentir beaucoup plus responsable de ce qui se passe, et avoir la possibilité de dire : « non ça me convient pas, il y a ça qui me gêne. ».

Il faut vraiment discuter, négocier et que le patient soit suffisamment à l'aise pour dire quand quelque chose ne va pas.

On s'aperçoit souvent que ça fait un moment qu'ils prennent des médicaments, que ça ne leur convient pas, mais qu'ils n'ont jamais pensé qu'on pouvait en discuter, essayer d'améliorer les choses.

C'est aussi la relation qu'on va avoir avec son patient qui permettra d'instaurer un dialogue...

Oui ça reste encore très archaïque. Pour certaines personnes : « si le médecin a dit que... » ; il faut s'y tenir, que ça convienne ou pas. A la limite on dit : « oui » au médecin et on fait autrement, mais les gens n'osent pas toujours dire que le traitement ne leur convient pas, surtout un traitement instauré par un angiologue ou un cardiologue.

Vous qui êtes sensibilisée à l'éducation thérapeutique, sentez-vous que vos patients se positionnent différemment que dans une relation où le médecin se positionne avec autorité ?

Moi je ne fais pas d'éducation thérapeutique, je fais de l'information en consultation. Je suis sans doute un peu plus attentive ; je laisse davantage la parole, ou l'ouverture, pour qu'ils puissent à un moment donné, dire qu'il y a un truc qui ne va pas... Après il m'arrive de découvrir qu'un traitement n'est pas pris depuis six mois, alors que je le renouvelle consciencieusement !

Avez-vous d'autres choses à rajouter concernant l'observance des antiagrégants plaquettaires ?

(Elle réfléchit)... Non....

D'accord ! Merci pour votre participation !

Entretien A10

Dr A10 est à la retraite mais pratique encore à temps partiel, en centre ville, à Grenoble.

Date : Mercredi 20 juin 2012 à 16h.

Durée : 12min 55 sec.

Merci de participer à l'entretien. En quelques mots, pouvez-vous vous présenter, nous dire depuis combien de temps vous êtes installé ?

Je suis à la retraite depuis cinq ans et je remplace le médecin ayant pris ma relève, quand il n'est pas là ; en gros ça doit faire un jour et demi par semaine et la moitié des vacances.

Je vois en moyenne trente-cinq patients par semaine.

Je me suis installé en 1974, j'ai travaillé à plein temps jusqu'en 2007, en centre ville. Les antiagrégants ça fait un moment que je les prescris !

(Le téléphone sonne, il répond à un patient après avoir pris le temps de finir sa phrase, il parle au téléphone pendant quelques minutes. Puis nous reprenons l'entretien).

Quel est d'après vous, le degré d'observance de vos patients pour les antiagrégants plaquettaires ?

Je pense qu'ils l'observent relativement bien : étant donné que ça touche le cerveau ou le cœur, si les bronchiteux se soignent mal, les patients ayant des pathologies cardiovasculaires ont plus les chocottes, donc je pense qu'ils respectent mieux les traitements. Après je n'ai jamais vérifié. D'ailleurs il n'y a pas de moyen de contrôle physiologique... Quand ils ne prennent pas leur Previscan, ça se voit, mais là, on ne peut pas savoir.

Je pense tout de même qu'ils observent bien. La proportion ? Je dirais 8/10, mais au pif...

Avez-vous en tête les chiffres de la littérature, concernant l'observance ?

Non.

Vraiment ?

Je crois que c'est assez bas.

Les chiffres de la littérature sont autour de 50 %.

C'est 50... Mais sur quoi se baser ? Ça dépend peut-être du type de clientèle qu'on a, moi je n'ai jamais eu une clientèle trop farfelue, étant donnée qu'au centre les gens, changent moins de médecin. J'ai des vieux clients depuis trente-cinq ans, ils n'ont jamais changé de médecin, ils sont plus fiables peut-être que quand il y a de la grosse cavalerie... Maintenant ça risque de changer, depuis l'instauration du médecin traitant.

Quand le volume de patients est trop important, je pense qu'il y a moins d'observance, le médecin ayant moins le temps de discuter avec les gens, la relation est sûrement un peu moins bonne. Si la relation est moins bonne, le traitement doit être moins bien observé je pense.

Il y aurait, d'après vous, une corrélation entre la qualité de la relation et l'observance...

La qualité de la relation est fonction du nombre de patients qu'on voit chaque jour. Il me semble que l'on ne peut pas voir correctement quarante clients par jour ; moi je faisais attention de toujours prendre sur rendez-vous, c'est parfois problématique de refuser, mais

le fait de se limiter à une vingtaine de patients -vous ne faites pas fortune *rires*- ils vous trahissent moins, ils doivent mieux observer.

De votre point de vue l'observance est fonction du temps investi dans la consultation...

Oui je pense qu'ensuite ils prennent leur traitement avec plus d'adhésion, avec plus d'adhérence.

Quelles pourraient être les autres raisons de l'inobservance ?

(Il répond très vivement) Le je-m'en-foutisme du médecin ! Rires.

Concernant la part de responsabilité imputée au patient...

Il y a la part psychologique de la personne, mais c'est difficile à quantifier ! Il y a des gens qui paraissent complètement « débilés », vous imaginez qu'ils vont être inobservants et en fait ils prennent bien le traitement ! Et l'ingénieur, qui paraît bien sérieux, bien appliqué, qui a posé des questions pinailleuses et qui ne va pas bien prendre son traitement parce qu'il y a un manque de confiance... C'est difficile à évaluer...

Que peut faire le soignant pour s'améliorer ?

Il est comme il est, lui... Il peut s'améliorer sur un mode de formation, par l'enseignement post universitaire, mais pour son comportement c'est plus compliqué... Il est déjà moulé en tant que médecin... C'est l'éducation, c'est la personne.

Pensez-vous qu'il y a des groupes de patients plus à risque d'être inobservants que d'autres pour les antiagrégants ?

Ça n'est pas si clair que cela : certains n'ont pas l'air « très futés » mais prennent leur traitement de façon très réglo... D'autres sont un peu plus intelligents mais ont une conduite médicale stupide.

C'est un peu comme la religion : il y en a qui ont la foi, et on va dire que c'est la grâce, donc il y en a qui ont la grâce et d'autres qui ne l'ont pas. *Rires...*

Pensez-vous que la galénique ; comprimé ou sachet, ait une influence sur l'observance ?

Ça joue c'est sûr ! J'ai toujours été surpris qu'ils prennent bien leurs petits sachets...

Pourquoi cela ?

Il me semble que j'aurais un petit sachet à prendre, je ne pense pas que je le prendrais tous les jours. ... C'est pour ça que j'insiste.

Pour quelle raison ?

C'est pénible d'ouvrir un sachet ; d'abord il faut le sortir de sa boîte, prendre un comprimé parfois c'est plus facile ! Et il faut couper le sachet, le mettre dans un verre d'eau, mais avant l'eau... Celui qui souffre de TOC ou de pathologie obsessionnelle, peut-être va-t-il bien le faire, mais ça me semble complexe.

Vous trouvez donc que le sachet est un peu fastidieux ?

C'est mon avis, mais ils n'ont pas l'air de se plaindre de leurs sachets, j'ai l'impression qu'ils le prennent bien.

Voyez-vous d'autres raisons à l'inobservance ?

A part la galénique ? C'est la principale raison : si on file un sirop dégoûtant aux gens ils ne vont pas le prendre... Vous filez un comprimé tout petit ; ils vont le prendre plus facilement ! Il y a les horaires qui jouent ; mais ce n'est pas très compliqué il n'y a qu'une prise par jour ; on leur demande à quel moment ils préfèrent le prendre. Non je ne vois pas d'autres choses.

Que faites-vous pour vous enquérir de l'observance chez vos patients ?

Je n'ai jamais trop vérifié. La confiance que je pense qu'ils m'octroient, je leur accorde aussi.

Posez-vous la question ?

Oui, directement.

Quelle question par exemple ?

« Combien de fois avez-vous oublié votre traitement ce mois-ci ? », je pose des questions directes !

Quel est le meilleur moment, à votre avis ?

Si les gens se plaignent d'un symptôme, c'est un peu la déformation du médecin : « Docteur j'ai ci j'ai ça...

-Est-ce que vous avez bien pris vos remèdes ? ». (*Rires*)

Le médecin est toujours prêt à les engueuler ! Mais c'est comme l'histoire du costume et du tailleur : ce n'est pas la faute du tailleur, c'est celle du mec qui porte le costard... On a tendance à faire ça.

Quand on établit la liste de remèdes, on leur demande bien s'ils les prennent ; ça ne prend pas beaucoup de temps.

Que faites-vous pour favoriser l'observance ?

J'explique les risques ; quand on donne un traitement, on explique pourquoi on le donne. Je pense que ça suffit. Parfois il faut rabâcher parce qu'ils n'ont pas bien compris, alors je répète facilement.

Vous expliquez l'indication de ce médicament...

Ça me suffit ! Vous voyez à qui vous avez à faire ! Celui qui n'est pas fiable vous n'allez pas lui demander, mais celui-là, on sait qu'il n'observe pas et qu'il fait partie des 20 % ou plus ! Et là il n'y aura rien à faire c'est comme un alcoolique à qui on dit : « faut arrêter de boire, vous savez que c'est mauvais, l'alcool » ; il va répondre : « mais j'y arrive pas », vous allez lui dire : « il faut essayer » ; il va encore dire : « j'y arrive pas » ; « Mais essayez quand même » ; c'est pareil quand quelqu'un n'observe pas... Je crois que c'est l'éducation de la personne, une espèce de psychotypologie : certains se soignent correctement et d'autres n'en sont pas capables. Pour y remédier, il faudrait reprendre tout à la base mais cela vient de loin...

En effet, il y a une part imputée au patient, qui peut nous échapper.

Il va toujours nous dire : « oui » pour nous faire plaisir, craignant une remontrance. La part patient, je pense qu'on ne peut pas bien corriger.

(Le téléphone sonne mais il continue)

Nous on peut se corriger, mais c'est pareil : on peut, mais va-t-on le faire ? Parce qu'on est comme on est aussi, c'est un peu pessimiste mais il y a des choses difficiles à changer !

Avez-vous d'autres choses à rajouter sur l'observance des antiagrégants plaquettaires ?

J'étais un peu surpris de voir que c'était 50 % d'observance, mais je sais qu'en général c'est de cet ordre là...

Surtout les traitements chroniques...

Oui surtout les traitements chroniques. On voit la mauvaise observance en matière de tension alors qu'on leur a déjà expliqué 10 fois... Il est possible qu'il y en ait qui soient inobservants pour les traitements vasculaires, mais comme ils viennent tous les trois mois et qu'ils vous font tout remarquer... C'est difficile de savoir. Il faudrait qu'on leur dise : « donnez-moi tous les sachets qu'il vous reste » ; peut-être serait-on surpris.

Parfois ils nous le disent pour certains traitements secondaires, comme les antiarthrosiques, mais pas pour les antiagrégants plaquettaires ! Ils ne m'ont jamais dit « Il me reste des tas de boîtes de Kardégic, ne me le marquez pas cette fois docteur ».

A part ça je n'ai rien à ajouter !

Merci pour votre participation !

Entretien D1

Dr D1, homme de 50 ans, exerçant depuis une vingtaine d'années dans une commune d'environ 2000 habitants, à 20km de Grenoble.

Maître de stage à la faculté de médecine de Grenoble.

Date : Vendredi 18 mai 2012, à 13h30, avant la reprise des consultations.

Durée : 19 minutes.

Quelle vision as-tu de l'observance des AAP chez tes patients ?

Je dirais qu'elle est bonne globalement, avec des bémols : parfois on est surpris de ce qu'ils nous disent : « je ne le prends pas tous les jours », « je ne sais pas pourquoi je prends ça », « je n'ai pas bien compris pourquoi je le prends ». Alors qu'on pense qu'ils prennent bien leur traitement. Je dirais que c'est bien suivi à 80, 90%. Il ne faut pas avoir peur de reposer la question pour rechercher cette non-observance.

Le Kardégic, on pense que c'est facile, on n'en parle plus, on croit que c'est acquis, et puis en fait, non !

As-tu des chiffres en tête concernant l'inobservance, tous traitements chroniques confondus à six mois de traitement ?

Non, je ne connais pas le chiffre exact ! Je dirais, avant que tu me l'annonces, entre 70 et 80%.

Selon les études, les chiffres d'inobservance sont de 50 à 80% ...

Quelles seraient pour toi les raisons de l'inobservance chez tes patients ?

D'une part, ils ne savent pas pourquoi ils le prennent, d'autre part, ce n'est pas redit à chaque consultation. En fait pour nous, c'est un traitement accessoire et acquis. On croit que c'est simple, et en fait non !

Il faut de temps en temps, redemander : « Est ce que vous savez pourquoi vous prenez ces médicaments ? ». On rajoute des médicaments, et eux font le ménage : « oh, celui-là ça fait deux ans que je le prends pour mon AIT ! », et finalement ils l'arrêtent.

De ton point de vue l'inobservance est en partie expliquée par un défaut de compréhension du traitement, et de la maladie ?

En effet je pense que de comprendre l'intérêt du médicament peut les aider !

D'où l'intérêt de l'éducation thérapeutique !

Oui

Comment t'assures-tu de l'observance de tes patients ?

(Il réfléchit)...

Je regarde systématiquement, à quand remonte la dernière consultation. Si on voit qu'ils reviennent à trois mois et demi alors qu'on fait des ordonnances de trois mois, on en déduit qu'ils ont été inobservants pendant au moins quinze jours ; c'est la méthode basique.

La deuxième méthode, c'est de poser la question: « est-ce que vous avez des difficultés à prendre vos médicaments ? », « Est-ce que vous prenez bien vos médicaments régulièrement? », « Est-ce qu'ils vous arrivent de les oublier ? ».

Je pose des questions simples : « Est-ce qu'il vous arrive de les oublier ? Comment vous faites quand vous vous déplacez ? ».

(La sonnette d'entrée du cabinet retentit).

Voici un questionnaire élaboré pour rechercher l'inobservance des patients sous anti HTA. Penses-tu qu'il peut être utile en l'adaptant aux AAP ? *(questionnaire en annexe)*

(Silence pendant la lecture du questionnaire)...

Oui, cela pourrait tout à fait être adaptable au traitement AAP.

Pourrait-on l'utiliser en pratique courante de médecine générale ?

Oui, parce que c'est rapide. Il y a une question qui ne serait pas bien adaptée : « vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle » ; ce n'est pas fondamental avec les AAP.

L'utiliserais-tu ?

Je ne l'utiliserai pas... Cela me paraît trop compliqué : on en utiliserait un pour l'HTA, un pour l'AAP et pour tous les autres médicaments.

De temps en temps, avoir cet outil là, oui, mais pas à chaque consultation : une piqûre de rappel, faire du dépistage.

Que fais-tu pour favoriser cette observance ? Tu parlais d'expliquer le traitement aux patients ?

Quand je renouvelle un traitement, je reprends le nom de chaque médicament : « Donc vous prenez bien celui-ci ? ». Cela me permet de vérifier l'ordonnance en même temps.

On peut rajouter : « Vous prenez bien ça, mais vous savez pourquoi vous le prenez ? ».

Je fais un peu « la révision de l'ordonnance ».

Utilises-tu la stratification sur l'ordonnance ?

De quoi s'agit-il ?

La stratification consiste à mettre le traitement le plus important en haut, et le moins important en bas.

Je pense qu'elle se fait automatiquement quand on est informatisé, parce que les traitements de fond sont en haut de l'ordonnance, et ceux qu'on rajoute en bas.

Et dans l'idéal, que faudrait-il faire pour avoir une meilleure observance ?

Il faut que l'on s'astreigne à bien relister les médicaments avec les patients. J'ai adopté cette méthode récemment.

J'avais testé il y a quelques années, un pilulier électronique pour l'HTA, dans le cadre d'un protocole. On prêtait un pilulier qui sonnait. Cela n'a pas marché ! Je n'ai pas vu arriver les piluliers électroniques, en tout cas pas dans les pharmacies !

Justement, le médecin n'est pas seul face à l'observance, penses-tu que d'autres professionnels de santé auraient un rôle à jouer ?

Le pharmacien oui, fondamentalement. C'est son travail l'observance. S'il voit qu'il ne délivre pas assez de boîtes pour un traitement de fond, il devrait nous alerter ! Ce qui n'arrive jamais... Au moins alerter le patient ! A présent, ils vont toucher quarante euros

pour les AVK, un forfait annuel de surveillance, peut-être vont-ils être plus motivés ! Par ailleurs, lorsque c'est l'infirmière qui distribue, l'observance, elle est quasi à 90%, elle est assurée.

Les réseaux de soins, ville-hôpital, comme GRANTED pourraient-ils avoir un intérêt ?

Comme GRANTED par exemple, oui, ils agissent à l'introduction des traitements AVK, mais après au long cours, ils disparaissent. Ils prennent de nouveaux patients, et ils nous laissent les anciens. C'est évidemment une aide à l'observance au départ.

En première ligne, il y a le généraliste, puis le pharmacien...

De manière chronique et durable le généraliste et le pharmacien : on n'a peut-être pas besoin d'inventer d'autres acteurs, mais plutôt de les sensibiliser à ce problème là !

Peut-être ton travail va-t-il nous aider à dépister les défauts d'observance.

Il serait intéressant de se former, mais aussi de proposer un outil, une plaquette... Il pourrait y avoir une campagne ! J'ai pensé, en voyant le questionnaire de dépistage : faire une campagne auprès des généralistes : « Voudriez-vous tester l'observance sur les dix prochains patients, grâce à cette plaquette ? », comme une évaluation des pratiques, pendant un mois par exemple. Sous la forme de jeu, pourquoi pas ?

Penses-tu que l'on n'est pas suffisamment sensibilisé à la problématique de l'observance ?

Si, tout de même. Je trouve que les visiteurs médicaux font leur boulot. C'est un thème assez récurrent : « assurez-vous docteur, que vos patients prennent bien leurs médicaments ! ». Ils doivent vendre leurs médicaments !

On peut parfois négliger l'observance. Il faut des piqûres de rappel !

As-tu quelque chose à rajouter ?

L'idée principale c'est que le patient comprenne bien l'intérêt du traitement.

Les AAP sont bien tolérés. Leurs effets indésirables (épistaxis, épigastralgie) ne sont pas source d'observance, si les patients en ont, ils consultent, et on rediscute de l'intérêt du traitement, de la balance bénéfice risque.

Le spécialiste qui initie ; cardiologue ou angiologue, devrait dire au patient de retourner voir son médecin la semaine d'après. Cela devrait être impératif, pour ne pas découvrir que notre patient a été mis sous AVK ou AAP un mois plus tard !

J'ai eu le cas très récemment, d'un patient porteur d'un pace maker, et le cardiologue lors de son suivi annuel, a découvert une FA (fibrillation auriculaire), et l'a mis sous AVK : je n'étais pas prévenu ! C'est dommage ! Et quand j'ai vu passer le premier INR, je m'en suis douté, et j'ai téléphoné au patient, pour qu'il vienne en consultation. C'était rentable, parce qu'il n'avait rien compris à la gestion de ses INR, pas de carnet de suivi. C'est fondamental d'avoir une consultation dédiée uniquement à ça.

Merci.

Entretien D2

Dr D2, homme de 50 ans, exerçant depuis une vingtaine d'années dans une commune d'environ 2000 habitants, à 20km de Grenoble.

Maître de stage à la faculté de médecine de Grenoble.

Date : Vendredi 18 mai 2012, en début d'après-midi, avant la reprise des consultations.

Durée : 30 minutes.

Quelle vision as-tu de l'observance de tes patients sous AAP?

Je crois qu'ils prennent bien le traitement que je prescris. Ce sont souvent des patients chroniques, donc ils prennent bien leurs médicaments.

Je dirais 80%, 90%, qui prennent leur traitement. Mais je ne me suis jamais posé la question.

Les données rapportent que 50 à 80% des patients chroniques observent mal leur traitement.

On va les croire ! (*il est étonné, et n'a pas l'air convaincu*).

Quelles pourraient être les raisons de cette inobservance ?

Les effets indésirables : des ecchymoses, du purpura sur les mains, sur les bras...

Les effets secondaires seraient donc en cause...

Des effets secondaires attribués ou réels.

Y-a-t-il d'autres raisons, selon toi ?

(*Il hésite*)...

Les représentations qu'ils ont du médicament : « ça fait du mal »...

Y aurait-il des facteurs liés au patient selon toi ?

L'inobservance, je ne sais si cela vient du patient ou du produit. Je ne sais pas s'il y a certains patients plus inobservants que d'autres.

Il y a des patients que l'on voit tous les trois mois, au lieu de deux mois ! Donc cela prouve qu'ils ont espacé leur traitement.

Quelle est la part de responsabilité médicale dans cette inobservance ?

C'est à moi d'insister tous les jours sur l'intérêt de prendre ces médicaments.

S'ils me disent : « je n'ai pas pris mon aspirine cette semaine, qu'est-ce que vous en pensez ? », je réponds que ce n'est pas très grave, puisque de toute façon, me semble-t-il, l'effet est assez long et rémanent, donc je rassure, et leur dis que ce n'est pas grave. Mais peut-être vont-ils être inobservants si je dis cela ?... J'ai une patiente qui ne prend que deux aspirine par semaine !

Comment t'assures-tu de l'observance de tes patients sous AAP ?

J'essaie régulièrement de leur parler de leur traitement mais je ne vérifie pas assez souvent l'observance.

Je vois s'ils viennent bien à date fixe ou pas. Si je vois que la date se décale, c'est qu'ils ne prennent pas forcément leur traitement. Mais je ne fais pas forcément attention à chaque fois.

Tu évoquais certains groupes de patients plus à risque d'inobservance, peux-tu m'en dire davantage ?

S'ils sont inobservants, je pense que c'est plus de ma faute que de la leur. Je ne pense pas que les patients soient en cause. Je ne vois pas de groupes de patients plus à risque.

Voici un questionnaire visant à évaluer l'observance des anti-HTA. Penses-tu qu'il serait intéressant de l'utiliser ? (*questionnaire sur les anti-HTA en annexe*).

C'est un test qu'ils remplissent seuls ou que je dois remplir avec eux ?

Il s'agit d'un auto-questionnaire pouvant être laissé en salle d'attente ou à utiliser pendant une consultation.

(Silence le temps de la lecture...)

Cela ne s'adapte pas à tout le monde. Je pense que tous les patients ne seraient pas à l'aise pour lire ce questionnaire et y répondre. C'est à moi de bien intégrer les questions, pour les leur poser. D'ailleurs je doute qu'ils répondent sincèrement aux questions.

Pourquoi à ton avis, certains déclareraient bien prendre le médicament, alors que ce ne serait pas le cas ?

Parce qu'ils se sentiraient coupables.

Pas plus tard que la semaine dernière, j'en ai un qui m'a dit, alors que je le soigne depuis vingt ans, qu'il ne prenait depuis le début, que la moitié des médicaments que je lui donnais. Et je ne le savais pas ! En vingt ans, il ne me l'a dit que ce coup-ci...

Je ne fais pas remplir les tests à mes patients. Le test d'EPWORTH, l'IPSS, je m'en inspire pour les interroger. Ces outils sont plus utiles au médecin qu'au patient, il permet de nous sensibiliser sur certains points.

Trouves-tu que ce questionnaire est difficile à utiliser au quotidien ?

Dans ma pratique, oui, je ne les utiliserai pas.

Quelle place a la relation médecin malade dans le problème de l'observance ?

La relation médecin-malade ? La mienne est suffisamment bonne pour ce que les gens me disent, s'il y a un problème d'observance. Mais je ne suis pas sûr que cela suffise, quand je pense à ce patient qui m'a caché vingt ans son inobservance ! Ce médicament, un bêta bloquant, avait été prescrit par le cardiologue, le patient ne le tolérait pas. Avec un cachet, il était fatigué, et il avait une tension basse, il est passé à un demi, et cela lui convenait. Il ne me l'avait jamais dit !

Pourrait-on utiliser le questionnaire lors de la consultation annuelle ?

Voilà un des points que je pourrais utiliser avec mes patients chroniques : « Comment faites-vous pour y penser tout le temps ? » ; « comment faites-vous pour ne pas vous tromper ? ». Moi-même je prends des médicaments tous les jours, des anti-histaminiques, il m'arrive fréquemment de ne pas savoir si j'ai pris le traitement ou non. Je me suis déjà dit : « il ne faut pas que je le prenne deux fois, parce que cela va augmenter mon QT, et faire un surdosage ! ». J'ai maintenant une petite boîte pour les médicaments, qui me permet de savoir exactement à quel moment j'ai pris le cachet.

Je conseille désormais à tous mes patients, qui ont un traitement chronique de faire ainsi.

Je leur explique ce que j'ai vécu, ce que je ressens, ce qu'ils peuvent vivre, et je leur dis : « prenez votre cachet dans une petite boîte, comme ça, vous êtes sûr de ne pas le louper ». Même s'ils ont bien compris, et qu'ils adhèrent à leur traitement, ils peuvent quand même oublier !

Dans l'idéal, que faudrait-il faire pour avoir la meilleure observance possible ?

La relation médecin-malade me paraît importante.

Une fois qu'ils ont bien compris l'intérêt du traitement, et qu'on a abordé tous les effets indésirables qu'ils avaient, que la relation est bien passée, ils prennent leur traitement.

Il y a, à la fois la compréhension du traitement, le rôle des effets indésirables, et le côté pratique du traitement chronique qui n'est pas simple à mettre en place.

Je leur conseille de prendre leur traitement toujours à la même heure ; pour les antiépileptiques, c'est indispensable ! Cela leur permet de ne pas l'oublier, parce qu'ils font toujours la même chose : en se levant, en se brossant les dents, en mangeant : il faut instaurer des routines.

Utilises-tu la stratification de l'ordonnance lors de la prescription des AAP ?

C'est-à-dire ?

La stratification c'est le fait de mettre le traitement le plus important en haut de l'ordonnance.

Non je ne le fais pas. Parfois j'écris sur l'ordonnance : « pour votre cœur », « pour votre tension », « pour votre foie, estomac », « pour dormir ».

Je le fais depuis que je suis informatisé, depuis longtemps déjà.

Penses-tu que l'éducation thérapeutique a une place ce domaine ?

Oui, l'éducation thérapeutique a une place aussi. Il faut que je sois capable de leur faire dire ce qu'ils ressentent vis-à-vis de leur traitement, et pourquoi ils le prennent.

Je connais l'éducation thérapeutique, mais je ne le fais pas systématiquement. Je pourrais leur demander : « qu'est-ce que vous pensez de votre traitement ? », « pourquoi je vous donne ce traitement ? ».

Cela pourrait m'aider à voir de quelle manière ils ont intégré les choses.

Faudrait-il plus prendre en compte la façon dont le patient vit sa maladie et son traitement ?

Oui, j'ai bien compris que je n'étais pas là pour leur assener toute une liste de conseils, mais que je dois essayer de mettre en adéquation mes objectifs médicaux, et leurs perspectives. En théorie, c'est ce que je devrais faire à chaque fois.

Il y a d'autres professionnels de santé qui sont en relation avec le patient. Est-ce que certains peuvent avoir un rôle à jouer ?

Oui, les pharmaciens. Je suis très sceptique quant à leur rôle de conseiller, mais ils pourraient s'intégrer là-dedans. Ils pourraient avoir un rôle s'ils prenaient le temps de discuter avec leurs patients. Je ne pense pas qu'ils le fassent. C'est à moi de le faire. L'infirmière a aussi un rôle, avec les personnes âgées en particulier.

Penses-tu que les pharmaciens ont moins le temps que les généralistes pour s'enquérir de l'observance de leurs patients ?

Ils n'ont pas la formation, il me semble, de plus ils ne prennent pas le temps.

Pourtant, il existe la consultation pharmaceutique, en as-tu entendu parler ?

Oui. Il faudrait qu'elle ait lieu en confidentialité complète. Si elle est faite quand le patient est assis devant un bureau, c'est possible. Quand le patient est debout, qu'il y a la queue derrière, ce n'est même pas la peine d'y penser !

Penses-tu que les réseaux ville-hôpital, les réseaux de soins, peuvent avoir un intérêt dans l'observance ?

Oui, je connais le réseau GRANTED. Je pense que ce n'est pas mal. Ils rencontrent le patient à l'hôpital, passent un bon quart d'heure à discuter avec le patient à propos des AVK. Le patient en tire quelque chose de bénéfique. Ils sont recontactés quelques temps après pour voir comment cela se passe.

Penses-tu que le généraliste, pourrait faire appel à ce genre de réseau quand il est confronté à un problème d'observance ?

Oui, pourquoi pas, je pourrais faire appel au réseau pour m'aider en cas de difficulté avec un patient en particulier. *(il n'a pas l'air convaincu...)*

Les patients n'avouent pas forcément qu'ils sont inobservants. Peut-être affirment-ils prendre le traitement pour faire plaisir au médecin ?

Tu parles d'aveu, c'est déjà qu'il y a un côté culpabilité. Si on veut faire avouer un patient, c'est qu'on est déjà plus tellement médecin, mais bientôt flic... Pourquoi n'en parleraient-ils pas ? Parce qu'il y a un côté culpabilité forcément. Mon patient qui ne prenait que la moitié de son traitement n'avait aucune raison de ne pas m'en parler. Mais avec ce patient, il n'y a aucun problème relationnel. J'en suis sûr et certain. Sauf que moi, je ne lui ai jamais posé la question. Sinon, on en aurait parlé bien avant. L'observance n'est pas un problème suffisamment aigu dans mon esprit pour que je m'en occupe de façon très sérieuse. Et j'ai très probablement tort, j'en suis persuadé.

Pourtant, selon les études, plus de 50% des patients chroniques ne sont pas observants...

Oui, j'avais cette notion, mais elle n'est pas suffisamment présente dans mon esprit pour que j'en sois conscient.

Et même si les médicaments sont achetés, on ne sait pas s'ils sont absorbés ! En tout cas j'insiste pour qu'ils ne jettent pas les cachets à la poubelle, ne serait-ce que pour la planète. Si ça vient dans la conversation, je leur dis de me les ramener, je préfère aller les jeter en incinération.

As-tu quelque chose à rajouter concernant l'observance ?

J'ai une patiente qui est âgée, et j'écris les ordonnances en gros, pour qu'elle puisse les lire. La dernière fois, j'ai écrit en petit, involontairement, et après elle m'a dit : « docteur, vous avez tout changé... ». La façon de présenter l'ordonnance compte aussi.

Par ailleurs cette patiente est sous AVK depuis dix ans, mais n'arrive pas à saisir l'intérêt du traitement, elle parle toujours son dosage d'AVK, me demande sans arrêt : « vous ne pensez pas que j'en prends trop ? ». Le message a du mal à passer.

Quand je demande aux patients s'ils ont compris, ils peuvent répondre souvent « oui », par politesse, même s'ils ne comprennent rien...

Je pense qu'on devrait demander au patient de relire l'ordonnance.

Un autre objectif serait de prescrire le moins possible, d'avoir l'ordonnance la plus courte possible.

Vois-tu d'autres causes d'inobservance ?

Les gens sont ennuyés d'ouvrir le sachet, de le prendre à midi. La galénique, « ras la casquette ».

J'ai moi même utilisé l'Aspégic pour mes gamins quand ils étaient petits, je trouvais cela pénible ! Tu ouvres le sachet, la moitié reste au fond, une partie reste sur le bord du verre, le patient ne boit pas tout... Donc au final cela en fait peu dans l'estomac !

Après, (*sur le ton de l'humour*) on peut toujours prescrire du 300mg en espérant qu'il en absorbera 75 !

La plaquette ayant une durée de vie de 14 jours, j'avais l'impression que si on prend de l'aspirine à J1, on est tranquille jusqu'à J14. C'est une notion complètement fausse, qui me rassurait quand je voyais les patients ne pas prendre leur sachet tous les jours.

Merci de ta participation !

Entretien D3

Dr D3, homme de 50 ans, exerçant depuis une vingtaine d'années dans la banlieue de Grenoble, patientèle plutôt défavorisée.

Maître de stage à la faculté de médecine de Grenoble.

Date : Mardi 22 mai 2012, à 14h30, avant la reprise des consultations.

Durée : 24 minutes.

Quelle vision as-tu de l'observance de tes patients sous AAP?

Elle est variable ! Elle peut être très bonne ou très mauvaise.

Aurais-tu une idée du rapport entre ceux qui suivent bien ton ordonnance et les autres ?

Les AAP, je n'ai aucun moyen de savoir si les gens les prennent ou pas !

En effet, avec d'autres traitements, on a des marqueurs, cliniques ou para-cliniques, mais avec les AAP, on n'en a pas pour s'assurer de la bonne observance.

Je ne sais pas pour mes patients ! Le chiffre que je vais annoncer, c'est ce que j'imagine, de l'observance en général des patients pour les traitements...

S'ils suivent à 60%, c'est bien le bout du monde !

Oui, selon les études, c'est entre 50% d'observance dans le meilleur des cas, et jusqu'à 80% d'inobservance !

Oui... (*Il réfléchit*)...

Quels seraient les causes de cette inobservance ?

Pour un patient, un traitement dont il n'en tire pas de bénéfice immédiat, il le zappe.

Un diabétique, il prend son antidiabétique oral, mesure sa glycémie et voit l'effet. Le jour où il ne le prend pas, il se rend compte qu'il y a un problème. Cela le pousse à prendre son traitement. Mais ce n'est pas garanti. Certains attendront d'être physiquement mal pour le prendre.

L'observance dépend aussi de ce que l'on a expliqué au patient de l'intérêt du médicament, et de ce qu'il en a compris.

Quelle est selon toi, la part de responsabilité médicale ?

Il faut, au moins une fois, expliquer l'intérêt du médicament. Moi, des fois, j'explique en disant : « il y a eu des grandes études internationales : quand les personnes prennent le médicament que je vous prescris aujourd'hui... ».

Quand ils prennent une statine ils voient l'impact de la prise avec leur taux de cholestérol. Quand ils observent mal leur anti hypertenseur, il y a plus de risque de faire une maladie cardiovasculaire. Certains sont capables de comprendre ce que c'est, d'appréhender ce qu'est un risque. Pour d'autres cela leur passe largement au dessus de la tête, et ceux-là, même si on leur explique avec des schémas par A+B, des études internationales, ils ne comprendront pas. Parfois c'est tellement compliqué pour eux, qu'ils oublient aussitôt, ne savent plus pourquoi ils prennent l'AAP. Alors ils l'arrêtent, se rendent compte qu'ils ne vont pas plus mal, et finissent par se dire qu'il est inutile de poursuivre.

Les AAP sont surtout indiqués en prévention secondaire, alors les patients ont donc été confrontés à la maladie...

C'est sûr, plus on a été confronté à quelque chose de grave, plus l'observance va être bonne. Mais c'est surtout vrai au départ, puis à distance de l'accident elle diminue, c'est humain.

Tu disais juste avant, que le fait de ne pas voir de bénéfice immédiat pouvait favoriser l'inobservance. Vois-tu d'autres facteurs d'inobservance ?

Avec les AAP, on ne ressent pas les effets bénéfiques mais les effets secondaires, oui ! « Regardez, avec les sachets que vous me donnez, dès que je me cogne, j'ai des bleus, regardez ma peau ! ». On leur explique que les effets secondaires du traitement sont bénins. Je leur explique l'effet bénéfique, que cela les protège au niveau cardiovasculaire, mais ce n'est pas évident. Il faut encore leur remettre une couche sur l'intérêt du traitement, c'est certain. Sinon, cela peut faire une cause de plus d'arrêt de traitement.

Que fais-tu pour t'assurer de la bonne observance de tes patients ?

Je ne peux pas m'en assurer. Même quand je leur pose des questions... On vient d'avoir un exemple (*patient vu lors d'une visite à domicile dans la matinée, prenant un anticoagulant oral, prescrit à 3cp/j, mais le dernier INR était en zone infra thérapeutique*) : je lui demande « combien vous en prenez ? ». Quand les questions deviennent plus précises, et que je commence à dire qu'il faudrait changer la posologie, finalement, il me dit qu'il n'en prenait que deux comprimés ces derniers temps. On ne connaît jamais la vérité. Personne ne sait, enfin le patient si, et encore...

Malgré le fait que la relation médecin malade soit basée sur la confiance, penses-tu que l'on ne peut jamais vraiment savoir si le patient observe son traitement ?

Pour moi, la confiance, elle est toute relative. Malgré le concept « médecin traitant ». C'est sûr, cela nous met dans une position où l'on maîtrise un peu mieux les choses. Mais pour tout contrôler, il faut avoir un infirmier, derrière chaque patient, et à chaque prise de médicament, sinon ce n'est pas possible.

Et même, dans certains services hospitaliers, même s'il y a une distribution des médicaments, certains crachent les médicaments, comme dans les services de psychiatrie, c'est connu !

Je pense qu'il faut toujours se poser la question de l'observance.

Parfois, on pense sincèrement que les médicaments sont bien pris, on en prescrit pour la tension, et à chaque consultation on trouve des chiffres raisonnables. Puis un beau jour, au bout d'un an ou deux, on se rend compte, que la personne ne prenait pas son traitement ! Chez certains les placards sont pleins de boîtes de médicaments, qu'on a prescrit depuis des années : on a été floué, berné, on a été totalement aveugle !

C'est le cas d'un de mes patients. Bon, il y a une démence qui est en train de s'installer, donc une bonne raison pour laquelle il ne prenait plus rien, mais il ne prenait plus rien ! Il m'a floué pendant un bon nombre de mois, et d'années !

Imagines-tu que le patient puisse ne pas répondre honnêtement lorsqu'on l'interroge sur son observance ?

Absolument.

Voici un questionnaire de dépistage de l'inobservance des anti-HTA, pourrait-on l'utiliser pour les patients sous AAP ?

Il lit le questionnaire « Hier, avez-vous oublié de prendre votre médicament ? »... Là, on parle d'oubli ! Alors que dans le cas de certains patients, ils ont décidé depuis deux ou trois mois, de ne plus le prendre. Ils répondront à cette question : « non, je l'ai pas oublié », parce qu'en fait ils ne le prennent plus !

« Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicaments ? » : oui il peut y avoir quelques jours de « panne » entre deux renouvellements.

Si c'est vraiment par rapport à l'observance pour des patients chroniques, il faut demander : « sur la dernière année, avez-vous déjà été en panne de médicaments entre deux consultations ? ».

Il reprend la lecture du questionnaire « Vous est-il arrivé de prendre votre traitement en retard par rapport à l'heure habituelle ? » : oui, c'est une bonne question. Ce n'est pas par rapport à hier ou avant-hier, c'est d'une façon générale. Le fait qu'il n'y ait pas de notion de date, c'est plus adapté.

En lisant « Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que vous avez l'impression qu'il vous fait plus de mal que de bien ? » : c'est une bonne question.

Il lit « Pensez vous que vous avez trop de comprimés ? » : c'est une excellente question !

Un auto-questionnaire permet-il d'avoir des réponses plus franches que lorsque c'est le médecin qui interroge son patient ?

Le fait que ce ne soit pas le médecin traitant qui pose la question, le patient ne se sent pas lié par un quelconque contrat de confiance avec celui qui l'interroge, et va répondre plus franchement. Mais c'est à double tranchant, il peut aussi penser : « Ce questionnaire m'importe peu, et je réponds n'importe quoi et basta ! ».

Penses-tu que ce questionnaire pourrait être utilisé en médecine courante ?

En pratique je ne me vois pas poser un questionnaire sur la table, en face de mon patient, pour essayer de préciser les choses avec lui sur son observance. Je me rendrais plus facilement compte en l'interrogeant, ou en fonction des questions qu'il me pose sur son traitement. Quelqu'un qui va être bien au fait de son traitement, des effets secondaires, de l'intérêt de prendre ses médicaments, aura d'autres types de questionnements que celui qui prend son traitement de façon aléatoire.

Quand un patient donne sa carte vitale, on a les moyens d'interroger le serveur de la sécurité sociale pour voir le nombre de boîtes qui ont été délivrées. Après, est-ce que les boîtes sont réellement consommées ? C'est une autre question ! Mais on sait si les boîtes sont régulièrement délivrées tous les mois, on peut se dire qu'à priori le traitement est relativement bien pris.

Les autres professionnels de santé auraient-ils un rôle à jouer pour renforcer l'observance ?

Tous les professionnels de santé ont un rôle à jouer : que ce soit le médecin qui prescrit, le pharmacien qui délivre, ou d'autres personnes ! Cela peut être la concierge du coin qui dit : « moi, tel traitement m'a fait du bien, prends-le, c'est bien ! ». Ou une autre personne, a qui cela lui a évité un accident. Mais la fiabilité de ce genre de discours est moins bonne !

Il n'y a pas une chose en particulier qui permette une bonne observance ; c'est plein paramètres qui rentrent en ligne de compte. Personne ne peut prétendre que 100% de ses patients sont observants.

Je pense que les deux professionnels de santé en première ligne, c'est le prescripteur et le pharmacien qui délivre. Il faut qu'ils donnent l'information la plus intelligible possible, s'adapter au patient qu'on a en face de soi, et lui donner la meilleure information et s'assurer de la bonne compréhension. C'est tout ce qu'on peut faire. Après, on lui laisse les cartes en main, à lui de prendre le traitement ou non. On ne peut pas être derrière chaque patient, c'est évident.

Que fais-tu au quotidien pour favoriser cette observance ?

J'essaie d'expliquer du mieux que je peux, je donne de l'information ! Et même, quand on a l'impression d'avoir délivré une bonne information, d'avoir pris du temps, d'avoir montré sur l'ordonnance l'intérêt de tel médicament, en pointant du bout du doigt ou du stylo, tel médicament, à telle indication, il faut le prendre comme cela : on a encore des surprises ! Finalement, le message qu'on pensait avoir bien fait passer, ne l'était pas...

Utilises-tu la stratification dans tes ordonnances, en plaçant les traitements les plus importants en haut de l'ordonnance ?

Oui, j'ai plutôt tendance à le faire. Avec mon logiciel, je peux classer les traitements dans l'ordre que je veux. Je m'en suis rendu compte il y a deux mois. Mais de moi-même, quand je faisais les ordonnances de nouveaux patients, ou lors d'un renouvellement après une sortie de l'hôpital, j'essayais de mettre d'abord les médicaments principaux, en premier. On le fait pratiquement tous je pense. Et en fin d'ordonnance, c'est les médicaments pour lesquels le taux de preuve est le moins important.

Penses-tu que l'éducation thérapeutique ait un rôle à jouer dans l'observance ?

Je n'ai pas vraiment de retour par rapport à cela. Je commence à envoyer des gens en éducation thérapeutique, c'est mes débuts avec cet outil là. Je n'ai pas encore eu de retour. Je suis incapable d'évaluer ce que cela peut apporter à ces patients. J'ai un a priori favorable pour ce genre de technique. A suivre !

Que serait-il utile de faire dans l'idéal, pour favoriser l'observance ?

Si c'était facile à faire, on le ferait déjà... Quand on veut avoir la meilleure observance possible, il faut donner la meilleure information possible, et essayer de se rendre compte si le patient qu'on a en face de nous, a bien capté l'information qu'on a voulu lui faire passer sur l'intérêt de prendre tel médicament, et sur la façon de le prendre. Pour chaque prescription, pour chaque ordonnance, il faudrait le faire. C'est vrai qu'on n'a pas forcément tout le temps de le faire, et on se dit que le patient prend le traitement depuis des années, qu'on ne va pas lui réexpliquer, que c'est acquis. Alors que parfois, c'est loin d'être le cas. Les choses peuvent changer, les gens évoluent, d'autres pathologies peuvent interférer. Parfois on est à côté de la plaque. Il faut du temps, avoir la patience, réexpliquer, cela demande une énergie importante d'essayer de capter l'attention de la personne, alors que c'est en fin de consultation. Cela va prendre encore du temps, la personne va-t-elle encore écouter ? Est-elle pressée ? C'est peut-être l'heure d'aller chercher les enfants à l'école... Il y a beaucoup de choses qui peuvent interférer. La personne qu'on a en face de nous peut ne pas forcément être à l'écoute, elle a peut-être

d'autres soucis actuellement, elle vient juste pour son renouvellement, elle ne veut pas qu'on l'embête avec plein de questions !

As-tu quelque chose à rajouter ?

De mon côté, quand j'ai vraiment un risque de mauvaise observance, pour des traitements qui ont une fenêtre thérapeutique étroite, je crois que le mieux, c'est de tout faire faire par un infirmier : la délivrance et la surveillance de la bonne prise du médicament.

Les déments, les gens sous anticoagulant, qui sont manifestement incapables de faire les INR régulièrement, parce qu'ils n'ont plus les moyens intellectuels de suivre leur traitement, de savoir combien de comprimés ils doivent prendre, où ils en sont. Je ne vois pas d'autre solution que d'avoir recours à l'infirmier ou quelqu'un de compétent pour assurer un bon suivi thérapeutique.

Entretien D4

Dr D4, homme de 63 ans, prenant sa retraite en 2012, exerçant depuis plus de 30 ans dans un village à 20 minutes de Grenoble, patientèle plutôt variée, semi-rurale.

Ancien maître de stage à la faculté de médecine de Grenoble.

Date : 04 juin 2012, en début d'après-midi, avant la reprise des consultations, au domicile du médecin.

Durée : 19 minutes.

Quelle vision as-tu de l'observance de tes patients sous AAP?

Je dois avoir la vision d'à peu près tous les médecins : mes patients observent, prennent le traitement. On doit se situer aux alentours de 70%.

L'observance pour moi, c'est un traitement qui est pris correctement, comme il a été prescrit, tous les jours. Dès qu'il y a défaut, c'est-à-dire des oublis de plusieurs fois dans le mois, c'est de l'inobservance.

Quand il y a eu un événement cardiovasculaire, les gens sont plus motivés que dans des pathologies un peu « muettes », comme le diabète, où il n'y a pas forcément de manifestations cliniques. Dans ces cas là, les gens pensent pouvoir se passer de leur traitement.

Pour les AAP, dans la mesure où il y a eu un accident, je pense que cela force à être observant.

Les chiffres de la littérature concernant l'inobservance, tous traitements confondus, sont entre 50 et 80%...

(Il a l'air très surpris).

Oui... Mais les AAP, c'est après un événement cardiovasculaire, il y a peut-être une meilleure observance, qu'avec les autres traitements...

Selon toi, quelles sont les raisons de l'inobservance ?

(Silence. Il réfléchit)...

Parfois il y a la minimisation de la pathologie, c'est peut-être une forme de déni.

Mais cela peut être dû aux effets secondaires.

Par ailleurs c'est un traitement au long cours : les gens, petit à petit, délaissent les traitements, car ils les prennent depuis un, deux, trois ans. Ils ne comprennent pas forcément la nécessité de le poursuivre. C'est peut-être un manque de motivation.

Est-ce dû à un discours médical, pas assez explicite sur l'avantage d'un traitement pour éviter les risques de récurrences ? C'est possible.

Je vois essentiellement ces raisons là.

Il existe une part de responsabilité imputée au patient...

Il m'interrompt : Et une part de responsabilité liée au médecin !

Dans quelle mesure ?

Je pense que les deux sont responsables à part égale.

Que serait-il intéressant de faire pour favoriser cette observance ?

Je crois qu'il y a un effort d'explication à faire. Il faut bien expliciter le discours médical, pour leur faire comprendre, qu'il y a des études qui prouvent le bénéfice à long terme de

ce médicament, après un AVC, ou une pose de stent. Répéter au malade que prendre ce médicament est clairement bénéfique pour sa santé

Et toi, comment favorises-tu cette observance ?

C'est la participation active du médecin à l'écoute du patient, qui permet l'observance. Il n'y a que cela qui marche. A condition que l'on prescrive des médicaments qui soient bien tolérés. Le rôle du médecin est fondamental.

Vois-tu autre chose que le médecin pourrait faire pour favoriser l'observance, dans l'idéal ?

A chaque consultation, il faut discuter avec le patient, lui poser clairement la question : « ce mois-ci combien de fois avez-vous oublié...? Pour quelles raisons... ? Est-ce un oubli volontaire ? ».

Changer éventuellement les heures de prise : par exemple si c'est la prise du soir qui est moins observée que celle du matin, j'inverse.

Dès que l'on sait que l'observance n'est pas extraordinaire, on doit trouver quelle en est la cause et raisonner en fonction de celle-ci.

Interroges-tu régulièrement tes patients sur l'observance ?

Là, c'est mea culpa ! (*Rires !...*)

Il faudrait le faire. Lorsque l'on prescrit, que ce soit le *clopidogrel* ou autre, on imagine qu'ils le prennent forcément, alors que ce n'est pas toujours le cas.

Je ne pose quasiment jamais la question. Si les gens reviennent pour renouveler, j'imagine qu'ils n'en ont plus.

Penses-tu que les patients nous disent la vérité lorsqu'on les interroge sur leur observance ?

Il y a forcément un biais. Mais la question vaut le coup d'être posée. Cela peut permettre de remettre le problème de l'observance sur le tapis, de ré-informer, de conforter les gens dans l'intérêt prendre ce médicament.

Existe-t-il selon toi, des patients plus à risque d'être inobservants ?

Dans la mesure où les patients ont intégré et compris leur pathologie et le traitement, ils sont motivés pour prendre leur médicament. Davantage que ceux qui restent à distance et ignorent la nature de leur traitement.

En consultation, les gens disent : « ah oui mais le comprimé bleu je le prends le matin ». Pour eux c'est le comprimé bleu, ce n'est pas du *clopidogrel* ou de la *metformine*! D'où l'effort d'information qui est nécessaire, mais elle ne passe pas systématiquement.

Voici un questionnaire élaboré pour dépister l'inobservance des anti-HTA, pourrait-il être intéressant, et adapté aux AAP ?

(*Lecture des questions à voix basse...*) Oui, il y a les effets secondaires dont on parlait tout à l'heure...

C'est intéressant, il y a six items, on fait bien le tour des choses.

Pourrait-il être utilisable en pratique courante ?

Bien sûr, je l'utiliserai, cela permet en une minute de cerner le problème de l'observance.

Quel serait le moment opportun pour utiliser ce questionnaire ?

On peut l'utiliser lors du renouvellement. Ainsi, si tu t'aperçois que l'observance est mauvaise, il faut expliquer à nouveau.

Les chiffres d'inobservance que tu me citais, m'ont énormément surpris. Quand on discute avec les confrères, tous disent « mais non, ce n'est pas chez moi cela ! ».

Comment expliquer alors la sous-estimation de l'inobservance ?

(Soupir, d'un air un peu perplexe...)

On est médecin, on prescrit, et on s'imagine que toutes nos prescriptions sont suivies à la lettre. Alors que ce n'est souvent pas le cas. Cela passe d'abord par la communication, qui est très importante. Expliquer pourquoi on prescrit et bien expliquer les bénéfices à moyen et à long terme.

Dans le cadre d'une pauci prescription, le moins de médicaments possible !

Les autres professionnels de santé ont-ils un rôle dans l'amélioration de l'observance ?

Dans le cadre des antiagrégants plaquettaires, il n'y a pas d'autre professionnel de santé qui intervient. Avec les AVK : cela passe par les infirmières ou les labos, et on peut rediscuter de la prise des traitements. Mais dans le cadre des AAP, les gens sont seuls face à leur traitement, puisqu'il n'y a aucun contrôle biologique. Il y a la consultation du cardiologue ou du neurologue, une fois tous les ans ou tous les deux ans. Je pense que chez le spécialiste, c'est comme chez le généraliste, la question n'est pas posée.

Le pharmacien a-t-il un rôle à jouer ?

Le pharmacien peut avoir un rôle, tout comme le médecin, et c'est dans son intérêt que le patient prenne son traitement ! *Rires*

Peux-tu m'en dire davantage sur le rôle du pharmacien ?

Je ne peux pas répondre à la place du pharmacien, je ne sais pas s'il se pose la question de l'observance, mais ils ont les mêmes arguments que nous pour pouvoir discuter avec les patients, et leur expliquer le bien-fondé du traitement.

As-tu autre chose à rajouter sur le problème de l'observance des patients sous antiagrégants plaquettaires ?

C'est une classe qui apporte beaucoup, qui est en général bien supportée, ne nécessite pas de contrôle biologique, et a prouvé son efficacité en prévention secondaire. Plus on aura de patients observants, moins on aura de problèmes de récurrences. C'est dans l'intérêt de tout le monde que le traitement soit bien suivi.

Les médecins font-ils tout ce qu'ils peuvent ?

On ne fait jamais tout ce qu'il faut ! « Cent fois sur le métier remettez... ». C'est chronophage. C'est une question de temps, indubitablement.

Peut-être il y a une part de lassitude, on n'est pas disposé tous les jours à revenir sur les mêmes discours.

Merci pour ta participation.

Entretien D5

Dr D5, femme de 38 ans, exerçant depuis 10 ans, à 20 minutes de Grenoble, dans un cabinet avec un autre médecin. Patientèle variée.

Date : lundi 18 juin à 11h30, avant la pause de midi.

Durée : 26 minutes.

Quelle vision avez-vous de l'observance de vos patients sous AAP ?

(Elle réfléchit quelques instants)...

Je ne pense pas que mes patients observent mieux que ceux des autres ! L'observance est relative. Le problème du Kardégic, c'est qu'ils ne le voient pas forcément comme un vrai médicament. Le fait que ce soit sous forme de sachet, ils n'ont pas forcément compris l'intérêt de le prendre. Cela dépend de l'indication : en post-infarctus, c'est bien suivi, au moins la première année, et parfois après. Si le problème est dépisté lors d'une épreuve d'effort, et qu'ils ne se sont aperçus de rien, il y a eu une coronarographie et pose d'un stent : alors là, pour les faire adhérer au traitement c'est difficile, parce qu'on n'a pas vraiment beaucoup d'arguments. Pour peu qu'ils aient des épistaxis, là, c'est encore plus compliqué.

C'est fonction de la relation qu'on a avec le malade, des explications des bénéfices, et s'il y a plusieurs intervenants : cardiologue, angiologue, qui ré-insistent dessus.

Quel serait de degré d'observance de vos patients en général ?

(Silence)... Plutôt bon quand même, mais cela dépend beaucoup de l'indication du départ. Et de la conscience qu'ont les patients du risque cardio-vasculaire.

Plavix est davantage perçu comme « un vrai médicament ». L'aspirine, a tellement été prise, se trouve en vente libre, cela leur paraît moins être un « vrai médicament ».

Si on n'est pas vigilant, on peut avoir une mauvaise observance...

(Le téléphone du cabinet sonne, pause de l'entretien pendant une minute)...

Quelles seraient les raisons de l'inobservance ?

Les épistaxis, les hématomes : les effets secondaires. Et quand le patient n'est pas convaincu du bénéfice de ce traitement.

Les labos mettent beaucoup en avant le fait que le Kardégic soit un sachet et ne rentre pas dans le pilulier, mais je ne sais pas ce qu'en pensent les patients.

Le pilulier n'est pas la garantie de l'observance, mais il semblerait qu'il l'a favorise.

La galénique aurait-elle un rôle ?

Si ce sont des sachets, en particulier pour le Kardégic, ils ne rentrent pas dans le pilulier, la boîte traîne à côté, c'est moins pratique.

La multiplication des traitements, au-delà de cinq ou six médicaments, cela commence à devenir dur de tout prendre... Les patients aiment bien faire un tri (*rires*).

Y-a-t-il une part de responsabilité imputée au médecin ?

Il doit forcément y en avoir une, si le prescripteur n'est pas convaincu de l'intérêt des antiagrégants, cela joue sûrement.

L'observance varie-t-elle selon que le prescripteur soit le généraliste ou le spécialiste ?

Effectivement, si c'est uniquement prescrit par le cardiologue ou l'angiologue, et que ce n'est pas repris par le généraliste...

Je pense que tout le monde doit adopter la même ligne de conduite... Le patient a confiance en ses médecins : parfois davantage en son généraliste qu'il voit beaucoup plus régulièrement. Si ce dernier lui explique simplement, que le traitement est très important et diminue les risques de complications, cela a une influence.

Le traitement serait-il d'autant mieux suivi qu'il est prescrit en prévention secondaire ?

Oui, parce que les gens ont vu de près les conséquences possibles. Ils se représentent ce qu'est le risque cardio-vasculaire. Je pense à un patient que j'arrive à faire observer : il a eu une coronarographie, un examen systématique, on lui a dépisté un angor asymptomatique, et il est traité comme un patient à haut risque cardio-vasculaire. Pour lui cela ne représente rien de concret, donc il n'en voit pas l'intérêt ! Il revient régulièrement en remettant en question les prescriptions, mais je pense que j'arrive tant bien que mal à lui faire prendre, mais je ne suis pas sûre, peut-être que non... (*Sourires*)...

Comment faites-vous pour vous assurer de l'observance de vos patients ?

Le premier critère c'est la date de renouvellement des ordonnances, ou quand ils disent : « Celui-là j'en ai encore, ce n'est pas la peine »... (*Rires*). Normalement c'est prévu pour trois mois !

Je leur pose carrément la question : « Le prenez-vous ?... », Je lui dis que je préfère savoir si ce n'est pas le cas ! Je déculpabilise le patient qui ne prend pas son traitement, pour qu'il y ait un dialogue franc. Et s'il y a les effets secondaires, qui justifient son inobservance, à ce moment-là, je peux insister à nouveau.

Quelle(s) question(s) posez-vous aux patients pour dépister l'inobservance ?

« vous arrive-t-il parfois d'oublier votre traitement ? » : s'il me dit « oui », j'essaie de faire préciser la fréquence... C'est difficile d'avoir une réponse ! Certains me disent : « non, jamais ! », et effectivement les renouvellements sont bien à date fixe. Ceux-là, on peut penser qu'ils observent.

Imaginez-vous qu'un patient puisse vous mentir lorsque vous le questionnez sur l'observance ?

Cela doit sûrement arriver, mais je n'ai pas de moyen de le détecter. J'imagine que je passe à côté comme tous les médecins. Dans ce cas là, je ne vais pas plus loin.

La façon de réagir à ce que nous répond le patient peut-elle l'amener à nous cacher la réalité ?

Oui, c'est évident. Si on dit au patient : « Ce n'est pas bien ! », ils nous cachent leur inobservance.

Certains disent : « non, je ne vais pas le dire à mon spécialiste, il va « m'engueuler », enfin ! Vous ne vous rendez pas compte ! ». Mais d'autres nous le disent.

Il est important d'instaurer une relation de confiance pour permettre un dialogue franc.

Pour les antiagrégants, et les antihypertenseurs, je dis : « si vous ne le prenez pas, j'aime autant le savoir, plutôt que de rajouter des traitements supplémentaires ! Si vous ne voulez

pas le prendre, c'est vous qui êtes maître de votre santé avant tout ». D'un commun accord, on peut aussi décider, en dehors de toute recommandation médicale, de ne pas prescrire l'antiagrégant, mais au moins c'est en connaissance de cause.

Pensez-vous avoir des indices d'inobservance ?

C'est vrai que d'emblée je ne vais pas aller fouiller. Peut être que l'on devrait systématiquement...

Les gens qui sont bien rigoureux, et font bien leurs examens, en respectant les dates, on peut penser qu'ils sont observants.

Je recherche surtout les freins à la bonne prise du traitement, en général c'est toujours les mêmes : c'est soit les effets secondaires, soit qu'ils ont trop de médicaments, ou qu'ils ne se sentent pas malades et ne voit pas l'intérêt de l'AAP. C'est surtout ces trois raisons... Une fois que j'ai vérifié cela, je ne vais pas plus loin.

Comment favorisez-vous cette observance ? Que faites-vous au quotidien ?

J'essaie de les impliquer au maximum, de leur donner des explications, pour ceux qui sont réceptifs. Je donne des arguments scientifiques, en évoquant les études montrant un bénéfice net et indiscutable. Je leur explique les conséquences, les risques d'AVC, les risques d'infarctus : il faut leur donner des noms de maladie aussi qu'ils peuvent éviter.

Il faut que les gens soient assez motivés et intéressés. Dans ce cas, je peux être amenée à leur montrer des grilles sur « les hauts risques cardiovasculaires ».

Utilisez-vous la stratification de l'ordonnance, en plaçant le médicament le plus important en haut, et le médicament le moins important en bas de l'ordonnance ?

Je le fais sans y penser, automatiquement. En revanche j'explique au patient : « ça c'est un médicament pour les vaisseaux » : beaucoup ne savent pas pour quelle raison ils prennent un médicament. Je l'ai encore vu ce matin, un patient qui prenait le même traitement depuis des années.

Quand il demande à simplifier l'ordonnance, je le fais si possible, mais parfois j'insiste sur le caractère indispensable de certains médicaments.

Avec les patients en ALD, je leur dis parfois que la première partie est importante, et la deuxième un peu moins (*sourire...*).

Que serait-il intéressant de faire, dans l'idéal, pour favoriser l'observance ?

Il faudrait faire de l'éducation thérapeutique, avoir une consultation où on demande au patient de commenter son ordonnance.

Pour certains cela peut s'avérer être culpabilisant, et ne le vivraient pas bien, alors c'est plus simple si ne n'est pas le médecin qui interroge. Une infirmière qui ferait de l'éducation thérapeutique, serait apte à mener la consultation : « Vous prenez cette ordonnance depuis un an ou quelques mois, savez-vous ce que ce médicament vous apporte ? ».

Un peu comme la consultation annuelle pour les patients chroniques, pour faire le point?

Voilà, mais dans le but de donner de l'information, sans juger le patient.

D'autres professionnels de santé auraient-ils un rôle à jouer pour améliorer l'observance?

Tous les médecins sont concernés, le médecin généraliste en particulier car c'est lui qui renouvelle. Les infirmières également puisqu'elles préparent les médicaments.

Comment expliquer que la problématique de l'observance soit souvent sous-estimée ?

Il y a peut-être de la part des médecins un manque d'intérêt concernant l'observance... On cherche à faire le bon diagnostic, et à prescrire le traitement adapté, le reste on imagine que ça va rouler ! On sous-estime le problème de l'observance, c'est sûr.

Les patients ont peur de décevoir leur médecin en leur parlant de leur observance, craignent que l'on interprète cela comme un manque de confiance envers nous, alors que ce n'est pas forcément le cas.

C'est multifactoriel : ils ont trop de médicaments, le sachet ne rentre pas dans la boîte, il n'a pas bon goût, ils n'aiment pas le médicament, la forme galénique ne leur convient pas...

On a parfois une relation... presque infantilisante avec eux.

Je leur dit, « même si vous ne le prenez pas, dites-le moi, je ne vous jugerai pas ! »

Je ne vais pas considérer que c'est un mauvais patient pour autant (*rires !*).

Avez-vous quelque chose à rajouter ?

Je pense que l'observance en général, c'est un problème pour tous les médecins, et je pense que les antiagrégants : c'est un traitement au long cours, dont on n'objective pas l'effet.

Les antihypertenseurs diminuent la tension, c'est mesurable, avec les antidiabétiques oraux, il y a l'hémoglobine glyquée on voit l'impact.

Les AAP, il n'y a rien de tangible, à part les études qu'on peut expliquer, et la conviction personnelle.

Ce serait plus facile si on avait un marqueur ; il n'y a qu'à voir comme les patients sont attachés à ce qu'on leur dose le cholestérol. On a un marqueur, on voit qu'il baisse, et qu'il remonte si on arrête le traitement.

Trouvez-vous qu'il y a un manque de sensibilisation des médecins à l'observance ?

Oui, on n'est pas formé à l'éducation thérapeutique.

A mon époque en tout cas, à l'hôpital, un patient qui sortait d'hospitalisation, de cardiologie ou même de soins lourds, n'avait pas eu d'éducation thérapeutique, à part un peu en diabétologie. Peut-être que c'est en train de se développer...

Merci de votre participation.

Entretien D6

Dr D6, homme de 38 ans, ayant effectué six ans de remplacements, avant de s'installer il y a deux ans et demi, à une cinquantaine de kilomètres de Grenoble et du 1^{er} hôpital, au pied des montagnes, dans une maison médicale avec un autre médecin.

Date : 21 juin 2012 à 13h30, avant la reprise des consultations.

Durée : 20 minutes.

Quelle vision avez-vous de l'observance de vos patients sous AAP ?

C'est une bonne question, c'est toujours un peu différent selon le profil du patient.

Quand il y a un traitement chronique, on demande comment cela se passe. On a la chance, en maison médicale, d'être avec les infirmières, comme il y a parfois la préparation du semainier, on a un retour supplémentaire.

Diriez-vous que l'observance est plutôt bonne, moyenne ? Avez-vous un chiffre en tête ?

Ce n'est pas évident de donner un pourcentage, mais je dirais plutôt bonne.

Les études montrent que plus de 50% des patients chroniques ont une mauvaise observance.

Ah quand même (*Un peu étonné*). D'accord...

Quelles seraient selon vous les raisons de cette mauvaise observance notamment pour les AAP ?

Les AAP sont prescrits parmi un grand nombre de traitements. Je vois essentiellement cette cause. Les effets secondaires, je ne pense pas que...

Voyez-vous d'autres causes ?

Certains patients ont du mal à comprendre la nécessité, le but du traitement. Il faut toujours se remettre en question, et réexpliquer. Cela permet une meilleure adhésion.

L'éducation thérapeutique peut-elle alors être utile ?

Oui, c'est quelque chose d'important pour tout type de traitement chronique.

Quelle serait la part de responsabilité imputée au médecin ?

Il s'agit du manque d'information délivrée sur le but du produit, son action, l'effet à long terme. Cela peut contribuer à la bonne ou à la mauvaise prise.

Pensez-vous que la qualité de la relation médecin malade peut également influencer ?

Oui.

Pouvez-vous m'en dire davantage ?

Si on part sur une relation de confiance, effectivement, cela se passe plutôt bien. On ne lui impose pas les choses, on lui explique, on lui laisse le temps de la réflexion.

Que faites-vous pour vous assurer de la bonne observance de vos patients sous AAP ?

Leur poser la question, quand on les revoit. J'avoue, je ne le fais sans doute pas à chaque fois.

Ceux que je vois tous les trimestres, si je le fais deux fois dans l'année, c'est déjà pas mal. C'est global : il y a souvent les antidiabétiques oraux, et d'autres traitements avec.

Le fait qu'il y ait plusieurs choses permet d'y penser plus facilement, incite à être prudent.

Quelle(s) question(s) posez-vous au patient?

En premier lieu, je demande si cela se passe bien avec les traitements, s'ils les prennent.

Je les questionne sur les modalités de prises.

Quand ils sont sous AAP, je cherche l'automédication, car il y a des risques d'interactions, et d'hémorragie.

C'est plus simple quand il y a un suivi infirmier, pour les gens âgés, avec préparation voire administration. Là, les choses sont cadrées, on est beaucoup plus certain !

Il y a en effet d'autres professionnels de santé qui sont impliqués !

Absolument, je pense essentiellement aux infirmiers à domicile, oui.

(Le téléphone du cabinet sonne, pause de l'entretien de 1 minute)

La galénique pourrait-elle influencer ?

D'une manière générale, le traitement pour lequel on dispose de galéniques différentes, j'ai toujours tendance à demander ce qui passe le mieux, afin d'optimiser l'observance.

Dans le cas des AAP précisément, quelle est l'influence de la galénique ?

(Il hésite) Je n'ai pas l'impression que le sachet soit un souci...

Peut-être que je me trompe (*rires*), c'est vrai que c'est une question qui serait à leur poser...

Existe-t-il des patients plus à risques d'inobservance ? *(Après longue réflexion)*

Oui, je pense que le niveau socio-économique du patient compte pour beaucoup.

Qu'entendez-vous par là ?

Parfois, on sent que les explications même réitérées n'ont pas l'impact escompté.

Existerait-il d'autres types de patients à risque ?

Les polyopathologiques. Le fait de multiplier les traitements, il y a toujours le risque que tous ne soient pas pris.

Comment faites-vous pour favoriser cette observance ?

Il faut essayer de réexpliquer l'ordonnance.

Ce n'est pas toujours évident, il y a des jours où on est un peu bousculé, mais dans le cours de l'année, il faut essayer de trouver un moment un peu plus calme pour refaire le point sur la globalité de l'ordonnance, sa finalité. Bien insister sur les choses essentielles, c'est important.

Parfois, les patients demandent d'eux-mêmes, surtout quand il y a un certain nombre de médicaments. On est amené à réexpliquer tous les items et leurs utilités, parfois à dire que tout est indispensable, qu'il faut tout prendre. Chaque chose a sa place, a son utilité.

Donner de l'information...

Oui, absolument. Il faut essayer de ne pas imposer les choses, mais d'être en concertation. Alors je ne dis pas qu'on y arrive parfaitement, mais c'est sans doute la méthode essentielle.

Et dans l'idéal, que serait-il intéressant de faire pour favoriser l'observance ?

C'est une bonne question ! Il faudrait qu'il y ait un résultat pour le patient, mais pour les AAP, ce n'est pas évident, parce qu'ils ne voient pas l'effet.

On prévient, on mentionne les risques, les AVC, etc.

On a peut-être un peu plus d'impact s'il y a déjà eu des antécédents familiaux, cela raccroche à du concret. « Il s'est passé telle chose, votre père a fait un AVC, la stratégie qu'on va avoir, c'est d'éviter vraiment au maximum que vous ayez cela ».

En général, la prescription d'AAP est en prévention secondaire, chez le coronaropathe, l'artériopathe etc...

Dans ce cadre là, c'est encore plus concret. Il faut leur signifier qu'ils ont frôlé la catastrophe, surtout s'il y a eu un AVC. Il faut mentionner les possibles séquelles à long terme : motrice, phasique etc. Prendre le temps de tout expliquer ! Sans être menaçant.

C'est sûr que le patient, il a le truc entre ses mains ! On ne pourra pas imposer les choses.

Comment expliquer que la problématique de l'observance soit souvent sous-estimée par les médecins ?

On a peut-être l'impression que cela n'arrive qu'aux patients des autres, on est trop confiant, on considère l'observance acquise.

Comment sensibiliser les médecins alors ?

Il faudrait proposer un questionnaire, sans que ce soit nominatif.

Quel type de questionnaire faudrait-il proposer ?

Sur l'observance, que ce soit pour l'AAP, ou d'autres médicaments « vous arrive-t-il de sauter une prise ? A quelle fréquence ». On aurait peut-être des surprises !

Voici un questionnaire réalisé pour dépister l'inobservance des anti-HTA, pensez-vous intéressant de l'adapter aux AAP ?

Oui cela pourrait aider à mieux cerner les choses, c'est certain.

L'histoire de la panne de médicament, je n'y avais pas pensé ! Les ordonnances où on ne sait plus trop où on en est, il n'est pas venu depuis un moment, le pharmacien a plus ou moins avancé la délivrance. Il faut toujours avoir la puce à l'oreille.

Les questions sont plutôt intéressantes sur le questionnaire qui est présenté, il permet de se faire une idée.

Seriez-vous prêt à l'utiliser ?

Oui, absolument. Surtout que c'est quelque chose d'assez court. Praticable. A insérer lors de la consultation, c'est quelque chose qu'on peut envisager sans problème.

Avez-vous quelque chose à rajouter sur l'observance des patients sous AAP ?

Non, on a parcouru les points clés...

Avez-vous déjà été surpris par la découverte de l'inobservance d'un patient ?

Peut-être, après une hospitalisation, où le point a été refait...

Pouvez-vous m'en dire plus ?

Je pense à un courrier que j'ai reçu aujourd'hui, un monsieur qui avait fait un AVC l'an dernier, qui a été réhospitalisé dans les mêmes conditions. Là, il faut se poser la question de savoir s'il prenait bien son traitement.

D'autre chose à rajouter ?

Non.

Entretien D7

Dr D7. Médecin femme proche de la quarantaine, installée depuis deux ans, dans une petite ville à 15 minutes de Grenoble, après sept ans de remplacements et un peu de salariat.

Titulaire des D.U. de médecin coordinateur, D.U. de gynécologie.

Date : Vendredi 22 juin 2012, à 09h00.

Durée : 18 minutes.

Quelle vision avez-vous de l'observance de vos patients sous AAP ?

Elle est bonne.

Pouvez-vous préciser ?

Il n'y a pas d'échappement, ils ont compris l'importance du traitement, donc ils le prennent.

Avez-vous des chiffres en tête ?

Peut-être que je me trompe, mais je dirais tous mes patients sous Plavix ou Kardégic sont observants.

D'après de nombreuses études, on sait qu'au-delà de six mois de traitement, plus de 50% des patients ne sont pas observants.

Oui, peut-être... (*Étonnée*)

Quelles sont les raisons de l'inobservance ?

(*Réponse directe et rapide*) Le manque d'information.

Existe-t-il d'autres causes selon vous ?

Ce sont les causes médicales. Ma grand-mère, qui est artéritique stade 3, avec des rectorragies sur diverticulose sévère ; elle a été transfusée à deux reprises, à 92 ans, on a dû arrêter l'AAP.

Les épigastralgies sont aussi en cause mais on arrive à les dépister à l'interrogatoire.

Les hématomes cutanés chez les très anciens, mais il faut reparler de la balance bénéfice risque.

Le manque d'information sur l'importance du traitement, et son rôle protecteur, ou les effets secondaires, c'est la principale cause.

Comment vous assurez-vous de l'observance de vos patients sous AAP ?

Je pose la question. Et j'essaie de chercher les effets secondaires.

Quelle(s) question(s) posez-vous ?

« Est-ce que vous prenez les médicaments ? ».

Pensez-vous que le patient puisse cacher la vérité à son médecin, et dire qu'il est observant alors que ce n'est pas le cas ?

Oui, bien sûr.

Quelles explications voyez-vous à cela ?

(*Sourire...*) Un médecin qui n'est pas à l'écoute, qui ne peut pas entendre les divergences de ses patients. Je pense que c'est vraiment dans la relation que cela se joue.

Que faut-il faire pour éviter ce genre de situation ?

Ne pas faire de consultation en 10 minutes, ne pas se montrer dogmatique.

Le patient a le droit d'être différent. C'est lui qui gère sa santé. S'il n'a pas envie de le prendre, on peut l'entendre.

Que faites-vous pour dépister l'inobservance des AAP ?

On a des doutes quand les renouvellements sont trop espacés, donc c'est l'occasion d'en parler plus nettement.

Existe-t-il des patients plus à risque d'être non observants ?

Les patients réfractaires à la démarche de soins. Ceux qui perçoivent les médicaments comme « imposés », et n'en comprennent pas les bénéfices, ou encore ceux chez qui les effets secondaires sont trop marqués. Par exemple, les hématomes chez une « coquette », etc.

Globalement, ici, c'est des cadres sup', donc ils prennent soin de leur santé. Ils sont très acteurs de leur santé.

Utilisez-vous la stratification de l'ordonnance afin de favoriser l'observance ?

Oui, j'essaie. Et j'essaie aussi de ne pas charger l'ordonnance.

Que pourrait-on faire dans l'idéal pour favoriser l'observance ?

(*Silence quelques secondes*) Les patients n'en peuvent plus de voir les médecins ; à 70 ans, ils sont las. Revoir encore des médecins, rentrer à nouveau dans un réseau, se déplacer au CHU, au bout d'un moment, cela fait une belle grosse mayonnaise, mais je ne suis pas sûre que pour le patient ce soit si intéressant.

Il pourrait y avoir une consultation annuelle dédiée à l'observance, faite par son généraliste. Il pourrait y avoir une campagne de com' sur l'observance, avec une rémunération généreuse par l'état ! (*sourire*).

Cette consultation serait-elle en plus de la consultation annuelle des patients chroniques ?

Oui. Parce que la consultation annuelle, c'est plus un état des lieux du dossier et des actes de préventions à faire. Mais l'observance, cela passe par la relation.

Combien de temps serait imparti à cette de consultation ?

Pour un entretien motivationnel : vingt minutes !

(*Le téléphone du cabinet sonne, prise de RDV, pause de l'entretien pendant deux minutes*).

La galénique pourrait-elle influencer l'observance ?

Non ! Le sachet, je trouve que ce n'est pas une mauvaise galénique. C'est pas mal, cela fait boire les très anciens.

Peut-être qu'un sachet plus facile à ouvrir serait intéressant, mais on pourrait avoir les deux formes. Cela pourrait être important chez certains, mais c'est anecdotique.

Voyez-vous un rôle des autres professionnels ?

Oui, les infirmières. Elles pourraient à l'occasion des bilans sanguins, poser la question.

Pensez-vous qu'elles le fassent ?

Non, elles ne le font pas, mais cela serait une manière de relancer la motivation. Multiplier les interventions.

Existerait-il d'autres professionnels concernés ?

Le pharmacien, qui délivre pourrait poser la question.

(La sonnette du cabinet retentit).

Comment expliquer que l'inobservance est souvent sous-estimée par les médecins ?

(Sourire...) La fierté du généraliste déjà. Et peut-être aussi son attitude dogmatique. Mais je pense que cela va changer, avec la nouvelle génération. On n'est pas encore très formé, mais c'est intéressant d'essayer de mettre le patient au centre de sa santé, et cela passe par de l'information, mais aussi par de la disponibilité pour ses points de vues.

Existe-t-il un manque de sensibilisation des médecins à ce sujet ?

On connaît les chiffres, le décalage dont vous parlez. Il faut quand même poser la question. Je pense qu'on est très mal formé à communiquer !

On aurait besoin d'avoir plus de notion sur la communication et l'aide à la motivation.

(Le téléphone du cabinet sonne. Pause d'une minute)

L'entretien motivationnel n'est pas étudié. Vous l'avez appris vous ?

Maintenant il existe des séminaires sur Grenoble sur la communication...

Sans le patient, on ne fait rien ! Il faut l'aider dans sa motivation, s'appuyer sur du positif pour qu'il puisse s'orienter vers le changement, ce sont des techniques d'interrogatoire, et ce n'est pas enseigné. Il y a des séminaires, qui peuvent sensibiliser, mais ce n'est pas de la FMC, donc c'est 8 jours par an. Et puis cela devrait passer à deux jours par an...

Il existe une fac d'entretien motivationnel sur Aix en Provence. Jusqu'à présent, ce n'était pas un mode de communication médical largement répandu.

Les médecins sont formés à faire un diagnostic, et prescrire un traitement adapté ; leur rôle s'arrête-t-il à cela ?

Non. Le patient est quand même maître à bord...

Avez-vous quelque chose à rajouter ?

Quand le patient ne veut pas prendre le médicament, cela se passe mal *(rires)*.

Dans ma patientèle, pour les AAP, entre le cerveau et le cœur, ce sont les organes nobles, donc il y a un impact important...

Le téléphone du cabinet sonne, entraînant la fin de l'entretien.

Entretien D8

Dr D8, homme 56 ans, exerçant la médecine générale depuis 1983, installé à Grenoble depuis 2007, après 30 ans en médecine rurale vers Lyon.

Exercice varié, orienté homéopathie, acupuncture, hypnose.

Date : Jeudi 22 juin 2012 à 14h30, avant la reprise des consultations.

Durée : 34 minutes.

(Pendant le début de l'entretien, il y a en fond sonore un employé de l'immeuble qui tond le gazon).

Après un bref rappel du sujet de l'étude, le Dr D8 me montre dans son ordinateur, que parmi les patients sous AAP, il a seulement deux patients sous Plavix, le reste étant sous Kardégic.

Quelle vision avez-vous de l'observance des AAP chez vos patients ?

Elle est assez bonne. La question de l'observance est importante. Il y a souvent un hiatus entre la prescription et ce que prend réellement le patient. Par exemple, le patient qui vient de partir, il ne prenait plus ce qui était marqué sur l'ordonnance.

Quand j'instaure un dialogue franc, je pense que les patients me disent s'ils sont observants.

Certains hypertendus n'ont pas envie de prendre un médicament. On prend le temps qu'il faut, en termes de semaines ou de mois, pour sentir que le patient est prêt à débiter le traitement. J'arrive toujours à avoir une idée de l'observance, en fonction de mon ressenti. Quand je propose un traitement et que la personne dit : « un de plus, encore un cachet... », je vois que c'est mal parti.

D'après vous vos patients auraient-ils une bonne observance de ce traitement ?

Oui, parce que son rôle est de fluidifier le sang, de prévenir les accidents cardiovasculaires. Je donne plutôt le Kardégic, « dose bébé », qui paraît moins lourd qu'un comprimé, et cela permet une meilleure observance.

En faisant une revue de la littérature, on se rend compte que plus de la moitié des patients chroniques n'étaient pas observants au-delà de six mois de traitement ; de 50 à 80% d'inobservance selon la pathologie et le traitement. Que pensez-vous de ces chiffres ?

Les deux patients qui sont là (*en montrant la liste de ses patients sous Plavix*), c'est deux patients qui ont des coronarographies, des stents...

Le médicament a été initié lors de l'hospitalisation, ils sont sortis avec une ordonnance sur laquelle il y avait quatre médicaments, « en vrac », remise rapidement, point barre.

Ce n'est pas un médicament directement désiré, recherché par le patient. Mais nos objectifs peuvent rejoindre les siens, parce qu'il n'a pas envie de refaire un nouvel infarctus.

C'est plus facile avec les antihypertenseurs puisqu'on mesure la tension, on peut s'assurer de l'observance.

On suppose que l'observance est mauvaise quand on voit que les renouvellements ce n'est pas toutes les 12 semaines, mais plutôt toutes les 14 semaines...

Pour vous, quelles seraient les raisons de l'inobservance ?

Le patient vient avec un certain désir en consultation, et la médecine, la société, le toubib, sont branchés autrement. Changer le taux de mortalité, c'est le but de la médecine, fondée sur les preuves, mais le patient n'est du tout dans cette optique.

Lui, il a les jambes lourdes. Il veut du Daflon ! (*sourire*)

Voyez-vous d'autres raisons ?

La longueur de l'ordonnance. Quand il y a quatre, cinq, ou six médicaments... Normalement, on n'en prescrit pas plus de 3.

Le cardiologue en met déjà quatre ! Un diabétique, il s'en sort avec pas moins de cinq ! Et c'est à mon avis, directement proportionnel.

Après, il y a les patients scrupuleux, minutieux, qui, de toute façon, vont tout bouffer, de A à Z, quels que soient les effets secondaires qu'ils rencontrent. Et puis il y a tous les autres, qui font le tri.

Il y a des typologies, des psychologies de patients : le scrupuleux, le confiant optimiste, qui ne se soigne que quand il en a vraiment besoin, donc pas en prévention. Cet optimiste, si en plus l'ordonnance est trop longue, il fait son tri (*rires*).

Existe-t-il des patients à risques d'observance selon vous ?

Oui, il y a des portraits. Quand je dis le scrupuleux, l'optimiste, je pense qu'on doit rejoindre certaines typologies de Gaston Berger : l'actif primaire, le non émotif secondaire. C'est des vieilles typologies de la psycho qui classaient un peu les gens.

Pour le tempérament stressé : si le médicament rejoint l'outil de son stress, il va le prendre, par contre si le médicament devient un objet de stress, il va l'abandonner.

Le tempérament inquiet scrupuleux, il a plutôt tendance à tout bouffer. L'optimiste, il ne prendra pas grand-chose.

Un médicament qui est prescrit, c'est un transfert de confiance. S'il n'y a pas de confiance...

Je fais de l'homéopathie, mais pas pour tout le monde. J'ai des patients qui me disent « j'y crois pas » ; donc eux, je ne me fatigue pas, je ne mets pas d'homéopathie. Parce que si je me fatigue à réfléchir, je mets des granules sur l'ordonnance, ils ne le prennent pas.

Quelle peut alors être la part de responsabilité du médecin ?

C'est la relation médicale ! En psycho, c'est l'alliance thérapeutique.

Il y a des spécialistes pointus, hyper-pressés, qui ont une très bonne alliance thérapeutique : « prenez ça, tac ! » (*D'un air autoritaire*).

Les gens, ils vont en prendre pour 20 ans. « Professeur l'a dit » (*d'un air béat*). Cela peut convenir à certains patients.

Dans les retours de patients, quand je fais de l'acupuncture, j'ai le temps : les gens peuvent causer pendant que les aiguilles travaillent. J'ai appris des tas de trucs ! « Mon médecin est très bien, mais je divise par deux, il en met trop ! Mais il a de très bons diagnostics ». Donc ils ont confiance dans une certaine mesure, mais sur ses prescriptions, un peu moins.

Comment vous assurez-vous de l'observance ?

Premièrement, je demande s'ils le prennent.

Après, je vois si un renouvellement de trois mois arrive à trois mois et demi.

Un des facteurs principaux d'observance, c'est les effets secondaires : « Le médicament vous gêne-t-il ? ».

S'ils n'ont pas compris l'intérêt du médicament, ils ne sont pas très motivés.

(L'interphone sonne, pause de l'entretien pendant quelques secondes).

La galénique aurait-elle un rôle dans l'observance ?

Oui, les labos jouent sur la galénique.

Le paracétamol : comprimé, effervescent, sachet, suppositoire, piqûre ! On a tout ce que l'on veut.

Qu'en est-il pour les AAP : Kardégic et Plavix globalement ?

Le petit sachet n'a pas l'air de les embêter. Si vraiment c'était le cas, je dois pouvoir trouver une aspirine en comprimé.

Pour les phlébotoniques : les gens se plaignaient des ampoules !

Comment favorisez-vous cette observance, au quotidien ?

Vérifier s'ils ont les effets secondaires. Vérifier dans l'ordonnance s'ils ont compris l'intérêt de ce énième médicament !

(Silence de quelques secondes).

Moi, je n'ai pas un style autoritaire. *(En mimant un médecin agressif, d'un ton ferme)* « Il faut que vous le preniez ! ». Je ne suis vraiment pas persuadé que les gens obéissent mieux si on l'est avec eux. On doit trouver des tas de patients à qui il suffit qu'on leur impose un traitement, pour qu'ils ne le prennent pas.

Faut-il être vigilant dans la façon de prescrire un traitement ?

Oui, c'est essentiel.

La relation que vous avez avec votre patient est-elle déterminante ?

Oui, c'est ma conviction.

Comment cultivez-vous cette relation ?

La salle d'attente était-elle agréable ? Mon cabinet est-il accueillant ? *(Demandant l'approbation de l'enquêteur)*

J'ai un cadre horaire, un espace de temps et un local que j'ai essayé d'aménager dans ce sens là.

Quelle est la place de la confiance au sein de cette relation ?

C'est un point de repère, je l'ai toujours en filigrane. Je travaille tout le temps sur avec une échelle d'évaluation du lien de confiance *(en montrant une réglette)*. Quand je soigne un paranoïaque, je travaille avec cette confiance là *(montrant un faible niveau sur l'échelle)*, donc on pourrait dire qu'il ne me fait pas confiance. Mais il vient me voir quand même, et je suis toujours son médecin traitant.

L'ordonnance est-elle le prolongement de cette confiance ?

Est-on certain que les patients nous disent la vérité lorsqu'on leur demande s'ils prennent bien leur traitement ?

Non, on n'est pas sûr. Mais mon but, ce n'est pas de faire avouer les gens. Comme avec les alcooliques : j'ai des indices, leurs gamma-GT qui n'évoluent pas dans le bon sens...

Dans le cas des AAP, le médecin ne bénéficie d'aucun marqueur...

Non. Mais quand j'ai une discordance « gamma-GT – discours », quelque part, elle confirme mon intuition. Dans la façon qu'a le patient de répondre trop vite, et de dire que tout va bien...

Je suis prêt à entendre qu'ils se moquent du médicament, qu'ils ne le prennent pas, malgré tout ce que j'ai pu leur expliquer...

(Le téléphone du cabinet sonne, pause de l'entretien pendant 1 minute)

Quel est le rôle des autres professionnels de santé dans l'amélioration de l'observance ?

Une personne âgée, ou souffrante d'Alzheimer : c'est l'infirmière.

Les patients cardiaques, je trouverai cela humiliant. Mon père, qui a toute sa tête, a une bonne observance du Kardégic « un jour sur deux ! ». Parce qu'il n'y a pas d'étude en double aveugle, je ne peux pas lui donner les preuves. Il a trop de bleus quand il prend un sachet tous les jours, donc il n'en prend qu'un jour sur deux.

Beaucoup doivent adopter cette solution là. Mais, lui coller l'infirmière tous les jours, pour lui faire prendre un truc à contre-cœur, pour avoir travaillé en prison, cela ne marche pas.

Ce qu'on désire, c'est qu'il y ait un niveau d'observance acceptable. Cela change tout l'ensemble du problème, parce que si on veut que tous les patients prennent exactement le traitement, on va adopter des mesures, des comportements qui vont être contre-productifs.

Que pourrait-on faire dans l'idéal ?

Avoir des médicaments sans effet secondaire. Pour l'hypertension on a énormément progressé. On a des médicaments efficaces, qui n'ont pas d'effet secondaire. L'observance, a progressé !

Supprimer les affaires « Médiator ». C'est catastrophique. Les labos qui nous mentent, nous embobinent. Et cela retombe sur le Plavix, ou sur les AAP !

Notre confiance dans les laboratoires, les médicaments, les études en double aveugle a pris du plomb dans l'aile.

Auriez-vous autre chose à rajouter concernant l'observance des patients sous AAP ?

Je pense que la tolérance est plutôt bonne. Entre Kardégic et Plavix, j'ai quand même l'impression qu'on est embobiné par les labos (*rires !*). Je n'ai pas du tout la même confiance dans le Plavix, que dans le Kardégic.

Le Plavix, c'est indiqué pour combien de temps ? Officiellement ? L'AMM ?

Le Plavix qui a fait ses preuves dans l'année qui suit la mise en place des stents, je lui fais complètement confiance. Mais j'ai l'impression qu'il y en a un peu plus de prescrit.

Si le cardiologue prescrit, je m'abstiens de toute critique. Je lui confie la responsabilité. Au besoin, je mets une phrase dans la lettre pour le cardiologue, « Pensez-vous que c'est judicieux de continuer le Plavix, alors que cela fait trois ans... ? ».

Mais avec le patient, je reconduis la prescription. Puisque le point de base, c'est maintenir ce lien de confiance global : spécialiste – généraliste - médicament.

Le jour où le Plavix et le Kardégic seront déremboursés, on aura beaucoup de soucis à se faire. Actuellement ils sont remboursés, pour beaucoup de pathologies, ils sont dans la case 100% ; d'abord cela confirme que ce sont des médicaments importants, et c'est peu onéreux. Peu leur importe de savoir si le Plavix coûte plus cher que le Kardégic.

Et puis il faudra transmettre cette confiance aux génériques.

C'est déjà fait pour le clopidogrel, et là, la confiance a nettement diminué, elle ne se transmet pas pareil entre le médicament princeps, et le médicament générique. Il y a alors des risques pour l'observance.

Merci de votre participation.

2. Annexe 2 : Recommandations HAS – Indications des AAP

PRINCIPAUX MESSAGES

Ces recommandations ne concernent que 4 antiplaquettaires : l'aspirine, le clopidogrel, le prasugrel et le ticagrelor.

En prévention primaire, une inhibition plaquettaire au long cours par aspirine seule (75-160 mg/j) est recommandée lorsque le risque cardio-vasculaire est élevé (risque cardio-vasculaire fatal > 5% calculé selon la table SCORE en annexe).

En prévention secondaire, l'inhibition plaquettaire est recommandée :

- en monothérapie par 75-325 mg/j d'aspirine (clopidogrel en cas de contre-indication à l'aspirine) après AVC¹ ou AIT² ou en cas de maladie coronarienne stable (y compris après pontage) ou d'AOMI³ symptomatique ;
- en bithérapie (aspirine 75-160 mg/j + clopidogrel), après infarctus du myocarde (avec ou sans pose de stent) ou pose d'un stent hors contexte d'IDM⁴ ;
- en bithérapie aspirine + prasugrel ou aspirine + ticagrelor dans les suites d'un syndrome coronarien aigu.

En cas de chirurgie, sous réserve de l'analyse bénéfique/risque, il est recommandé de poursuivre l'inhibition plaquettaire, dans les situations suivantes :

- cataracte ;
- chirurgie cardiaque ;
- chirurgie dentaire ;
- chirurgie dermatologique ;
- chirurgie orthopédique ;
- chirurgie vasculaire.

Il est recommandé de l'arrêter dans les chirurgies suivantes :

- amygdalectomie ;
- chirurgie urologique ;
- glaucome ;
- neurochirurgie.

En cas de nécessité de chirurgie pour un patient porteur d'un stent, lorsque celle-ci peut être différée, il conviendra de fixer une date opératoire au moins 4 semaines après la pose du stent en cas de stent nu, et d'au moins 6 mois en cas de stent actif, délai permettant d'interrompre la double inhibition plaquettaire. Si, néanmoins, une intervention urgente est requise, elle est le plus souvent réalisée sous bithérapie.

L'arrêt temporaire des antiplaquettaires expose à un risque accru d'événement vasculaire, et doit faire l'objet d'une réflexion sur le bénéfique/risque et la date de reprise du traitement.

Les recommandations de bonne pratique sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations.

1 AVC : accident vasculaire cérébral

2 AIT : accident ischémique transitoire

3 AOMI : artériopathie oblitérante des membres inférieurs

4 IDM : infarctus du myocarde

3. Annexe 3 : Guide d'entretien pilote

Thèmes obligatoirement abordés, et sous-thèmes facultatifs.

1. Quelle vision avez-vous de l'observance de vos patients sous AAP?

- Rappel à la littérature qui décrit un degré important d'observance des traitements chroniques (+ de 50%).

2. Quelles sont les raisons de l'observance à votre avis ?

- Quelle est la part de responsabilité imputée respectivement au patient et au médecin ?

3. Que faites vous pour vous enquérir de l'observance ?

- Quelles questions posez-vous ? A quel moment ?
- Pensez-vous que la galénique influence l'observance ?
- Pensez-vous que certains patients sont plus à risque ?

4. Comment favorisez-vous l'observance ?

- Opérez-vous une stratification de l'ordonnance ?
- Un questionnaire de dépistage de l'observance vous paraît-il intéressant ? (Annexe 5)
- Education thérapeutique
- Relation médecin / malade
- Consultation pharmaceutique
- Rôle des autres professionnels de santé
- Réseau ville hôpital

5. Que serait-il intéressant de faire dans l'idéal ?

4. Annexe 4 : Guide d'entretien définitif

Thèmes obligatoirement abordés et sous thèmes facultatifs.

1. Quelle vision avez-vous de l'observance de vos patients sous AAP?

- Rappel à la littérature qui décrit un degré important d'inobservance des traitements chroniques (+ de 50%)

2. Quelles sont les raisons de l'inobservance à votre avis ?

- Quelle est la part de responsabilité imputée respectivement au patient et au médecin ?

3. Comment vous assurez-vous de l'observance ?

- Quelles questions posez-vous ? A quel moment ?
- Pensez-vous que la galénique influence l'observance ?
- Pensez-vous que certains patients sont plus à risque ?

4. Comment favorisez-vous l'observance ?

- Opérez-vous une stratification de l'ordonnance ?
- Education thérapeutique.
- Relation médecin / malade.
- Rôle des autres professionnels de santé.
- Questionnaire de dépistage de l'observance HTA (Annexe 5) à soumettre si le sujet est évoqué par le médecin.

5. Que serait il intéressant de faire dans l'idéal ?

- Réseau ville hôpital / réseaux de soins : à aborder si le médecin en parle.

5. Annexe 5 : Questionnaire d'évaluation de l'observance HTA

Questionnaire d'évaluation de l'observance

(Adapté du questionnaire du Comité français de lutte contre l'Hypertension artérielle)

Test d'évaluation de l'observance	OUI	NON
1 Hier, avez-vous oublié de prendre votre médicament ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours vous l'avez oublié ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAL DES OUI :		
Réalisation du test		
Au cours de la consultation pour le renouvellement de l'ordonnance du traitement anti-hypertenseur, toutes les questions sont posées par le médecin à son patient.		
Interprétation du test		
Total des OUI = 0	Bonne observance	
Total des OUI = 1 ou 2	Minime problème d'observance	
total des OUI \geq 3	Mauvaise observance	

6. Annexe 6 : Questionnaire de dépistage de l'inobservance

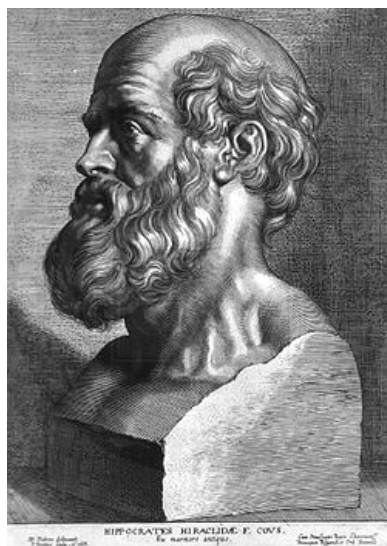
- Que pensez-vous de ce traitement ?

- Quand avez-vous oublié votre traitement pour la dernière fois ?

- Pouvez vous m'expliquez à quoi sert ce médicament ?

Nous avons sélectionné des questions qui ouvrent le dialogue avec le patient, sans le culpabiliser.

Ces questions ouvertes permettent de recueillir une information riche sur le ressenti du patient, son point de vue, ses représentations, et il sera plus aisé pour le médecin d'accompagner son malade.



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.