

# Évaluation de la connaissance des indications des traitements chroniques en médecine générale et de la relation médecin malade : impact sur l'observance

Fanny Bizouard, Claire Jungers

► **To cite this version:**

Fanny Bizouard, Claire Jungers. Évaluation de la connaissance des indications des traitements chroniques en médecine générale et de la relation médecin malade : impact sur l'observance. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-00992739

**HAL Id: dumas-00992739**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00992739>**

Submitted on 19 May 2014

**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.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 2014**

**Thèse n°**

**EVALUATION DE LA CONNAISSANCE DES INDICATIONS DES  
TRAITEMENTS CHRONIQUES EN MEDECINE GENERALE ET DE LA  
RELATION MEDECIN-MALADE.  
IMPACT SUR L'OBSERVANCE**

**Etude épidémiologique par recueil de questionnaires sur 200 patients**

**THESE**

**PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE GENERALE**

**DIPLÔME D'ETAT**

**Fanny BIZOUARD et Claire JUNGERS**

**Née le 26 décembre 1986 à Sens (89) et née le 27 mai 1985 à Avranches (50)**

**THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE\***

**Le 16 mai 2014**

**DEVANT LE JURY COMPOSE DE :**

**Président du jury : M. le Professeur Gaétan GAVAZZI**

**Membres :**

M. le Docteur Matthieu ROUSTIT

M. le Docteur Arnaud SEIGNEURIN

M. le Docteur Xavier CRESSENS

*\*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.*

## Remerciements Fanny

Merci à Monsieur le Professeur Gavazzi pour avoir accepté de présider notre thèse.

Merci aux Docteurs Roustit et Dr Seigneurin pour leur présence dans notre jury de thèse.

Merci au Docteur Xavier Cressens pour nous avoir accordé du temps et pour avoir accepté d'être notre directeur de thèse. Merci pour le stage de SASPAS qui m'a conforté dans l'idée de travailler à la campagne.

Merci à Monsieur Jund pour son aide dans l'élaboration des statistiques.

Merci aux pharmaciens de nous avoir ouvert vos portes.

Merci à mes maitres de stage. Avec vous, j'ai beaucoup appris sur la médecine générale mais aussi sur les relations humaines. Vous avez confirmé mon choix pour la médecine générale. Merci au Docteur Gagneur de me confier « ses » baujus.

Merci à ma famille et plus particulièrement à mes parents, mes frères et la jojo pour ce soutien depuis toutes ces années même si je n'ai pas toujours été facile. Merci pour votre éducation, vos valeurs et surtout d'avoir cru en moi (même quand je trichais ou faussais mes bulletins). Je pense à pépé et mémé cocotte, ils auraient surement été heureux d'être là.

Merci à mon Matthieu, avec 2 t, à ta présence même si je râle pas mal ces derniers temps. Merci de me rejoindre dans ces jolies montagnes, on va être bien tous les deux (et avec impec !).

Merci à mes amis de Sens, de leur présence et de leur amitié depuis toutes ces années et pour encore un long moment.

Merci à mes amis Dijonnais pour ces belles années, on a passé de sacrés bons moments ensemble, à la fac, en soirée, au ciné ou sur les sentiers de montagne. A Marion, à nos randonnées à venir, après le 14 septembre bien sûr !!!

Un grand merci a la Thonon Team sans qui cet internat aurait été plus fade. Merci a mes coloc, c'était chouette cette tranche de vie avec vous.

Enfin, merci à Claire, alias Doudou, ma co-thésarde et amie à l'humour décapant et inconditionnel. Une chose dont je suis sure c'est qu'on n'a pas fini de rire ensemble.

## Remerciements Claire

Merci à notre président de jury, Monsieur le Professeur Gavazzi, de nous avoir fait l'honneur de présider notre thèse.

Merci à Monsieur le Docteur Roustit et Monsieur le Docteur Seigneurin d'avoir accepté de participer à notre jury de thèse.

Merci à Monsieur le Docteur Xavier Cressens, notre directeur de thèse, de nous avoir accompagné dans ce travail.

Merci à Jérôme Jund pour son aide précieuse dans la réalisation de l'analyse statistique.

Merci aux différentes pharmacies qui nous ont ouvert leurs portes avec gentillesse et intérêt pour notre travail.

Merci à mes différents maitres de stage pour avoir rendu mon internat particulièrement formateur et pour m'avoir conforté dans le choix de la médecine générale.

Merci à ma famille, et particulièrement à mes parents et mon frère, pour m'avoir toujours soutenu dans l'accomplissement de mes projets même si certains d'entre eux m'ont envoyé à 1000 km de chez vous ! L'éducation et les valeurs qui m'ont été inculquées m'aideront à être un meilleur médecin.

Une pensée pour Nicole et mes grands parents Anne et Jean Boursot... j'aurais aimé que vous soyez encore là pour partager avec moi ce moment important.

Merci à tous les amis caennais qui m'ont accompagné pendant les 6 premières d'années, sûrement les plus longues mais pas les moins bonnes !!

Un merci spécial à la « Thonon Team » (Bizou, Lucile, Pauline, Julie, Gridou, Aurel, Julien, Guillaume) qui a rendu mon arrivée dans la région et mon début d'internat particulièrement magique ! Ca n'aurait pas été pareil sans vous !

Merci aux « petits chatons » qui se reconnaîtront pour ce stage en pneumologie qui fut probablement l'un des meilleurs.

ENFIN, merci à Fanny Bizouard (« Docteur Bizou ») pour avoir rendu ce travail de thèse agréable, des rigolades et pas d'engueulades, le top quoi !!! Et n'oublie pas, on a un CD et un clip à terminer ;-)

# SOMMAIRE

<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b> .....	9
<b>RESUME</b> .....	10
<b>INTRODUCTION</b> .....	12
<b>MATERIEL ET METHODES</b> .....	15
1. Type d'étude .....	15
2. Réalisation du questionnaire .....	15
3. Cadre de l'étude .....	16
4. Population de l'étude.....	17
5. Méthode de collecte des questionnaires .....	17
6. Nombre de sujets nécessaire.....	18
7. Analyse statistique .....	18
<b>RESULTATS</b> .....	19
1. Descriptif de la population .....	19
2. Caractéristiques et compréhension de l'ordonnance .....	20
3. Relation médecin-malade et consultation.....	21
4. Score APMG .....	22
5. Observance.....	24
6. Mise en relation de la compréhension de l'ordonnance, de la relation médecin-malade et de l'observance .....	25
6-1 Question de recherche primaire : lien entre la connaissance des indications, la relation médecin-malade et l'observance .....	25



6-2 Question de recherche secondaire : paramètres en lien avec la connaissance des indications, l'observance et la relation médecin-malade.....	28
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>31</b>
1. Données générales .....	31
2. Limites de l'étude .....	32
2-1 Le lieu de recueil des données .....	32
2-2 Questionnaire .....	33
3. La connaissance des indications par le patient.....	34
4. La relation médecin-malade selon le score APMG .....	35
5. L'observance des patients.....	36
6. Mise en relation connaissances / Relation médecin-malade / Observance.....	37
6-1 Observance / Relation médecin-malade .....	37
6-2 Observance / Connaissance des traitements.....	38
6-3 Connaissance des traitements / Relation médecin-malade .....	39
7. Perspectives.....	41
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>43</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>45</b>
<b>ANNEXES</b>	
Annexe 1 – Score APMG .....	48
Annexe 2 – Questionnaire de Girerd .....	49
Annexe 3 – Questionnaire de l'étude .....	50

<b>SERMENT D'HIPPOCRATE .....</b>	<b>52</b>
<b>LISTE DES PROFESSEURS D'UNIVERSITE .....</b>	<b>53</b>

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

- ALD = Affection Longue Durée
- APMG = Attitude Professionnelle des Médecins Généralistes
- CRESIF = Comité Régional d'Education pour la Santé d'Ile de France
- CRGE = Collège Régional des Généralistes Enseignants
- INSEE = Institut National de la Statistiques et des Etudes Economiques
- OMS = Organisation Mondiale de la Santé

# **RESUME**

**Introduction** : La non-observance thérapeutique est plus importante dans les maladies chroniques. L'OMS indique en 2003 qu'améliorer l'observance serait un progrès majeur. L'objectif principal de notre étude était de définir s'il existait un lien entre la connaissance des indications des traitements, l'observance et la relation médecin-malade.

**Matériel et méthodes** : Nous avons réalisé une étude descriptive transversale et multicentrique. Des questionnaires étaient remplis par des patients traités pour une ou plusieurs maladies chroniques. Le recrutement a été effectué en pharmacie en milieu urbain et semi-rural en janvier 2014. L'observance a été évaluée par le questionnaire de Girerd et la relation médecin-malade par le score APMG.

**Résultats** : 200 patients ont été inclus, 101 en milieu urbain et 99 en milieu semi-rural. La population était majoritairement composée d'hommes (55%) et de personnes de plus de 60 ans (70%). 68% des patients connaissaient parfaitement les indications de leur traitement. Le score APMG était en moyenne de 83.8 sur 100. Les attitudes les moins bien notées étaient l'explication des effets secondaires, la proposition de nouveaux traitements et la dispensation de conseils de prévention. L'observance était jugée bonne chez 53% des patients. On relève un lien significatif entre la connaissance des indications du traitement et l'observance ( $p=0.0004$ ), entre l'observance et la relation médecin-malade ( $p=0.0004$ ) et entre la connaissance des indications et la relation médecin-malade ( $p=0.004$ ).

Conclusion : L'explication des indications des médicaments et la qualité de la relation médecin-malade semblent être des pistes à travailler afin d'améliorer l'observance thérapeutique.

**Mots-clés** : observance, relation médecin-malade, connaissance des indications, maladie chronique, médecine générale.

# **INTRODUCTION**

En France, 15 millions de personnes présentent une maladie chronique, soit 20% de la population, dont 7,5 millions en Affection Longue Durée (ALD) (1).

Du fait de l'allongement de la durée de vie, la plupart de ces maladies chroniques sont en augmentation constante. Ces maladies sont à l'origine de 60% des décès dont la moitié survient avant l'âge de 70 ans. Elles ont également des conséquences en termes de qualité de vie. Chaque année 84 milliards d'euros sont consacrés à la prise en charge des patients en ALD (1).

La non-observance thérapeutique est plus importante dans le cadre des maladies chroniques avec des conséquences en termes de morbi/mortalité. Elle entraîne des complications médicales et psychosociales, diminue la qualité de vie, augmente la probabilité de développer des pharmaco résistances et provoque un gaspillage des ressources (2).

Certaines situations rencontrées dans les maladies chroniques sont reconnues comme à risque d'inobservance comme les maladies asymptomatiques, les maladies à régression rapide de symptômes, les maladies à manifestations paroxystiques, les maladies symptomatiques trainantes rebelles et enfin les situations où il y a perturbations cognitives et comportementales (3).

Toutes les situations d'inobservance peuvent se rencontrer, du patient qui ne prend pas les médicaments que le médecin lui prescrit, à celui qui en prend plus ou qui prend des médicaments non prescrits ou encore celui qui aménage à sa convenance les éléments de la prescription (2).

Le problème d'inobservance n'est pas un phénomène nouveau, Hippocrate disait :  
*« les malades mentent souvent lorsqu'ils disent qu'ils prennent leurs médicaments ».*

En 2003, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) indique dans son rapport que la moitié des patients ne prennent pas correctement leur traitement et indique par ailleurs que la bonne observance d'un traitement serait un progrès plus important que n'importe quelle découverte biomédicale (4).

Il se pourrait que l'amélioration de l'observance soit un investissement rentable qui permettrait d'éviter les dépenses excessives de santé et améliorerait la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques (4).

L'observance est définie comme le niveau de concordance entre les recommandations du médecin et le comportement du patient par rapport à son traitement. La notion d'observance fait désormais partie d'une autre entité, l'adhésion au traitement qui comprend l'adhérence au suivi médical, aux conseils de prévention, aux règles hygiéno-diététiques et au traitement médicamenteux (5, 6).

Cette notion d'adhésion au traitement est beaucoup plus complète car elle prend en compte les mesures non médicamenteuses qui ont une importance fondamentale dans la prise en charge des maladies chroniques.

Le médecin traitant a un rôle essentiel dans l'observance du traitement. Il est un coordonnateur des soins dans l'action de facilitation de la vie quotidienne des malades (7).

Certaines attitudes des médecins sont reconnues pour faciliter l'observance comme l'écoute de son patient, l'apport d'une bonne information avec notamment une explication de la prescription, l'entretien d'une bonne relation, la mise en place d'un projet de soin, la formation médicale continue et la surveillance de l'efficacité du traitement (2, 8, 9).

Selon N. Jain, c'est une relation de partenariat souple, mouvante et empathique qui entraîne une meilleure observance thérapeutique (10).

Selon les médecins généralistes, la prescription des médicaments est influencée par plusieurs facteurs qui sont intéressants à prendre en compte, notamment les représentations qu'ont les patients de leur maladie face aux convictions et préférences des généralistes (2).

Dans une étude de 2012, 84% des français réaffirment leur confiance dans les médicaments mais souhaitent être d'avantage informés sur leurs traitements (11).

L'information donnée par le médecin traitant au patient est destinée à l'éclairer sur son état de santé, à lui décrire la nature et le déroulement des soins et à lui fournir des éléments lui permettant de prendre des décisions en connaissance de cause. L'information doit porter sur son état, la description des examens, soins et thérapeutiques, leurs objectifs, leurs conséquences et inconvénients, leurs risques éventuels et enfin sur les précautions générales et particulières recommandées au patient (12).

Au vu de ces constatations, il serait intéressant de mettre en évidence des facteurs influençant l'observance ainsi que l'information apportée au patient.

L'objectif principal de notre travail était de définir s'il existait un lien entre la compréhension des traitements, l'observance et la relation médecin-malade.

Les objectifs secondaires consistaient à faire un état des lieux, selon le lieu d'habitat, des caractéristiques de l'ordonnance, du prescripteur et des patients et à évaluer s'il existait un lien entre ces paramètres. On recherchera également une relation entre ces paramètres et les items cités dans l'objectif principal.



# **MATERIEL ET METHODES**

## **1. Type d'étude**

Nous avons réalisé une étude descriptive transversale multicentrique à l'aide d'un questionnaire anonyme, en 2014 en Savoie et Haute-Savoie.

## **2. Réalisation du questionnaire**

Nous avons élaboré le questionnaire nous-mêmes, il se compose de quatre parties :

- La première partie du questionnaire concernait les caractéristiques sociodémographiques des patients inclus : âge, sexe et catégorie socio professionnelle selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE).
- Pour la seconde partie concernant les caractéristiques et la compréhension de l'ordonnance, nous avons fait le choix de considérer l'ordonnance actuelle complète pour parler du début de prise du traitement et non de dissocier chaque médicament. De plus, seuls les médicaments pris de façon quotidienne ont été analysés. Par conséquent, nous avons exclu les traitements à prise occasionnelle.
- Pour la troisième partie, l'échelle des Attitudes Professionnelles des Médecins Généralistes (APMG) a été utilisée pour étudier la relation médecin-malade du point de vue de la mise en place et du suivi des traitements. Cette échelle a été créée et testée en 2005 et a une cohérence interne élevée ainsi qu'une reproductibilité correcte (13). M. Baumann et son équipe ont construit, à partir

du discours de 40 usagers lorrains d'un centre de médecine préventive et de celui de 21 médecins généralistes, une échelle des Attitudes Professionnelles des Médecins Généralistes favorisant l'adhésion thérapeutique (échelle APMG). Cette échelle en 15 items, notés de 0 à 9, a été validée auprès de 393 usagers de santé se rendant dans un centre de médecine préventive pour un bilan de santé. Elle aboutit à un score (score APMG) calculé par l'addition des valeurs obtenues aux items puis standardisé de 0 à 100 (100=professionnel ayant toujours des attitudes encourageant le suivi des traitements) (13). Elle a, de plus, été par la suite validée par l'assurance maladie. Les 15 items détaillent les attitudes associées aux fonctions d'information, de communication et d'éducation (Annexe 1).

- La quatrième partie concerne l'observance aux traitements. Nous avons utilisé le questionnaire de Girerd créé en 2001, initialement pour évaluer l'observance dans l'hypertension artérielle en milieu spécialisé (14). En 2004, un travail a été réalisé par le Collège Régional des Généralistes Enseignants (CRGE) pour tester sa validité en consultation de médecine générale : il en est ressorti que le questionnaire pouvait être un outil d'évaluation de l'observance du traitement de l'HTA en pratique de médecine générale (15). Dernièrement, l'utilisation de ce questionnaire a été élargie à tout traitement chronique par l'assurance maladie (16).

### **3. Cadre de l'étude**

Les questionnaires ont été remplis en pharmacie. Nous avons choisi 3 pharmacies en milieu urbain dans l'agglomération d'Annecy (Haute Savoie) et 4 pharmacies en

milieu semi-rural dans la région d'Ugine (Savoie). Par la suite, dans des zones géographiques jugées suffisamment distantes les unes des autres, nous nous sommes présentées dans des pharmacies de manière aléatoire.

Cet éloignement avait pour but de pouvoir toucher un panel de patients et de médecins variés.

L'étude s'est déroulée tout au long du mois de janvier 2014.

#### **4. Population de l'étude**

Les critères d'inclusion étaient :

- Hommes et femmes majeurs, responsables et volontaires
- Ordonnance rédigée par le médecin généraliste traitant
- Patient venant chercher lui-même ses médicaments en pharmacie
- Patient ayant au moins 1 médicament chronique (plus de 3 mois) sur l'ordonnance

Les critères d'exclusion étaient :

- Patient de moins de 18 ans
- Ordonnance d'un spécialiste ou d'un centre hospitalier
- Refus de participation
- Barrière de la langue
- Patient présentant des troubles cognitifs connus par le pharmacien

#### **5. Méthode de collecte des questionnaires**

L'ensemble des questionnaires a été rempli par nous-mêmes, internes en médecine générale, avec le patient. En effet, certaines questions nécessitaient des connaissances médicales notamment celle portant sur l'indication du traitement. Nous nous sommes présentées comme des jeunes médecins généralistes préparant leur thèse.

Une durée d'environ 5 minutes était nécessaire pour remplir un questionnaire.

Les patients nous étaient adressés par le personnel de la pharmacie si les critères d'inclusion étaient présents. Il avait été demandé à l'employé de ne pas rappeler l'indication des traitements.

Notre présence en pharmacie a été étalée tout au long de la journée de l'ouverture à la fermeture afin d'atteindre la population active autant que la population non-active.

Enfin, nous avons comptabilisé le nombre de patients refusant de participer à l'étude.

## **6. Nombre de sujets nécessaire**

Le nombre de sujets à inclure a été défini avec le statisticien du centre hospitalier de la région d'Annecy. Il a été fixé à 200 patients au total pour obtenir une puissance statistique intéressante.

## **7. Analyse statistique**

Notre base de données a été créée dans un fichier Excel®.

Le travail a été réalisé en collaboration avec le statisticien du centre hospitalier de la région d'Annecy.

Nous avons utilisé la méthode du  $\chi^2$  de Pearson pour l'analyse statistique à l'aide du logiciel SPSS.

Le test exact de Fisher a été utilisé lorsque les conditions n'étaient pas réunies.

Le seuil de significativité a été fixé à 5%.

Nous avons calculé les résidus de Pearson afin d'évaluer la significativité à l'échelle de chaque cellule pour l'interprétation de nos résultats.

# RESULTATS

## 1. Descriptif de la population

L'étude a porté sur 200 patients au total, 101 en zone urbaine et 99 en zone semi-rurale. Nous avons eu seulement 10 refus de participation (4 en urbain et 6 en semi-rural).

Le tableau 1 résume les caractéristiques de la population.

	Nombre total (%)	Nombre en urbain	Nombre en semi-rural
<b>Sexe</b>			
Homme	109 (55%)	55	54
Femme	91 (45%)	46	45
<b>Age</b>			
18-40 ans	12 (6%)	5	7
40-60 ans	48 (24%)	23	25
60-80 ans	103 (51,5%)	50	53
> 80 ans	37 (18,5%)	23	14
<b>Catégorie socio professionnelle</b>			
Agriculteur	2 (1%)	0	2
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	23 (11,5%)	9	14
Cadres et prof. intellectuelles sup	12 (6%)	6	6
Professions intermédiaires	17 (8,5%)	8	9
Ouvriers	10 (5%)	5	5
Retraités	135 (67,5%)	72	63
Autres	1 (0,5%)	1	0
<b>Habitat</b>			
Urbain	101 (50,5%)		
Semi rural	99 (49,5%)		

Tableau 1 - Description des caractéristiques sociodémographiques

Les populations semi-rurales et urbaines ne diffèrent pas de façon significative sur le plan du sexe ( $p=0,99$ ), de l'âge ( $p=0,445$ ) ou de la catégorie socioprofessionnelle ( $p=0,628$ )

## 2. Caractéristiques et compréhension de l'ordonnance

On remarque que près de 50% des patients prennent leurs traitements depuis plus de 5 ans. 78% des patients ont une ordonnance informatisée.

Une connaissance parfaite des indications est présente chez 68% des patients. Seulement 7,5% des patients connaissent moins de la moitié des indications de leur traitement.

L'ensemble des données est résumé dans le tableau 2.

	Nombre total (%)	Nombre en urbain	Nombre en semi-rural
<b>Nombre de médicaments</b>			
1 ou 2	66 (33%)	32	34
3 ou 4	68 (34%)	35	33
5 ou plus	66 (33%)	34	32
<b>Début de prise du traitement</b>			
< 1an	24 (12%)	10	14
1 à 5 ans	79 (39,5%)	52	27
> 5 ans	97 (48,5%)	39	58
<b>Rédaction ordonnance</b>			
Manuscrite	44 (22%)	10	34
Informatisée	156 (78%)	91	65
<b>Connaissance des indications</b>			
0	1 (0,5%)	1	0
< 50%	14 (7%)	12	2
50%	22 (11%)	12	10
> 50%	27 (13,5%)	13	14
Parfaite	136 (68%)	63	73

Tableau 2 – Caractéristiques de l'ordonnance et connaissance des indications

- Le nombre de patients ayant 1-2, 3-4 ou plus de 4 médicaments sur l'ordonnance est quasiment identique et on ne note pas de différence en fonction de l'habitat ( $p=0,923$ ).
- En revanche, on relève une relation significative entre le début de prise du traitement et l'habitat ( $p=0,002$ ) avec un début de prise supérieur à 5 ans plus

fréquent chez les patients en semi-rural et inversement un début de prise de un à cinq ans plus fréquent en urbain.

- On note également un lien significatif entre le mode de rédaction de l'ordonnance et l'habitat. En effet, la rédaction informatisée de l'ordonnance est plus fréquente dans la population urbaine et inversement pour la rédaction manuscrite ( $p < 0,001$ ).
- Enfin, on peut mettre en évidence un lien significatif entre l'habitat et la connaissance des indications des traitements ( $p = 0,043$ ). En effet, on remarque qu'une plus faible connaissance des indications est plus fréquente en milieu urbain alors qu'une bonne connaissance des indications (supérieur ou égal 50%) se révèle plus fréquente en milieu semi-rural.

### **3. Relation médecin/malade et consultation**

On remarque dans la population que 60,5% des médecins sont des hommes et que la proportion de médecins ayant un âge inférieur ou supérieur à 50 ans est sensiblement la même (respectivement 46% et 54%).

La consultation dure entre 15 et 20 min dans 41,5% des cas.

Le score APMG est supérieur ou égal à 80 chez 70,5% des patients.

Les données sont résumées dans le tableau 3.

	Nombre total (%)	Nombre en urbain	Nombre en semi-rural
<b>Age du médecin</b>			
30-50 ans	92 (46%)	57	35
> 50 ans	108 (54%)	44	64
<b>Sexe du médecin</b>			
Homme	121 (60,5%)	58	63
Femme	79 (39,5%)	43	36
<b>Durée de la consultation</b>			
< 10 min	4 (2%)	0	4
10-15 min	57 (28,5%)	45	12
15-20 min	83 (41,5%)	40	43
> 20 min	56 (28%)	16	40
<b>Score APMG</b>			
0-70	22 (11%)	7	15
70-80	37 (18,5%)	23	14
80-90	87 (43,5%)	59	28
90-100	54 (27%)	12	42

Tableau 3 - Caractéristiques de la consultation et score APMG selon l'habitat

- L'étude met en évidence une relation significative entre l'âge du médecin et l'habitat ( $p=0,003$ ). On voit que l'âge du médecin est plus élevé en zone semi-rurale.
- En revanche, on ne note pas de différence pour le sexe ( $p=0,369$ ).
- La durée de la consultation se révèle être plus longue en zone semi-rurale de façon significative ( $p<0,001$ ).
- Enfin, il existe une relation significative entre la valeur du score APMG et l'habitat du patient ( $p<0,001$ ). On remarque en effet que les valeurs très élevées du test entre 90 et 100 sont plus fréquentes en zone semi-rurale.

#### 4. Score APMG

La moyenne globale du score est de 83,8 sur 100 avec un écart type de 10,3 (extrêmes : 48-100). Les moyennes de la zone urbaine et de la zone semi-rurale sont respectivement de 82,8 sur 100 et de 84,7 sur 100.



Les caractéristiques plus précises des réponses à chaque item sont résumées dans le tableau 4.

Item	N	Moyenne globale	Ecart type	Min	Max	Moyenne urbain	Moyenne rural
Item 1 - Ecoute	200	8	1,3	1	9	8,1	7,9
Item 2 - Préférences	200	7,3	1,4	3	9	6,8	7,8
Item 3 - Respect	200	8,4	1,1	0	9	8,7	8,1
Item 4 - Difficultés prise traitement	200	7,1	1,6	0	9	6,9	7,3
Item 5 - Questions	200	8,3	1	4	9	8,3	8,3
Item 6 - Connaissance métier	200	8,5	0,9	5	9	8,6	8,4
Item 7 - Confiance	200	8,1	1,2	2	9	8,2	8
Item 8 - Explication traitement	200	7,4	1,6	0	9	7,1	7,7
Item 9 - Médicaments importants	200	7,2	1,4	2	9	6,7	7,7
Item 10 - Rédaction ordonnance	200	8,2	1,6	0	9	8,7	7,7
Item 11 - Motivation	200	7,3	1,4	3	9	7,1	7,5
Item 12 - Effets secondaires	200	5,6	2,4	0	9	4,9	6,3
Item 13 - Mots simples	200	8,4	0,9	3	9	8,5	8,3
Item 14 - Nouveaux traitements	200	6,8	2	0	9	6,7	6,9
Item 15 - Prévention	200	6,9	1,9	0	9	6,2	7,6
<b>Score APMG standardisé sur 100</b>	200	83,8	10,3	48	100	82,8	84,7

Tableau 4 – Description du score APMG.

On rappelle que les patients notent chaque item de 0 (jamais) à 9 (toujours). Le score total est standardisé sur 100.

- Avec l'aide de la figure 1 (cf page suivante), on note que les attitudes présentant les meilleures moyennes sont celles de l'item 3 à 8,4 (impression de respect de la part du médecin), item 6 à 8,5 (connaissance de son métier) et de l'item 13 à 8,4 (explication avec des mots simples).
- A l'inverse, les attitudes concernant les explications des effets secondaires (item 12), la proposition de nouveaux traitements (item 14) et la dispensation de conseils de prévention (item 15) présentent les moins bonnes moyennes (respectivement 5,6, 6,8 et 6,9).

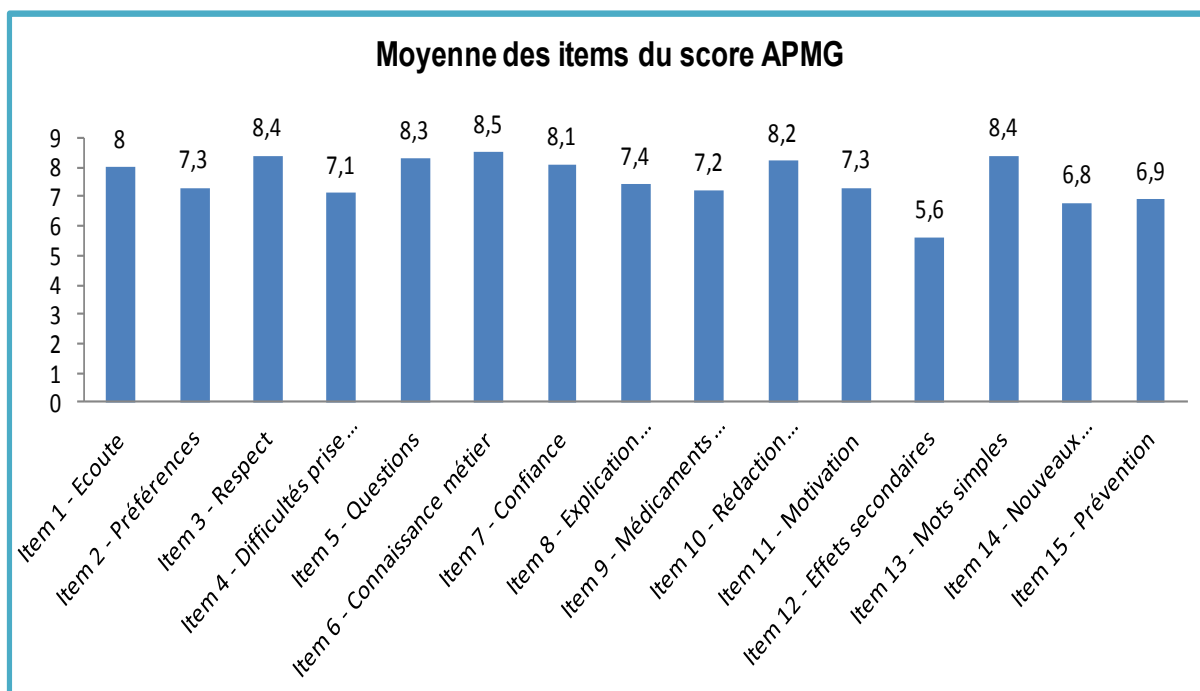


Figure 1 – Moyenne des items du score APMG sur 9

## 5. Observance

L'observance est jugée bonne selon le score de Girerd dans plus de la moitié des cas dans notre population (53%) et la proportion de non observant est de 10,5% (tableau 5).

	Nombre total (%)	Nombre en urbain	Nombre en semi rural
<b>Observance</b>			
Bon	106 (53%)	56	50
Problème mineur	73 (36,5%)	36	37
Non observant	21 (10,5%)	9	12

Tableau 5 – Description de l'observance selon le score de Girerd

On ne met pas en évidence de lien entre l'observance et l'habitat du patient ( $p=0,683$ ).

## 6. Mise en relation de la compréhension de l'ordonnance, de la relation médecin-malade et de l'observance

### 6-1 Question de recherche primaire : lien entre la connaissance des indications, la relation médecin-malade et l'observance

- On retrouve un lien entre la connaissance du traitement et l'observance ( $p=0,0004$ ). Une bonne observance est plus fréquente quand il y a une connaissance parfaite de l'indication. A l'inverse, on retrouve moins fréquemment une bonne observance dans le cadre d'une mauvaise connaissance de l'indication du traitement ( $\leq 50\%$ ) (tableau 6 et figure 2).

Indication	Nombre total	Observance		
		Bon	Pb mineur	Non observant
0%	1	0	1	0
< 50%	14	2	10	2
50%	22	4	14	4
> 50%	27	10	13	4
Parfaite	136	90	35	11

Tableau 6 – Observance selon la connaissance des indications

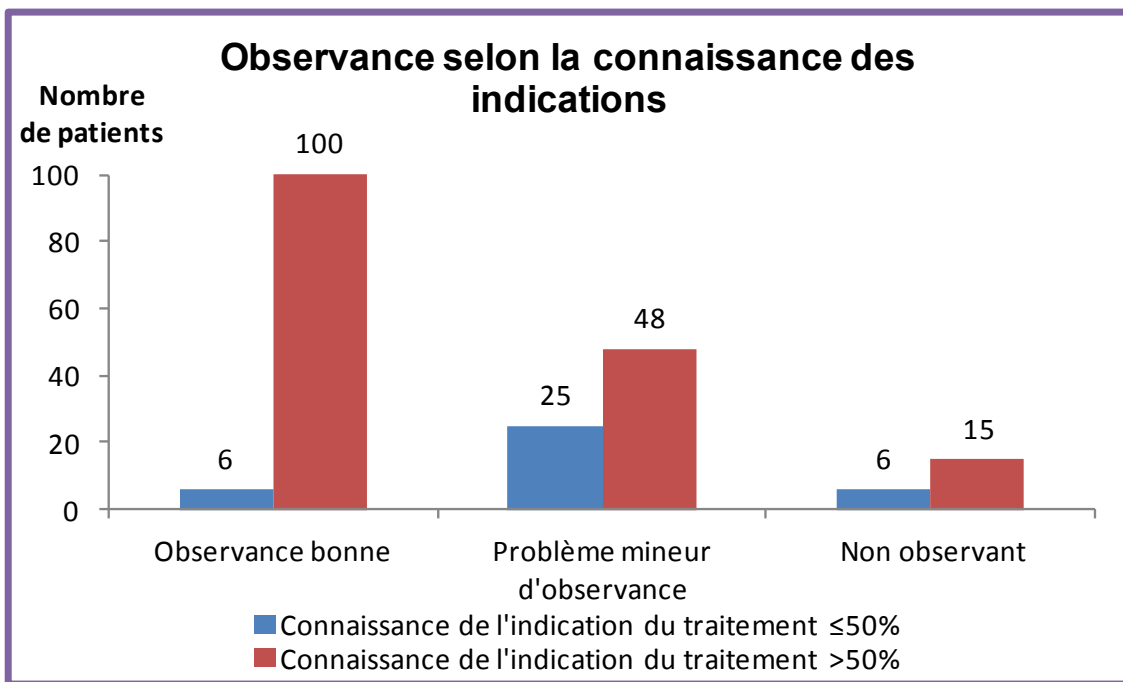


Figure 2 – Observance selon la connaissance des indications

- Il y a également un lien entre l'observance et la relation médecin-malade ( $p=0,0004$ ). Il est plus fréquent d'avoir une bonne observance quand il y a une bonne relation médecin-malade (score APMG 90-100) et inversement il est plus fréquent d'avoir une mauvaise observance quand il y a une moins bonne relation médecin-malade (score APMG 0-70) (figure 3).

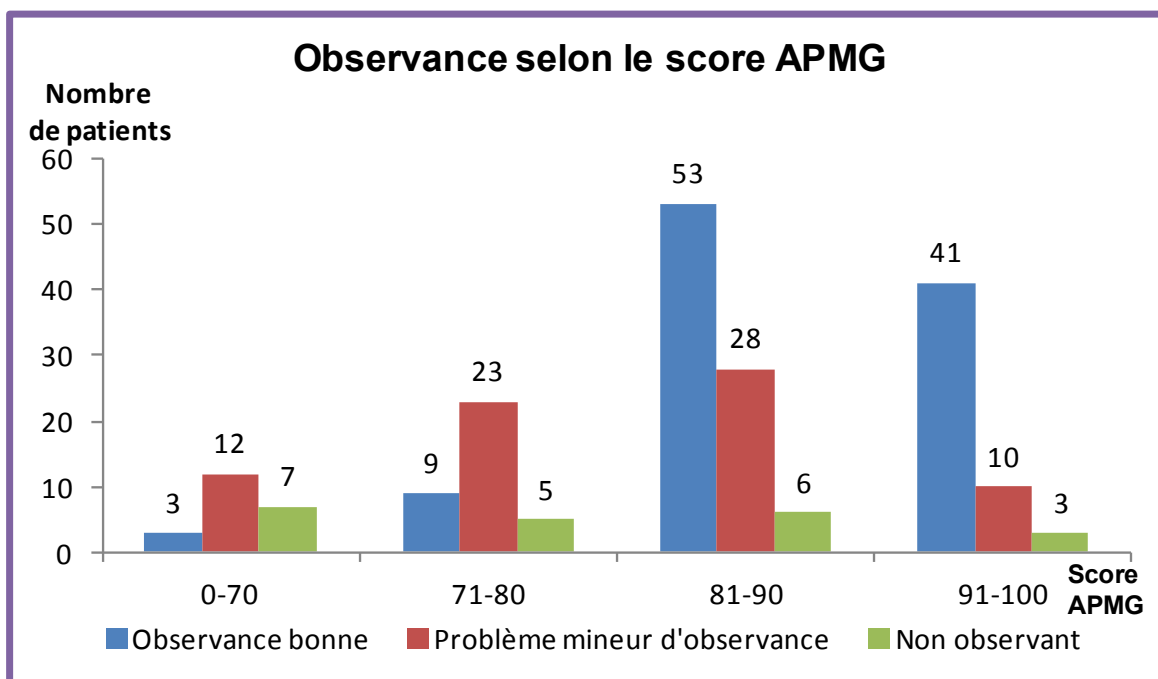


Figure 3 – Observance selon le score APMG

- Enfin, il y a un lien entre la relation médecin-malade et la connaissance du traitement ( $p=0,004$ ). Il y a plus fréquemment une moins bonne relation médecin-malade (score APMG 0-70) quand il y a une mauvaise connaissance du traitement ( $\leq 50\%$ ). A l'inverse, on retrouve moins fréquemment une mauvaise connaissance des médicaments ( $\leq 50\%$ ) lors d'une bonne relation médecin-malade (score APMG 90-100) (tableaux 7 et 8).

Indication	Nombre total	Score APMG			
		0-70	71-80	81-90	91-100
0%	1	1	0	0	0
< 50%	14	4	9	1	0
50%	22	3	8	9	2
> 50%	27	3	5	14	5
Parfaite	136	11	15	63	47

Tableau 7 – Score APMG selon la connaissance des indications

Indication	Moyenne du score APMG sur 100	Nombre	Ecart type
0%	63	1	
< 50%	74,1	14	4,2
50%	79,1	22	7,7
> 50%	82,4	27	10,6
Parfaite	86	136	10,2

Tableau 8 – Moyenne du score APMG selon la connaissance des indications

6-2 Question de recherche secondaire : paramètres en lien avec la connaissance des indications, l'observance et la relation médecin-malade

- Il existe un lien significatif entre le type d'ordonnance et l'observance ( $p=0,031$ ). Une mauvaise observance est plus fréquemment retrouvée lors d'ordonnances rédigées manuellement (tableau 9).

	Nombre total	Observance		
		Bon	Pb mineur	Non observant
<b>Rédaction ordonnance</b>				
Informatisée	156	88	56	12
Manuscrite	44	18	17	9
<b>Durée de la consultation</b>				
< 10 min	4	0	2	2
10-15 min	57	35	17	5
15-20 min	83	33	37	13
> 20 min	56	38	17	1

Tableau 9 – Observance selon le type de rédaction et la durée de la consultation

- Il y a également un lien significatif entre la durée de consultation et l'observance ( $p=0,01$ ). On retrouve moins fréquemment une mauvaise observance quand la consultation dure plus de 20 minutes (tableau 9).
- On retient aussi un lien entre le nombre de médicaments et la connaissance du traitement ( $p=0,0004$ ). On retrouve plus fréquemment une connaissance parfaite de l'indication lors de la prescription d'un faible nombre de médicaments (1-2). Une mauvaise connaissance de l'indication est plus

fréquemment retrouvée quand le nombre de médicaments est élevé ( $\geq 5$ ) (tableau 10 et figure 4).

	Nombre total	Indication				Parfaite
		0%	< 50%	50%	> 50%	
<b>Nombre de médicaments</b>						
1 à 2	66	0	0	4	1	61
3 à 4	68	1	4	5	12	46
$\geq 5$	66	0	10	13	14	29
<b>Age du patient (années)</b>						
18-40	12	0	0	0	0	12
40-60	48	0	0	1	2	45
60-80	103	1	6	12	17	67
> 80	37	0	8	9	8	12

Tableau 10 – Connaissance des indications selon le nombre de médicaments et l'âge du patient

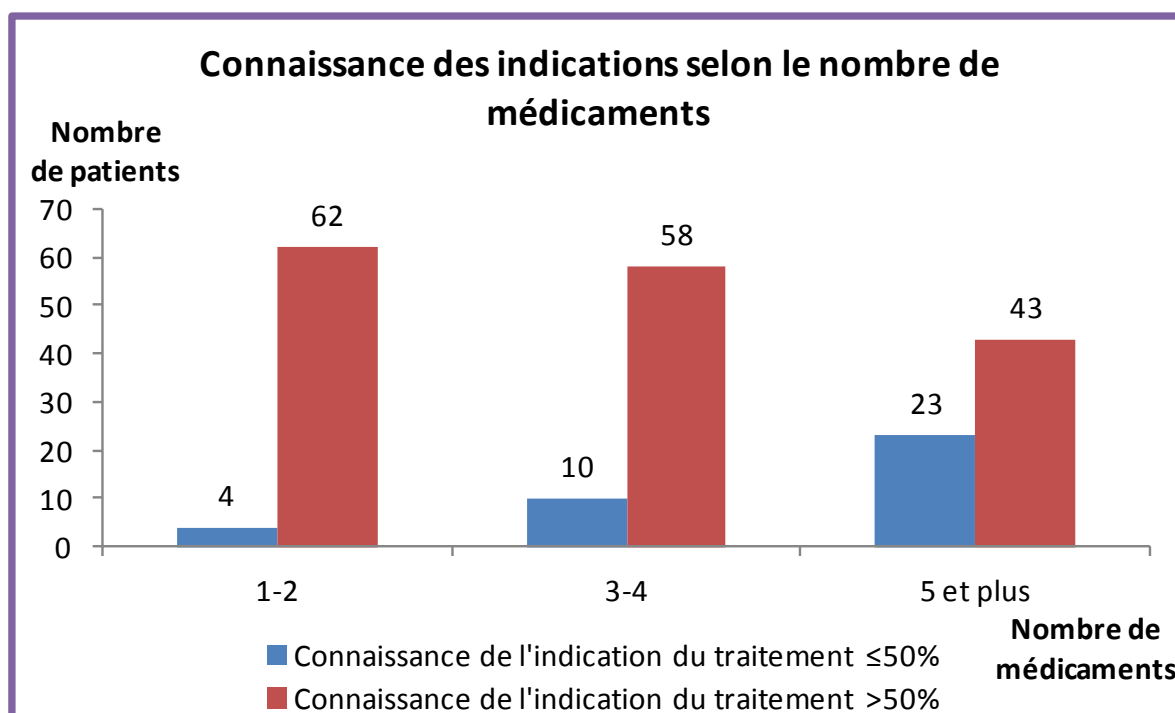


Figure 4 – Connaissance des indications selon le nombre de médicaments

- On observe également une relation significative entre l'âge et la connaissance des indications ( $p < 0,001$ ). En effet, les patients de plus de 80 ans ont une moins bonne connaissance des indications de leurs traitements (tableau 10 et figure 5).

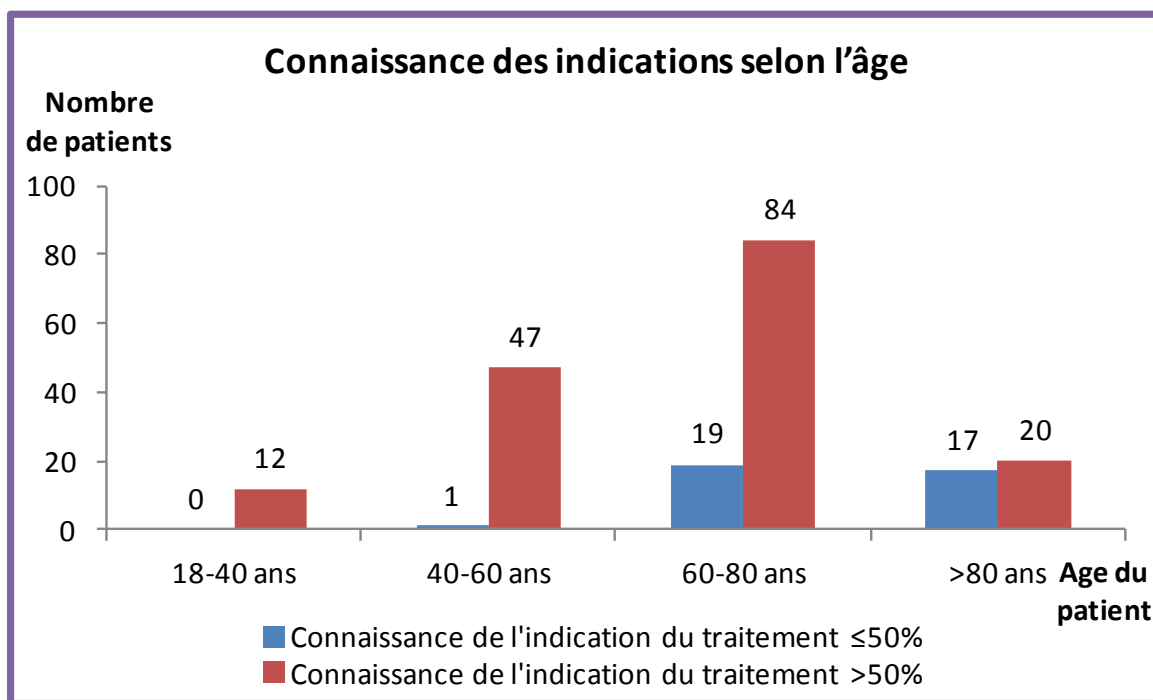


Figure 5 – Connaissance des indications selon l'âge

- Il y a un lien entre la durée de consultation et le score APMG ( $p=0,0004$ ). Une meilleure relation médecin-malade (score APMG 90-100) est plus fréquemment retrouvée lorsque les consultations durent plus de 20 minutes. Inversement, on retrouve plus fréquemment une moins bonne relation médecin-malade (score 0-70) quand la consultation dure moins de 10 minutes (tableau 11).

Durée de consultation	Nombre total	Score APMG			
		0-70	71-80	81-90	91-100
< 10 min	4	2	1	1	0
10-15 min	57	10	7	35	5
15-20 min	83	9	17	35	22
> 20 min	56	1	12	16	27

Tableau 11 – Score APMG selon la durée de la consultation

- A noter que l'on ne met pas en évidence de lien significatif entre la connaissance du traitement et la date de début de prise.



# **DISCUSSION**

## **1. Données générales**

La population étudiée dans notre étude est divisée en deux grandes classes : la population semi-rurale et la population urbaine.

Nous avons fait le choix d'effectuer le recueil de données en semi-rural et en urbain afin de comparer ces deux populations et d'élargir notre champ d'étude. L'exercice de la médecine générale est en effet différent selon le lieu d'habitation, notamment sur le plan de la proximité avec le patient.

On note des relations significatives entre l'habitat et la connaissance des indications, la valeur du score APMG, l'âge du médecin, la durée de la consultation et le début de prise du traitement.

Devant le manque d'études dans ce domaine, nous n'avons pas pu comparer nos résultats. Il serait intéressant à l'avenir de mener une étude à plus grande échelle ne se limitant pas à un seul espace urbain et à un seul espace rural. En augmentant les effectifs et les lieux de recueil de données, il y aurait certainement une amélioration de la reproductibilité et de la portée des résultats.

Enfin, nous n'avons pas évalué la représentativité de notre population par rapport à la population générale de patients traités pour des maladies chroniques.

A noter que l'accueil dans les pharmacies fut optimal avec une participation active des pharmaciens et préparateurs. Le recrutement en a été d'autant plus efficace.

## 2. Limites de l'étude

### 2-1 Le lieu de recueil des données

Le recrutement en pharmacie peut être un biais de sélection. En effet, les personnes qui se rendent en pharmacie ont déjà la volonté de se procurer le traitement prescrit par leur médecin. En effet, selon C. Richard et MT. Lussier, 20% des ordonnances des médecins ne parviendraient pas à la pharmacie et ne seraient donc jamais exécutées (17).

De plus, nous avons sélectionné les sujets qui viennent personnellement en pharmacie par conséquent les plus autonomes dans la prise médicamenteuse, l'autonomie étant reconnue comme un facteur améliorant l'observance (18).

Ces deux biais de sélection risquent de surestimer l'évaluation de l'observance.

Cependant, ce lieu de recrutement en pharmacie est un lieu plus neutre que le cabinet médical, les réponses pouvant être plus objectives car plus éloignées du lieu de prescription et du prescripteur. Il permet un recrutement plus large de patients mais aussi de médecins généralistes. En revanche, le fait de nous présenter comme médecin peut engendrer un biais de mesure.

De plus, le personnel de pharmacie, connaissant bien leur clientèle, ne nous adressait pas les patients qui présentaient un déficit cognitif ou qui n'étaient pas autonomes dans leur prise médicamenteuse.

Enfin, nous avons essuyé peu de refus. Nous n'avons pas interrogé les patients quant à la raison du refus. Le manque de temps était le motif le plus fréquemment rapporté par les pharmaciens.

## 2-2 Questionnaire

- Mesure de l'observance :

Le questionnaire de Girerd est un questionnaire initialement mis en place pour évaluer l'observance dans le cadre d'une hypertension artérielle. 6 questions ont été généralisées à l'ensemble des pathologies chroniques (14).

L'interrogatoire est décrit comme étant une méthode performante pour évaluer l'observance. Le questionnaire est un outil d'information, il permet de quantifier et de comparer l'information (2).

Cette méthode d'évaluation est intéressante car elle est simple, efficace, intégrée à la relation de soin. Elle évalue les attitudes face à la maladie et au traitement. Elle est non couteuse, non coercitive et non formelle (19).

Cependant, c'est une méthode de faible fiabilité car elle risque de surestimer l'observance, la qualité des réponses étant influencée par la capacité à reconnaître ses affects.

On peut en enfin mettre en évidence un biais de mémorisation et de déclaration entraînant une surestimation de l'observance. Certains patients peuvent avoir oublié qu'ils ont mal pris leur traitement ou peuvent ne pas reconnaître des difficultés de prise ou des oublis.

- Echelle APMG :

Nous avons utilisé cette échelle pour évaluer la relation médecin-malade. M. Baumann précise que les propriétés métriques des échelles APMG sont satisfaisantes et légitiment leur utilisation comme outils d'aide à la formation à la relation professionnel-usager, à la décision et à l'évaluation de compétences professionnelles (13). Cette échelle permet d'évaluer différentes fonctions contenues dans la relation médecin-malade et la satisfaction de la prise en charge des soins.

L'intérêt de cette échelle est qu'elle évalue les attitudes et non les pratiques que le patient peut avoir du mal à juger. Mais les données recueillies restent subjectives avec un risque de surestimation du score si les patients surnotent par peur de décevoir ou d'être jugés.

Enfin, certaines questions ne sont pas toujours bien comprises par les patients. Une reformulation est parfois nécessaire. Il peut ainsi y avoir un biais de compréhension.

### **3. La connaissance des indications par les patients**

Dans notre étude, 68% des patients interrogés connaissent parfaitement les indications de leurs traitements.

Ce chiffre se rapproche des chiffres mis en évidence dans les autres études.

En effet, dans l'étude de C. Franco, 62% des patients connaissaient parfaitement les indications de l'ordonnance (20).

De la même façon, le chiffre de 64% était cité dans une étude sur les traitements cardiovasculaires en 2010 (21).

Une étude réalisée dans la région bordelaise en 2006 retrouve que 57,6% des patients connaissent la totalité des indications de leur ordonnance (22).

Dans notre étude, 67% des patients prennent au moins 3 médicaments de façon quotidienne, et 33% en prennent cinq ou plus. En se référant au seuil de 3 médicaments fixé par l'Académie Française de Pharmacie, on peut noter que 2/3 des patients sont polymédiqués dans notre population. A ce seuil, il existe une majoration significative du risque d'évènements indésirables (23). Précisons toutefois que de nombreux auteurs s'accordent à fixer ce seuil au nombre de 5 médicaments (23).

La polymédication se définit selon le dictionnaire Larousse comme «*le fait de prendre en même temps plusieurs médicaments*». Cette population requiert donc une attention particulière devant les risques de iatrogénie.

On remarque également dans notre analyse que, pour un âge de plus de 80 ans, les indications des traitements sont moins bien connues. On peut supposer que le nombre de médicaments sur l'ordonnance augmente avec l'âge expliquant une moins bonne connaissance des traitements.

Ceci pourrait également être lié aux éventuels troubles de mémorisation, d'attention ou d'audition des personnes de plus de 80 ans, qui rendent l'accès à l'information ou à son intégration plus difficile.

Enfin, on peut supposer un phénomène d'âgisme du médecin.

#### **4. La relation médecin-malade selon le score APMG**

Le score APMG moyen est de 83,8 sur 100 avec une proportion de patients donnant un score d'au moins 80 sur 100 de 70,5%.

Dans la thèse de E. Sidot, portant également sur 200 patients, le score APMG retrouvé était sensiblement le même avec une moyenne à 82,8 sur 100 (24). A noter que cette étude ne portait que sur une population de patients diabétiques.

Les deux items obtenant la meilleure moyenne sont identiques dans les deux études (impression d'être respecté par son médecin et connaissance du métier).

En revanche, dans les items présentant les moins bonnes moyennes, on ne retrouve en commun que celui sur la proposition de nouveaux traitements. Dans notre étude, les autres items ayant les moins bonnes moyennes concernent les explications des effets secondaires et la dispensation de conseils de prévention. Ces 3 items sont des attitudes en lien avec la fonction d'information (13) et révèlent donc un réel manque lors de la consultation de médecine générale.

Dans l'étude de M. Baumann (25), la moyenne du score est de 72,3 sur 100. Cette moyenne plus faible que dans notre étude peut être expliquée par les caractéristiques de sa population avec une moyenne d'âge plus basse (47 ans) et les patients inclus ne présentant pas nécessairement de traitements chroniques.

On ne retrouve pas d'autre étude utilisant ce score pour évaluer l'attitude professionnelle des médecins généralistes favorisant l'observance.

## **5. L'observance des patients**

On note une observance parfaite selon le score de Girerd chez un peu plus de la moitié (53%) des patients interrogés.

Dans l'étude de E. Sidot (24), utilisant également le score de Girerd pour évaluer l'observance des patients diabétiques, l'observance est jugée bonne chez seulement 30% des patients.

En revanche, dans les études de A. Gallois (26) et B. Zoghiami (15) réalisées sur une population d'hypertendus en médecine générale et utilisant le score de Girerd, on décrit une bonne observance respectivement chez 46,8% et 50% des patients. Ces chiffres se rapprochent plus de ceux de notre étude mais concernent une population uniquement interrogée sur son traitement antihypertenseur.

Selon la synthèse documentaire de A.J. Scheen et D. Giet, traitant des maladies chroniques, les chiffres de 30 à 60% de patients peu ou non observants (6) sont retrouvés, résultats obtenus selon des méthodes de mesure diverses.

La synthèse documentaire réalisée en 2001 par le Comité Régional d'Education pour la Santé d'Ile de France (CRESIF) concernant l'observance des personnes âgées résume bien la difficulté de sa mesure devant l'absence de méthode standardisée (27).

En effet, dans la littérature, il est courant de qualifier l'observance de bonne quand le patient prend au moins 80% de son traitement (2, 28).

Les chiffres des différentes études sont donc peu comparables du fait de la différence des échelles de mesure d'observance utilisées ainsi que de la diversité des populations interrogées.

## **6. Mise en relation connaissance / Relation médecin-malade / Observance**

On observe dans notre étude que les trois notions que sont la connaissance des indications, la relation médecin-malade à travers le score APMG et l'observance sont en relation.

### 6-1 Observance / Relation médecin-malade

De manière plus significative dans notre étude, il y a plus fréquemment une bonne observance quand il y a un bon score APMG.

M. Baumann, dans son étude évaluant l'influence de la relation médecin-malade sur l'observance, met en évidence le même résultat (25). La population étudiée y était différente car les personnes interrogées étaient celles qui se rendaient dans un centre de médecine préventive pour un contrôle médical. Elle était également plus jeune et ne présentait pas nécessairement un traitement chronique. De plus, les questions sur l'observance étaient limitées à deux.

E. Sidot dans sa thèse ne trouve pas de lien entre le score APMG et l'observance (24). L'observance était évaluée par le questionnaire de Girerd. La population étudiée se composait uniquement de patients diabétiques. La différence peut venir de l'hétérogénéité de notre population.

D'autres travaux reprenant la relation médecin-malade et l'observance retrouvent ce lien sans utiliser les mêmes outils d'évaluation limitant la mise en parallèle :

- Dans la thèse de F. Lombardi, on note que plus les patients sont satisfaits de l'information donnée par leur médecin traitant sur l'indication de leur traitement, meilleure est l'observance (21). Mais les critères d'évaluation sont différents de ceux de notre étude et peuvent donc être difficilement mis en parallèle.
- Dans le rapport du CRESIF sur l'observance des personnes âgées, il est précisé que celle-ci est améliorée quand la relation est bonne (27).
- Enfin, J. Anandamanoharan dans son travail de thèse et sa méta-analyse sur les facteurs d'observance sur les traitements chroniques, met également en évidence ce lien entre une bonne relation médecin-malade et une bonne observance (2).

## 6-2 Observance / Connaissance du traitement

Il y a, dans notre étude, significativement plus fréquemment une bonne observance quand il y a une bonne connaissance du traitement.

Ce résultat est retrouvé dans de nombreuses études, avec des outils d'évaluation différents de ceux que l'on utilise :

- J. Anandamanoharan met en évidence ce lien dans son travail de thèse, comme C. Bauer dans son étude sur l'observance des personnes âgées (2, 27).
- N. Jain, qui a étudié la relation médecin-malade et l'observance en médecine générale quelque soit le type de traitement (aigu ou chronique), décrit également ce lien (10).



A l'inverse, A. Traoré dans son travail de recherche de thèse ne retrouve pas de lien entre l'observance et la connaissance du traitement (29). Plusieurs raisons sont possibles pour expliquer cela. D'une part, la population étudiée est différente ; le recrutement se fait aux urgences, que le patient suive ou non un traitement et quelque soit la durée de ce dernier. D'autre part, l'observance n'était évaluée que par une question : « *prenez-vous tous les jours votre traitement en totalité ?* ». Cette différence de méthode et ce recrutement très large et hétérogène pourraient expliquer cette différence de résultat.

### 6-3 Connaissance du traitement / Relation médecin-malade

Une bonne connaissance du traitement est plus fréquente quand il y a un très bon score APMG de manière significative dans notre étude.

Nous n'avons pas retrouvé d'études sur ce sujet pour comparer nos résultats.

Cependant, ce lien ne paraît pas illogique.

Il est reconnu que l'information est un élément important de la relation de confiance entre le médecin et son patient et l'on peut imaginer que meilleure est l'information du patient, meilleure sera la connaissance du traitement (30).

On retrouve que les insatisfactions des patients ne proviennent pas de contestations techniques mais portent plus souvent sur la mauvaise qualité des informations (31).

C'est une approche négociée, autrement appelée modèle de révélation des préférences qui facilite l'apport d'information, l'adhésion et la prise en charge thérapeutique (31, 32).

Ce modèle est un modèle de partage de connaissances, de préférence, de délibération et de décision à l'obtention d'un consensus ponctuel et renouvelé. Ceci diffère du modèle paternaliste où seul le médecin décide. Dans celui-ci, il est illusoire

de penser que le patient suit à la lettre l'ordonnance que lui a prescrit son médecin. Il diffère également du modèle du patient décideur où le patient possède une « toute-puissance » en matière de prise de décision une fois muni de toutes les informations. Ce dernier modèle a ses limites du fait de l'asymétrie de connaissances, de la compréhension imparfaite et de l'angoisse que le poids d'une telle décision peut engendrer.

Cette forme de relation apporte une information pertinente sur le diagnostic, les traitements et leurs effets secondaires dans le but qu'un rapport de confiance s'installe entre un patient et son médecin. Les connaissances scientifiques n'ont pas à être données de manière exhaustives mais les données importantes doivent être apportées en s'assurant qu'elles sont bien comprises, grâce à la reformulation, pour la prise de décision.

Ce modèle respecte mieux la psychologie du patient et son autonomie.

Nous remarquons ainsi que meilleure est la relation médecin-malade, meilleure sera l'information.

Dans notre étude, le score APMG reprenait certains critères qui favorisaient le transfert d'information, ce qui explique probablement le lien retrouvé.

Rappelons l'article 35 du code de santé publique qu'il convient d'adopter et qui reprend ce modèle: « *Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension* ».

## 7. Perspectives

Dans notre étude, nous mettons en évidence un lien entre la connaissance des indications, la relation médecin-malade et l'observance.

Certains facteurs du score APMG sont moins bien notés et donc améliorables.

A ce jour, on retrouve un certain nombre de recommandations reprenant les critères APMG pour améliorer la relation médecin-malade, l'information et l'observance.

A l'aide des données retrouvées dans la littérature, nous en déduisons les grandes lignes de conduite intéressantes à adopter pour améliorer nos pratiques et ainsi favoriser l'observance (2, 8, 9, 33):

- Reconnaître les facteurs d'alerte : faibles résultats thérapeutiques, absence d'amélioration malgré l'augmentation du traitement, plainte des effets secondaires.
- Améliorer les ordonnances : prescrire des médicaments avec peu d'effets secondaires, adapter la galénique en fonction du patient, fournir des recommandations non médicamenteuses orales et écrites, arrêter les médicaments quand l'indication est imprécise ou l'efficacité insuffisante, remplacer par une thérapeutique non médicamenteuse quand cela est possible, proposer des traitements plus efficaces.
- Ecouter son patient afin de l'aider à mieux connaître sa maladie : tenir compte de sa maladie, de la représentation qu'il en a, de son stade d'acceptation, de ses attentes et préférences et évaluer ce qu'il est capable d'entendre.
- Améliorer les attitudes du médecin : être accessible, être dans l'empathie, montrer de la conviction et de l'assurance et avoir une relation de confiance avec le patient.

- Fournir une information pertinente : expliquer le diagnostic et la finalité du traitement, adapter et maîtriser l'information sur les effets secondaires, expliquer le risque de la non observance et s'assurer de la bonne compréhension du traitement.
- Mettre en place un projet de soin : développer l'éducation, la motivation, rendre le patient autonome et responsable, encourager les efforts du patient et le féliciter.
- Mise à jour régulière des connaissances.

# **CONCLUSION**

THESE SOUTENUE PAR : Fanny Bizouard et Claire Jungers

TITRE : Evaluation de la connaissance des indications des traitements chroniques en médecine générale et de la relation médecin-malade. Impact sur l'observance.

L'amélioration de l'observance thérapeutique fait partie des priorités fixées par l'Organisation Mondiale de la Santé. Notre étude a permis d'explorer différents paramètres pouvant avoir un lien avec une bonne observance des traitements chroniques prescrits par le médecin généraliste.

Nous avons mis en évidence un lien significatif entre une bonne connaissance des indications, une bonne observance et un score APMG élevé qui témoigne d'une relation médecin-malade de qualité selon le patient. On relève un lien entre l'observance et la rédaction de l'ordonnance ainsi qu'entre l'observance et la durée de consultation.

Par ailleurs, le nombre de médicaments prescrits et l'âge du patient sont des facteurs influençant la connaissance des indications. De plus également, la valeur du score APMG est liée à la durée consacrée à la consultation.

Enfin, on remarque que les 3 items les moins bien notés par les patients dans le score APMG sont l'explication des effets secondaires, la proposition de nouveaux traitements et la dispensation de conseils de prévention.

Au terme de notre travail, il nous semble important de consacrer, lors de la consultation, un temps à l'écoute et à l'information de son patient. Il faut garder à l'esprit que chaque patient est unique et que cet échange doit donc être adapté à sa personnalité et au vécu de sa maladie.

Il ne faut pas non plus négliger l'importance du suivi médical ainsi que des mesures non médicamenteuses qui confortent un rapport de confiance entre le médecin et son patient et favorise l'autonomie de ce dernier.

Aujourd'hui, la notion d'adhésion au traitement se révèle être plus complète que la seule notion d'observance, qui se limite à la thérapeutique médicamenteuse, et introduit ainsi l'idée d'une collaboration entre le soignant et le soigné. Il serait donc intéressant d'évaluer l'impact de la relation médecin-malade sur l'hygiène de vie et le comportement du patient, facteurs participant au contrôle des maladies chroniques.

(\*) VU ET PERMIS D'IMPRIMER

(\*) Grenoble, le

28/4/2014

(\*) LE DOYEN

(\*) LE PRESIDENT DE LA THESE



(\*) J.P. ROMANET

(\*) PROFESSEUR



UNIVERSITÉ de Grenoble  
Faculté de Médecine  
Laboratoire de Biologie  
Médicale  
M. GAUZY

# **BIBLIOGRAPHIE**

1. Pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Ministère de la santé. Plan 2007-2011
2. Anandamanoharan J. Observance et médecine générale : peut-on dépister les problèmes d'observance chez les patients atteints de pathologies chroniques? Thèse de doctorat en médecine. Versailles : Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines ; 2012
3. Jung. L'observance. Faculté de médecine d'Amiens. DES médecine générale. 2007 ; 22 pages
4. World Health Organization. Adherence to long term therapies: Evidence for action. Genève ; WHO : 2003. 211 pages
5. Reach G. La non observance thérapeutique, une question complexe. Médecine. 2006 Nov ; 411-15
6. Scheen AJ, Giet D. Non observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions. Rev Med Liège. 2010 ; 65 : 5-6 : 239-245
7. Brun M, Chevreul K. Prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Concepts, évaluations et enseignements internationaux. Santé Publique 2013 Janv ; 25 : 87-94
8. Scheen AJ, Parada A, Giet D. Conseils pour une meilleure prescription médicamenteuse. Rev Med Liège. 2006. 61 : 5-6 : 488-493
9. Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y. L'observance des prescriptions médicales : Quels sont les facteurs en cause ? Comment l'améliorer ? Medecine. 2006 Nov ; 402-406
10. Jain Lebrun N. Observance thérapeutique et relation médecin-malade en médecine générale. Thèse de doctorat en médecine. Amiens : Université de Picardie. 2008
11. Edition 2012 de l'étude sur le rapport des français aux médicaments. Les entreprises du médicament. 2012
12. Information des patients. Recommandations destinées aux médecins. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé. 2000 Mars.
13. Baumann M, Baumann C, Aubry C, Alla F. Echelle des attitudes des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine favorisant l'observance thérapeutique. Rev Med Ass Maladie. 2005 ; 36(1):23-33

14. Girerd X, Hanon O, Anagnostopoulos K, Ciupek C, Mourad JJ, Consoli S. Évaluation de l'observance du traitement anti-hypertenseur par un questionnaire : mise au point et utilisation dans un service spécialisé. *Presse Med.* 2001;30:1044-1048
15. Zoghalmi B. Evaluation de l'observance dans l'hypertension artérielle en médecine générale. Thèse de doctorat en médecine. Limoges : Université de Limoges ; 2004
16. Evaluation de l'observance d'un traitement médicamenteux. *Rev Med Ass Maladie.* 2012
17. Lussier MT, Richard C. Le dialogue de prescription, un incontournable dans l'usage optimal du médicament. *Le médecin du Québec.* 2008 Dec ; 43(12):45-52
18. Rousselot-Marche E. Facteur clé du succès de la prise en charge du patient diabétique, elle repose sur la relation médecin-patient. *Rev Prat Med Gen.* 2006 Dec; 20(752)
19. Benoit M, Pon J, Zimmermann MA. Comment évaluer la qualité de l'observance ? *L'encéphale.* 2009 ; Suppl 3 : S87-S90
20. Franco C. Rapports entre compréhension de l'ordonnance, intention d'observance et relation médecin-patient. Thèse de doctorat en médecine. Nice : Université de Nice-Sophia antipolis ; 2011
21. Lombardi F. Connaissance et observance des traitements cardiovasculaires par les patients en médecine générale. Thèse de doctorat en médecine. Nice : Université de Nice-Sophia antipolis ; 2010
22. Matron B. Connaissance et perception du traitement par le patient en médecine générale. Thèse de doctorat en médecine. Bordeaux : Université de Bordeaux 2 ; 2006
23. Personnes âgées et médicaments. Académie Nationale de Pharmacie. Rapport. 2005 Juin
24. Sidot E. Les facteurs associés à l'adhésion des patients diabétiques au projet thérapeutique : la place de la relation médecin-patient. Thèse de doctorat en médecine. Nancy : Université Henry Poincaré, Nancy 1. 2011
25. Baumann M, Baumann C, Le Bihan E, Chau N. How patients perceive the therapeutic communications skills of their general practitioners, and how that perception affects adherence: use of the TCom-skills GP scale in a specific geographical area. *BMC Health Services Research.* 2008 Dec;8:244
26. Gallois A. Hypertension artérielle : recherche d'un lien entre le niveau d'observance et la connaissance des complications. Thèse de doctorat en médecine. Tours : Université de tours. 2011



27. Comité régional d'éducation pour la santé d'Ile de France. Observance thérapeutique chez les personnes âgées. Synthèse documentaire. Paris. 2001 Nov
28. Le Bot M. Dossier observance. Rev Prat Med Gen. 1999 ; 13(469) :1335-1348
29. Traore A. Connaissance des patients sur leur traitement : Impact sur le travail aux urgences. Thèse de doctorat en médecine. Paris : Université Paris Diderot - Paris 7. 2011
30. L'information du patient, son importance, ses conséquences, droits et devoirs de chacun. Ordre National des Médecins. 2012 Sept
31. Brémond A, Goffette J, Moumjid Ferdjaoui N. La relation médecin - patient : entre obéir, consentir et s'accorder. In : Mouillie JM, Lefevre C, Visier L, editors. Médecine et sciences humaines. Manuel pour les études médicales. Paris:Belles Lettres ; 2007. 512 pages
32. Bony M. La relation médecin-malade. Cours en ligne TCEM-Médecine Générale. Faculté d'Amiens.
33. Clerc P, Le Breton J, Mousques J, Hebbrecht G, De Pouvourville G. Les enjeux du traitement médicamenteux des patients atteints de polyopathie. Institut de recherche et documentation en économie de la santé. 2010 Juil. 6 pages

# ANNEXE 1

**Echelle APMG (attitude professionnelle des médecins généralistes), score de 0**

**à 9 :**

Item 1 - Mon médecin (MM) prend le temps de m'écouter

Item 2 - MM tient compte de mes préférences pour la prescription

Item 3 - MM me donne l'impression qu'il me respecte

Item 4 - MM parle avec moi des difficultés que j'ai à suivre mon traitement

Item 5 - MM me laisse poser des questions

Item 6 - MM me donne l'impression de connaître son métier

Item 7 - MM fait le nécessaire pour gagner ma confiance

Item 8 - MM m'explique à quoi sert le traitement

Item 9 - MM insiste sur les médicaments importants

Item 10 - MM écrit lisiblement sur l'ordonnance

Item 11 - MM me motive pour suivre mon traitement

Item 12 - MM m'informe sur les effets secondaires des médicaments

Item 13 - MM m'explique les choses avec des mots simples

Item 14 - MM me propose de nouveaux traitements

Item 15 - MM me donne des conseils de prévention

Fonction de communication : Items 1 à 6

Fonction d'éducation : Items 7 à 11

Fonction d'information : Items 12 à 15

## ANNEXE 2

### Questionnaire de Girerd :

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

### Interprétation :

- 0 « oui » -> Observance bonne
- 1 ou 2 « oui » -> Problème mineur d'observance
- 3 « oui » ou plus -> Non observant



- 3) MM me donne l'impression qu'il me respecte ? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- 4) MM parle avec moi des difficultés que j'ai à suivre mon traitement ?  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- 5) MM me laisse poser des questions ? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- 6) MM me donne l'impression de connaître son métier ? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- 7) MM fait le nécessaire pour gagner ma confiance ? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- 8) MM m'explique à quoi sert le traitement ? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- 9) MM insiste sur les médicaments importants ? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- 10) MM écrit lisiblement sur l'ordonnance ? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- 11) MM me motive pour suivre mon traitement ? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- 12) MM m'informe sur les effets secondaires des médicaments ? 0 1 2 3 4 5 6  
7 8 9
- 13) MM m'explique les choses avec des mots simples ? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- 14) MM me propose de nouveaux traitements ? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- 15) MM me donne des conseils de prévention ? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

#### 4. Observance du traitement : questionnaire de Girerd

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

Merci pour votre participation

## **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 donnerai 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.*

# LISTE DES ENSEIGNANTS D'UNIVERSITE

CORPS	NOM Prénom	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	APEL Florent	Ophtalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BACONNIER Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	BAGUET Jean-Philippe	Cardiologie
PU-PH	BALOSSO Jacques	Radiothérapie
PU-PH	BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	BAUDAIN Philippe	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BEANI Jean-Claude	Dermato-vénéréologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
PU-PH	BETTEGA Georges	Chirurgie maxillo-faciale, stomatologie
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
MCU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
MCU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA CHRISTIAN	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
MCU-PH	CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, transfusion
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophtalmologie
PU-PH	CHIROUSSEL Jean-Paul	Anatomie
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique

<b>CORPS</b>	<b>NOM Prénom</b>	<b>Discipline universitaire</b>
PU-PH	DE GAUDEMARIS Régis	Médecine et santé au travail
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
MCU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
MCU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD	Immunologie
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GODFRAIND Catherine	Anatomie et cytologie pathologiques (type clinique)
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Département de veille sanitaire
PU-PH	LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
MCU-PH	LAUNOIS-ROLLINAT	Physiologie
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie générale
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie



<b>CORPS</b>	<b>NOM Prénom</b>	<b>Discipline universitaire</b>
MCU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
PU-PH	MACHECOURT Jacques	Cardiologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MCLEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
MCU-PH	MOUCHET Patrick	Physiologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlogie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jacques	Urologie
MCU-PH	RAY Pierre	Génétique
PU-PH	REYT Émile	Oto-rhino-laryngologie
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET J. Paul	Ophtalmologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL-CANALI Carole	Réanimation médicale

<b>CORPS</b>	<b>NOM Prénom</b>	<b>Discipline universitaire</b>
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	SERGENT Fabrice	Gynécologie obstétrique
PU-PH	SESSA Carmine	Chirurgie vasculaire
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU	VILLA Alessandro	Neurosciences
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie