



**HAL**  
open science

# Adhérence globale des patients : validation d'un score et étude de ses déterminants : étude prospective suite à une consultation aux urgences

Amélie Duvert, Laure Gonnet

## ► To cite this version:

Amélie Duvert, Laure Gonnet. Adhérence globale des patients : validation d'un score et étude de ses déterminants : étude prospective suite à une consultation aux urgences. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01141463

**HAL Id: dumas-01141463**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01141463>**

Submitted on 13 Apr 2015

**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>

UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER  
FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : 2014

# **Adhérence globale des patients : validation d'un score et étude de ses déterminants.**

## **Étude prospective suite à une consultation aux urgences**

THÈSE PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE  
Spécialité MÉDECINE GÉNÉRALE  
DIPLÔME D'ÉTAT

Par **Amélie DUVERT**

ET

**Laure GONNET**

Née le 04/12/1985

Née le 29/05/84

à Pont de Beauvoisin (38)

à Lyon (69)

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le 29 Octobre 2014

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury : Pr BOSSON Jean-Luc

Directeur de thèse : Dr SUSTERSIC Mélanie

Membres du jury :

Pr CARPENTIER Françoise

Pr ALLENET Benoît

\*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.

# Professeurs Universitaires Praticiens Hospitaliers

Nom – Prénom	Discipline
<b>ALBALADEJO Pierre</b>	Anesthésiologie réanimation
<b>ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine</b>	Chirurgie générale
<b>BACONNIER Pierre</b>	Bio statistiques, informatique médicale et technologies de communication
<b>BAGUET Jean-Philippe</b>	Cardiologie
<b>BALOSSO Jacques</b>	Radiothérapie
<b>BARRET Luc</b>	Médecine légale et droit de la santé
<b>BAUDAIN Philippe</b>	Radiologie et imagerie médicale
<b>BEANI Jean-Claude</b>	Dermato-vénéréologie
<b>BENHAMOU Pierre Yves</b>	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
<b>BERGER François</b>	Biologie cellulaire
<b>BETTEGA Georges</b>	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
<b>BONAZ Bruno</b>	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
<b>BOSSON Jean-Luc</b>	Bio statistiques, informatique médicale et technologies de communication
<b>BOUGEROL Thierry</b>	Psychiatrie d'adultes
<b>BOUILLET Laurence</b>	Médecine interne
<b>BRAMBILLA CHRISTIAN</b>	Pneumologie
<b>BRAMBILLA Elisabeth</b>	Anatomie et cytologie pathologiques
<b>BRICAULT Ivan</b>	Radiologie et imagerie médicale
<b>BRICHON Pierre-Yves</b>	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
<b>CAHN Jean-Yves</b>	Hématologie
<b>CARPENTIER Françoise</b>	Thérapeutique, médecine d'urgence
<b>CARPENTIER Patrick</b>	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
<b>CESBRON Jean-Yves</b>	Immunologie
<b>CHABARDES Stephan</b>	Neurochirurgie
<b>CHABRE Olivier</b>	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
<b>CHAFFANJON Philippe</b>	Anatomie
<b>CHAVANON Olivier</b>	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
<b>CHIQUET Christophe</b>	Ophtalmologie
<b>CHIROUSSEL Jean-Paul</b>	Anatomie
<b>CINQUIN Philippe</b>	Bio statistiques, informatique médicale et technologies de communication
<b>COHEN Olivier</b>	Bio statistiques, informatique médicale et technologies de communication
<b>COUTURIER Pascal</b>	Gériatrie et biologie du vieillissement
<b>CRACOWSKI Jean-Luc</b>	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
<b>DE GAUDEMARIS Régis</b>	Médecine et santé au travail
<b>DEBILLON Thierry</b>	Pédiatrie
<b>DEMATTEIS Maurice</b>	Addictologie
<b>DEMONGEOT Jacques</b>	Bio statistiques, informatique médicale et technologies de communication
<b>DESCOTES Jean-Luc</b>	Urologie
<b>ESTEVE François</b>	Biophysique et médecine nucléaire

<b>FAGRET Daniel</b>	Biophysique et médecine nucléaire
<b>FAUCHERON Jean-Luc</b>	Chirurgie générale
<b>FERRETTI Gilbert</b>	Radiologie et imagerie médicale
<b>FEUERSTEIN Claude</b>	Physiologie
<b>FONTAINE Eric</b>	Nutrition
<b>FRANCOIS Patrice</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
<b>GARBAN Frédéric</b>	Hématologie, transfusion
<b>GAUDIN Philippe</b>	Rhumatologie
<b>GAVAZZI Gaëtan</b>	Gériatrie et biologie du vieillissement
<b>GAY Emmanuel</b>	Neurochirurgie
<b>GODFRAIND Catherine</b>	Anatomie et cytologie pathologiques
<b>GRIFFET Jacques</b>	Chirurgie infantile
<b>HALIMI Serge</b>	Nutrition
<b>HENNEBICQ Sylviane</b>	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
<b>HOFFMANN Pascale</b>	Gynécologie-obstétrique
<b>HOMMEL Marc</b>	Neurologie
<b>JOUK Pierre-Simon</b>	Génétique
<b>JUVIN Robert</b>	Rhumatologie
<b>KAHANE Philippe</b>	Physiologie
<b>KRACK Paul</b>	Neurologie
<b>KRAINIK Alexandre</b>	Radiologie et imagerie médicale
<b>LABARERE José</b>	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
<b>LANTUEJOU Sylvie</b>	Anatomie et cytologie pathologiques
<b>LECCIA Marie-Thérèse</b>	Dermato-vénérologie
<b>LEROUX Dominique</b>	Génétique
<b>LEROY Vincent</b>	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
<b>LETOUBLON Christian</b>	Chirurgie générale
<b>LEVY Patrick</b>	Physiologie
<b>MACHECOURT Jacques</b>	Cardiologie
<b>MAGNE Jean-Luc</b>	Chirurgie vasculaire
<b>MAITRE Anne</b>	Médecine et santé au travail
<b>MAURIN Max</b>	Bactériologie – virologie
<b>MERLOZ Philippe</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologie
<b>MORAND Patrice</b>	Bactériologie – virologie
<b>MOREAU-GAUDRY Alexandre</b>	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
<b>MORO Elena</b>	Neurologie
<b>MORO-SIBILOT Denis</b>	Pneumologie
<b>MOUSSEAU Mireille</b>	Cancérologie
<b>MOUTET François</b>	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
<b>PALOMBI Olivier</b>	Anatomie
<b>PARK Sophie</b>	Hématologie
<b>PASSAGIA Jean-Guy</b>	Neurochirurgie
<b>PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François</b>	Anesthésiologie réanimation
<b>PELLOUX Hervé</b>	Parasitologie et mycologie
<b>PEPIN Jean-Louis</b>	Physiologie
<b>PERENNOU Dominique</b>	Médecine physique et de réadaptation

<b>PERNOD Gilles</b>	Médecine vasculaire
<b>PIOLAT Christian</b>	Chirurgie infantile
<b>PISON Christophe</b>	Pneumologie
<b>PLANTAZ Dominique</b>	Pédiatrie
<b>POLACK Benoît</b>	Hématologie
<b>POLOSAN Mircea</b>	Psychiatrie d'adultes
<b>PONS Jean-Claude</b>	Gynécologie obstétrique
<b>RAMBEAUD Jacques</b>	Urologie
<b>REYT Emile</b>	Oto-rhino-laryngologie
<b>RIGHINI Christian</b>	Oto-rhino-laryngologie
<b>ROMANET J. Paul</b>	Ophtalmologie
<b>SARAGAGLIA Dominique</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologie
<b>SCHMERBER Sébastien</b>	Oto-rhino-laryngologie
<b>SCHWEBEL Carole</b>	Réanimation médicale
<b>SCOLAN Virginie</b>	Médecine légale et droit de la santé
<b>SERGENT Fabrice</b>	Gynécologie obstétrique
<b>SESSA Carmine</b>	Chirurgie vasculaire
<b>STAHL Jean-Paul</b>	Maladies infectieuses, maladies tropicales
<b>STANKE Françoise</b>	Pharmacologie fondamentale
<b>TAMISIER Renaud</b>	Physiologie
<b>TIMSIT Jean-François</b>	Réanimation
<b>TONETTI Jérôme</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologie
<b>TOUSSAINT Bertrand</b>	Biochimie et biologie moléculaire
<b>VANZETTO Gérald</b>	Cardiologie
<b>VILLA Alessandro</b>	Neurosciences
<b>VUILLEZ Jean-Philippe</b>	Biophysique et médecine nucléaire
<b>WEIL Georges</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
<b>ZAOUI Philippe</b>	Néphrologie
<b>ZARSKI Jean-Pierre</b>	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

## Maîtres de Conférence Universitaires

Nom – Prénom	Discipline
<b>APEL Florent</b>	Ophthalmologie
<b>BOISSET Sandrine</b>	Bactériologie, virologie
<b>BONNETERRE Vincent</b>	Médecine et santé au travail
<b>BOTTARI Serge</b>	Biologie cellulaire
<b>BOUTONNAT Jean</b>	Cytologie et histologie
<b>BOUZAT Pierre</b>	Anesthésiologie-Réanimation
<b>BRENIER-PINCHART M.Pierre</b>	Parasitologie et mycologie
<b>BRIOT Raphaël</b>	Thérapeutique, médecine d'urgence
<b>CALLANAN-WILSON Mary</b>	Hématologie, transfusion
<b>DECAENS Thomas</b>	Gastro-entérologie, hépatologie
<b>DERANSART Colin</b>	Physiologie
<b>DETANTE Olivier</b>	Neurologie
<b>DIETERICH Klaus</b>	Génétique et procréation
<b>DUMESTRE-PERARD Chantal</b>	Immunologie
<b>EYSSERIC Hélène</b>	Médecine légale et droit de la santé
<b>FAURE Julien</b>	Biochimie et biologie moléculaire
<b>GILLOIS Pierre</b>	Bio statistiques, informatique médicale et technologies de communication
<b>GRAND Sylvie</b>	Radiologie et imagerie médicale
<b>GUZUN Rita</b>	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
<b>LAPORTE François</b>	Biochimie et biologie moléculaire
<b>LARDY Bernard</b>	Biochimie et biologie moléculaire
<b>LARRAT Sylvie</b>	Bactériologie, virologie
<b>LAUNOIS-ROLLINAT Sandrine</b>	Physiologie
<b>LONG Jean-Alexandre</b>	Urologie
<b>MAIGNAN Maxime</b>	Médecine d'urgence
<b>MALLARET Marie-Reine</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
<b>MARLU Raphaël</b>	Hématologie
<b>MAUBON Danièle</b>	Parasitologie et mycologie
<b>MC LEER (FLORIN) Anne</b>	Cytologie et histologie
<b>MOUCHET Patrick</b>	Physiologie
<b>PACLET Marie-Hélène</b>	Biochimie et biologie moléculaire
<b>PAYSANT François</b>	Médecine légale et droit de la santé
<b>PELLETIER Laurent</b>	Biologie cellulaire
<b>RAY Pierre</b>	Génétique
<b>RIALLE Vincent</b>	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
<b>ROUSTIT Matthieu</b>	Pharmacologie clinique
<b>ROUX-BUISSON Nathalie</b>	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
<b>SATRE Véronique</b>	Génétique
<b>SEIGNEURIN Arnaud</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
<b>STASIA Marie-Josée</b>	Biochimie et biologie moléculaire

## Remerciements

À **Monsieur le Professeur Jean-Luc BOSSON**, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Merci pour votre aide précieuse tout au long de ce projet, le temps que vous nous avez consacré et votre confiance. Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de notre reconnaissance.

À **Madame le Docteur Mélanie SUSTERSIC**, qui nous a intégrées à ce vaste projet et nous a proposé la direction de notre thèse. Le chemin a été long et sinueux, mais tu as su nous guider jusqu'à l'aboutissement. Merci pour ta disponibilité qui nous a permis de mener à terme ce projet. Nous espérons que tu verras bientôt le bout du tien.

À **Monsieur le Professeur Benoît ALLENET**, qui nous fait l'honneur de faire partie de ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements pour nous avoir apporté votre avis d'expert, lors des réunions autour de ce projet et pour avoir accepté de juger ce travail avec votre regard de pharmacien clinicien.

À **Madame le Professeur Françoise CARPENTIER**, qui nous fait l'honneur d'être membre de ce jury de thèse. Nous vous remercions d'apporter votre avis en tant qu'urgentiste sur ce travail. Soyez assurée de notre plus respectueuse gratitude.

À **Madame le Docteur Aurélie GAUCHET**, nous vous remercions de nous avoir apporté votre savoir et votre expérience sur ce sujet qui relève tout autant de la psychologie que de la médecine. Sans votre aide, ce travail n'aurait pu voir le jour.

À **Madame Céline GENTY**, merci pour votre précieuse aide en matière de statistiques, et votre patience face à notre incompetence totale dans le domaine.

À **Madame Carole ROLLAND**, pour votre aide à l'élaboration des dossiers d'avis des comités d'éthiques, à **Monsieur Louis CHAPU**, pour votre aide à l'élaboration et la relecture du protocole, à **Madame Audrey LEHMANN**, pour les échanges que l'on a pu avoir sur ce sujet qui vous passionne et en espérant que vos projets aboutiront bientôt.

À **Monsieur le Docteur Serge BOUHANA**, pour votre relecture, et vos conseils avisés.

A **Messieurs les Docteurs Yoann GABOREAU et Jean-Pierre JACQUET** (représentants du Département de Médecine Générale) pour votre aide et votre soutien lors de ce cursus, vos conseils et votre patience en tant qu'enseignants chercheurs.

**À Charlotte GIBERT et Anaïs KERNOU**, pour votre présence et votre soutien à nos côtés tout au long du parcours...

**Aux patients** qui ont accepté de participer à cette étude.

**Aux médecins urgentistes de Chambéry, et particulièrement, de la Clinique Mutualiste de Grenoble**, qui ont donné de leur temps afin de pouvoir rendre possible ce projet.

**À nos chers relecteurs**, qui ont été les garants d'un travail de qualité, **à Naïs** pour son aide informatique précieuse et **à Laure BAUDE** pour son aide à la traduction en anglais.

**À Laure, ma super co-thésarde.** On se connaissait peu au commencement de tout ça, mais quelle chance j'ai eu de tomber sur toi pour se lancer dans cette grande aventure. Depuis, on en a vécu des choses...En tout cas merci pour ta zénitude à toute épreuve et tes encouragements à chaque fois que le stress m'emportait. Nous allons maintenant pouvoir prévoir des goûters avec nos petits bouts, sans manger et parler thèse ! Et plein de Bonheur à toi et à vous pour ce qui suit !

**À Amé**, merci pour avoir eu le courage de te lancer avec moi dans ce projet il y a 3 ans ! Pour toutes les belles choses que l'on accompli en route! Puis je te décerne le prix de superwoman pour avoir réussi à tenir le coup malgré les coups durs... et pour avoir toujours été en même temps une super co-thésarde, interne en formation et maman... Je tiens à souligner que t'es la boss en mise en page et en informatique en général!! Merci aussi à Benoit et Noah pour leur patience et m'avoir un peu (beaucoup) prêté leur conjointe et maman!

## Remerciements d'Amélie

**À mon hermine, Benoît**, qui ne se doutait pas de ce que c'était que s'engager avec un futur médecin...mais qui m'a soutenue depuis le début et n'a jamais fait marche arrière malgré toutes les embuches. Le concours, les gardes, les heures à l'hôpital et tous les week-ends annulés ne t'ont pas fait peur...Et tu as même voulu te lancer dans cette nouvelle grande aventure que l'on vit ensemble depuis 8 mois ! Merci pour ta patience devant cette thèse interminable, merci pour ton écoute lorsque je rentre le soir avec la tête pleine, et merci tout simplement d'être là, parce que sans toi... ? À partir de maintenant, plus jamais de « je ne peux pas, je bosse », tu seras- vous serez - ma priorité !

**À mon petit Noah**, qui a vécu cette thèse depuis le ventre sa maman...jusqu'à ses premiers pas ! Tu as changé ma vie, tu as été encore plus qu'une motivation, tu m'apportes la sérénité que je n'avais jamais eu avant...Merci mon loulou d'être là !

**À mes parents**, qui ont toujours été là pour me guider. Quand en P1, je croyais ne jamais y arriver. Quand, au Canada, vous êtes venus me chercher. Quand pour l'ECN, j'ai failli tout lâcher. Et quand, pour travailler sur ma thèse, vous avez fait nounou... Sans vos encouragements, je n'en serais sûrement pas là. Alors merci pour tout !

**À mes frères et sœurs**, qui étaient là à chaque occasion pour me sortir la tête des bouquins, qui ont supporté les plaintes de leur « petite sœur », et qui surtout, grâce aux « débriefing-Duvert » savent toujours me donner la bonne humeur!

**Et un merci tout spécial à ma « vieille sœur » Caro** qui a été présente, par téléphone, tout au long de ce parcours. Tu as un peu « vécu mes études » à distance. J'aurais aimé que tu puisses être là aujourd'hui, toi qui attendais tant de me voir en robe ! Finalement, on le pense tous...c'est un peu toi le médecin de la famille !

**À mes neveux et nièces**, que j'ai parfois eu l'impression de ne pas voir grandir à cause du manque de temps. Pour ceux qui commencent les études : s'il vous plaît, faites plus court que moi, et plus zen ! Pour ceux qui n'en sont pas encore là : n'écoutez pas vos parents, ne commencez pas à travailler, après, on ne peut plus s'arrêter !

**À Nooka**, qui est là depuis le début. Si je n'ai pas beaucoup d'amies médecins, c'est parce que je les choisis bien ! Nos vies se croisent mais se suivent toujours, même si nos chemins (de spécialité) se sont écartés. L'objectif a été atteint pour nous deux : nous voilà Docteurs,

avec des mini-kickers à la maison qui nous comblent de bonheur ! En tout cas, je souhaite continuer, pour longtemps, à partager autant avec toi sur nos métiers, sur nos passions, sur nos vies...

**À Caro**, qui m'a soutenue...et supportée durant ces années médicales. Merci pour toutes ces discussions (enflammées) où l'on énerve les autres « Ah elles parlent encore de Médecine ! ». Merci pour les sessions « café-clopes-révisions » dans notre coloc. Merci de m'apporter tant, de m'écouter tout le temps, de me secouer parfois...Avec toi, on prouve que, NON, médecins et infirmières ne sont pas ennemis, mais peuvent être les meilleures amies du monde !

**À Nine**, qui en plus de tout le reste, m'a patiemment accompagnée dans toutes les étapes de mise en forme de cette thèse, de la mise en page, à la traduction...merci pour ton aide (tu es vraiment trop balèze !) et merci surtout d'être mon amie !

**À Chouchou**, qui m'a forcée à retourner le deuxième jour du concours...sans quoi, j'aurais foiré une année...et peut-être ma vie !

**Et à tous mes ami(e)s** qui ont suivi ces études d'un bout à l'autre...qui m'ont attendu pendant les années « concours », qui ont été plus patients que mes patients...et qui sont toujours là aujourd'hui malgré tout !

**À Mamie**, qui fait rêver tous les médecins avec son éternelle jeunesse...Des patientes comme toi, j'en veux et reveux, et une mamie comme toi, j'en suis fière ! **Et à Papi**, qui a été le plus silencieux des patients...et le plus courageux des papis ! Mes pensées s'envolent vers toi...

**À Jean-Claude**, qui adorait répéter à tous ses médecins « ma petite nièce, elle est interne ». J'aurais aimé que tu sois là aujourd'hui pour maintenant dire « ma petite nièce, elle est Docteur » ! Tu es parti bien trop tôt...

**À ma « MCPT »**, qui a fait naître cette vocation en moi. Il a fallu cette tragédie pour que je connaisse les hôpitaux...mais sans toi, quelque part, je n'en serais pas là aujourd'hui.

**Et à tous les patients** que j'ai pu rencontrer, que je rencontre, et que je rencontrerai. Qui sont l'essence même de ce travail, qui parfois me font rire, parfois m'attristent, et même parfois m'énervent, mais surtout qui, chaque jour, me donnent envie de continuer.

**Et à tous ceux que je ne cite pas sur le papier**, mais dont je n'oublie pas le soutien pour autant...

## Remerciements de Laure

Je tiens à remercier ici tous ceux qui, de près ou de loin, font partie de ma vie et qui ont participé à faire de moi celle que je suis aujourd'hui (on a peu d'occasions de le faire !), même si je ne peux pas tous vous citer !

**Merci à ma famille** tout d'abord, **Mamyvette et Papillote**, mes pensées s'envolent vers vous... **Mamé** pour ton regard admiratif et tes encouragements. **Papa et Maman** pour y croire pour moi depuis le début !! Vous m'avez toujours donné des ailes ! Je suis fière de vous avoir comme parents. **Morgane** pour ton énergie, tes analyses et remises en question et tout ce qui fait que t'es la meilleure des sœurs ! A **ma belle-famille**, vous êtes top !! Sans oublier les **Pillone-Garzuel**, je suis fière de faire partie de notre grande famille.

**Merci aux amis :**

**Anaïs, Marion et Claire** (Vive les trentenaires ! et merci pour votre amitié de toujours...je vous aime les copines !),

**Sophie** (Merci bonne fée pour notre rencontre sur les bancs de la P1, le Bénin, la colloc, jusqu'à aujourd'hui nos supers vacances et nos débats sur nos merveilleux boulots !),

**Jojo** (Pour nos soirées psycho plus ou moins de comptoirs, nos états d'âmes de maman, nos danses endiablées qui se font trop rares d'ailleurs...),

**Nans** (Pour les souvenirs tellement vieux qu'on ne s'en rappelle pas, et pour m'avoir fait gravir des montagnes !),

**Zaza** (Tu es beaucoup trop loin...) et aussi tous ceux des colos MGEN à St Nazaire, **Briculle, Anouck, Lya** (A-t-on accompli nos rêves de petites filles ??!),

puis **Raph, Gérald, Barbara** (depuis le bon vieux temps du lycée !),

**la bande des Gapençais** (Marie et Dom, Romain, Zaz, Rolls, JB...vous me manquez !),

**les zamis du Diois** (Pierrot, Moms, Amande, Titine, Clem, Dug, Leiz, Fan...),

**et les inclassables** !! Amélie V, Marion Sage-pouffe, Agathe, Tio cyrillo, Mag, Io-Io...

qui me suivent et me soutiennent depuis ces longues années !! Merci de toutes ces aventures et bol d'air en votre compagnie... mais ce n'est pas prêt de s'arrêter !

Un merci spécial à **Annick** (ma 2e maman !), à **Paulo et Jacques** (pour m'avoir appris ce qu'est la force de vivre...) et à tout **Vaunières** pour m'avoir construite...

Enfin merci **Isabelle, Tupaq, Armando** et autres compagnons de route en Equateur pour cette belle aventure. A quand notre dispensaire à Quilajalo et notre exploitation de spiruline !

**Merci aux copains de Médecine :**

**Julia** pour m'avoir motivée à « tenter » médecine et tout ce qu'on a vécu depuis...

**Audrey**, pour ta patate, ta douceur, tes caliméros, tes rêves et ta rousseur...

**Delph**, ton doigt en l'air, ton nez cassé mais aussi ton sens de la motivation !!...

**Virginie** pour nos premières révisions ensemble jusqu'à nos doubles Perriers aujourd'hui...

**Flo** notre ampoule bientôt papa-gaga, **Piwai** pour ton sens de l'humour et tes omelettes norvégiennes, et **Pichon** mon parrain puis tuteur !... **Bertrand et Eli** (mes mariés préférés, on se retrouve quand à Lima ?), **Clément F, Léa, Alix, Yo detri, les Santards** et tous les autres...pour tous ces moments de pression mais surtout de décompression ensemble depuis 12 ans ! Bonne route à vous tous!

Merci à **Kim** qui nous a toujours accueilli et a été une 3<sup>e</sup> maman pour moi !

**Merci à mes très chers « chefs » et maîtres de stage** pour le plaisir d'avoir travaillé à leur côté et tout ce qu'ils m'ont enseigné... Dr Baude, Dr Ramponneau, Dr Scolan, Maria, Dr Derain, Dr Mavraganis, Dr Jacquet, Dr DeGoer et enfin toute l'équipe des urgences de Chambéry mais surtout Dr Martin, Dr Picard, Dr Wrobel, Dr Latappy et Dr Vitrat.

Et un grand merci au **Dr Bouhana** pour avoir été mon tuteur dans ce cursus, votre présence bienveillante, votre disponibilité et vos nombreux conseils avisés...

**Merci à mes co-internes et aux équipes paramédicales** : de la PASS de Chambéry (JF, Christiane, Sabine et Béatrice); des Urgences de Chambéry (c'était un bonheur !), de Médecine Légale du CHU (équipe de choc ! dédicace à Isabelle !) et de Pédiatrie à Voiron (merci les puer, Flo, Minor et Natacha), pour la découverte du travail en équipe et dans la bonne humeur.

Puis bien sur merci à **tous les patients** qui j'ai pu rencontrer lors de ce parcours... qui m'ont beaucoup apporté et qui m'ont appris à devenir Médecin !

Enfin, merci à **mon Tom** pour ton soutien dans ce long parcours et ton amour, tu as été là depuis le début, de près ou de loin, de tes petits mots doux du fin fond de la Bolivie à ton « coaching » pour l'internat et les soutenances, je te dédicace cette thèse « en carton » !! On est enfin libres !!

Merci à mon **Jules**, ton énergie, tes sourires, ta tendresse m'aident chaque jour à avancer ! Tu m'as connu seulement en train de faire ma thèse, ça va changer !

Et merci à la **2<sup>e</sup> poussière d'étoile** qui arrive, pour nous rejoindre dans cette aventure !

## 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.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS .....</b>	<b>15</b>
<b>RÉSUMÉ.....</b>	<b>16</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>17</b>
<b>1 INTRODUCTION .....</b>	<b>18</b>
<b>2 MÉTHODE .....</b>	<b>21</b>
2.1 La recherche bibliographique	21
2.2 Phase préparatoire d'élaboration des questionnaires	21
2.3 Organisation générale de l'étude	24
2.4 Tests statistiques et logiciels utilisés	28
<b>3 RÉSULTATS .....</b>	<b>30</b>
3.1 Descriptif de la population	30
3.2 Concernant l'objectif principal : la validation du score	32
3.3 Résultats secondaires	34
<b>4 DISCUSSION.....</b>	<b>38</b>
4.1 Discussion des résultats principaux et confrontation à la littérature	38
4.2 Les biais généraux et limites de l'étude	42
4.3 Les atouts de l'étude	45
4.4 Ouverture	47
<b>5 CONCLUSION .....</b>	<b>50</b>
<b>6 BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>52</b>

<b>7 ANNEXES .....</b>	<b>55</b>
A. Questionnaire d'adhérence	55
B. Questionnaire d'adhérence avant étude pilote	59
C. Questionnaire général	63
D. Protocole de l'étude globale	66
E. Lettre d'information aux médecins investigateurs	86
F. Formulaire d'information et de non-opposition	87
G. Fiche d'inclusion	89
H. Définition des catégories socio-professionnelles utilisées	90
I. Résultats complémentaires	91

# LISTE DES ABRÉVIATIONS

AG : Adhérence globale

AGM : Adhérence globale médicamenteuse

CMM : Communication médecin-malade

CSP : Catégorie socioprofessionnelle

EI : Écart interquartile

OMS : Organisation mondiale de la santé

OR : Odds ratio

RHD : Règles hygiéno-diététiques

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

# RÉSUMÉ

« Adhérence globale des patients : validation d'un score et étude de ses déterminants.

Étude prospective suite à une consultation aux urgences »

## Introduction

La notion d'adhérence est encore aujourd'hui au centre des préoccupations en santé publique et pourtant, il n'existe toujours pas d'outil générique validé permettant de l'évaluer. Ce travail a donc eu pour objectifs de valider un score d' « adhérence globale » (AG), prenant en compte les versants médicamenteux et non-médicamenteux de celle-ci, et d'en étudier les déterminants.

## Méthode

Pour cette étude observationnelle prospective, des patients consultant dans 2 services d'urgences (Grenoble et Chambéry) pour une pathologie aiguë (traumatologique ou infectieuse) ont été inclus. Ils étaient contactés par téléphone dans les 7 à 10 jours qui suivaient pour répondre au questionnaire.

## Résultats

L'analyse sur 156 patients (11,9% de perdus de vue), a trouvé un lien significatif ( $p < 0,01$ ) entre le score d'AG et le score de Morisky (référence en la matière). Le coefficient de Cronbach pour la sous-partie « AG médicamenteuse » était de 0,78. Enfin, le type de pathologie (OR=3,39,  $p < 0,01$ ) et la qualité de la communication médecin-malade (OR=1,06,  $p < 0,01$ ) sont ressortis comme étant les déterminants principaux d'une « bonne » adhérence.

## Conclusion

Ces résultats valident l'usage de l'échelle d'AG en situation aiguë (validités contre-critère et de cohérence interne obtenues). Des études complémentaires seront nécessaires pour valider son usage dans toute situation clinique. Le lien établi entre AG et CMM questionne sur la légitimité de l'adhérence comme indicateur principal de la qualité des soins et sur la nécessité de remettre la relation médecin-malade au centre du processus de soin. Il paraît nécessaire de faire de la communication une des compétences fondamentales d'un médecin.

Mots clés : Adhérence, Mesure, Communication médecin-malade, Urgences, Pathologies aiguës, Validation

# ABSTRACT

**« Global adherence of patients: score validation and study of influencing factors. A prospective study following visits in the emergency department »**

## Background

Although the concept of adherence remains a major public health concern, no validated tool is available to allow assessment. The objectives of this work were to validate a « global adherence » score (GA) encompassing medicinal and non-medicinal aspects and to study the influencing factors of adherence.

## Methods

This observational prospective study included patients of 2 emergency departments (Grenoble, Chambéry) with acute affection (trauma or infection). They were contacted by phone within 7 to 10 days after ED visit to answer a questionnaire.

## Results

The analysis on 156 patients (11.9% lost to follow-up) showed a significant correlation ( $p < 0.01$ ) between the GA score and the Morisky score (standard scale). The Cronbach's coefficient for the subsection « medicinal GA » was 0.78. Moreover, the kind of affection (OR=3.39,  $p < 0.01$ ) and the doctor-patient communication (DPC) quality (OR=1.06,  $p < 0.01$ ) proved to be the main influencing factors of a « good » adherence.

## Conclusion

These results validate the GA scale (validation against another scale and internal reliability), even if further studies are needed to adapt the scale to any situation. The fundamental link between GA and DPC gives food for thought.

It is important to wonder if adherence is legitimate as a major quality care metric to give the doctor-patient relationship the central place back in the care process. Communication should become one of the essential skills of a physician.

Keywords: Adherence, Measure, Doctor-patient communication, Emergency Department, Acute affection, Validation

# 1 INTRODUCTION

L'adhérence est une notion primordiale en termes d'efficacité thérapeutique et de comportement de santé des patients. Elle est actuellement mise en avant dans les objectifs nationaux de Santé publique, à travers la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » et l'obligation de Développement professionnel continu, qui se donne comme une des orientations privilégiées pour 2013 « de favoriser le bon usage et l'observance des traitements » (1). Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS) « Optimiser l'observance médicamenteuse aurait plus d'impact en terme de santé mondiale que le développement de nouveaux médicaments » (2). L'enjeu est majeur : une revue de littérature récente concernant l'évaluation de l'adhérence (3) retrouve 90 articles de revues sur les 10 dernières années.

L'adhérence est un déterminant fondamental dans la pratique médicale :

- la non-adhérence entraîne un gaspillage financier considérable pour les systèmes de santé et bien sûr est une cause de morbi-mortalité et d'hospitalisations évitables (4).
- l'adhérence aux traitements médicamenteux, aux conseils hygiéno-diététiques et aux changements de modes de vie sont les clés du lien entre le processus et les résultats cliniques (5),
- enfin un manque de prise en compte des niveaux d'adhérence rend difficilement interprétables les résultats en recherche clinique, en particulier quand il s'agit d'études évaluant l'efficacité d'un médicament (6,7).

La question de l'« observance » est sûrement aussi vieille que la Médecine, Hippocrate en faisait déjà mention (8). Différents termes sont couramment utilisés sans qu'aucun ne fasse consensus. Le mot compliance est le plus ancien et vient de l'anglais, il renvoie à une idée de « soumission » aux ordres des prescripteurs médicaux. L'observance est à l'origine un terme

désignant « la pratique fidèle d'une règle en matière de religion » (Dictionnaire Larousse 2013). Elle désigne selon Haynes « l'importance avec laquelle les comportements (en termes de prise de médicaments, de suivi de régime ou de changements de mode de vie) d'un individu coïncident avec les conseils médicaux » (9).

Enfin l'adhérence ou l'adhésion au traitement est une notion plus récente et plus complexe : le patient devient acteur de sa prise en charge. L'adhérence peut être définie comme un comportement actif, volontaire et collaboratif, dans le but de produire un résultat thérapeutique (10). C'est ce terme qui sera utilisé dans ce travail de thèse car il y a une notion de « degré d'acceptation » par le patient de sa maladie et de son traitement (11).

Les études en psychologie de la santé ou sociologie ont permis de mettre en évidence la nécessité d'une approche multifactorielle pour la compréhension de l'adhérence (12). De nombreux facteurs l'influençant ont été identifiés. L'OMS en répertorie 5 classes : les caractéristiques de la maladie, celles du traitement, les facteurs socio-économiques, ceux liés au patient, et surtout ceux liés au système de soins qui comprennent la qualité de la relation thérapeutique (2). Pour certains, c'est la communication médecin-malade (CMM) qui est la plus crucial dans la formation de l'adhérence ou de la non-adhérence (13).

Étant donné le caractère « instable, dynamique et modifiable » de l'adhérence, la construction et le choix des outils de mesure « sont des tâches délicates et on sait maintenant qu'il n'existe pas de *gold standard* pour son évaluation » (13). Après des centaines d'études, la question de « comment mesurer au mieux l'adhérence ? » est toujours ouverte (7) :

- Les mesures directes sont basées sur des critères médicaux objectifs mais elles sont coûteuses, invasives et pas forcément fiables (variabilité, non

reproductibilité...) : dosage sanguin (ou urinaire) du médicament ou marqueur biologique.

- Les mesures indirectes sont plus subjectives mais plus réalisables : auto-évaluation, carnet ou entretien, comptage des médicaments, monitoring-électronique.

Ainsi, l'auto-évaluation (dans laquelle le patient rapporte lui-même son niveau d'adhérence) est considérée comme la méthode de choix en pratique courante : elle est rapide, peu coûteuse, non-invasive, peut être employée avec divers moyens de passation et permet de détecter les raisons sous-jacentes à la non-adhérence (14). Elle est la méthode la plus appropriée dans le cadre de l'évaluation de l'amélioration des pratiques cliniques (15).

Cependant comme le souligne Nicolson, il manque d'outils standardisés pour évaluer le comportement des patients en recherche clinique (16). En effet, il n'existe pas dans la littérature de score générique évaluant à la fois l'adhérence médicamenteuse et non médicamenteuse (13,17). De plus les scores existants concernent, pour la plupart, les pathologies chroniques (5,17) et souvent des questionnaires différents et pas toujours validés sont créés spécifiquement pour chaque étude (6,18,19). Particulièrement, il n'existe aucune échelle générique adaptable à toute consultation de Médecine générale.

C'est pourquoi, un score d'adhérence thérapeutique appelé « Adhérence globale» (AG), sous-entendu médicamenteuse et non-médicamenteuse, a été élaboré lors d'un travail préparatoire.

L'objectif principal de ce travail a été de valider le score d'AG créé, et d'étudier ses déterminants, dans le but d'avoir un outil à disposition en pratique courante.

## 2 MÉTHODE

### 2.1 La recherche bibliographique

La première étape a consisté en une recherche bibliographique concernant la notion d'adhérence. Elle a porté sur la période s'étalant de 1985 à 2014. Les recherches ont été effectuées sur les banques de données informatisées suivantes : *Medline*, *Google Scholar*, la *Cochrane Library*. Les mots clés utilisés étaient : « *medication adherence* » (et synonymes) et « *scale* », « *questionnaire* » et « *measure* ». Seuls les essais contrôlés randomisés, les méta-analyses, et les revues de littérature (systématiques ou non) ont été lus, si leurs titres et résumés semblaient pertinents. Une recherche manuelle a également été effectuée au sein des bibliographies des articles sélectionnés.

### 2.2 Phase préparatoire d'élaboration des questionnaires

#### 2.2.1 Élaboration du score générique d'adhérence globale (AG)

À partir de l'analyse de la littérature, un score d'AG a été créé par un comité restreint d'experts (médecins, internes en médecine générale, méthodologistes, pharmaciens et psychologues de la santé) lors d'une phase préliminaire (Annexe A). Le but était d'avoir accès à un score pour la recherche clinique, utilisable en pratique courante, quel que soit la maladie ou le traitement.

Il comprend 2 grandes parties :

**La première partie A/ du questionnaire correspond au score d'observance thérapeutique de Morisky (20)**

Le principal questionnaire utilisé pour évaluer l'adhérence dans la littérature est le score de Morisky, que l'on retrouve en français sur le site de la sécurité sociale comme outil pour les médecins. Il est la référence en matière de pathologies chroniques, mais il n'a pas été validé

pour des pathologies aiguës. Malgré ses imperfections, il s'agit du score le plus utilisé et utilisable (17), il a été validé dans différentes pathologies et en langue française (21) et est rapide à réaliser (15). Il a donc été adapté aux situations aiguës par les experts. Le score reste inchangé sur le fond avec les 6 mêmes questions cotées 0 ou 1 (score total coté donc de 0 à 6) et la même définition d'un patient non-observant (score  $\leq 3$ ).

Il a été inclus dans le questionnaire dans le but de réaliser une validation contre-critère de la seconde partie.

### **La deuxième partie B/ correspond au score d'AG nouvellement créé.**

Étant donné qu'il n'existe pas dans la littérature de score générique d'adhérence s'adaptant aux pathologies aiguës, ni de score évaluant à la fois les aspects médicamenteux et non médicamenteux, un nouveau score composite a donc été élaboré. Il s'appuie sur divers questionnaires dont un score utilisé dans l'évaluation de l'adhérence au traitement du Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) par anti-rétro-viraux (12), le « *Treatment satisfaction with medicines questionnaire* » (SATMED-Q) (22) et des questionnaires de l'*Agency for healthcare research and quality* (AHRQ) (23). Il a été élaboré en s'appuyant sur les concepts de Psychologie de la santé (24) faisant référence aux différents aspects du comportement du patient.

Ce score d'adhérence nouvellement créé a été nommé score d'adhérence globale (AG) par opposition au score d'observance de Morisky ou au concept d'adhérence médicamenteuse. Il comprend 4 sous-dimensions :

- l'adhérence aux prescriptions médicamenteuses (même cible que le score de Morisky) comporte 3 questions cotées dans le score
- l'adhérence aux prescriptions autres que médicamenteuses (examens complémentaires et suivi) comporte 1 question cotée dans le score
- l'adhérence aux règles hygiéno-diététiques (RHD) comporte 1 question cotée dans le score

- le comportement en termes de consommation de soins (reconsultations...) comporte 1 question cotée dans le score.

Au total, le score comprend donc 6 items cotés de 1 à 4 selon une échelle de Likert (1 = non, 2 = plutôt non, 3= plutôt oui, 4= oui tout à fait).

Le résultat correspond au rapport entre le score obtenu par sommation des 6 items et le nombre de questions abordées parmi les 6. Il est donc compris entre 0 et 1.

Dans chaque sous-dimension, le score comporte également des questions binaires (oui/non) et des questions « subsidiaires » n'entrant pas dans le calcul du total du score. Elles apportent des informations complémentaires sur le sujet.

### **2.2.2 Étude pilote**

Une étude pilote de faisabilité, pour évaluer l'utilisabilité du score (en terme notamment de durée d'entretien) ainsi que sa compréhensibilité, a été préalablement réalisée sur une vingtaine de patients. (Annexe B). Nous avons ensuite réalisé un débriefing en présence du comité d'experts, puis avons modifié le score d'AG en fonction des remarques faites par les enquêtés.

Une question a été supprimée car étant jugée comme redondante par l'ensemble des enquêtés. Sept questions ont été reformulées car le vocabulaire utilisé était difficilement compris par la majorité. Cinq questions ont été simplifiées (suppression de détails inutiles). Sept questions complémentaires ont été ajoutées pour apporter certaines précisions intéressantes. Par exemple, concernant les médicaments:

- Deviez-vous les prendre : à la demande (en cas de douleurs), en systématique ou prescription des 2 types de médicaments ?
- En cas d'automédication : Quels autres médicaments avez-vous pris ?

### **2.2.3 Les autres questionnaires :**

Un questionnaire général regroupant les données sociodémographiques a été élaboré pour permettre d'éliminer certains biais dus aux caractéristiques de la population et d'évaluer les déterminants de l'AG (Annexe C).

Dans le cadre d'un projet global, la même équipe a créé un score de satisfaction et une échelle de CMM (CMM-15), dans l'idée d'avoir à disposition de tous (chercheurs et/ou praticiens) des outils génériques validés permettant d'évaluer ces différentes dimensions après une consultation et d'étudier les liens potentiels existant entre elles. Leur validation fait l'objet d'un autre travail de thèse.

## **2.3 Organisation générale de l'étude**

---

### **2.3.1 Type d'étude**

Ce travail de recherche a consisté en une étude observationnelle prospective bi-centrique, réalisée à partir de données déclaratives, dans les services d'urgences de la Clinique du Groupe Hospitalier Mutualiste de Grenoble et du Centre Hospitalier de Chambéry (Annexe D). Un avis éthique consultatif favorable a été émis par le Comité d'éthique des centres d'investigation clinique de l'inter-région Rhône-Alpes-Auvergne, le 31/10/2013 (Clermont-Ferrand, IRB 5891).

### **2.3.2 Les critères de jugement**

Afin de valider le score d'AG, 2 méthodes ont été utilisées :

- Validation contre critère par l'évaluation du lien statistique entre le score d'AG nouvellement créé et le score de Morisky,
- Validation de la cohérence interne du questionnaire par le calcul du coefficient  $\alpha$  de Cronbach pour la sous-partie AG médicamenteuse (AGM).

À noter que concernant le questionnaire global, le coefficient de Cronbach n'a pas pu être calculé puisque les patients ne répondaient pas tous à toutes les questions. Néanmoins, cette mesure d'homogénéité n'avait pas d'intérêt dans la validation du score global car celui-ci cherche justement à évaluer différentes dimensions de l'adhérence (adhérence médicamenteuse, respect du suivi proposé et des conseils hygiéno-diététiques et reconsultations).

Les objectifs secondaires étaient d'étudier les déterminants de l'AG, par la recherche de liens entre le score d'AG et le score de CMM, la satisfaction, l'information des patients, et les données sociodémographiques.

### **2.3.3 Choix des pathologies**

L'adhérence étant principalement étudiée pour des pathologies chroniques dans la littérature, dans cette étude, il paraissait intéressant d'étudier des pathologies aiguës.

Les 2 types de pathologies à inclure (traumatologiques et infectieuses) ont été choisis par argument de fréquence en médecine de premier recours (Médecine générale et Urgences), et parce que leur prise en charge et les conseils donnés sont doubles (médicamenteux et non médicamenteux : prescriptions d'exams complémentaires, d'un suivi, et de règles hygiéno-diététiques (RHD)). Cela paraissait être un bon compromis entre la représentativité et la faisabilité de l'étude. Initialement, l'entorse de cheville et la pyélonéphrite aiguë ont été sélectionnées. Dans un deuxième temps, en raison de difficultés à inclure un nombre suffisant de patients présentant une « pathologie infectieuse », cette catégorie a été élargie à toute pathologie infectieuse nécessitant un traitement antibiotique d'une durée limitée et excluant une prise en charge chirurgicale (pneumopathies, colites, prostatites, sigmoïdites). Cela a fait l'objet d'un amendement au protocole.

### **2.3.4 Recrutement des investigateurs**

Les membres du personnel (médecins, internes, cadres infirmiers et personnel paramédical) des 2 centres investigateurs ont été invités à une réunion d'information pour leur présenter le projet. Ceux-ci ont accepté de participer à l'étude. Une formation sur son déroulement a été réalisée auprès des médecins, et une lettre explicative leur a été remise (Annexe E) afin de maximiser les inclusions.

### **2.3.5 Inclusion des patients**

#### **2.3.5.1 Les critères d'inclusion étaient :**

Patient consultant dans 1 des 2 centres, pour l'un des 2 types de pathologies sélectionnés (entorse de cheville ou pathologie infectieuse), majeur ou responsable légal d'un mineur (âgé de 15 ans et 3 mois ou plus) et pouvant être joint par téléphone dans les 7 à 10 jours suivant l'inclusion.

#### **2.3.5.2 Les critères d'exclusion étaient :**

Patient analphabète ou non francophone, refusant le suivi téléphonique, porteur d'une déficience visuelle, auditive ou cognitive, privé de liberté par décision judiciaire ou administrative, faisant l'objet d'une mesure de protection légale ou dont la suite de la prise en charge conduisait à une hospitalisation de plus de 48H.

#### **2.3.5.3 Nombre de sujets à inclure**

L'objectif était l'obtention d'un minimum de 75 questionnaires remplis par groupe de pathologie (traumatologique ou infectieuse), soit 150 questionnaires au total. Les inclusions ont été stoppées dès l'obtention d'un nombre suffisant de questionnaires.

Il est admis dans la littérature qu'un nombre de patient supérieur à 75 permet une puissance suffisante pour mettre en évidence des différences significatives sur la question de l'adhérence (5).

### 2.3.5.4 Recrutement des patients

Pendant la période d'inclusion, lorsqu'un patient consultait pour une des pathologies sélectionnées, le personnel du service lui proposait de participer à l'étude et lui remettait le formulaire d'information et de non-opposition (Annexe F), expliquant le déroulement de celle-ci.

Si le patient était d'accord, une fiche d'inclusion était remplie (Annexe G), puis récupérée ensuite par les médecins coordonnateurs de l'étude, sur place, dans un délai de 3 jours maximum.

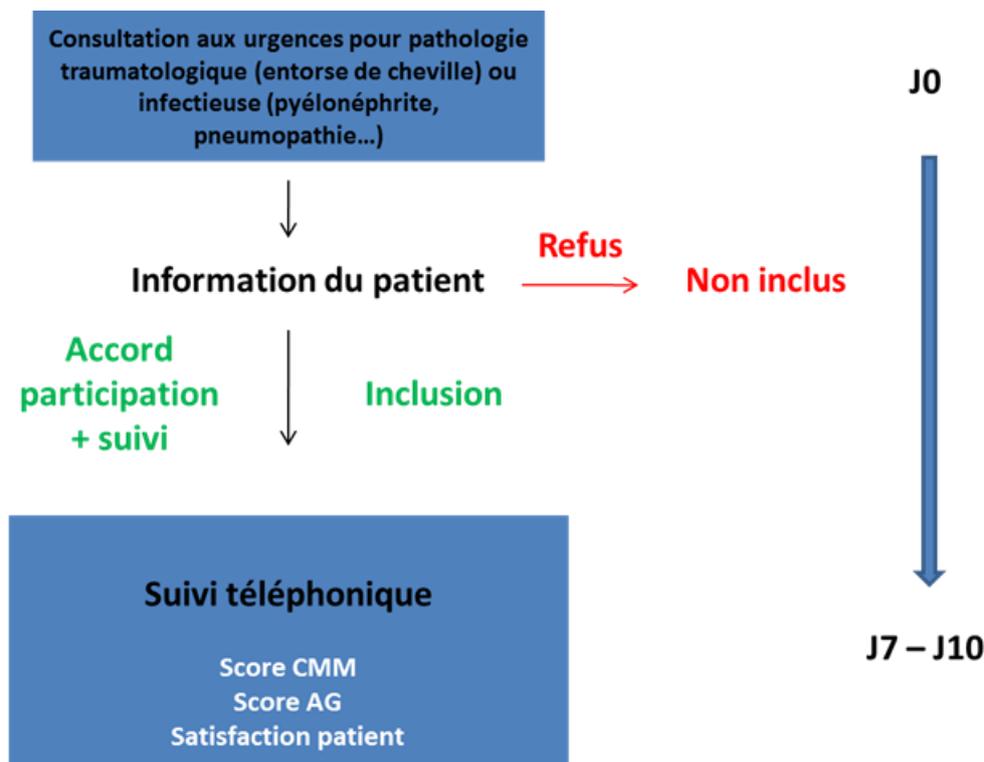


Figure 1. Schéma expérimental de l'étude

### 2.3.6 Recueil des données :

La collecte des données a été réalisée à partir de Novembre 2013 par A. Duvert, C. Gibert, L. Gonnet et A. Kernou (internes en Médecine générale).

Entre 7 et 10 jours après la consultation du patient aux urgences, celui-ci était interrogé par téléphone à l'aide du questionnaire général et des questionnaires des scores d'AG et de CMM (annexes A et C). Il était tenté de le joindre à 3 reprises. En dernier recours, la personne de confiance désignée était appelée. En cas d'échec le patient était considéré comme perdu de vue. Les données obtenues par l'enquête téléphonique ont été saisies à l'aide du logiciel Excel®, par les 4 enquêteurs. Un contrôle qualité a été effectué (relecture de toutes les données saisies par chaque enquêteur).

## 2.4 Tests statistiques et logiciels utilisés

---

L'analyse statistique a été réalisée après les procédures habituelles de *data management* et gel de base, par l'intermédiaire du logiciel Stata® version 13.0 (Stata Corp®, College Station®, Texas®) sous OSX. Les tests statistiques ont été effectués avec le risque d'erreur de première espèce usuel alpha égal à 0.05.

Pour décrire les données, il a été utilisé :

- les nombres et pourcentages pour les variables qualitatives,
- les médianes et écarts interquartiles (EI) [25<sup>èmes</sup> et 75<sup>èmes</sup> percentiles] pour les variables continues.

La cohérence interne du questionnaire concernant l'AGM a été évaluée par le coefficient alpha de Cronbach (indice compris entre 0 et 1).

Pour les variables quantitatives, le test de Mann-Whitney a été utilisé pour comparer deux groupes, sinon le test de Kruskal-Wallis pour comparer plus de deux groupes (tests non paramétriques). La représentation graphique s'est faite par *box-plot*. Pour les variables

qualitatives, le test du Chi2 a été utilisé si les conditions de validité étaient vérifiées, sinon le test exact de Fisher.

Une régression logistique multivariée a été effectuée pour le score d'AG afin de rechercher les facteurs associés à une « bonne » adhérence. Toutes les caractéristiques des patients analysées en analyse univariée ainsi que le niveau d'information et le score de CMM ont été intégrés dans le modèle complet. Le modèle final a été obtenu par une méthode pas à pas descendante.

Enfin, la corrélation entre les scores de CMM et d'AG a été recherchée par le calcul du rho de Spearman.

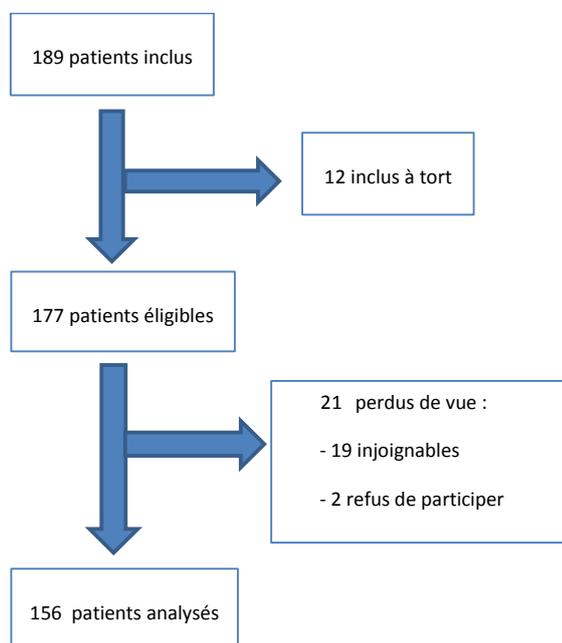
## 3 RÉSULTATS

### 3.1 Descriptif de la population

Sur une période d'inclusion de 7 mois (Novembre 2013 à Mai 2014) 189 patients ont été inclus, dont 16 aux urgences de Chambéry et les autres à la Clinique du Groupe Hospitalier mutualiste de Grenoble.

Le temps moyen d'entretien téléphonique a été estimé à 6 minutes pour le questionnaire d'adhérence (score d'AG et de Morisky), et 12 minutes au total (ensemble des questionnaires).

Parmi ces inclusions il y a eu 12 inclus à tort, 19 injoignables et 2 refus de répondre au questionnaire (soit 11,9% de perdus de vue).



**Figure 2 : Flow-chart de l'inclusion des patients (n=189)**

L'analyse s'est donc portée sur 156 patients regroupés en 2 catégories selon leur pathologie : entorse de cheville (83 patients, soit 53,2%) et pathologie infectieuse (73 patients, dont 37 avec une pyélonéphrite, 24 avec une pneumopathie et 12 avec une autre infection). L'analyse

du score d'AG s'est portée sur 154 patients car 2 patients n'ont eu aucune prescription. La régression logistique et le test de corrélation avec le score de CMM ont porté sur 147 patients (7 patients n'ont pas répondu à toutes les questions du score de CMM).

Le faible nombre d'inclusions faites à Chambéry (17 dont 3 inclus à tort et 5 perdus de vue), n'a pas permis de réaliser une analyse en sous-groupe.

Le tableau 1 résume les caractéristiques de la population.

**Tableau 1. Description des données sociodémographiques de l'ensemble des patients (n=156) puis selon leur pathologie. Nombre (%) ou Médiane (EI)**

	<b>Ensemble</b> (n=156)	<b>Entorse de Cheville</b> (n=83)	<b>Pathologie Infectieuse</b> (n=73)
<b>Sexe Masculin</b>	61 (39,1%)	42 (68,9%)	19 (31,1%)
<b>Âge</b>	36 [23-57]	27 [20-39]	52 [30-68]
<b>Âge en classes</b>			
<40 ans	85 (54,5%)	63 (74,1%)	22 (25,9%)
≥40 ans	71 (45,5%)	20 (28,2%)	51 (71,8%)
<b>Niveau d'études</b>			
Collège	62 (39,7%)	25 (40,3%)	37 (59,7%)
Baccalauréat	39 (25,0%)	25 (64,1%)	14 (35,9%)
Post Baccalauréat	55 (35,3%)	33 (60,0%)	22 (40,0%)
<b>Travail en milieu médical</b>	23 (14,7%)	11 (47,8%)	12 (52,2%)
<b>CSP</b>			
1-2	7 (4,5%)	4 (57,1%)	3 (42,9%)
3-4	30 (19,2%)	18 (60,0%)	12 (40,0%)
5-6	43 (27,6%)	26 (60,5%)	17 (39,5%)
7-8	76 (48,7%)	35 (46,1%)	41 (53,9%)
<b>Situation familiale</b>			
Célibataire	79 (50,6%)	47 (59,5%)	32 (40,5%)
En couple	77 (49,4%)	36 (46,8%)	41 (53,2%)

Les différentes classes d'âge, de niveaux d'étude et de catégories socio-professionnelles (CSP) (Annexe H) étaient représentées dans l'échantillon de la population. Les femmes étaient plus représentées que les hommes (60,9%). L'âge médian était de 36 ans. Les patients présentant une pathologie infectieuse étaient plus âgés que ceux présentant une entorse (médiane 52 ans pour les infections *versus* 27 ans pour les entorses).

## 3.2 Concernant l'objectif principal : la validation du score

Il est composé de 4 parties : 149 patients ont eu des prescriptions médicamenteuses, 98 patients ont eu des consignes de suivi et d'exams complémentaires, 89 patients ont eu des conseils hygiéno-diététiques et 81 patients ont eu des conseils sur « quand reconsulter ? ».

Parmi les 156 patients analysés, 83,3% des patients ont répondu au moins à 4 questions sur 6 et 39 patients ont répondu aux 6 items (25,0%).

La répartition du score d'AG est représentée par la figure 3 :

Médiane	0,93
EI	[0,78-1]
n	154

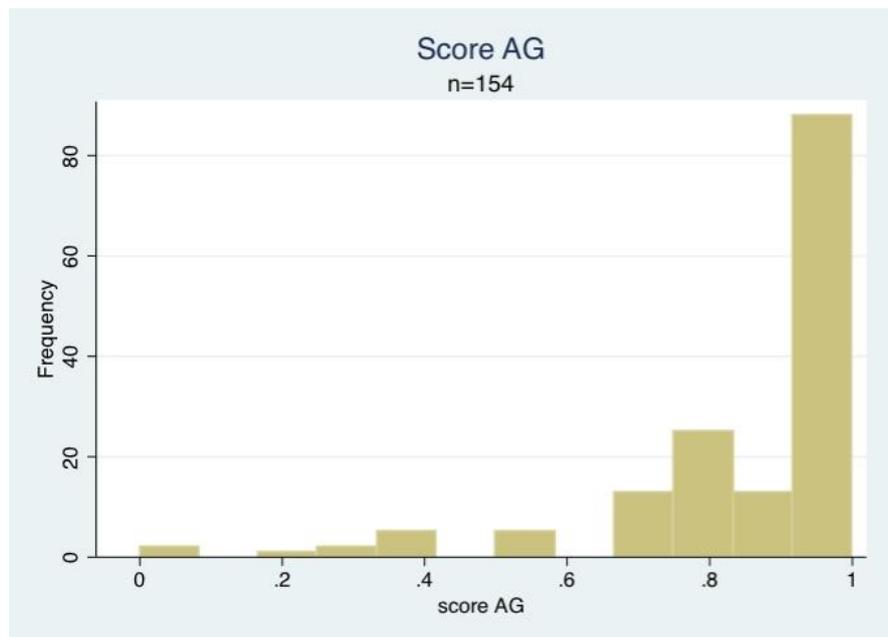


Figure 3 : Répartition des valeurs obtenues au score d'AG (n=154)

Concernant la sous-partie AGM (comportant 3 items cotés de 1 à 4) 149 patients ont répondu aux 3 questions. Le score se répartissait de la façon suivante : médiane à 1 avec EI compris entre 0,78 et 1.

L'analyse du score de Morisky sur 149 patients (sur les 154 patients, 5 patients n'avaient pas eu de prescription médicamenteuse) se répartissait de la façon suivante : il n'y avait pas de patient avec un score inférieur à 3/6 ; 3,3% ont eu un score de 3/6 ; 12,8% ont eu un score de 4/6 ; 23,5% ont eu un score de 5/6 et 60,4% ont eu un score de 6/6.

### Validation contre-critère :

Il existait un lien statistiquement significatif entre le score d'AG et le score de Morisky ( $p < 0,05$ ) d'une part, et entre la sous-dimension AGM et le score de Morisky, d'autre part ( $p < 0,05$ ).

Tableau 2. Score d'AG en fonction du score de Morisky (n= 149). Médiane [EI]

	Score de Morisky			
	3	4	5	6
Score d'AG	0,73 [0,33-0,83] (n=5)	0,78 [0,56-0,89] (n=19)	0,83 [0,67-0,93] (n=35)	1 [0,92-1] (n=90)

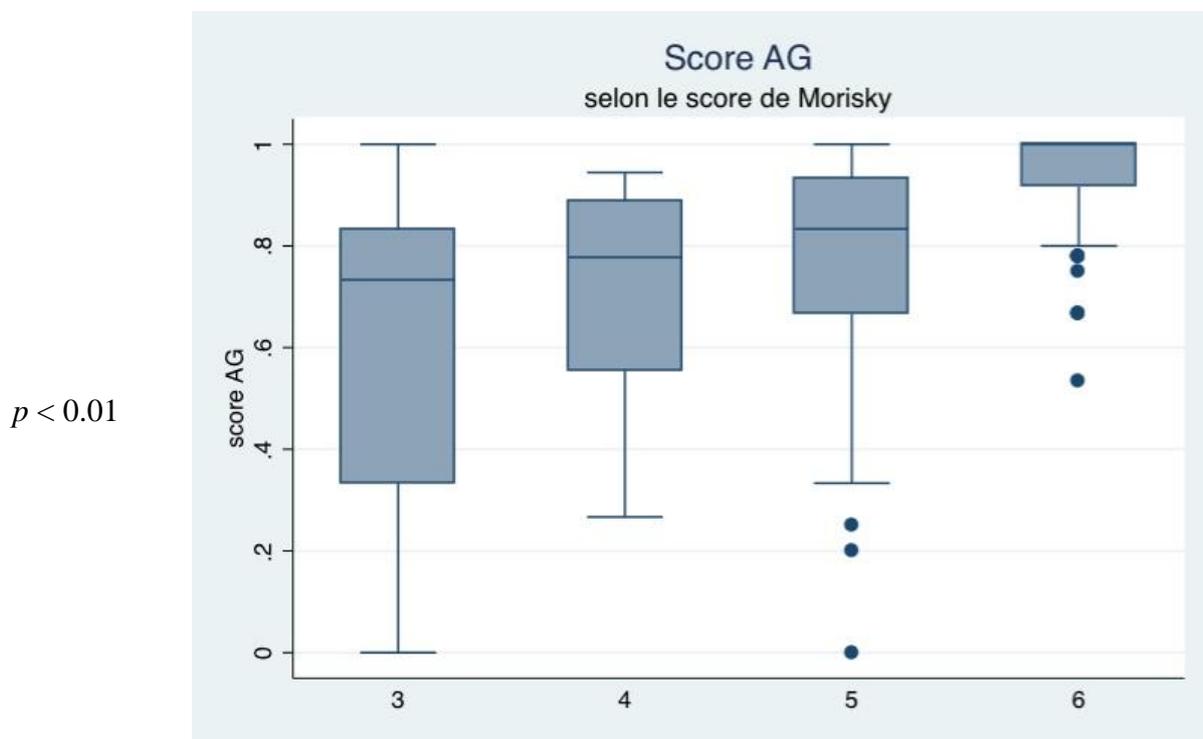


Figure 4. Score d'AG selon le score de Morisky (n=149)

### Validité de structure interne :

Le coefficient de Cronbach obtenu pour la sous-partie AGM était de 0,78.

### 3.3 Résultats secondaires

#### 3.3.1 Recherche des déterminants de l'adhérence :

##### 3.3.1.1 Par une analyse univariée :

2 groupes de patients ont été construits : score d'AG inférieur à 0,8 ou score d'AG supérieur ou égal à 0,8, en fonction de la répartition des patients sur l'histogramme. Le tableau 3 présente la recherche des déterminants d'une « bonne » adhérence en analyse univariée :

Tableau 3. Analyse univariée du score d'AG (n=154). Nombre (%). Médiane [EI]

Caractéristiques du patient	« Mauvaise AG » Score AG < 0,8 (n=39)	Bonne AG Score AG ≥ 0,8 (n=115)	<i>p</i>
<b>Âge</b>			
Âge ≥ 40 ans (n=71)	10 (14,1%)	61 (85,9%)	< 0,01
Âge < 40 ans (n=83)	29 (34,9%)	54 (65,1%)	
<b>Sexe</b>			
Sexe Masculin (n=61, 39%)	20 (32,8%)	41 (67,2%)	0,09
Sexe Féminin (n=93)	19 (20,4%)	74 (79,6%)	
<b>Travail en milieu médical</b> (n=22, 14%)	6 (27,3%)	16 (72,7%)	0,82
<b>Niveau d'études</b>			
Collège (n=62)	11 (17,7%)	51 (82,3%)	0,16
Baccalauréat (n=38)	13 (34,2%)	25 (65,8%)	
Post baccalauréat (n=54)	15 (27,8%)	39 (72,2%)	
<b>Situation familiale</b>			
Célibataire (n=77)	22 (28,6%)	55 (71,4%)	0,35
En couple (n=77)	17 (22,1%)	60 (77,9%)	
<b>CSP</b>			
1-2 (n=7)	1 (14,3%)	6 (85,7%)	0,75
3-4 (n=29)	9 (31,0%)	20 (69,0%)	
5-6 (n=43)	12 (27,9%)	31 (72,1%)	
7-8 (n=75)	17 (22,7%)	58 (77,3%)	
<b>Pathologie</b>			
Entorse (n=82)	29 (35,4%)	53 (64,6%)	< 0,01
Infection (n=72)	10 (13,9%)	62 (86,1%)	
<b>Niveau d'information</b>			
0 (n=38)	14/38 (36,8%)	24 (63,1%)	0,13
1 (n=63)	14/38 (22,2%)	49 (77,7%)	
2 (n=52)	10/38 (19,2%)	42 (80,8%)	
<b>Score CMM (continu)</b> (n=147)	50 [37-53] (n=38)	54 [48-57] (n=109)	< 0,01

Les variables liées à une adhérence  $\geq 0,8$  étaient : un âge  $\geq 40$  ans, la pathologie infectieuse et un score de CMM élevé ( $p < 0.05$  pour tous).

Il n'y avait pas de lien statistique significatif retrouvé entre AG et les variables suivantes : sexe, travail en milieu médical, niveau d'études, situation familiale, CSP et niveau d'information ( $p > 0.05$  pour toutes).

### 3.3.1.2 Par une analyse multivariée :

Le tableau représente le modèle final obtenu par régression logistique :

**Tableau 4. Régression logistique multivariée pour un score d'AG  $\geq 0.8$  ajusté aux variables sociodémographiques, au niveau d'information et au score de CMM. (n= 147)**

Score AG	Odds Ratio	P	[Intervalle de confiance 95%]	
Infection	3,40	0,005	1,46	7,94
Score de CMM	1,06	0,003	1,02	1,11

NB : pas d'interaction entre ces 2 variables

Les variables explicatives du score d'AG étaient : le type de pathologie (OR à 3,40 avec  $p < 0.05$ ) et le score de CMM (OR 1,06 avec  $p < 0.05$ ).

### 3.3.2 Corrélation avec le score de CMM

Le calcul du Rho de Spearman (0,19 ; n=147) permet de confirmer un lien de corrélation entre les scores de CMM et d'AG ( $p < 0.05$ ).

### 3.3.3 Résultats complémentaires :

#### 3.3.3.1 Descriptif des réponses au score d'AG (Annexe I) :

Concernant la sous-partie AGM : 98 patients (soit 65,8%) ont déclaré avoir pris l'ensemble du traitement (réponse « oui tout à fait »). 134 patients (soit 89,9%) ont déclaré avoir respecté les doses prescrites et 110 (soit 73,8%) ont dit avoir suivi les modalités de prise du traitement.

Concernant l'adhérence aux prescriptions autres que médicamenteuses (examens complémentaires ou suivi) : 80 patients sur les 98 ayant eu des prescriptions, soit 81,6%, ont dit les avoir complètement respectées.

Concernant l'adhérence aux RHD, 65 patients sur les 89 ayant eu des consignes, soit 73,0%, ont déclaré les avoir suivies de près.

Concernant les consultations, 68 patients sur les 81 qui avaient eu des consignes, soit 84,0% pensaient les avoir respectées.

### **3.3.3.2 Descriptif des questions subsidiaires :**

Concernant la décision volontaire de suivre les prescriptions, les patients ont répondu « oui tout à fait » dans 82,6 % des cas pour le traitement médicamenteux, dans 83,7% des cas pour les examens complémentaires et le suivi, dans 85,6 % des cas pour les RHD, et dans 88,7% des cas pour les consultations. (Annexe I).

### **3.3.3.3 Descriptif des questions concernant l'automédication :**

A la question « Avez-vous pris des médicaments autres que ceux prescrits par votre médecin », 16,8% des patients ont répondu « Oui ».

A la question « Si oui, lesquels » : 32,0 % des patients ont pris des antalgiques, 28,0% ont pris un médicament contre les effets indésirables digestifs des traitements prescrits aux urgences (inhibiteur de la pompe à protons, anti-diarrhéique, laxatif...), 1 patient a dû prendre un antihistaminique suite à une allergie à l'antibiotique prescrit. (Annexe I).

### **3.3.3.4 Lien avec le score de satisfaction**

Il existait un lien statistique significatif entre le score de satisfaction et le score d'AG ( $p < 0.05$ ) ainsi qu'entre le score de satisfaction et la sous-dimension AGM ( $p = 0.05$ ) (Annexe I).

### **3.3.3.5 Lien avec niveau d'information**

Une analyse du niveau d'informations reçues a été réalisée : 57,4% des patients ont déclaré avoir eu des conseils hygiéno-diététiques (concernant le régime, l'hydratation, l'activité physique, l'application de glace...soit « QUOI faire ? ») et 51,0% des patients disent avoir eu des informations données par le médecin sur « QUAND reconsulter ». 33,7% des patients ont eu les 2 informations (ce que l'on nomme dans les résultats « niveau d'information 2 »), 40,9% ont eu une seule des 2 informations (« niveau d'information 1 ») et 25,3% n'en ont eu aucune (« niveau d'information 0 »).

Aucun lien significatif n'a été trouvé entre le niveau d'information et le score d'AG ( $p=0.61$ ) (Annexe I).

## 4 DISCUSSION :

### 4.1 Discussion des résultats principaux et confrontation à la littérature.

#### 4.1.1 Validation du score d'AG

L'étude a permis de valider le score d'AG nouvellement créé :

- La validité contre-critère (ou convergente) a été obtenue grâce à la comparaison au score de Morisky : un lien statistiquement significatif a été retrouvé entre le score de Morisky et le score d'AG ( $p < 0.01$ ) et plus particulièrement, entre le Morisky et le score d'AGM ( $p < 0.01$ ) qui ciblent la même dimension de l'adhérence.

Par ailleurs, le score d'AG semble plus discriminant que le score de Morisky lorsque l'on regarde l'étendue des réponses (0,33 à 1 pour le score d'AG, et 3 à 6 pour le score de Morisky). D'ailleurs, bien que le score de Morisky soit une référence en matière d'adhérence (6,17), il est également critiqué dans la littérature notamment sur son manque de discrimination (14).

- La validité de structure interne de la sous-partie AGM a été confirmée par un coefficient de Cronbach à 0,78, ce qui est satisfaisant (25).
- La comparaison avec la littérature montre que les taux d'adhérence retrouvés dans l'étude étaient cohérents concernant les pathologies aiguës (4,5). Cependant, les taux médians d'adhérence retrouvés habituellement sont plus bas pour les RHD que pour les médicaments (26). Les résultats de cette étude ne vont pas dans ce sens, même si les taux sont globalement élevés et proches: 73,0% des patients ont déclaré avoir suivi de près les consignes non médicamenteuses données par le médecin, et 65,8% ont dit avoir pris l'ensemble de leur traitement médicamenteux.

- Le taux de participation était tout à fait satisfaisant avec 11,9% de perdus de vue mais seulement 2 patients exclus pour refus de répondre à l'enquête téléphonique. Aucun patient n'a interrompu l'entretien téléphonique. Le temps de passage moyen du questionnaire d'adhérence se situait à 6 minutes environ (score de Morisky et score d'AG). Cela semble donc acceptable pour les patients et les médecins.

### **4.1.2 Description des résultats au score d'AG**

La médiane du score se situait à 0,93 et l'EI allait de 0,78 à 1, ce qui traduit des résultats d'adhérence élevés. Dans la littérature, les taux moyens d'adhérence sont très fluctuants et dépendants du contexte de l'étude. Cependant, il a été démontré, dans plusieurs études, que les taux d'adhérence sont plus élevés dans les pathologies aiguës et les traitements courts (*versus* pathologies chroniques, dont la médiane d'observance se situe aux alentours de 40 à 50%) (8,27,28). Ito en 2013 montre que 88% des patients prennent le traitement prescrit dans les 5 jours suivant la consultation, 86% dans les 5 jours d'après, puis le taux chute à 67% 1 mois après la visite (4). Cela est donc cohérent avec les résultats de l'étude.

### **4.1.3 Les déterminants de l'adhérence**

L'analyse univariée a donné les déterminants d'une « bonne adhérence » : un âge plus élevé ( $p<0.05$ ), une pathologie infectieuse (*versus* traumatologique) ( $p<0.05$ ) et une bonne communication médecin-malade ( $p<0.05$ ).

Dans la littérature, les résultats sont très contradictoires selon les études. Près de 200 variables différentes (liées aux médecins et aux patients) ont été étudiées, mais un lien avec l'adhérence n'est jamais systématiquement retrouvé, et aucune de ces variables n'est totalement prédictive de l'adhérence (6). En ce qui concerne les variables sociodémographiques, par exemple, quelques études ont retrouvé des taux plus bas d'adhérence chez les jeunes, chez les hommes, et chez les personnes de race noire (29). D'autres facteurs de non-adhérence évoqués sont la

complexité des traitements, le manque de soutien de l'entourage, l'image que le patient a de lui-même, la mauvaise compréhension, et parfois les recommandations pas claires, le niveau scolaire bas (7).

Dans le modèle multivarié, les seuls déterminants du score d'AG mis en évidence étaient le type de pathologie et la qualité de la relation médecin-malade via le score de CMM. L'âge n'est pas ressorti comme déterminant dans ce modèle, probablement parce qu'il était fortement lié à la pathologie. Ces résultats sont cohérents avec les constatations d'Osterberg selon qui l'âge, le sexe et la CSP ne sont pas associés au niveau d'adhérence (8).

De même, le niveau d'information n'est pas apparu dans les déterminants, probablement parce qu'il est fortement lié à la qualité de la CMM.

Concernant le lien avec le score de CMM, les résultats ont été probants. En effet, le score de CMM étant une variable continue : un OR de 1,06 vaut pour chaque augmentation d'une unité de la variable. Par exemple, si le score de CMM augmente de 25 points, le score d'AG sera  $1,06^{25}$  soit 4 fois plus élevé, ce qui traduit donc un lien important entre AG et CMM.

Le calcul du Rho de Spearman a montré un lien de corrélation significatif entre le CMM et l'AG (Rho de Spearman 0,185,  $p < 0.05$ ). Plus le score de CMM est élevé plus l'adhérence globale est bonne. Et, même si ce coefficient est faible, ce test de corrélation est mal adapté étant donné la distribution des réponses aux scores d'AG et de CMM (il existait beaucoup d'ex aequo et les scores étaient élevés).

Cette corrélation entre CMM et AG retrouvée dans l'étude est cohérente avec la littérature : «Le sentiment d'être compris et informé améliore la compliance » (12). L'étude de Gauchet en 2007 (30) mettait déjà en évidence une association significative entre adhérence, confiance envers le médecin (dimension explorée par le score de CMM), satisfaction. Haskard quant à lui montrait qu'une bonne communication améliorerait de 19% l'adhérence (31). La relation

médecin-malade semble être effectivement une variable fondamentale dans la formation de l'adhérence mais la nature de cette interaction reste très difficile à évaluer (6).

#### **4.1.4 Résultats complémentaires :**

##### **4.1.4.1 Questions subsidiaires :**

L'analyse statistique des questions subsidiaires a mis en évidence un fort pourcentage de réponses positives : qu'il s'agisse du suivi des médicaments, des examens complémentaires, des RHD et des reconsultations, une grande majorité des patients a répondu « oui, tout à fait » (taux respectivement à 82,6%, 83,7%, 85,6% et 88,7%).

Le but de ces questions était d'évaluer l'adéquation entre l'intention comportementale et le comportement réel du patient. Cependant, ces questions étaient mal comprises, trop abstraites pour les patients (certains répondaient « OUI je l'ai fait par volonté », et d'autres « OUI car je n'avais pas le choix ») et n'ont donc pas rempli la fonction attendue.

Pourtant cette notion est importante : la non-adhérence peut tout à fait correspondre à un choix rationnel (7). Il est reconnu que, pour de nombreux patients, la non-adhérence est un choix délibéré, en réponse à leurs perceptions personnelles de la maladie et du traitement (dans l'étude, 53,0% des patients ont dit n'avoir pas pris l'ensemble du traitement parce qu'il n'était pas utile ou adapté ou parce qu'ils ressentaient déjà une amélioration). Il paraît donc intéressant d'étudier cette dimension, et il sera donc utile de réfléchir à une reformulation de ces questions à l'avenir.

##### **4.1.4.2 Les raisons évoquées en cas d'automédication :**

Les questions concernant ce sujet n'ont finalement pas été comptabilisées dans le total du score car l'automédication ne pouvait pas être considérée comme de la non-adhérence. Cependant elles apportaient des informations qualitatives intéressantes. En effet, beaucoup de patients qui s'auto-médiquaient ont donné une explication tout à fait rationnelle à ce

comportement : insuffisance de prescription (particulièrement concernant les antalgiques), spécificités du patient non prises en compte par le prescripteur, effets indésirables des médicaments prescrits ou allergies...etc.

#### **4.1.4.3 Idées de reformulation**

Il serait intéressant de reformuler les questions de façon à ce que la réponse « oui » corresponde à la non-adhérence pour éviter le biais de la «réponse positive » (29).

De plus, la formulation des réponses sous forme « non/plutôt non/plutôt oui/oui tout à fait » a semblé difficile à utiliser pour certains enquêtés, d'autant plus par enquête téléphonique. Il pourrait être proposé comme formulation : « sur une échelle de 1 à 4, où vous situez-vous ? ».

## **4.2 Les biais généraux et limites de l'étude**

---

### **4.2.1 Biais de sélection**

- Pour limiter le biais de sélection lié aux non réponses (il est possible que les patients perdus de vue soient les moins adhérents), les patients n'étaient pas mis au courant de l'objectif principal de l'étude (adhérence globale).
- Les patients consultant aux urgences sont peut-être plus symptomatiques ce qui pourrait entraîner de meilleurs taux d'adhérence. Cela peut constituer un autre biais de sélection.
- Pour augmenter la rapidité de recrutement, il a été décidé d'inclure les mineurs de plus de 15 ans et 3 mois, ce qui pose la question d'une adhérence « guidée par les parents ». Cependant, ceci a concerné un faible nombre d'inclus (13 mineurs).

### **4.2.2 Biais de mesure**

- Il peut exister un biais lié aux investigateurs : l'étude n'étant pas en aveugle, le comportement des médecins a pu être modifié lorsqu'ils incluait un patient. Cependant ce biais a été limité par un grand nombre d'inclusions réalisées par un médecin autre que celui prenant en charge le patient dans le service.

- Comme toutes les méthodes de mesure de l'adhérence, l'auto-évaluation (ou *self-report*) a certains inconvénients qui peuvent modifier les résultats :
  - Il est reconnu que les patients surestiment leur niveau d'adhérence : les taux de non-adhérence rapportés par le patient lui-même sont habituellement 10 à 20% plus bas qu'avec les autres méthodes (14).
  - Il faut aussi prendre en compte la dimension de « désirabilité sociale » (12) : le patient veut être un « bon patient ». Pour lutter contre ce phénomène, les investigateurs ont tenté de créer un environnement dans lequel les patients ne se sentaient pas jugés (rappel de l'anonymat et du fait que l'enquêteur ne faisait pas partie de l'équipe médicale). Le choix du mode de passation (enquête téléphonique) permettait également de limiter ce biais (patient en dehors des locaux, non confronté au médecin). Pour améliorer encore le protocole, il serait souhaitable que l'enquêteur ne se présente pas comme étant médecin.
  - Il est aussi reconnu que les réponses sont limitées par la mémoire du patient (15). Ce biais de mémorisation a été limité en posant le questionnaire dans les 7 à 10 jours suivant la consultation, temps relativement court qui permet des réponses plus fiables (13).

Malgré ses quelques inconvénients, l'auto-évaluation a été retenue pour cette étude car elle reste une méthode de référence en pratique courante (14) et permet d'avoir des résultats plus reproductibles et fiables d'une étude à l'autre que les mesures directes (7).

- Le mode de recueil des réponses, l'entretien téléphonique, introduit aussi des limites potentielles : difficulté de compréhension, heures d'appels et disponibilité différentes selon les patients, biais de « désirabilité sociale » à nouveau. Particulièrement, les enquêteurs ont relevé, de la part des patients, des difficultés à répondre à l'échelle de

Likert sans support visuel. Cependant, cette méthode de recueil de données avait été choisie de façon réfléchie : les entretiens téléphoniques sont peu coûteux, et il était très important de pouvoir recueillir les données entre 7 et 10 jours après l'inclusion, afin d'obtenir des résultats comparables, tout en limitant le nombre de perdus de vue. Pour ces raisons, un auto-questionnaire envoyé par courrier ou par mail n'était donc pas envisageable. Mais dans l'idéal, pour d'autres études avec davantage de moyens, ce score pourrait donc être rempli directement par le patient, sans intervention d'une tierce personne.

- Concernant le délai choisi pour poser les questionnaires aux patients, il a été de 7 à 10 jours. Néanmoins, au moment de l'appel, les patients n'avaient parfois pas terminé leur traitement ou n'avaient pas encore réalisé les examens complémentaires ou le suivi conseillé. Il a donc été difficile de trouver un juste milieu entre « délai trop court et traitement non terminé » et « délai trop long et biais de mémorisation ».
- Par ailleurs, les études montrent que pour avoir la meilleure précision possible sur une mesure d'adhérence, il faudrait associer différents types de mesure (7,8). Dans ce cas, il aurait fallu associer au questionnaire une mesure directe de l'adhérence, ce qui n'était pas réalisable dans cette étude.

### **4.2.3 Limites de l'étude**

- Le choix de dichotomiser le score d'adhérence facilitait l'analyse statistique des déterminants, cependant cela amène à une simplification et une perte d'information contestable puisque, de fait, il classe les patients en « adhérent » ou « non-adhérent » (14). En effet, selon Morisky (32) les mesures de l'adhérence se doivent d'être des variables continues pour plus de fiabilité. De plus le seuil de 0,8 a été choisi en fonction de la répartition des réponses, mais c'est un choix discutable, qui pourra être affiné par la suite, en fonction des études réalisées dans d'autres populations (en soins ambulatoires...).

- Pour appuyer la validation du score d'AG, l'étude de sa fiabilité (résultats comparables dans des situations comparables) aurait été intéressante (15). Cependant elle n'a pas pu être vérifiée dans cette étude puisque les situations n'étaient pas comparables : les résultats au score d'AG ont été différents selon la pathologie. Une telle différence s'explique probablement par les différences de gravité des pathologies étudiées : la représentation qu'ont les patients de leur maladie n'étant pas la même (leurs symptômes pouvant leur paraître plus inquiétants lors d'une infection : fièvre, altération de l'état général...), il est compréhensible que les patients traités pour une infection aiguë suivent mieux le traitement prescrit que pour une entorse. La représentation qu'a le médecin lui-même de ces pathologies interfère sûrement aussi : il peut être amené à faire des efforts de communication et donc, aboutir à une amélioration de l'AG. Il faudra donc vérifier la reproductibilité du score dans de prochaines études sur d'autres pathologies et dans d'autres contextes.
- Enfin, l'adhérence est essentiellement un phénomène comportemental, l'analyse de celui-ci d'un point de vue strictement médical reste donc problématique (32), l'apport de la sociologie et de la psychologie paraissait donc primordial. C'est pourquoi il a été fait appel à des psychologues de la santé dans ce projet, afin d'avoir une approche multidisciplinaire.

## **4.3 Les atouts de l'étude**

---

### **4.3.1 L'adhérence en situation aiguë**

L'étude s'intéresse à l'adhérence en situation aiguë, ce qui est innovant.

En effet, la bibliographie retrouve principalement des articles concernant les pathologies chroniques (Hypertension artérielle, asthme, VIH, diabète...) (5,20,30) qui sont les principales cibles de l'éducation thérapeutique et de l'amélioration de l'adhérence (2). Cependant l'étude et l'amélioration de l'adhérence dans des situations aiguës sont aussi

fondamentales. Même si la non-adhérence en aigu est moindre et qu'elle a moins d'impact à long terme, il peut exister une mise en jeu du pronostic vital. De plus, elle reste un gaspillage et une perte de chance.

### **4.3.2 L'adhérence globale**

Le score créé s'intéresse à l'adhérence globale. La partie « non médicamenteuse » est pondérée de la même façon que la partie « médicamenteuse ». Or les études concernent principalement l'adhérence uniquement médicamenteuse. Pourtant lutter contre la rupture des soins est probablement l'intervention sur l'adhésion la plus importante à l'heure actuelle. L'attention des patients comme des prescripteurs, se porte d'avantage sur les médicaments alors que les RHD et le suivi sont toutes aussi importants et encore moins bien respectés (5).

### **4.3.3 Les urgences**

Cette étude s'est déroulée dans un service d'urgences pour plusieurs raisons : diversité des pathologies et des praticiens, nécessité de prendre en charge « l'urgence », rapidité des consultations, peu de temps de communication possible, délai d'attente, manque de confidentialité... Ce service semble donc la cible idéale pour tenter d'y améliorer les niveaux d'AG, de satisfaction et de CMM. De plus, dans la littérature, peu d'études évaluent l'adhérence aux urgences, qui sont pourtant l'interface entre les soins ambulatoires et le milieu hospitalier.

### **4.3.4 Le score d'AG validé**

Le score d'AG nouvellement créé étant validé par l'étude, il est donc utilisable dans les services d'urgences. De plus, étant corrélé au score de Morisky, il peut être substitué à celui-ci. Il reste cependant essentiel de l'évaluer pour d'autres pathologies et dans d'autres

contextes (médecine générale, pathologies diverses, patients avec un faible niveau d'alphabétisation ...).

### **4.3.5 La CMM un déterminant essentiel de l'AG**

Malgré la grande variété de facteurs retrouvés dans la littérature, dans cette étude, les seuls déterminants de l'adhérence mis en évidence ont été le type de pathologie et la qualité de la CMM. Aucune variable sociodémographique ne paraît avoir un lien direct avec le niveau d'AG. Le lien entre CMM et AG semble donc fondamental.

Des revues de la littérature ont d'ailleurs montré que la non-adhérence est souvent le résultat d'un processus de prescription qui ne tiendrait pas compte des croyances, des attentes et des préférences du patient, ce qui pourrait être un indicateur d'une mauvaise communication au sein de la consultation (33).

## **4.4 Ouverture**

---

### **4.4.1 L'adhérence comme indicateur de la qualité des soins ?**

L'adhésion au traitement est un déterminant fondamental mais critiquable dans les résultats cliniques et économiques (18). En effet, il serait « réducteur de considérer l'observance thérapeutique selon une dichotomie en terme « d'observant » et « d'inobservant » qui sous-entendrait l'existence de « bons » et de « mauvais » patients » (11).

Il est important de remarquer que l'adhérence est remise en cause en tant qu'indicateur de la qualité des soins (34). En effet, l'amélioration de l'adhérence n'est pas forcément synonyme de « bonne prise en charge » (6) et inversement une « bonne prise en charge » avec une information claire délivrée au patient peut amener à une décision de « non-adhérence » du patient (16). De plus, chercher à tout prix à améliorer l'adhérence peut avoir des effets délétères : diminution du libre-arbitre du patient, augmentation des effets indésirables en cas d'erreur diagnostique ou de prescription... (5,35)

De plus, même s'il peut sembler « logique » qu'une amélioration de l'adhérence aux recommandations médicales devrait améliorer les résultats cliniques, les chercheurs peinent à en faire la preuve (36). DiMatteo en 2002 a montré que seuls 26% des patients ont de meilleurs résultats en adhérant mieux au traitement (35). Dans une revue de Haynes en 2008, sur 93 interventions étudiées (5), 41 sont associées à une élévation significative de l'adhérence et seulement 29 rapportent une amélioration des résultats cliniques. De plus l'amélioration clinique concerne rarement des résultats majeurs (décès, infarctus) mais plutôt des résultats intermédiaires (tension artérielle, taux de lymphocytes CD4 dans le VIH etc.). Non seulement ces interventions visant à améliorer l'adhérence ont des effets modestes (27), mais elles sont aussi complexes et chères (5). Elles cherchent à cibler de nombreux déterminants de l'adhérence, alors que comme le suggère cette étude, la CMM pourrait être le déterminant majeur.

#### **4.4.2 Quel avenir pour le concept de l'adhérence ?**

Le terme « éducation » thérapeutique est le vestige même du modèle paternaliste biomédical (postulat que le patient « ne sait pas » alors que le savoir médical est autoritaire et certain)(37). En effet, certains médecins pensent encore détenir le savoir et ont pour objectif de le transmettre à leurs patients dans le but que ceux-ci suivent de près leurs prescriptions.

Pourtant des recherches qualitatives ont identifié les enjeux primordiaux que sont la qualité de la relation médecin-malade et les croyances du patient en matière de santé (6,33).

L'ensemble de ces résultats suggère qu'un virage est nécessaire pour s'approcher du modèle de la « décision partagée », vers lequel aujourd'hui tout le monde tend (patients, médias, politique de santé), et dans lequel chacun devrait prendre ses responsabilités et assumer ses choix (médecins et patients) (38).

Le concept de concordance en est un exemple: il s'agit d'une nouvelle approche de prescription dont le but n'est pas forcément d'améliorer l'adhérence (même si cela peut en

être un résultat) mais plutôt d'améliorer la prise en charge de l'état de santé par un partenariat, une compréhension et un échange entre le patient et le médecin et de laisser les patients être actifs dans leur prise en charge s'ils le souhaitent (16).

Le concept d'adhérence apparaît alors comme réducteur face à la notion centrale que sont l'échange et la relation entre le médecin et son patient (38).

Pourtant beaucoup de moyens continuent à être déployés pour mesurer et améliorer l'adhérence alors qu'il faudrait peut-être avant tout chercher à former les médecins à mieux communiquer.

Or, même si dans la formation médicale initiale, l'enseignement de la communication commence à être abordé, le chemin est encore long pour qu'elle soit considérée comme une compétence clinique aussi importante que les connaissances médicales.

# 5 CONCLUSION

THÈSE SOUTENUE PAR : Amélie DUVERT et Laure GONNET

TITRE : « Adhérence globale des patients : validation d'un score et étude de ses déterminants.

Étude prospective suite à une consultation aux urgences »

CONCLUSION :

La notion d'adhérence est encore aujourd'hui au centre des préoccupations en santé publique et pourtant, il n'existe toujours pas d'outil générique validé permettant de l'évaluer. Ce travail a donc eu pour objectifs de valider un score d' « adhérence globale » (AG), prenant en compte les versants médicamenteux et non-médicamenteux de celle-ci, et d'en étudier les déterminants.

Pour cette étude observationnelle prospective, des patients consultant dans 2 services d'urgences (Grenoble et Chambéry) pour une pathologie aiguë (traumatologique ou infectieuse) ont été inclus. Ils étaient contactés par téléphone dans les 7 à 10 jours qui suivaient pour répondre au questionnaire.

L'analyse sur 156 patients (11,9% de perdus de vue), a trouvé un lien significatif ( $p < 0,01$ ) entre le score d'AG et le score de Morisky (référence en la matière). Le coefficient de Cronbach pour la sous-partie « AG médicamenteuse » était de 0,78. Enfin, la type de pathologie (OR=3,39,  $p < 0,01$ ) et la qualité de la communication médecin-malade (OR=1,06,  $p < 0,01$ ) sont ressorties comme étant les déterminants principaux d'une « bonne » adhérence.

Ces résultats valident l'échelle d'AG (validités contre-critère et de cohérence interne obtenues) qui nécessitera cependant quelques modifications et études complémentaires pour être adaptable à tout contexte. Le lien fondamental mis en évidence entre AG et CMM ouvre des pistes. Il est important de se questionner sur la légitimité de l'adhérence comme indicateur principal de la qualité des soins pour remettre la relation médecin-malade au centre du

processus de soin. Il paraît nécessaire de faire de la communication une des compétences fondamentales d'un médecin.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 25/9/2014

LE DOYEN

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

J.P. ROMANET



PROFESSEUR

Handwritten signature in blue ink, including the number '110535011' written above the signature.

## 6 BIBLIOGRAPHIE

1. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juillet, 2009.
2. Sabate E. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Geneva: World Health Organization. 2003; Available from: [whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf)
3. Allenet B, Baudrant M, Lehmann A, Gauchet A, Roustit M, Bedouch P, et al. [How can we evaluate medication adherence? What are the methods?]. *Ann Pharm Fr.* 2013 Mar;71(2):135–41.
4. Ito H. What Should We Do to Improve Patients' Adherence? *J Exp Clin Med.* 2013 août;5(4):127–30.
5. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;(2):CD000011.
6. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther.* 2001;26(5):331–42.
7. DiMatteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care.* 2004 Mar;42(3):200–9.
8. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med.* 2005 Aug 4;353(5):487–97.
9. Haynes RB, Taylor WD, Sackett DL. Compliance in health care. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1979. 1-15 p.
10. Laufs U, Rettig-Ewen V, Böhm M. Strategies to improve drug adherence. *Eur Heart J.* 2011 Feb 1;32(3):264–8.
11. Lamouroux A, Magnan A, Vervloet D. Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? *Rev Mal Respir.* 2005 Février;22(1):31–4.
12. Tarquinio C, Fischer G, Grégoire A. Compliance in HIV-positive patients: validation of a French scale and measurement of psychosocial variables. *Rev Int Psychol Soc.* 2000;13(2):61–91.
13. Morin M. De la recherche à l'intervention sur l'observance thérapeutique : contributions et perspectives des sciences sociales. L'observance aux traitements contre le VIH/Sida : Mesures, déterminants, évolution. ANRS. Paris; 2001. 112 p.
14. Voils CI, Hoyle RH, Thorpe CT, Maciejewski ML, Yancy WS Jr. Improving the measurement of self-reported medication nonadherence. *J Clin Epidemiol.* 2011 Mar;64(3):250–4.

15. Garfield S, Clifford S, Eliasson L, Barber N, Willson A. Suitability of measures of self-reported medication adherence for routine clinical use: A systematic review. *BMC Med Res Methodol.* 2011 Nov 3;11:149.
16. Nicolson D, Knapp P, Raynor D, Spoor P. Written information about individual medicines for consumers. *Cochrane Database Syst Rev Online.* 2009;(2):CD002104.
17. Lavsa SM, Holzworth A, Ansani NT. Selection of a validated scale for measuring medication adherence. *J Am Pharm Assoc.* 2011 Jan 1;51(1):90–4.
18. Hahn SR, Park J, Skinner EP, Yu-Isenberg KS, Weaver MB, Crawford B, et al. Development of the ASK-20 adherence barrier survey. *Curr Med Res Opin.* 2008 Jul;24(7):2127–38.
19. Ingersoll KS, Cohen J. The impact of medication regimen factors on adherence to chronic treatment: a review of literature. *J Behav Med.* 2008 Jun;31(3):213–24.
20. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care.* 1986 Jan;24(1):67–74.
21. Korb-Savoldelli V, Gillaizeau F, Pouchot J, Lenain E, Postel-Vinay N, Plouin P-F, et al. Validation of a French version of the 8-item Morisky medication adherence scale in hypertensive adults. *J Clin Hypertens Greenwich Conn.* 2012 Jul;14(7):429–34.
22. Ruiz MA, Pardo A, Rejas J, Soto J, Villasante F, Aranguren JL. Development and validation of the “Treatment Satisfaction with Medicines Questionnaire” (SATMED-Q). *Value Health J Int Soc Pharmacoeconomics Outcomes Res.* 2008 Oct;11(5):913–26.
23. Care Coordination Measures Atlas [Internet]. 2011 [cited 2013 Sep 10]. Available from: <http://www.ahrq.gov/professionals/systems/long-term-care/resources/coordination/atlas/index.html>
24. Ogden J. *Psychologie de la santé: A Textbook.* De Boeck Supérieur; 2008. 442 p.
25. Bland JM, Altman DG. Statistics notes: Cronbach’s alpha. *BMJ.* 1997 Feb 22;314(7080):572.
26. Haynes RB, McDonald HP, Garg AX. Helping patients follow prescribed treatment: clinical applications. *JAMA J Am Med Assoc.* 2002 Dec 11;288(22):2880–3.
27. Dulmen S van, Sluijs E, Dijk L van, Ridder D de, Heerdink R, Bensing J. Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC Health Serv Res.* 2007 Apr 17;7(1):55.
28. Baudrant M. Réflexions sur la place du pharmacien dans l’éducation thérapeutique du patient. *J Pharm Clin.* 2008;27(4):201–4.
29. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. 2008 May;348–54.
30. Gauchet A, Tarquinio C, Fischer G. Psychosocial predictors of medication adherence among persons living with HIV. *Int J Behav Med.* 2007;14(3):141–50.

31. Haskard Zolnieriek KB, DiMatteo MR. Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis. *Med Care*. 2009 Aug;47(8):826–34.
32. Morisky DE, DiMatteo MR. Improving the measurement of self-reported medication nonadherence: response to authors. *J Clin Epidemiol*. 2011 Mar;64(3):255–257; discussion 258–263.
33. Horne R, Barber N, Morgan M, Cribb A. Concordance, Adherence and Compliance in Medicine Taking [Internet]. London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO); 2005. Available from: [http://www.academia.edu/855004/Concordance\\_Adherence\\_and\\_Compliance\\_in\\_Medicine\\_Taking](http://www.academia.edu/855004/Concordance_Adherence_and_Compliance_in_Medicine_Taking)
34. Raynor DK, Blenkinsopp A, Knapp P, Grime J, Nicolson DJ, Pollock K, et al. A systematic review of quantitative and qualitative research on the role and effectiveness of written information available to patients about individual medicines. *Health Technol Assess Winch Engl*. 2007 Feb;11(5):iii, 1–160.
35. DiMatteo MR, Giordani PJ, Lepper HS, Croghan TW. Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. *Med Care*. 2002 Sep;40(9):794–811.
36. McClune T, Burton A, Waddell G. Evaluation of an evidence based patient educational booklet for management of whiplash associated disorders. 2003 Nov;514–7.
37. Grime J, Blenkinsopp A, Raynor DK, Pollock K, Knapp P. The role and value of written information for patients about individual medicines: a systematic review. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy*. 2007 Sep;10(3):286–98.
38. Marinker M. Personal paper: writing prescriptions is easy. *BMJ*. 1997 Mar 8;314(7082):747–8.

# 7 ANNEXES

## ANNEXE A

### **QUESTIONNAIRE d'ADHÉRENCE**

Merci de répondre aux affirmations suivantes :

Votre médecin vous a-t-il prescrit des médicaments ? OUI / NON

*Si non*, passer directement aux questions II.

Si oui :

1. Précisez : quels médicaments vous ont été prescrits ?
2. Deviez-vous les prendre : à la demande (en cas de douleurs) / en systématique / ou prescriptions des 2 types de médicaments
3. Si médicaments à la demande : les avez-vous utilisés ? OUI / NON

#### **A. Score d'observance médicamenteuse de Morisky adapté aux pathologies aiguës**

1. Depuis la consultation, avez-vous oublié de prendre vos médicaments ?  
OUI =0  NON = 1
2. Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament (vous n'êtes pas allé les chercher à la pharmacie ou n'en aviez pas assez) ?  
OUI =0  NON=1
3. Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec du retard par rapport à l'heure souhaitée ?  
OUI =0  NON = 1
4. Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours votre mémoire vous fait défaut ?  
OUI =0  NON=1
5. Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que vous aviez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?  
OUI=0  NON=1
6. Pensez-vous que vous avez eu trop de traitements à prendre ?  
OUI =0  NON=1

## **B. Score d'adhérence globale :**

### **I- Adhérence aux prescriptions médicamenteuses**

Les questions qui suivent concernent les jours qui ont suivi la consultation :

1. Avez-vous pris l'ensemble du traitement proposé ?

1 (non) 2 (plutôt non) 3 (plutôt oui) 4 (oui, tout à fait)

Si non ou plutôt non :

Questions à titre indicatif n'entrant pas dans cotation :

Il vous est arrivé de ne pas prendre l'un ou plusieurs de vos médicaments :

- 1a/ Parce que vous avez oublié : oui / non

- 1b/ Parce que le traitement est trop complexe: oui / non

- 1c/ À cause d'effets secondaires: oui / non

- 1d/ Parce vos médicaments vous font plus de mal que de bien : oui / non

- 1e/ Parce vous pensiez qu'il n'était pas utile ou adapté: oui / non

- 1f/ Parce que vous sentiez déjà une amélioration : oui / non

- 1g/ Parce que vous n'êtes pas allé chercher les médicaments à la pharmacie :oui / non

- 1h/ Si oui : pourquoi : .....

- 1i/ Parce que vous n'aviez pas mal : oui / non

2. Avez-vous respecté les doses prescrites ?

1 (non) 2 (plutôt non) 3 (plutôt oui) 4 (oui, tout à fait)

3. Avez-vous respecté les modalités de prises (l'heure, à jeun, avant les repas) ?

1 (non) 2 (plutôt non) 3 (plutôt oui) 4 (oui, tout à fait)

4. Avez-vous pris des médicaments autres que ceux prescrits par votre médecin ?

1 (non) 2 (plutôt non) 3 (plutôt oui) 4 (oui, tout à fait)

Si oui ou plutôt oui :

4bis.Quels autres médicaments avez-vous pris ?

4ter. Est-ce que ces médicaments ont été prescrits par un médecin ? Oui / Non

### ***x-1- Question subsidiaire de concordance :***

D'une manière générale, est-ce une décision volontaire de votre part d'avoir pris ou non votre traitement :

1 (non) 2 (plutôt non) 3 (plutôt oui) 4 (oui, tout à fait)

## **II- Adhérence aux prescriptions non médicamenteuses (examens complémentaires)**

1. Votre médecin vous a-t-il prescrit des examens complémentaires et/ou proposé un suivi et/ou orienté chez un spécialiste ? OUI / NON

*Si non*, question non comptabilisée

2. *Si oui* : les avez-vous réalisés ?

(Pas du tout) 1 2 3 4 (Complètement)

### **x-2- Question subsidiaire de concordance :**

D'une manière générale, est-ce une décision volontaire de votre part d'avoir réalisé ou non les examens et le suivi demandés ?

1 (non) 2 (plutôt non) 3 (plutôt oui) 4 (oui, tout à fait)

## **III- Adhérence aux consignes/ conseils hygiéno-diététiques et à la conduite à tenir selon l'évolution**

1. Votre médecin vous a-t-il donné des conseils à respecter ? OUI / NON

(cf liste ci-dessous pour vous aider)

Par exemple, conseils concernant :

- L'alimentation et/ ou la gestion du poids
- Vos activités habituelles
- L'exercice physique
- Le tabagisme et l'arrêt du tabac
- La consommation d'alcool
- La consommation d'eau
- Les moyens d'éviter l'aggravation des symptômes, la récurrence, la transmission
- Quand reconsulter

*Si non* : question non comptabilisée et questions 2, 3 et x3 non posées

*Si oui* :

2. Avez-vous appliqué les conseils donnés et/ou modifié certaines habitudes suite à la consultation?

(Pas du tout) 1 2 3 4 (Complètement)

3. Certaines informations données par votre médecin pouvaient-elles intéresser vos proches ? OUI / NON

*Si non*, question non comptabilisée.

- 3bis. *Si oui*, leur avez-vous transmis ces informations ?

(Pas du tout) 1 2 3 4 (Complètement)

**x-3- Question subsidiaire de concordance :**

D'une manière générale, est-ce une décision volontaire de votre part d'avoir suivi ou non les conseils donnés par votre médecin ?

1 (non)      2 (plutôt non)      3 (plutôt oui)      4 (oui, tout à fait)

**IV- Comportement de consommation de soins**

1. Après la consultation, avez-vous eu besoin d'un nouvel avis médical pour le même problème ? OUI / NON

Si oui :

- 1a/ Avez-vous consulté à nouveau votre médecin ? (= médecin traitant) oui / non

- 1b/ Avez-vous consulté un autre médecin ? (autre que MT) oui / non

- 1c/ Avez-vous consulté un service d'urgences ?(y compris la mut) oui / non

- 1d/ Avez-vous appelé le centre 15 concernant le même problème ?oui / non

2. Le médecin vous a-t-il donné des informations sur « quand reconsulter » ? OUI / NON

Si oui :

2 bis. Selon vous, le fait d'avoir pris un nouvel avis médical ou non, vous paraît-il en accord avec les recommandations de votre médecin ?

(Pas du tout) 1      2      3      4 (complètement)

**x-4- Question subsidiaire de concordance :**

D'une manière générale, est-ce une décision volontaire de votre part d'avoir suivi ou non les recommandations de votre médecin sur « quand reconsulter » ?

1 (non)      2 (plutôt non)      3 (plutôt oui)      4 (oui, tout à fait)

## ANNEXE B

### **QUESTIONNAIRE D'ADHÉRENCE AVANT ÉTUDE PILOTE**

Merci de répondre aux affirmations suivantes:

Votre médecin vous a-t-il prescrit des médicaments ? OUI / NON

*Si non*, passer directement aux questions II.

#### **A. Score d'observance médicamenteuse de Morisky adapté aux pathologies aiguës**

1. Depuis la consultation, avez-vous oublié de prendre vos médicaments ?  
OUI =0  NON = 1
2. Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament (vous n'êtes pas allé les chercher à la pharmacie ou n'en aviez pas assez) ?  
OUI =0  NON=1
3. Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec du retard par rapport à l'heure souhaitée ?  
OUI =0  NON = 1
4. Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours votre mémoire vous fait défaut ?  
OUI =0  NON=1
5. Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que vous aviez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?  
OUI=0  NON=1
6. Pensez-vous que vous avez eu trop de traitements à prendre ?  
OUI =0  NON=1

## **B. Score d'adhérence globale :**

### **I- Adhérence aux prescriptions médicamenteuses**

Les questions qui suivent concernent les jours qui ont suivi la consultation :

1. Avez-vous pris l'ensemble du traitement proposé ?

1 (non) 2 (plutôt non) 3 (plutôt oui) 4 (oui, tout à fait)

2. Vous est-il arrivé de ne pas prendre l'un ou plusieurs de vos médicaments prescrits :

1 (non) 2 (plutôt non) 3 (plutôt oui) 4 (oui, tout à fait)

Si oui :

- Parce que vous avez oublié: oui non

- Parce que le traitement est trop complexe: oui non

- À cause d'effets secondaires: oui non

- Parce vos médicaments vous font plus de mal que de bien : oui non

- Parce vous pensiez qu'il n'était pas utile ou adapté: oui non

- Parce que vous vous sentiez mieux: oui non

- Parce que vous n'êtes pas allé chercher les médicaments à la pharmacie : oui non

Si oui : pourquoi :

3. Avez-vous respecté les doses prescrites ?

1 (non) 2 (plutôt non) 3 (plutôt oui) 4 (oui, tout à fait)

4. Avez-vous respecté les modalités de prises (heure, à jeun, avant les repas) ?

1 (non) 2 (plutôt non) 3 (plutôt oui) 4 (oui, tout à fait)

5. Avez-vous pris des médicaments autres que ceux prescrits par votre médecin ?

1 (non) 2 (plutôt non) 3 (plutôt oui) 4 (oui, tout à fait)

### **x-1- Question subsidiaire de concordance :**

D'une manière générale, la plus ou moins bonne prise de votre traitement a correspondu à un choix délibéré :

1 (non) 2 (plutôt non) 3 (plutôt oui) 4 (oui, tout à fait)

### **II- Adhérence aux prescriptions non médicamenteuses (examens complémentaires)**

1. Votre médecin vous a-t-il prescrit des examens complémentaires et/ou proposé un suivi ; et/ou des examens de dépistage ; et/ou un avis spécialisé ? OUI / NON

*Si non*, question non comptabilisée.

2. *Si oui* : à quel point avez-vous réalisés et/ou suivi l'ensemble des consignes ? (Jamais)

1 2 3 4 (Toujours)

### **x-2- Question subsidiaire de concordance :**

D'une manière générale, est-ce une décision volontaire de votre part d'avoir réalisé ou non les examens et le suivi demandés ?

1 (non) 2 (plutôt non) 3 (plutôt oui) 4 (oui, tout à fait)

### **III- Adhérence aux consignes/ conseils hygiéno-diététiques et à la conduite à tenir selon l'évolution**

1. Votre médecin vous a-t-il donné des conseils/ consignes à respecter ? OUI / NON  
(cf. liste ci-dessous pour vous aider)

Conseils concernant :

- L'alimentation et/ ou la gestion du poids
- Le maintien ou l'arrêt des activités habituelles en rapport avec votre pathologie
- L'exercice physique
- Le tabagisme et l'arrêt du tabac
- La consommation d'alcool (ex : diminution si consommation excessive > 2 verres/ jour et % de réussite de l'intention)
- La consommation d'eau (adaptation de la consommation d'eau aux besoins et % de réussite de l'intention).

- Les moyens de se protéger de l'aggravation des symptômes, la récurrence, la transmission

- Quand reconsulter

Si non : question non comptabilisée.

Si oui :

2. À quel point avez-vous appliqué les conseils donnés et /ou modifié certaines attitudes ou habitudes suite à la consultation ?

(Jamais) 1 2 3 4 (Toujours)

3. Certaines informations données par votre médecin pouvaient-elles intéresser vos proches ? OUI / NON

*Si non*, question non comptabilisée.

*3 bis. Si oui*, à quel point leur avez-vous transmis spontanément l'information ou inciter à suivre les consignes ?

(Jamais) 1 2 3 4 (Toujours)

#### **x-3- Question subsidiaire de concordance :**

D'une manière générale, le plus ou moins bon respect des consignes/ conseils prodigués par votre médecin correspond-t-il à un choix délibéré :

1 (non) 2 (plutôt non) 3 (plutôt oui) 4 (oui, tout à fait)

#### **IV- Comportement de consommation de soins**

1. Après la consultation, avez-vous à nouveau sollicité le système de soins ? OUI / NON

Par exemple :

- Consulté à nouveau votre médecin pour le même problème ? oui / non

- Consulté un autre médecin pour le même problème? oui / non

- Consulté un service d'urgences pour le même problème ? oui / non

- Appelé le centre 15 pour un avis médical concernant le même problème ? oui / non

2. Selon vous, à quel point le fait d'avoir ou non reconsulté pour ce même motif de consultation était en adéquation avec l'attitude recommandée par votre médecin?

(Pas du tout) 1 2 3 4 (complètement)

#### ***x-4-Question subsidiaire de concordance :***

D'une manière générale, le plus ou moins bon respect des consignes données par votre médecin sur « quand reconsulter » correspond-t-il à un choix délibéré ?

1 (non) 2 (plutôt non) 3 (plutôt oui) 4 (oui, tout à fait)

## **QUESTIONNAIRE GENERAL**

Code d'identification du patient :

Date de consultation aux urgences :

Date(s) d'appel téléphonique :

Nous souhaitons recueillir votre opinion sur votre dernière consultation aux urgences. Cet entretien va durer environ 15 minutes.

Nous vous remercions du temps que vous allez prendre pour répondre à cette enquête. Vos réponses sont anonymes.

### **A. Données sociodémographiques**

Tout d'abord, quelques questions pour mieux vous connaître :

- 1- Quel âge avez-vous ?
- 2- Quel est votre niveau d'études ?  
 Collège  Bac  Bac +2  Études supérieures après Bac +2  autres
- 3- Travaillez-vous dans le milieu médical ?  
 Oui  Non
- 4- À quelle catégorie socio-professionnelle appartenez-vous ?
- 5- Quelle est votre situation familiale : célibataire / en couple ;  
et nombre d'enfants :.....

### **B. Score de Satisfaction**

Suite à votre consultation dans le service d'urgences :

- 1- Diriez-vous que vous êtes satisfait des conditions d'accueil, hors paramètres médicaux (accueil, nourriture, délais d'attente) dont vous avez bénéficié ?  
 Non  Plutôt non  Plutôt oui  Oui
- 2- Diriez-vous que vous êtes satisfait des soins reçus et de la prise en charge par l'équipe paramédicale (infirmier(e)s, aides-soignants, ASH) ?  
 Non  Plutôt non  Plutôt oui  Oui
- 3- Diriez-vous que vous êtes satisfait de la prise en charge par le médecin que vous avez rencontré ?  
 Non  Plutôt non  Plutôt oui  Oui
- 4- De façon globale, diriez-vous que vous êtes satisfait de votre consultation aux urgences ?  
 Non  Plutôt non  Plutôt oui  Oui

- Quels sont les éléments dont vous êtes satisfaits ?

.....  
.....

- Quels sont les éléments qui vous ont déplu ?

.....  
.....

5- Recommanderiez-vous ce service à votre famille et vos amis ?

Non       Plutôt non       Plutôt oui       Oui

Chacun des items est coté selon la réponse : 1(non), 2 (plutôt non), 3 (plutôt oui) ou 4 (oui).

Score coté sur 20 avec un minimum de 5/20 et un maximum de 20/20.

### **C. Questionnaire évaluant la communication médecin malade**

1-Le médecin vous a-t-il écouté attentivement pendant la consultation ?

Non       Plutôt non       Plutôt oui       Oui

2-Le médecin vous a-t-il interrompu pendant que vous parliez ?

Non       Plutôt non       Plutôt oui       Oui

3- Le médecin vous a-t-il encouragé à vous exprimer ?

Non       Plutôt non       Plutôt oui       Oui

4- Le médecin vous a-t-il bien examiné ?

Non       Plutôt non       Plutôt oui       Oui

5- Vous-êtes-vous senti compris par le médecin ?

Non       Plutôt non       Plutôt oui       Oui

6- Est-ce que le médecin s'est exprimé de façon compréhensible ?

Non       Plutôt non       Plutôt oui       Oui

7- Avez-vous eu l'impression d'avoir eu toutes les informations nécessaires ?

Non       Plutôt non       Plutôt oui       Oui

8- Le médecin vous a-t-il expliqué les avantages et inconvénients du traitement ?

Non       Plutôt non       Plutôt oui       Oui

9- Le médecin vous a-t-il impliqué dans la prise de décision ?

Non       Plutôt non       Plutôt oui       Oui

10- D'après vous le médecin a-t-il eu une attitude et un discours rassurants ?

Non       Plutôt non       Plutôt oui       Oui

11- D'après vous, le médecin a-t-il été globalement respectueux ?

Non       Plutôt non       Plutôt oui       Oui

- Respect de votre intimité ? oui non
- Respect de vos croyances ? oui non
- Garde confidentielles les informations données ? oui non
- Ne porte pas de jugement ? oui non
- Respect de votre corps lors de l'examen clinique ? oui non

12- Avez-vous confiance en ce médecin ?

- Non  Plutôt non  Plutôt oui  Oui

13- D'après vous, le médecin vous a-t 'il dit toute la vérité ?

- Non  Plutôt non  Plutôt oui  Oui

14- Le médecin s'est-il assuré que vous aviez bien compris ses explications?

- Non  Plutôt non  Plutôt oui  Oui

15- Le médecin a-t 'il répondu à toutes vos attentes et/ou préoccupations?

- Non  Plutôt non  Plutôt oui  Oui

SCORE TOTAL : / 60

Chacun des items est coté selon la réponse 1, 2, 3 ou 4.

Score côté sur 60 avec un score minimum à 15/60 et un maximum à 60/60

## PROCOLE DE L'ÉTUDE GLOBALE

### INFORMATIONS GENERALES

**Titre :** État des lieux des niveaux de communication médecin malade (CMM) lors d'une consultation pour pathologie aigue dans un service d'Urgences Médicales en vue d'améliorer les pratiques. Impact sur l'observance globale et la satisfaction des patients consultant pour entorse de cheville ou pyélonéphrite aigue dans deux services d'urgences.

**Méthodologie :** Étude observationnelle multicentrique prospective à partir de données déclaratives

**Investigateurs coordonnateurs autorisés à signer le protocole:** Dr Mélanie SUSTERSIC, Pr Jean-Luc BOSSON

**Collaborateurs coordonnateurs :** Amélie DUVERT, Laure GONNET, internes en Médecine Générale

**Investigateurs :** Médecins Urgentistes (Service d'Urgences de la Clinique Mutualiste à Grenoble et Service d'Urgences du Centre Hospitalier de Chambéry)

**Intervenants :** Pr Jean-Luc BOSSON (CIC, TIMC IMAG), Dr Aurélie Gauchet (Laboratoire Inter universitaire de Psychologie, UPMF), Pr Benoît ALLENET (TIMC IMAG).

**Centre coordonnateur de l'étude : CIC**  
Centre d'Investigation Clinique – Inserm003  
CHU de Grenoble, 38043 Grenoble Cedex 09  
Tel : 04 76 76 92 60      Fax : 04 76 76 92 62

## PROTOCOLE – RÉSUMÉ

**Investigateurs coordonnateurs autorisés à signer le protocole :** Dr Mélanie SUSTERSIC, Pr Jean-Luc BOSSON

**Collaborateurs coordonnateurs :** Amélie DUVERT, Laure GONNET

**Investigateurs :** Médecins Urgentistes (Service d'Urgences de la Clinique Mutualiste à Grenoble et Service d'Urgences du Centre Hospitalier de Chambéry)

**Intervenants :** Pr. Jean-Luc BOSSON, Pr Benoît ALLENET, Dr Aurélie GAUCHET

**Méthodologie :** Étude observationnelle multicentrique prospective

**Objectif principal :** Faire un état des lieux des niveaux de communication médecin malade (CMM), d'observance globale (OG) et de satisfaction des patients dans deux services d'urgence en vue d'améliorer les pratiques.

**Critère de jugement principal :** Mesure des scores de CMM, d'OG et de la satisfaction des patients entre J7 et J10 au décours d'une consultation dans deux services d'urgences (pour 2 motifs fréquents : entorse de cheville et pyélonéphrite aiguë).

### **Objectifs secondaires :**

1. Évaluer les propriétés psychométriques des scores de CMM et d'OG créés pour l'étude ;
2. Évaluer la corrélation entre l'observance thérapeutique de Morisky Green et la sous dimension « observance médicamenteuse » du score d'OG créé pour l'étude ;
3. Évaluer la corrélation entre l'observance de Morisky et l'OG des patients ;
4. Évaluer la corrélation entre la CMM et l'OG ;
5. Évaluer la corrélation entre la CMM et la satisfaction ;
6. Évaluer la corrélation entre l'OG et la satisfaction.

### **Critères de jugement secondaires :**

1. Mesure des propriétés psychométriques (coefficient de Cronbach) des scores de CMM et d'OG. Les 2 scores seront mesurés lors d'une enquête téléphonique entre J7 et J10 après la consultation.
2. Mesure de la corrélation entre le score d'observance thérapeutique de Morisky Green et la sous-dimension « observance médicamenteuse » du score d'OG créé pour l'étude ;
3. Mesure de la corrélation entre le score d'observance de Morisky Green et le score d'OG ;

4. Mesure de la corrélation entre le score de CMM et le score d'OG ;
5. Mesure de la corrélation entre le score de CMM et le score satisfaction ;
6. Mesure de la corrélation entre le score d'OG et le score de satisfaction.

**Critères d'inclusion principaux :** majeur, ou responsable légal accompagnant un mineur âgé de 15 ans et 3 mois ou plus, lettré, ayant consulté dans un des services d'urgence pour une des pathologies choisies (entorse de cheville ou pyélonéphrite aigue) et pouvant être joint par téléphone dans les dix jours qui suivent.

**Nombre total de sujets à inclure :** 200 pour obtenir une précision suffisante dans l'étude descriptive des objectifs principaux (IC95% de l'ordre de  $\pm 5\%$ )

**Durée totale de l'étude :** 4 mois

**Durée de l'étude par sujet :** 7 à 10 jours

## **I. JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE, INTÉRÊT ET CONTEXTE GENERAL**

La loi HPST (Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires) (1) instaure l'obligation de développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé. Selon l'article 59 de cette loi, le DPC a pour objectifs « l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ».

Plus particulièrement, l'arrêté du 26 février 2013 fixe deux orientations nationales particulières pour l'année 2013 :

- « contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients » (via notamment « la connaissance de l'état de santé de la patientèle » et « les programmes d'études cliniques et épidémiologiques visant à évaluer des pratiques »)
- « contribuer à l'amélioration de la relation entre professionnels de santé et patients » (via notamment « le développement de l'information et de l'autonomie du patient ; » et avec des DPC ayant pour objectif « de favoriser le bon usage et l'observance des traitements » ; ainsi que « la formation à la relation professionnel de santé-patient ou au partenariat soignant-soigné. »)

Il n'est pas étonnant que ces deux concepts d'observance thérapeutique (OT) et de communication médecin-malade (CMM) soient à l'ordre du jour des objectifs nationaux de Santé Publique.

En effet, concernant l'OT, selon Haynes « [elle] se définit par l'importance avec laquelle les comportements (en termes de prise de médicaments, de suivi de régime ou de changements de mode de vie) d'un individu coïncident avec les conseils médicaux ou de santé » (3). L'évaluation de l'observance a fait le sujet de nombreuses publications récentes. Améliorer l'observance est une des actions permettant d'atteindre l'un des objectifs principaux des soignants : l'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie des patients (4). Pour l'OMS « Optimiser l'observance médicamenteuse aurait plus d'impact en terme de santé mondiale que le développement de nouveaux médicaments »(5).

L'importance de l'OT a été soulignée, par l'OMS notamment, pour les maladies chroniques principalement (6). Qu'il s'agisse de pathologie aigue ou chronique, il est pourtant essentiel que tous les patients puissent comprendre et connaître la pathologie et le traitement qui les amènent à consulter (7,8,9).

De plus, la « non observance » a de nombreuses conséquences au niveau médical et économique (4,10).

L'observance est donc une dimension importante qui reflète le comportement du patient en termes de suivi des prescriptions médicamenteuses et des conseils hygiéno-diététiques et ainsi qui est un des reflets de la qualité d'une consultation.

Cependant l'observance est un « phénomène instable, dynamique et modifiable » (11). De nombreux facteurs l'influençant ont été identifiés. L'OMS en répertorie 5 classes, dont ceux liés au système de soins qui comprennent la qualité de la relation thérapeutique (5). De même pour de nombreux psychologues en santé (12), c'est la communication médecin-malade au cours de la consultation qui est cruciale dans la formation de l'observance ou de l'inobservance (11). En effet différents paramètres entrent en compte : la délivrance de l'information et la compréhension de celle-ci par le patient ainsi que la dimension affective de la relation. « Le sentiment d'être compris et informé améliore la compliance » (13). Les relations thérapeutiques « pauvres » seraient un facteur de non adhésion (4, 14, 15,16).

Pouvoir évaluer ces deux paramètres (OT et CMM) facilement, nous paraît donc crucial dans une démarche de DPC, en visant à terme leur amélioration.

Cependant, il n'existe pas dans la littérature de score générique évaluant la communication médecin-malade ni l'observance thérapeutique, pouvant être comparables d'une pathologie à l'autre. Deux scores génériques, un de CMM et un d'observance globale (OG) ont donc été créés à cette fin, par la même équipe de chercheur, lors d'une phase préparatoire (détails dans le protocole).

Notre étude se déroulera en 2 phases dont seule la première phase fait l'objet du présent protocole :

- Une première phase (protocole ci-après) ayant pour objectif d'une part de faire un état des lieux des niveaux de communication médecin malade (CMM),

d'observance globale (OG) et de satisfaction des patients dans un service d'urgences en vue d'améliorer les pratiques ; et d'autre part, l'évaluation des qualités intrinsèques de ces 2 scores (Coefficient de Cronbach). Ces deux scores ont pour but d'être utilisés comme indicateur de la qualité des pratiques professionnelles pour toute situation clinique.

Nous évaluerons dans le même temps les liens de corrélation entre l'OG, la CMM et la satisfaction des patients à l'état basal, dans un service d'urgences. En effet, si ce lien existe, tout programme visant à l'amélioration de la CMM, permettrait donc de ce fait d'améliorer l'OG.

- Puis un deuxième projet (lancement prévu pour l'hiver 2014), aura pour objectif d'évaluer l'amélioration des pratiques professionnelles par l'usage de deux Fiches d'Information pour les Patients (entorse de la cheville et pyélonéphrite aigue) dans un service d'urgences. Il s'agira d'une étude de type avant/après qui aura pour but de mesurer l'impact sur la CMM, l'OG et la satisfaction des patients de ces deux FIP délivrées en complément de l'information orale, au cours de la consultation. Notre projet actuel permettra de décrire les différents scores, de les améliorer en cas de redondance d'information et de justifier précisément les hypothèses du deuxième projet interventionnel de type avant-après.

En effet, l'utilisation de Fiches Information Patient (FIP) est d'usage courant et est l'une des pistes actuelles dans l'amélioration globale des soins ainsi qu'en éducation thérapeutique (17). Notre postulat est que la distribution d'une information écrite (les FIP), délivrée en complément de l'information orale, dans des situations très courantes (les consultations aux Urgences pour des pathologies aiguës et nécessitant une prise en charge médicamenteuse et non-médicamenteuse), permettrait d'améliorer la CMM et l'OG. Si un lien de corrélation était établi entre les deux, il suffirait alors de mesurer isolément la CMM pour obtenir un reflet de la qualité de la prise en charge.

Les FIP que nous utiliserons sont issues d'un premier travail, débuté à l'université de médecine de Grenoble en 2007 (18, 19) qui avait permis d'élaborer une méthodologie d'aide à la réalisation de fiches d'information patient (FIP) puis 125 FIP concernant des pathologies ou des situations courantes en soins primaires.

Enfin, ce sont les spécificités d'un service d'Urgences qui nous ont conduits à choisir un tel service pour la réalisation de cet axe de recherche. En effet, la rapidité des consultations, la nécessité de prendre en charge « l'urgence » et non les « petits-bobos », le peu de temps de communication et d'échange possible entre le médecin et le patient, le temps d'attente, le manque de confidentialité dans la plupart des cas et surtout le problème de l'engorgement des services d'Urgences en France (20,21,22), sont autant de paramètres qui nous ont semblé rendre d'autant plus justifiés cette étude puis l'usage des FIP.

## **II. OBJECTIF DE L'ETUDE**

### **II.1. Objectif principal :**

Faire un état des lieux des niveaux de communication médecin malade (CMM), d'observance globale (OG) et de satisfaction des patients dans deux services d'urgences en vue d'améliorer les pratiques.

### **Critère de jugement principal :**

Mesure du score de CMM, d'OG et de la satisfaction des patients au décours d'une consultation dans deux services d'urgences (pour entorse de cheville et pyélonéphrite aiguë). Les 2 scores seront mesurés lors d'une enquête téléphonique entre J7 et J10 après la consultation.

### **II.2. Objectifs secondaires :**

1. Évaluer les propriétés psychométriques des scores de CMM et d'OG créés pour l'étude ;
2. Évaluer la corrélation entre l'observance thérapeutique de Morisky Green et la sous dimension « observance médicamenteuse » du score d'OG créé pour l'étude ;
3. Évaluer la corrélation entre l'observance de Morisky et l'OG des patients ;
4. Évaluer la corrélation entre la CMM et l'OG;
5. Évaluer la corrélation entre la CMM et la satisfaction ;
6. Évaluer la corrélation entre l'OG et la satisfaction.

### **Critères de jugement secondaires :**

1. Mesure des propriétés psychométriques (coefficient de Cronbach) des scores de CMM et d'OG.
2. Mesure de la corrélation entre le score d'observance thérapeutique de Morisky Green et la sous-dimension « observance médicamenteuse » du score d'OG créé pour l'étude ;
3. Mesure de la corrélation entre le score d'observance de Morisky Green et le score d'OG ;
4. Mesure de la corrélation entre le score de CMM et le score d'OG ;
5. Mesure de la corrélation entre le score de CMM et le score satisfaction ;
6. Mesure de la corrélation entre le score d'OG et le score de satisfaction.

## **III. CONCEPTION DE LA RECHERCHE**

### **III.1. Type d'étude**

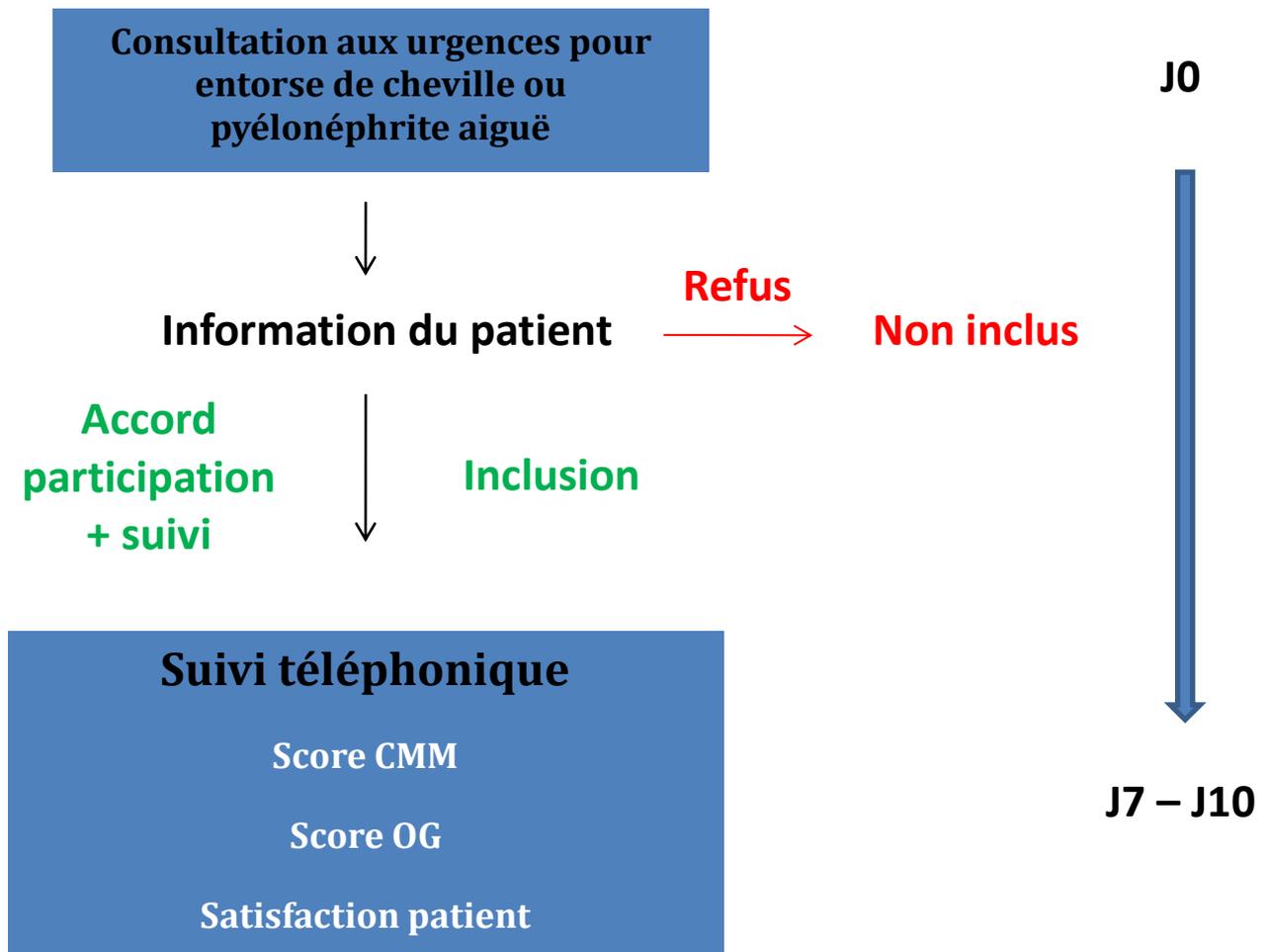
- Étude observationnelle
- Étude multicentrique
- Étude prospective à partir de données déclaratives

### **III.2. Organisation générale de l'étude**

#### **III.2.1. Schéma expérimental**

Enquête par questionnaire téléphonique avec mesure unique à J7-10 pour les 2 situations cliniques.

Pendant la période d'inclusion, lorsqu'un patient consultait dans 1 des services d'urgences, pour une des 2 situations suivantes : entorse de cheville ou pathologie infectieuse, le médecin investigateur lui proposait de participer à l'étude et lui remettait le formulaire d'information et de non-opposition, expliquant le déroulement et l'intérêt de celle-ci.



### **III.2.2. Déroulement pratique de l'étude**

#### ***III.2.2.1. Phase préparatoire d'élaboration des questionnaires***

Afin de pouvoir évaluer l'observance thérapeutique ainsi que la CMM, avec des scores pouvant être comparables d'une pathologie à l'autre, nous avons créé, lors d'une première phase, des scores d'observance globale et de CMM génériques, communs à toutes les pathologies (et non un score spécifique à chaque pathologie, comme existant dans la littérature).

##### ***III.2.2.1.1. Le score d'observance***

Il comprend 2 grandes parties :

- *La première partie A/ du questionnaire correspond au score d'observance thérapeutique de Morisky-Grenn (23)*

Il s'agit d'un score validé, adapté à la langue Française et utilisé pour l'hypertension artérielle, très utilisé (il est la référence en matière de pathologies chroniques et est en ligne sur le site de la Sécurité Sociale pour permettre aux médecins d'évaluer l'observance de leurs patients).

Ce score n'a pas été utilisé en situation aiguë sous sa version initiale. Il a donc d'abord été modifié, en adaptant les questions dans le contexte de la situation aiguë par un comité d'experts restreint (Pr JL Bosson, Dr M Sustersic, Dr A Gauchet). Le score reste inchangé sur le fond avec les 6 mêmes questions et la même définition d'un patient non-observant (score  $\geq 3$ ).

- *La deuxième partie B/ correspond au score d'OG nouvellement créé.*

Étant donné qu'il n'existe pas dans la littérature de score générique d'observance concernant les pathologies aiguës, ni de score évaluant à la fois les aspects médicamenteux et non médicamenteux de l'observance pour les pathologies aiguës, nous avons donc élaboré, un nouveau score composite. Nous nous sommes appuyés sur divers questionnaires dont un score validé utilisé dans l'évaluation de l'observance au traitement du VIH par anti-rétroviraux (13), le SATMED-Q (24) et des questionnaires de l'AHRQ (25).

Nous appellerons le score d'observance nouvellement créé, score d'observance global (OG) par opposition au score d'observance médicamenteuse de Morisky Green ou au concept d'OT défini précédemment. Ce score d'OG comprend 4 sous-dimensions :

- l'observance des prescriptions médicamenteuses (même cible que le score de Morisky Green) ;
- l'observance des prescriptions autres que médicamenteuses (examens complémentaires) ;
- l'observance des règles hygiéno-diététiques ;
- le comportement en termes de consommation de soins (reconsultations...).

Nous mesurons le score de Morisky-Green en première partie, afin de nous appuyer sur un score validé. En effet, si cette deuxième partie, c'est-à-dire notre score d'OG nouvellement créé, s'avère corrélée à la première partie, nous pourrions donc par la suite utiliser le score d'OG de façon autonome, sans avoir à utiliser le score de Morisky-Green.

#### *III.2.2.1.2. Le score de communication médecin-malade:*

Son élaboration a fait l'objet d'une étude préliminaire, menée par la même équipe de chercheurs (médecins, statisticiens, psychologues de la santé, pharmaciens, internes en médecine, et étudiants en psychologie). Une revue de la littérature concernant les différents scores et échelles existants a été effectuée. À partir de ces échelles ont été

extraits les items pertinents pour évaluer la CMM (annexe 3 : Méthodologie d'élaboration du score de CMM), ce qui a donné lieu à un nouveau questionnaire de CMM (annexe 2).

*III.2.2.1.3. Le questionnaire général : données sociodémographiques et score de satisfaction*

Il a été élaboré pour permettre d'éliminer certains biais dus aux données sociodémographiques et de réaliser des analyses en sous-groupes.

De plus l'analyse de la satisfaction des patients (de façon globale et sur certains détails de la prise en charge) lors de leur passage aux urgences est indispensable pour permettre la validation des modifications de pratiques professionnelles.

Il sera ainsi recherché des liens de corrélation entre satisfaction et CMM ou OG.

**III.2.2.2. *Recrutement des investigateurs***

Prise de contact avec le cadre administratif et le médecin chef du service des Urgences de la Clinique Mutualiste de Grenoble pour leur présenter le projet, ainsi qu'avec le cadre administratif et le médecin chef du service des Urgences du Centre Hospitalier de Chambéry.

Puis courte formation et remise d'une lettre explicative sur l'étude aux médecins urgentistes susceptibles de participer à l'inclusion des patients.

**III.2.2.3. *Inclusion des patients***

Pendant la période d'inclusion, lorsqu'un patient consultera pour une des 2 situations suivantes : entorse de cheville ou pyélonéphrite aiguë, le médecin investigateur lui proposera de participer à l'étude et lui remettra le formulaire d'information et de non-opposition, expliquant le déroulement et l'intérêt de celle-ci. S'il est d'accord, les médecins rempliront, pour chaque patient, une fiche d'inclusion qui sera récupérée par les coordonnateurs de l'étude sur place, dans un délai maximum de 3 jours. Cette fiche contiendra tous les éléments d'identification nécessaires à un suivi de qualité. Ces données nominatives ne seront pas informatisées ; elles serviront uniquement au suivi téléphonique et seuls les résultats seront intégrés à la base de données de façon anonyme.

En cas de refus de participer à l'étude, la case refus de participation sera cochée sur la fiche d'inclusion qui sera remplie le jour de la consultation et récupérée également par les coordonnateurs dans un délai maximum de 3 jours suivant la consultation.

#### **III.2.2.4. Enquête téléphonique**

Entre 7 et 10 jours après la consultation du patient aux urgences, nous l'interrogerons par téléphone à l'aide du questionnaire général et des questionnaires des scores d'OG et de CMM.

S'il n'est pas joignable la première fois, nous tenterons de le joindre à nouveau 2 fois (nous lui aurons demandé au préalable, lors de l'inclusion, sur quelle plage horaire il désire être contacté). En dernier recours nous appellerons un de ses proches (uniquement si celui ou celle-ci est une personne de confiance, au sens du Code de la Santé Publique, préalablement identifiée par le patient avant l'inclusion.) En cas d'échec le patient sera considéré comme perdu de vue.

#### **III.2.3. Procédures d'investigation menées et différences par rapport à la prise en charge habituelle**

Aucune différence par rapport à la prise en charge habituelle. Seul un contact téléphonique avec le patient est prévu. Une lettre d'information lui demandant son autorisation lui sera remise.

La procédure d'appel téléphonique du patient entre J7 et J10 est la suivante :

- L'appelant se présentera par son nom et demandera à parler au participant, sans préciser le motif de l'appel à un tiers.
- Puis il se présentera au participant par son nom, son affectation, et fera référence à l'étude, après s'être assuré qu'il s'agit bien du patient lui-même.

#### **III.2.4. Tableau synoptique**

Phase préparatoire de 6 mois	Élaboration des questionnaires Prise de contact et formation brève des médecins investigateurs
------------------------------	---

J0	Consultation aux urgences et inclusion ou non du patient
J0 à J7	Retour du patient à domicile
J7 à J10	Appel du patient et enquête téléphonique avec questionnaire élaboré, recueil de données
M2-M4	Analyses statistiques des résultats et interprétation

## **IV. POPULATION ÉTUDIÉE**

### **IV.1. Modalités de recrutement des sujets**

Patient majeur, ou responsable légal d'un mineur âgé de 15 ans et 3 mois ou plus, qui consulte au service des Urgences de la Clinique Mutualiste de Grenoble pour l'une des 2 pathologies suivantes : l'entorse de cheville ou la pyélonéphrite aiguë.

### **IV.2. Critères d'inclusion**

Seront proposés pour l'étude les sujets répondant à chacun des critères suivants :

- Patient majeur
- Ou responsable légal d'un mineur (âgé de 15 ans et 3 mois ou plus), consultant pour la pathologie de l'enfant
- Patient pouvant être joint par téléphone dans les 7 à 10 jours qui suivent.

### **IV.3. Critères d'exclusion**

Ne pourront pas être inclus les sujets répondant à au moins un des critères suivants :

- Patient analphabète
- Patient refusant le suivi téléphonique
- Patient porteur d'une déficience visuelle ou auditive
- Patient non francophone
- Personne privée de liberté par décision judiciaire ou administrative, personne faisant l'objet d'une mesure de protection légale.

## **V. CHOIX DES PATHOLOGIES**

Le nombre de 2 pathologies paraît être un bon compromis entre l'exhaustivité (évaluation de 2 situations cliniques aiguës différentes : l'une concernant de la traumatologie et l'autre la médecine infectieuse) et la faisabilité de l'étude.

Nous avons choisi 2 pathologies fréquemment rencontrées dans des services d'urgences et pour lesquelles la prise en charge et les conseils donnés sont doubles : médicamenteux et non médicamenteux (règles hygiéno-diététiques et proposition d'un suivi et d'examens complémentaires), afin que les deux versants de l'observance thérapeutique puissent être évalués.

## **VI. VARIABLES MESURÉES ET MÉTHODES DE MESURE**

Réponses aux questionnaires lors de l'enquête téléphonique entre J7 et J10 suivant l'inclusion et calcul des scores.

- Score d'observance: Le score d'observance médicamenteuse selon Morisky est coté de 0 à 5. Le score d'observance globale proposé par notre équipe comprend 4 sous-dimensions cotées chacune de 1 à 4 selon une échelle de Likert. Le score étant est la médiane des sous-dimensions ramenée à 1.
- Score de communication médecin-malade coté sur 60 points
- Mesure des propriétés intrinsèques (coefficient de Cronbach) et extrinsèques des scores d'observance et de CMM
- Score de satisfaction : calculé à partir des questions 6 à 10 du questionnaire général, afin d'obtenir un score total coté sur 20 points (échelle de Likert de 1 à 4).
- Test de corrélation entre le score de communication médecin-malade, le score d'observance global et le score de satisfaction.

## **VII. RECUEIL ET GESTION DES DONNÉES**

### **VII.1. Les données nominatives**

Les informations concernant les patients inclus seront recueillies par l'investigateur et notées sur la fiche d'inclusion: nom, prénom et coordonnées téléphoniques.

Pour chaque patient, un code d'identification est construit : il correspond aux 2 premières lettres de son nom suivies de la première lettre de son prénom.

Les coordonnateurs récupéreront l'ensemble des fiches à la Clinique Mutualiste, dans un délai maximum de 3 jours suivant la consultation.

Ceux-ci serviront à contacter les patients et seront archivés dans un dossier spécifique au protocole, qui constituera les données sources.

Les données nominatives ne donneront lieu à aucun traitement informatisé.

Seuls les codes d'identification des patients seront utilisés pour le traitement informatique des données de l'enquête téléphonique.

## **VII.2. Les questionnaires**

Les données sont collectées au moyen d'une enquête téléphonique, menée par les coordonnateurs : Amélie DUVERT et Laure GONNET, internes de médecine générale en fin de cycle. Le support utilisé correspond à des questionnaires (annexes 1, 2, et 4), ils seront remplis au cours de l'appel téléphonique.

## **VIII. ANALYSE STATISTIQUE DES PARAMÈTRES MESURÉS**

### **VIII.1. Calcul du nombre de sujets**

L'objectif est l'obtention d'un minimum de 75 questionnaires remplis par pathologie. Étant donné que nous testons 2 fiches, il faudra 150 questionnaires.

Pour obtenir 150 questionnaires, avec un nombre de perdus de vue estimé à 25%, il faudra inclure 200 patients soit 100 par pathologie.

### **VIII.2. Responsables des analyses**

- Rédacteur du plan d'analyse statistique : Professeur J-L Bosson
- Personnes chargées de réaliser l'analyse : les coordonnateurs, Amélie DUVERT et Laure GONNET

### **VIII.3. Lieu d'analyse des données et logiciels utilisés**

Centre d'Investigation Clinique du CHU de Grenoble.

Les données seront saisies via une interface de saisie ad hoc. Un contrôle qualité sur 100 % des données et 10% des individus sera effectué.

L'analyse statistique et l'archivage de la base de données (après procédure de gel de base) se fera sous la responsabilité du Professeur Jean Luc Bosson. L'analyse statistique se fera avec le logiciel STATA Version 10 OSX (StataCorp LP 4905 Lakeway Drive College Station, Texas 77845 USA).

#### **VIII.4. Méthode d'analyse des données**

L'analyse descriptive porte sur l'ensemble des variables recueillies. Elle utilisera les descripteurs visuels (nombre et fréquence pour les variables quantitatives, médiane et inter quantité pour les variables continues). Les tests statistiques de corrélation entre scores seront faits avec le risque d'erreur de première espèce usuel  $\alpha = 0.05$ . Les critères principaux seront mesurés avec calcul de l'intervalle de confiance à 95%.

Pour chaque score une ACP et le calcul du coefficient de Cronbach permettront de caractériser ces scores.

### **IX. CALENDRIER PRÉVISIONNEL DE L'ÉTUDE**

- Durée de la phase préparatoire : élaboration des questionnaires : printemps – été 2013
- Durée de l'étude par patient : 7 à 10 jours
- Durée totale de l'étude : 4 mois
- Date prévue pour le début des inclusions : novembre 2013
- Date prévue pour la fin des inclusions : janvier 2014
- Date prévue pour la fin de l'étude : février 2014
- Date prévue pour la phase secondaire de l'étude (Évaluation de l'impact des FIP sur la CMM et l'OG) : année 2014

### **X. ARRÊT PRÉMATURÉ DE L'ÉTUDE**

#### **X.1. Critères d'arrêt de l'étude pour un sujet qui y participe**

- Sujet non joignable après 3 essais de contact téléphonique
- Sujet refusant de répondre au questionnaire
- Sujet décédé

#### **X.2. Arrêt de l'étude par le coordonnateur**

Lorsque le coordonnateur aura reçu un maximum de 100 fiches d'inclusion pour une pathologie donnée, les investigateurs seront avertis de l'arrêt de l'inclusion pour cette pathologie, afin d'assurer la représentativité des deux situations.

#### **X.3. Arrêt de l'étude par l'investigateur**

En cas d'impossibilité d'effectuer le protocole, l'investigateur peut arrêter l'étude en accord avec le coordonnateur.

## **XI. ASPECTS MATÉRIELS ET LÉGAUX**

### **XI.1. Information du patient**

Conformément aux Bonnes Pratiques Cliniques et aux dispositions légales en vigueur, tout sujet présélectionné sera préalablement informé par l'investigateur des objectifs de l'étude, de sa méthodologie, de sa durée, de ses contraintes. Il sera notamment précisé au patient qu'il est entièrement libre de refuser de participer à l'étude à tout moment sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait. Un document résumant les renseignements donnés par l'investigateur lui sera remis (annexe 6).

### **XI.2. Secret professionnel, confidentialité**

L'investigateur sera tenu au respect du secret professionnel. Les données recueillies, y compris les résultats des analyses, seront rendues anonymes par tout moyen approprié. Les coordonnateurs seront soumis aux mêmes obligations de secret professionnel que les investigateurs.

Le présent document et ses annexes seront remis aux investigateurs à titre confidentiel et ne devront être remis ou communiqués qu'aux personnes nommément impliquées dans l'essai avec l'accord ou à la demande du coordonnateur.

### **XI.3. Financement de l'étude**

Aucun financement.

Soutien méthodologique et statistique du CIC du CHU de Grenoble.

### **XI.4. Comité d'éthique**

Cette étude est observationnelle, évaluation de pratiques sans procédure particulière de surveillance (le suivi téléphonique n'étant pas considéré comme interventionnel pour le patient). La soumission à une CPP et à l'autorité compétente n'est donc pas requise.

Un avis éthique consultatif favorable a été obtenu le 31/10/2013 (CECIC Rhône-Alpes-Auvergne, Clermond-Ferrand, IRB 5891). Le CECIC examine et donne un avis consultatif concernant l'aspect éthique de la conduite d'un protocole à la condition que celui-ci ne relève pas de la loi française sur la recherche biomédicale.

### **XI.5. Amendements au protocole**

Toute modification substantielle du protocole fera l'objet d'un amendement soumis pour avis au CECIC.

#### **XI.6. Anonymat des sujets participant à l'étude**

Les questionnaires remplis ne porteront que les initiales du patient (deux premières lettres du nom et la première lettre du prénom) et un numéro d'anonymat. Seul ce numéro sera informatisé.

#### **XI.7. Publications**

Toutes les données recueillies au cours de cette étude sont la propriété du promoteur de l'étude et ne peuvent être communiquées en aucun cas à une tierce personne sans l'accord écrit de l'investigateur.

Toute publication ou communication (orale ou écrite) sera décidée d'un commun accord entre les investigateurs et respectera les recommandations internationales: "Uniforms Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals"

#### **XI.8. Archivage**

L'ensemble des dossiers de l'étude sera archivé pour une durée de 15 ans, sous la responsabilité des coordonnateurs.

Le protocole signé et les fiches d'inclusion devront être conservés par les investigateurs pendant la durée minimale de 15 ans à compter de la fin de l'étude.

Les coordonnateurs organiseront, le stockage dans des locaux appropriés les documents suivants :

- Protocole avec annexes, amendements.
- Fiches d'inclusion et questionnaires (originaux) avec documents annexes.
- Toutes les pièces administratives et correspondances liées à l'étude.
- Rapport d'étude.

## **XII. DATE ET SIGNATURES**

Ce protocole a été lu et approuvé à la date notée en en-tête

### **Investigateurs coordonnateurs signataires**

Dr Mélanie SUSTERSIC

Pr Jean-Luc BOSSON

### **Investigateurs coordonnateurs**

Amélie DUVERT

Laure GONNET

### **XIII. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

1. Loi HSPT Article 59 - Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
2. Arrêté du 26 février 2013 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour l'année 2013
3. Haynes R.B, Taylor D.W et Sackett D.L. Compliance in Health Care. 1979. MD: Johns Hopkins University Press, Baltimore: 1-15
4. Baudrant M. Réflexions sur la place du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient. Journal de pharmacie clinique. 2008;27(4):201-4.
5. World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies, evidence for action. Geneva.
6. Rapport de l'OMS-Europe de 1998 : Therapeutic patient education. Continuing education programmes for health care. Providers in the field of prevention of chronic diseases. World Health Organization. 1998, 77 p
7. Haute Autorité de Santé (HAS) et Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) : "Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques", 2007.
8. Article 35 du code de Déontologie
9. Article R.4127-35 du Code de Santé Publique
10. Wu, E. Q., Guerin, A., Yu, A. P., Bollu, V. K., Guo, A., & Griffin, J. D. (2010). Retrospective real-world comparison of medical visits, costs, and adherence between nilotinib and dasatinib in chronic myeloid leukemia. *Curr Med Res Opin*, 26 (12), 2861–2869.
11. Morin M. De la recherche à l'intervention sur l'observance thérapeutique : contributions et perspectives des sciences sociales. L'observance aux traitements contre le VIH/Sida : Mesures, déterminants, évolution. Paris, ANRS
12. Ley P. Improving patients' understanding, recall, satisfaction and compliance. In: Broome A, ed. *Health psychology: processes and applications*, 2e ed. London: Chapman, 1995
13. Tarquinio C., Fischer, G.N. & Grégoire, A. La compliance chez des patients atteints par le VIH : Validation d'une échelle française et mesure de variables psychosociales. *Revue Internationale*, 2000.

14. Fuertes JN, Mislowack A, Bennett J, Paul L, Gilbert TC, Fontan G, et al. The physician-patient working alliance. *Patient Educ Couns.* avr 2007;66(1):29-36.
15. Ciechanowski P, katon W, Russo J et al. The patient-provider relationship: attachment theory an adherence in diabetes. *Am J Psychiatry* 2001;158:29-35
16. Rainer S. Beck et al. Physician Patient Communication in the Primary Care Office: A Systematic Review. *JABFP* January–February 2002 Vol. 15 No. 1
17. Kennedy A, Nelson E, Reeves D, Richardson G, Roberts C, Robinson A, et al. A randomised controlled trial to assess the impact of a package comprising a patient-orientated, evidence-based self-help guidebook and patient-centred consultations on disease management and satisfaction in inflammatory bowel disease. *Health Technol Assess.* 2003;7(28):iii, 1-113.
18. Sustersic M, Meneau A, Dremont R, Bosson J-L. Fiches d'information patient : quelle méthodologie ? *La Revue du praticien. Médecine générale.* 2007 Déc 4;790:1167-68.
19. Sustersic M, Meneau A, Bosson JL; Elaboration de fiches d'information pour les patients en médecine générale. supplément- *Rev du Prat* 2008; 58.
20. Southall AC, Harris VV. Patient ED turnaround times: a comparative review. *Am J Emerg Med.* mars 1999;17(2):151-153.
21. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières, rapport d'une enquête de la DREES en ligne sur [www.sfm.ucl.ac.uk/documents/ressources/referentiels/er215.pdf](http://www.sfm.ucl.ac.uk/documents/ressources/referentiels/er215.pdf)
22. Thèse de médecine générale : Parcours de soins et motifs de recours aux urgences hospitalières en ligne sur [www.bichat-larib.com/publications.../3327\\_MEUNIER\\_Laure\\_these.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.../3327_MEUNIER_Laure_these.pdf)
23. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich).* mai 2008;10(5):348-354.
24. Ruiz MA, Pardo A, Rejas J, Soto J, Villasante F, Aranguren JL. Development and validation of the « Treatment Satisfaction with Medicines Questionnaire » (SATMED-Q). *Value Health.* oct 2008;11(5):913-926.
25. Care Coordination Measures Atlas [Internet]. 2011 [cité 10 sept 2013]. Disponible sur: <http://www.ahrq.gov/professionals/systems/long-term-care/resources/coordination/atlas/index.html>

## ANNEXE E

### Lettre d'information aux médecins investigateurs

**Cher confrère,**

Nous vous remercions de participer à cette étude, qui a plusieurs objectifs :

1/ Première étape (Hiver 2013) :

- Faire un **état des lieux des niveaux de satisfaction des patients, de communication médecin-malade, et d'adhérence globale** dans un service d'urgences ;
- Valider deux scores (communication médecin-malade et adhérence globale) génériques, dans le but ensuite de pouvoir les utiliser comme outil d'évaluation de la qualité de toute consultation.

2/ Deuxième étape (Courant 2014) visant à améliorer la prise en charge des patients, à l'aide d'un outil : les **Fiches Information Patients (FIP)**.

- Évaluer la faisabilité de l'usage de ces FIP dans un service d'urgence ;
- Évaluer leur impact sur la communication médecin-malade et l'observance thérapeutique.

Cette étude s'inscrit ainsi dans une démarche **d'Évaluation des Pratiques Professionnelles et de Développement Professionnel Continu**, qui est rendu obligatoire par la loi HPST du 21 Juillet 2009.

Durant cette période, nous vous remercions de bien vouloir nous aider en suivant la démarche ci-dessous :



#### **Patient répondant aux critères d'inclusion :**

Patient majeur lettré ou responsable légal d'un mineur  $\geq 15$  ans et 3 mois, joignable par téléphone dans les dix jours qui suivent,

Consultant pour : ***Entorse de Cheville ou Pathologie infectieuse nécessitant une antibiothérapie de durée limitée, excluant une prise en charge chirurgicale***

Explication brève de l'étude au patient + Remise du « Formulaire d'information et non opposition » (par l'IOA ou vous-même) et de la « Fiche d'inclusion »  
Consultation Habituelle

**ACCORD** du patient pour participer à l'étude et être contacté par téléphone

**REFUS** du patient pour participer à l'étude et/ou être contacté par

#### **INCLUSION :**

Le patient remplit le formulaire

#### **NON-INCLUSION :**

Le patient coche la case « REFUS » et ne remplit PAS les données nominatives sur le

- **Mettre la fiche dans la corbeille prévue à cet effet**

Vous recevrez bien sûr les résultats de cette étude.

Si vous avez la moindre interrogation, vous pouvez nous joindre au 06 64 36 42 77 (Laure), ou au 06 72 31 23 94 (Amélie).

Merci encore pour votre participation à cette étude.

Laure GONNET et Amélie DUVERT (internes en Médecine Générale)

## **FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE NON-OPPOSITION**

*Document constitué en application du Code de Santé Publique.*

Madame, Monsieur,

Vous consultez les urgences ce jour pour une entorse de cheville ou une infection [barrer la mention non applicable].

Nous vous proposons de participer à une recherche médicale dont le but est d'évaluer la qualité des consultations aux urgences, notamment en termes de communication médecin-malade, et de satisfaction des patients. Les résultats de cette recherche pourraient nous aider, par des fiches d'information destinés aux patients, à améliorer ces points dans le futur.

### **Déroulement de l'étude :**

Le médecin que vous avez rencontré lors de votre consultation ce jour, vous a prescrit un traitement et/ou des conseils à suivre.

Vous serez ensuite contacté(e) par téléphone dans une dizaine de jours par un des médecins coordonnateurs de l'étude. Cela durera une dizaine de minutes. Cet appel téléphonique garantit le secret médical. En cas de répondant intermédiaire, aucune information médicale ne sera donnée.

Votre participation ne modifie en rien les pratiques médicales vous concernant (examens, traitements).

Afin de pouvoir vous joindre, nous avons besoin de vos coordonnées. Nous vous demandons également les coordonnées d'une personne de confiance, si vous en avez désigné une, pour permettre aux coordonnateurs d'effectuer l'enquête si vous-même n'êtes pas en mesure de répondre.

### **Confidentialité des données vous concernant :**

Dans le cadre de cette étude les règles usuelles de confidentialité seront respectées.

Les données médicales, vous concernant, seront centralisées dans un fichier informatique à des fins de traitement statistique. Elles resteront strictement confidentielles. Ces données seront transmises au Centre d'Investigation Clinique du CHU de Grenoble ou aux personnes agissant pour son compte.

Suite à l'enquête téléphonique, vos coordonnées personnelles seront détruites. Vos réponses resteront anonymes. Elles se verront attribuer un code comportant un numéro et les initiales de votre nom et prénom, qui lui seul sera informatisé.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission de vos données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées et traitées dans le cadre de cette recherche, en contactant les médecins coordonnateurs de l'étude nommés ci-dessous.

Vous avez bien sûr le droit de refuser de participer à cette recherche, il vous suffit de remplir le bas de ce document et de le remettre au médecin qui vous prend en charge, ce refus ne changera en rien vos relations avec les médecins. Vous avez en outre la possibilité de vous y opposer à tout moment pour la raison de votre choix, sans encourir aucune responsabilité, sans atteinte à la qualité des soins que vous recevrez ultérieurement.

En coopérant à cette enquête, vous participerez à la recherche médicale. Vous aidez les médecins français à utiliser de nouveaux moyens d'information et nous vous en remercions.

Je soussigné(e) Mme, Mr.....

Ne souhaite pas participer à l'étude « État des lieux dans un service d'Urgence dans un but d'Amélioration des Pratiques Professionnelles ».

Aucune donnée concernant mon dossier médical ne sera prise en compte pour l'étude. J'ai bien compris que le fait de ne pas participer à l'étude ne changera en rien la façon dont je serai prise en charge.

Fait le ....., à .....

Signature :

*Nous vous remercions pour votre participation à cette étude*

**DUVERT Amélie et GONNET Laure**  
**Internes en Médecine Générale**  
**Coordonnateurs de l'étude**



**FICHE d'INCLUSION**

(à remettre dans la corbeille prévue à cet effet)

**Date de la consultation d'inclusion :**

**Refus de contact téléphonique :**

(si case cochée, ne pas remplir les données nominatives)

**Données nominatives du patient (non informatisées) ou du responsable légal si mineur**

Nom :

Prénom :

Sexe :

Téléphone fixe patient: /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

Téléphone portable patient : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

Téléphone d'un proche (désigné comme personne de confiance) : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/  
/\_/\_/\_/\_/\_/\_/ (précisez : voisin, parent...)

**Jour de la semaine et créneaux horaires préférés par le patient pour être contacté :**

**Code d'identification du patient :**

2 premières lettres du nom du patient : /\_/\_/\_/

Première lettre du prénom du patient : /\_/\_/

**Pathologie concernée (entourer la mention utile)**

- Entorse de cheville
- Pyélonéphrite aigue
- Autre pathologie infectieuse : .....

## ANNEXE H

### **Définition des catégories socio-professionnelles utilisées : selon la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles de l'INSEE 2003**

- 1 : agriculteurs et exploitants
- 2 : artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- 3 : cadres et professions intellectuelles supérieures
- 4 : professions intermédiaires
- 5 : employés
- 6 : ouvriers
- 7 : retraités
- 8 : autres personnes sans activité professionnelle

Lors de l'analyse statistique, les groupes étant d'un effectif trop faible pour réaliser des analyses, nous avons regroupé les catégories, selon un choix qui nous paraissait le plus cohérent possible (sans tenir compte des disparités d'effectifs entre les groupes) :

- 1+2 = professions indépendantes
- 3+4 = professions supérieures et intermédiaires
- 5+6 = employés et ouvriers
- 7+8 = sans activité professionnelle

**RÉSULTATS COMPLÉMENTAIRES****Tri à plat des réponses au score de Morisky**

Question 1) Depuis la consultation, avez-vous oublié de prendre vos médicaments ?

AG A_1	Fréquence	Pourcentage
Oui = 0	21	14,1
Non = 1	128	85,9
Total	149	100,0

Question 2) Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament (vous n'êtes pas allé les chercher à la pharmacie ou n'en aviez pas assez) ?

AG A_2	Fréquence	Pourcentage
Oui = 0	6	4,0
Non = 1	143	96,0
Total	149	100,0

Question 3) Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec du retard par rapport à l'heure souhaitée ?

AG A_3	Fréquence	Pourcentage
Oui= 0	32	21,5
Non= 1	117	78,5
Total	149	100,0

Question 4) Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours votre mémoire vous fait défaut ?

AG A_4	Fréquence	Pourcentage
Oui= 0	4	2,7
Non= 1	145	97,3
Total	149	100,0

Question 5) Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que vous aviez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?

AG A_5	Fréquence	Pourcentage
Oui= 0	14	9,4
Non= 1	135	90,6
Total	149	100,0

Question 6) Pensez-vous que vous avez eu trop de traitements à prendre ?

AG A_6	Fréquence	Pourcentage
Oui= 0	11	7,4
Non= 1	138	92,6
Total	149	100,0

### **Tri à plat des réponses au score d'AG**

Question I. 1) Avez-vous pris l'ensemble du traitement proposé ?

AG B_I_1	Fréquence	Pourcentage
1	13	8,7
2	19	12,8
3	19	12,8
4	98	65,7
Total	149	100,0

Question I. 2) Avez-vous respecté les doses prescrites ?

AG B_I_2	Fréquence	Pourcentage
1	9	6,0
3	6	4,0
4	134	90,0
Total	149	100,0

Question I. 3) Avez-vous respecté les modalités de prises (l'heure, à jeun, avant les repas) ?

AG B_I_3	Fréquence	Pourcentage
1	14	9,4
2	9	6,0
3	16	10,7
4	110	73,9
Total	149	100,0

Question II. 2) Si oui à la question « Votre médecin vous a-t-il prescrit des examens complémentaires et/ou proposé un suivi et/ou orienté chez un spécialiste ? » : les avez-vous réalisés ?

AG_B_II_2	Fréquence	Pourcentage
1	11	11,2
3	7	7,1
4	80	81,7
Total	98	100,0

Question III. 2) Avez-vous appliqué les conseils donnés et/ou modifié certaines habitudes suite à la consultation ?

AG_B_III_2	Fréquence	Pourcentage
2	7	7,9
3	17	19,1
4	65	73,0
Total	89	100,0

Question IV. 2 bis) Selon vous, le fait d'avoir pris un nouvel avis médical ou non, vous paraît-il en accord avec les recommandations de votre médecin ?

AG_B_IV_2bis	Fréquence	Pourcentage
1	1	1,2
2	2	2,5
3	10	12,4
4	68	83,9
Total	81	100,0

### **Score d'AG : descriptif des questions subsidiaires**

Question x-1 : « D'une manière générale, est-ce une décision volontaire de votre part d'avoir pris ou non votre traitement » :

AG_B_I_x1	Fréquence	Pourcentage	
1	4	2,7	// non
2	4	2,7	// plutôt non
3	18	12,1	// plutôt oui
4	123	82,5	// oui tout à fait
Total	149	100,0	

Question x-2 : « D'une manière générale, est-ce une décision volontaire de votre part d'avoir réalisé ou non les examens et le suivi demandés » :

AG_B_II_x2	Fréquence	Pourcentage	
1	4	4,1	// non
2	2	2,0	// plutôt non
3	10	10,2	// plutôt oui
4	82	83,7	// oui tout à fait
Total	98	100,0	

Question x-3 : « D'une manière générale, est-ce une décision volontaire de votre part d'avoir suivi ou non les conseils donnés par votre médecin » :

AG_B_III_x3	Fréquence	Pourcentage	
3	13	14,4	// plutôt oui
4	77	8,6	// oui tout à fait
Total	90	100,0	

Question x-4 : « D'une manière générale, est-ce une décision volontaire de votre part d'avoir suivi ou non les recommandations de votre médecin sur quand reconsulter » :

AG_B_IV_x4	Fréquence	Pourcentage	
2	3	3,8	// plutôt non
3	6	7,5	// plutôt oui
4	71	88,7	// oui tout à fait
Total	80	100,0	

### **Score d'AG : questions concernant l'automédication :**

Question I.4) « Avez-vous pris des médicaments autres que ceux prescrits par votre médecin ? »

AG_B_I_4	Fréquence	Pourcentage
N	124	83,2
O	25	16,8
Total	149	100,0

Question I.4bis) Quels autres médicaments avez-vous pris ?

Question « si oui lesquels »	Fréquences	Pourcentages
AINS	1	4,0
Arnica	3	12,0
Antalgiques de palier supérieur	3	12,0
Antihistaminique car allergie à l'ATB	1	4,0
Antifongique pour mycose suite à l'ATB	1	4,0
Autres ATB suite contrôle ECBU	1	4,0
Antalgique de palier 1 non prescrit	5	20,0
Inhibiteurs de la pompe à protons	2	8,0
Laxatif	1	4,0
Anxiolytique (Prazepam)	1	4,0
Anticoagulant suite TVP	1	4,0
Antidiarrhéique	4	16,0
Homéopathie	1	4,0
Total	25,00	100,0

Question I.4ter) « Est-ce que ces médicaments ont été prescrits par un médecin ? »

AG_B_I_4Ter	Fréquence	Pourcentage
N	15	60,0
O	10	40,0
Total	25	100,0

### Score de satisfaction

Ce score comporte 5 items codés de 1 à 4.

Le score total est la somme des 5 items, il est donc compris entre 5 et 20. Il se répartit de la façon suivante :

médiane      19  
 EI              [16-20]  
 n                156



**Score d'AG selon le score de satisfaction (n=154).** Mediane [EI].  $p = 0.012$

	Score de satisfaction		
	≤ 15	16-19	20
Score AG	0.83 [0.67-1] (n=34)	0.93 [0.83-1] (n=61)	1 [0.83-1] (n=59)

**Score d'AGM selon le score de satisfaction (n=149).** Médiane [EI].  $p = 0.050$

	Score de satisfaction		
	≤ 15	16-19	20
Score AG	0.78 [0.67-1] (n=32)	1 [0.89-1] (n=60)	1 [0.89-1] (n=57)

### **Niveau d'information**

Les réponses à la question « Votre médecin vous a-t-il donné des conseils à respecter ? » (ou « QUOI ») se répartissent de la façon suivante :

AG "quoi"	Fréquence	Pourcentage
<b>Non</b>	66	42,6
<b>Oui</b>	89	57,4
<b>Total</b>	155	100,0

Les réponses à la question « Le médecin vous a-t-il donné des informations sur quand reconsulter ? » ou « QUAND ») se répartissent de la façon suivante :

AG "quand"	Fréquence	Pourcentage
<b>Non</b>	76	49,0
<b>Oui</b>	79	51,0
<b>Total</b>	155	100,0

Parmi les 154 patients avec une réponse disponible aux deux questions précédentes :

- 39 (25,3%) patients n'ont eu aucune des deux informations (niveau 0)
- 63 (40,9%) patients ont eu une seule des deux informations (niveau 1)

- 52 (33,7%) patients ont eu les deux informations (niveau 2)

Score d'AG selon le niveau d'information (n=153). Médiane [EI].  $p = 0.607$

	Niveau d'information		
	0	1	2
Score OG	0.92 [0.67-1] (n=38)	1 [0.8-1] (n=63)	0.91 [0.83-1] (n=52)

Score d'AGM selon le niveau d'information (n=148). Médiane [EI].  $p = 0.642$

	Niveau d'information		
	0	1	2
Score d'AGM	1 [0.67-1] (n=36)	1 [0.78-1] (n=60)	0.89 [0.89-1] (n=52)