

Les obstacles des médecins généralistes à évaluer l'observance thérapeutique : étude qualitative menée par entretiens semi-dirigés

Ségolène Gerbé de Thoré d'Huart

▶ **To cite this version:**

Ségolène Gerbé de Thoré d'Huart. Les obstacles des médecins généralistes à évaluer l'observance thérapeutique : étude qualitative menée par entretiens semi-dirigés. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01430162

HAL Id: dumas-01430162

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01430162

Submitted on 9 Jan 2017

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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 toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

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

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2016 N°53

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

Les obstacles des médecins généralistes à évaluer l'observance thérapeutique : étude qualitative menée par entretiens semi-dirigés

Présentée et soutenue publiquement

le 12 mai 2016

Par

Ségolène GERBÉ de THORÉ d'HUART

Née le 22 mai 1987 à Paris (75)

Dirigée par M. Le Professeur Jean-Claude Schwartz

Jury :

M. Le Professeur Christian Ghasarossian ..... Président
Mme Le Professeur Frédérique Noël ..... Membre
Mme Le Docteur Élisabeth Aslangul-Castier ..... Membre
Mme Le Docteur Élisabeth Stéphanie Sidorkiewicz ..... Membre

Except where otherwise noted, this work is licensed under
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/

REMERCIEMENTS

Au Professeur Christian Ghasarossian. Merci beaucoup de me faire l'honneur de juger mon travail et de présider mon jury de thèse.

Au Professeur Frédérique Noël. Un grand merci pour votre accompagnement lors de mon internat, vous êtes une tutrice en or. Merci de m'avoir fait aimer la médecine générale et communiqué votre enthousiasme pour ce métier, votre esprit positif pour tout mener de front en tant que femme médecin. Votre présence aujourd'hui clôture quatre belles années !

Au Professeur Jean-Claude Schwartz. Merci d'avoir dirigé cette thèse. Merci pour votre énergie et vos idées débordantes. Merci de m'avoir formée à être un médecin toujours plus à l'écoute de ses patients.

Au Docteur Élisabeth Aslangul-Castier, je suis très honorée de votre présence aujourd'hui, merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

Au Docteur Stéphanie Sidorkiewicz. Merci d'être présente aujourd'hui, l'observance est ton domaine, j'espère que mon travail t'aura intéressée !

À tous les médecins qui ont participé à mon étude, merci de votre confiance et du temps que vous m'avez accordé.

À tous les médecins rencontrés au cours de ma formation, spécialement au Dr Adèle de Malherbe, au Dr Martine Glikman et au Dr Ingrid Villafranca, merci pour l'enseignement que vous m'avez apporté.

À tous mes relecteurs attentifs et serviables : Oncle Nicolas, Maman, Papa, Beau-Papa, Belle-Maman, Marie-Céline et Catherine.

À Tante Florence, Beau-Papa et Stéphanie pour leur aide précieuse en anglais.

À Géraud pour ta patience lors de la mise en page…

Merci aussi…

À ma sous-colle préférée, nous voici maintenant tous les quatre heureux dans notre voie ! Clothilde, Marie-Claude et Jacques, sans oublier Fanny et Tiphaine…

À tous mes amis médecins ou non médecins qui m'ont tant apporté tout au long de mon parcours.

À mes parents. Merci de m'avoir soutenue toutes ces longues années, merci pour votre amour infini, sans vous je n'en serais pas là…

À mes sœurs chéries, je vous aime !

À Mamy, Grand-mère, Tante Hélène et toute ma famille, merci pour votre aide et votre amour.

À ma belle-famille, merci pour votre accueil, votre générosité et votre gentillesse.

À Constance, mon adorable petite filleule…

À mes filles chéries, vous illuminez notre quotidien… Maintenant je serai plus présente pour vous.

À Géraud, merci pour tout…

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Bulletin de l'Ordre des médecins, 1996, n° 4, p. 4

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS **2**

SERMENT D'HIPPOCRATE **4**

TABLE DES MATIÈRES **5**

LISTE DES ABRÉVIATIONS **7**

INTRODUCTION **8**

1 CONTEXTE **10**

1.1 DEFINITION ET TERMINOLOGIE 10

1.1.1 Définition *10*

1.1.2 Observance et compliance *11*

1.1.3 Observance et adhésion thérapeutique *11*

1.1.4 La non-observance *12*

1.2 IMPORTANCE DU PROBLEME ET SES CONSEQUENCES 12

1.2.1 Importance du problème *12*

1.2.2 Conséquences individuelles et collectives *13*

1.3 CAUSES 13

1.3.1 Facteurs de risque liés au patient *14*

1.3.2 Facteurs de risque liés à la maladie *14*

1.3.3 Facteurs de risque liés au traitement *14*

1.3.4 Facteurs de risque liés au médecin *15*

1.3.5 Facteurs de risque liés à l'environnement *15*

1.3.6 Facteurs de risque liés au système de soins *16*

1.4 METHODES D'EVALUATION 16

1.4.1 Méthodes directes *16*

1.4.2 Méthodes indirectes *17*

1.5 POURQUOI AVOIR CHOISI CE SUJET ? 18

2 MATÉRIEL ET MÉTHODE **19**

2.1 RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE 19

2.2 CHOIX DE LA METHODE 19

2.3 CRITERES D'INCLUSION ET MODE DE RECRUTEMENT 20

2.4 INTERVENTION 20

2.4.1 L'entretien semi-dirigé *20*

2.4.2 L'élaboration et l'évolution du guide d'entretien *21*

2.4.3 Le déroulement de l'entretien *22*

2.4.4 L'attitude de l'investigatrice pendant l'entretien *22*

2.4.5 Le recueil des données *23*

2.5 L'ANALYSE DES DONNEES 23

2.5.1 Verbatim et codage *23*

2.5.2 Reproductibilité *24*

2.5.3 Interprétation : la théorisation ancrée *24*

3 RÉSULTATS **25**

3.1 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE 25

3.2 DONNEES GENERALES SUR LES ENTRETIENS 26

3.3 THEMES ET VERBATIM 26

3.3.1 Approximation de la proportion de la patientèle non-observante *26*

3.3.1.1 Moins de 30% 27

3.3.1.2 Aux alentours de 50% ... 27
3.3.1.3 Tous les patients sont non-observants ... 27
3.3.1.4 Pas d'idée sur la question ... 28
3.3.2 L'évaluation de l'observance par les médecins généralistes ... 28
3.3.2.1 QUAND les médecins évaluent l'observance thérapeutique ... 28
3.3.2.2 COMMENT les médecins évaluent l'observance thérapeutique ... 30
3.3.3 Les obstacles des médecins généralistes à évaluer l'observance thérapeutique ... 35
3.3.3.1 Absence d'obstacle ... 35
3.3.3.2 Obstacles organisationnels ... 35
3.3.3.3 Obstacles techniques ... 37
3.3.3.4 Obstacles intrinsèques ... 37
3.3.3.5 Obstacles patient-dépendants ... 38
3.3.3.6 Pathologie aiguë ... 42
3.3.3.7 Positionnement par rapport au patient ... 42
3.3.3.8 Positionnement par rapport à la non-observance ... 44
3.3.3.9 Renvoi à un sentiment d'échec et de discréditation ... 46
3.4 INTERPRETATION DES DONNEES ... 47
3.4.1 Premier profil : le médecin de plus de 50 ans n'ayant pas d'activité universitaire ... 47
3.4.2 Deuxième profil : le médecin de plus de 50 ans, ayant une activité universitaire ... 48
3.4.3 Troisième profil : le médecin de 30-40 ans, non universitaire ... 48
4 DISCUSSION ... 49
4.1 LIMITES DE L'ETUDE ... 49
4.1.1 Limites liées à la méthode de recherche ... 49
4.1.1.1 Biais de désirabilité sociale ... 49
4.1.1.2 Biais d'interprétation ... 49
4.1.1.3 Biais liés aux conditions de l'entretien ... 49
4.1.2 Limites liées à la constitution de l'échantillon : biais de sélection ... 50
4.1.3 Limites liées à l'intervention de l'investigatrice ... 50
4.2 LES OBSTACLES DES MEDECINS GENERALISTES ANALYSES DANS LA LITTERATURE ... 50
4.3 SOLUTIONS ENVISAGEES POUR AMELIORER L'EVALUATION DE L'OBSERVANCE ... 53
4.3.1 Solutions proposées par les médecins interrogés ... 53
4.3.1.1 Solutions concernant les obstacles organisationnels ... 53
4.3.1.2 Solutions concernant les obstacles techniques ... 56
4.3.1.3 Solutions concernant les obstacles intrinsèques ... 57
4.3.1.4 Solutions concernant les obstacles patient-dépendants ... 58
4.3.1.5 Solutions concernant le positionnement par rapport au patient ... 61
4.3.1.6 Solutions concernant le positionnement par rapport à la non-observance ... 64
4.3.2 Solutions proposées en fonction des profils de médecins interrogés ... 64
4.3.2.1 Solutions proposées pour les médecins du premier profil (plus de 50 ans et non-universitaires) ... 64
4.3.2.2 Solutions proposées pour les médecins du 2ème profil (plus de 50 ans et universitaires) ... 65
4.3.2.3 Solutions proposées pour les médecins du 3ème profil (médecins de 30 à 40 ans, non-universitaires) ... 67
4.3.2.4 Solutions communes à tous les profils de médecins ... 68
5 CONCLUSION ... 76
6 BIBLIOGRAPHIE ... 78
ANNEXE 1 ... 83
ANNEXE 2 ... 84
ANNEXE 3 ... 85
ANNEXE 4 ... 87

LISTE DES ABRÉVIATIONS

BPCO : Broncho-pneumopathie chronique obstructive

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRESIF : Comité Régional d'Éducation pour la Santé d'Ile-de-France

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

INR : *International Normalized Ratio*

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IVG : Interruption volontaire de grossesse

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires

MMAS : *Morisky Medication-Taking Adherence Scale*

NDLR : Note de la rédaction

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PRADO : Programme de retour à domicile

ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique

SIDA : Syndrome de l'immunodéficience acquise

TSH : *Thyroid stimulating hormon*

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

WONCA : *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*

INTRODUCTION

L'observance thérapeutique est communément définie comme l'adéquation entre le comportement du patient et le traitement prescrit par son médecin (1). Dans le cadre des affections chroniques, l'observance thérapeutique tient une place fondamentale dans la réussite du traitement.

Le problème de l'observance thérapeutique est sans doute aussi vieux que la pratique de la médecine. Hippocrate ne disait-il pas déjà *: « Les malades mentent souvent lorsqu'ils disent qu'ils prennent leurs médicaments »* (cité dans 2). Aujourd'hui, le problème reste entier ! En juillet 2003, un rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) établit que 50% des patients atteints de maladie chronique ne suivent pas correctement leur traitement dans les pays développés. Le phénomène de non-observance ne fera que s'amplifier à mesure que la charge mondiale des maladies chroniques va croître (3).

Selon l'OMS : *« L'observance insuffisante est la raison principale pour laquelle les patients ne retirent pas tous les bienfaits qu'ils pourraient attendre de leurs médicaments. Elle entraîne des complications médicales et psycho-sociales, diminue la qualité de vie des patients, augmente la probabilité de développer des pharmaco-résistances et provoque un gaspillage des ressources. »* (3).

En France, plus d'un million de journées d'hospitalisation et 8000 décès par an seraient imputables au non-respect des thérapeutiques prescrites. Le surcoût annuel pour la Sécurité Sociale est évalué à deux milliards d'euros. Aux États-Unis, le coût global de la non-observance est estimé à cent milliards de dollars par an (1).

Devant l'ampleur de ces chiffres, résoudre le problème de la non-observance thérapeutique représenterait selon l'OMS un progrès plus important que n'importe quelle découverte biomédicale (3).

Les médecins généralistes, en tant que principaux prescripteurs, tiennent une place primordiale dans le suivi et l'amélioration de l'observance thérapeutique des malades chroniques. Une étude britannique met en évidence que 15 % des patients, sortant de chez leur médecin généraliste, ne vont même pas chercher leur traitement à la pharmacie, chiffre variant sensiblement en fonction du médecin prescripteur (4).

L'impression que le médecin a de l'observance de son patient est souvent erronée (5, 6). Devant les données épidémiologiques rapportant toujours un taux non négligeable de non-observance thérapeutique, il est du devoir du médecin d'essayer d'évaluer celle-ci et de motiver son patient à adhérer au mieux aux prescriptions (1,2). Pour intégrer l'importance de l'observance, le patient a besoin que son médecin s'y intéresse (7).

De nombreux travaux et thèses de médecins ou de pharmaciens ont été effectués évaluant la vision de l'observance des patients, leurs difficultés, analysant les causes de non-observance et cherchant des solutions pour améliorer l'observance en elle-même (8-10). Plusieurs thèses ont aussi été réalisées cherchant à étudier la vision des médecins généralistes de l'observance thérapeutique de leurs patients (11,12). Mais aucun travail n'a été retrouvé cherchant à savoir pourquoi les médecins généralistes ne s'intéressent pas plus à l'observance

thérapeutique en consultation, quels sont leurs freins en pratique clinique. Quels sont les obstacles des médecins généralistes à évaluer l'observance thérapeutique ?

Dans cette thèse, je me suis proposée de répondre à cette question en menant une étude qualitative, par entretiens semi-dirigés, auprès de médecins généralistes.

1 CONTEXTE

1.1 Définition et terminologie

1.1.1 Définition

Le terme d'observance vient du vocabulaire religieux : c'est l'action d'observer, de pratiquer une règle en matière religieuse, d'accomplir des pratiques rituelles.

C'est en 1979 qu'apparaît, avec Haynes et Sackett, la définition de l'observance dans le champ biomédical, utilisée alors comme référence dans la plupart des études. Ils la définissent alors comme « *le degré de concordance entre les comportements des patients, en termes de prise médicamenteuse, de suivi d'un régime ou de changements de mode de vie, et la prescription médicale*» (13).

L'observance correspond donc au niveau de concordance entre les recommandations du médecin et le comportement du patient. Elle comporte en cela trois composantes : médicamenteuse, hygiéno-diététique et la planification de l'ensemble des soins (14). L'observance médicamenteuse concerne le respect de la fréquence d'administration quotidienne, l'horaire des prises, la durée du traitement, la posologie, etc. La composante hygiéno-diététique englobe aussi bien le régime, que l'activité physique régulière, ainsi que la surveillance du poids, de la glycémie ou de la tension artérielle, le port de bas de contention etc. Enfin, l'observance s'applique aussi au suivi biomédical, que ce soit à travers la régularité aux rendez-vous de consultation, que la réalisation des examens complémentaires ou des contrôles biologiques.

La psychologue C. Tourette-Turgis et ses collaborateurs proposent une autre définition, plus « opérationnelle », afin de construire un modèle d'intervention utilisable par les professionnels de santé pour accompagner et soutenir les patients, en terme d'observance : *« L'observance désigne les capacités d'une personne à prendre un traitement selon une prescription donnée. Ces capacités sont influencées positivement ou négativement par des cofacteurs cognitifs, émotionnels, sociaux et comportementaux qui interagissent entre eux. »* (15). Ainsi, selon cette définition, on s'intéresse davantage aux processus mis en jeu dans les comportements d'observance.

En effet, il est important de réaliser que l'observance est une variable dynamique qui fluctue au cours du temps, et en fonction des évènements survenant au cours de la vie du patient (15).

Dans les études, un patient est qualifié d'observant lorsqu'il prend au moins 80% de son traitement (13). Ce seuil est modulable selon les pathologies, par exemple plus élevé pour les traitements antirétroviraux contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), où la bonne observance est définie lorsque le patient prend au moins 95% des doses prescrites (1). Il a somme toute été fixé de façon arbitraire et a pour défaut de classer les patients dans des catégories de « bons » ou « mauvais observants ». Il apparaît en effet réducteur de considérer l'observance thérapeutique selon une dichotomie « observant » et « non-observant », suggérant l'existence de « bons » et de « mauvais » patients. Le phénomène de l'observance est en réalité très complexe et multifactoriel.

1.1.2 Observance et compliance

De multiples travaux, aux origines linguistiques variables, font mention d'un panel de mots qui semblent pourtant désigner une même pratique : celle de suivre les prescriptions médicales. Cette pratique est souvent désignée sous les différents termes de compliance ou d'observance, voire d'adhésion thérapeutique, usités à tort de manière synonyme.

L'observance est la traduction usuelle du mot anglais *compliance*, or il existe en français un écart important entre ces deux termes. Comme définie précédemment, l'observance thérapeutique est la capacité à prendre correctement son traitement, c'est-à-dire tel qu'il est prescrit par son médecin. L'observance est donc un comportement, c'est l'acte de suivre le traitement prescrit.

Mais l'observance est parfois utilisée dans la littérature française sous son équivalent anglais *compliance*. Or ce terme connote en français une idée de soumission et de conformité à la thérapeutique prescrite, une obéissance passive au médecin. Les chercheurs, et les psychologues en particulier, dénoncent cet amalgame qui donne un rôle passif au patient, et traduit une autorité médicale toute puissante, réduisant le patient à son comportement, sans que ne soient considérés les facteurs psychosociaux ou externes l'influençant (16). Ce terme de compliance n'est donc pas à utiliser dans la langue française, et ne le sera pas dans la suite de ce travail.

1.1.3 Observance et adhésion thérapeutique

Au même titre qu'il existe un débat anglo-saxon sur l'utilisation des termes *compliance* et *adherence*, en français, le recours aux termes d'observance thérapeutique ou d'adhésion thérapeutique fait l'objet d'une même attention.

Les définitions de l'adhésion thérapeutique varient selon les auteurs et les études.

Pour certains, l'observance thérapeutique inclut l'adhésion thérapeutique mais ne s'y réduit pas. Selon C. Tourette-Turgis, psychosociologue spécialiste de l'éducation thérapeutique, l'adhésion a pour synonyme l'approbation et le consentement. Pour elle, on peut ne pas adhérer à son traitement, ne pas être d'accord avec la thérapeutique prescrite, tout en étant observant (je le prends parce qu'il faut le prendre, même si je n'en ai pas envie). L'adhésion est un facteur important dans la prise des médicaments mais n'est pas forcément obligatoire (15).

Pour d'autres, le terme d'adhésion thérapeutique est au contraire plus large et englobe l'observance. Selon Cramer et al., l'adhésion au traitement est un terme général qui comprend l'adhésion primaire (ou acceptation), l'observance et la persistance (17). L'adhésion primaire est un concept utilisé pour les patients nouvellement diagnostiqués chez lesquels un traitement est initié. Elle concerne le respect de cette prescription inaugurale et peut être évaluée, en première intention, par le contrôle de l'achat du médicament inscrit sur l'ordonnance chez le pharmacien. L'observance correspond à la manière dont le patient respecte la posologie et les horaires de prise de son traitement au jour le jour. La persistance représente la durée de prise d'un médicament et peut s'apprécier par la durée moyenne entre l'initiation et l'arrêt du traitement (17, 18).

Enfin, d'autres auteurs expliquent que l'observance et l'adhésion sont deux notions différentes mais complémentaires, intriquées. En effet, selon Lamouroux, l'observance et

l'adhésion thérapeutique sont donc deux éléments indissociables pour comprendre les comportements de santé des patients : l'observance étant la partie comportementale et mesurable, et l'adhésion étant la partie intériorisée, intrinsèque des pratiques de soins du patient. L'adhésion thérapeutique renvoie à une volonté et à une approbation réfléchie du patient à prendre en charge sa maladie. Elle fait donc référence à l'attitude et à la motivation du patient à suivre son traitement. C'est un acte volontaire, témoignant d'une implication et s'avère être le caractère moins mesurable de l'observance thérapeutique (16, 19).

L'observance, pour être optimale, nécessite que le patient adhère aux recommandations du médecin et au traitement. Parler d'adhésion, c'est prendre conscience que l'observance n'est pas un comportement stable dans le temps, mais qu'il est soumis à des facteurs psychologiques et environnementaux changeants (16).

Ainsi, l'observance thérapeutique correspond plus au terme anglais *adherence*, mais n'est pas synonyme d'adhésion. Afin d'éviter toute confusion, le terme d'observance sera utilisé tout au long de notre étude.

1.1.4 La non-observance

La non-observance thérapeutique est définie comme l'absence d'adéquation entre les comportements des patients et les prescriptions médicales (20).

Le défaut d'observance englobe plusieurs types d'erreurs. La plus souvent évoquée est l'omission, l'oubli de prendre son traitement, et par extension l'arrêt du traitement prescrit. Mais la non-observance comprend aussi les erreurs de dose (sur- ou sous-dosage), les erreurs dans les conditions de prise ou dans l'heure de la prise (pendant ou en-dehors de repas, etc.). On peut considérer que l'automédication est aussi un cas particulier de non-observance thérapeutique (21).

La non-observance peut aussi être non-médicamenteuse. Elle peut concerner aussi bien le suivi médical (ne pas se rendre aux consultations, ne pas faire les examens complémentaires prescrits, etc.) que les modifications du style de vie (ne pas faire un régime ou une activité physique recommandés, continuer de fumer ou de boire de l'alcool, etc.).

1.2 Importance du problème et ses conséquences

1.2.1 Importance du problème

Comme l'exprime l'OMS en 2003, la qualité de l'observance thérapeutique dans les maladies chroniques est un problème majeur de santé publique. Les chiffres publiés sont plutôt alarmants : seulement 51% des patients hypertendus, 40 à 70% des patients dépressifs, 37 à 83% des patients atteints du VIH, ou encore 30 à 58% des patients asthmatiques seraient observants (3).

Il est estimé que seulement 50% des patients ayant une maladie chronique poursuivent encore leur traitement six mois après son initiation (1, 22).

La fréquence de l'observance aux règles hygiéno-diététiques est plus mal évaluée. Une enquête française, menée en 1999 par l'Assurance Maladie, estimait que ces mesures n'étaient totalement respectées que par moins d'un quart des patients hypertendus (23).

1.2.2 Conséquences individuelles et collectives

Sur le plan individuel, le défaut d'observance est un facteur majeur d'échec thérapeutique. Les conséquences sont variables en fonction des molécules. Elles varient selon la demi-vie, le délai d'action et la durée d'efficacité.

La non-observance introduit d'autre part un risque iatrogène. L'oubli épisodique d'un médicament multiplie l'incidence de l'effet première dose et du phénomène de rebond, et risque d'entraîner, pour certaines molécules, un syndrome de sevrage. Elle peut compromettre le bénéfice et la tolérance d'une prescription sciemment associée, favoriser aussi le développement de pharmaco-résistances (pour les antibiotiques et les antirétroviraux notamment), et majorer le risque d'interactions médicamenteuses (24).

La non-observance est aussi un facteur de risque d'hospitalisation, entraînant parfois un risque létal. En 2006, une méta-analyse de 21 études observationnelles, ayant inclus 46 847 participants, a testé l'influence de l'observance au traitement sur la mortalité. Comparée à une mauvaise observance, une bonne observance est associée à une mortalité réduite de moitié (25).

La non-observance a aussi des conséquences non négligeables en terme de santé publique, car l'échec qu'elle induit génère une complexité des soins : multiplication des consultations et des explorations, escalades thérapeutiques injustifiées, pénalisant inutilement le système de santé. Il ne faut pas oublier l'impact économique de cette non-observance, lié d'une part aux hospitalisations générant un coût important pour la société et d'autre part au nombre de médicaments remboursés bien que gaspillés. Une enquête effectuée auprès de pharmacies à domicile a montré qu'environ 15% des emballages ne sont pas ouverts et que 25% des boîtes entamées le sont à moins de 20% (26).

1.3 Causes

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

On peut distinguer deux grandes typologies d'erreur d'observance :

- la non-observance intentionnelle, due à la présence d'effets indésirables, ou seulement la crainte d'effets indésirables, ou encore due à l'absence d'efficacité ressentie du médicament ou aux représentations qu'a le patient du médicament,
- la non-observance non-intentionnelle : oubli ou mauvaise compréhension des explications du médecin sur le traitement. Il peut s'agir d'une réaction inconsciente de négation ou de banalisation, ou d'une attitude de défense envers l'angoisse d'un traitement à durée prolongée (27).

On identifie plusieurs facteurs de risque de mauvaise observance :

1.3.1 Facteurs de risque liés au patient

Un des premiers facteurs de risque mis en avant est l'influence de l'âge sur l'observance. Les âges extrêmes sont plus à risque de non-observance : le jeune âge par la dépendance des enfants vis-à-vis de leurs parents et par la psychologie particulière de l'adolescent, mais aussi les sujets âgés de par leurs difficultés fonctionnelles diverses. La présence de troubles cognitifs ou de troubles psychiatriques (notamment la dépression) entrave souvent l'observance, tout comme la présence d'addictions associées. La présence de déficits sensoriels et de handicaps physiques est aussi un facteur de risque de non-observance.

D'autres facteurs sont également mis en cause tels qu'un bas niveau éducatif ou socio-culturel, ainsi que la mauvaise connaissance ou compréhension de la maladie et du traitement.

Enfin, la représentation qu'a le patient de sa maladie et du traitement joue un rôle primordial dans l'observance. C'est ainsi que des fausses croyances sur sa maladie ou le traitement, la crainte des effets indésirables, le manque de conviction vis-à-vis de l'efficacité du traitement ou la représentation du schéma de santé (perception du bénéfice-risque, contrainte, liberté de décision, etc.) peuvent influencer le patient à être non-observant (1, 7, 26, 27).

1.3.2 Facteurs de risque liés à la maladie

Plusieurs facteurs liés à la maladie peuvent influer en défaveur de l'observance. L'observance est moins élevée dans les maladies pauci ou asymptomatiques, d'autant plus si le traitement est instauré à visée préventive et non curative. En effet, dans une démarche de prévention, la récompense est formulée de manière négative, « ne pas avoir de complication », et bien abstraite, tandis que les contraintes liées au traitement sont immédiates (20).

La nature-même de la maladie peut jouer sur l'observance, celle-ci étant moins importante dans les maladies psychiatriques. En effet, il est décrit que la moitié des patients ayant une dépression majeure ne prennent plus leur traitement antidépresseur trois mois après son initiation (1). En revanche, la gravité de la maladie et son pronostic semblent exercer un rôle moins évident, ainsi qu'en témoigne la faible adhésion au traitement antirétroviral chez les patients atteints du syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA) (2, 19).

L'ancienneté du diagnostic et du traitement peuvent jouer aussi un rôle. Une lassitude est bien compréhensible face à la prise au long cours d'un ou de plusieurs médicaments quotidiennement.

1.3.3 Facteurs de risque liés au traitement

Le traitement prescrit peut être lui-même vecteur de mauvaise observance, surtout à cause de la complexité du schéma thérapeutique. Il apparaît que la multiplicité des prises quotidiennes (la prise du midi étant la plus souvent omise), la complexité du schéma posologique et la polymédication favorisent la non-observance (1, 27).

La iatrogénie médicamenteuse a aussi une part importante de responsabilité. Quel patient n'a pas arrêté ou modifié son traitement en présence d'effets indésirables ?

Un autre facteur, qui peut être souligné, est l'association aux prises médicamenteuses des mesures touchant au style de vie et nécessitant un changement de comportement : régime

alimentaire, activité physique, le port de bas de contention ou encore la lutte contre des comportements à risque tels que le tabagisme ou l'alcoolisme (6).

La mauvaise observance peut aussi être parfois attribuée à la galénique du médicament, ou aux conditionnements non adaptés, si le patient a des difficultés pour manipuler les contenants. Des problèmes peuvent en particulier être rencontrés avec la prise de gouttes, de comprimés sécables, ou la difficulté à ouvrir certains blisters.

Enfin, peuvent être aussi considérés comme des facteurs de risque de mauvaise observance : le coût du traitement, sa durée, ainsi qu'une efficacité thérapeutique ressentie insuffisante.

1.3.4 Facteurs de risque liés au médecin

Il est évident que le médecin lui-même peut influer en faveur d'une bonne ou d'une mauvaise observance. Le premier facteur de risque à souligner est le manque d'information donnée aux patients sur leur maladie, leur traitement, ses objectifs et ses effets indésirables potentiels, alors qu'il est entendu que les patients sont en demande d'explications et d'informations.

De plus, le manque d'adaptation au mode de vie du patient peut influer sur l'observance future.

La qualité de la relation médecin-patient joue un rôle essentiel dans l'observance, comme l'ont souligné de nombreuses études (1, 7, 27). Un manque d'empathie, ou une attitude dogmatique et autoritaire, peuvent nuire à la bonne conduite du traitement.

Il faut noter d'autre part que le manque de disponibilité du médecin, en partie lié à l'organisation du système de soins, n'aide pas un patient à être observant. Le défaut de suivi est également un facteur de non-observance.

Il a été aussi souligné que le manque d'intérêt manifesté de la part du médecin pour l'observance influe sur celle-ci (27).

Enfin, la prescription même du médecin peut jouer aussi sur l'observance : un manque de lisibilité de l'ordonnance et le changement fréquent de prescription sont des facteurs de risque importants.

1.3.5 Facteurs de risque liés à l'environnement

Il est établi que des facteurs environnementaux sont intriqués dans la mauvaise observance. En effet, l'entourage peut jouer un rôle important en donnant un avis négatif sur une prescription ou un médecin en particulier (26). En outre, l'isolement social ou le faible soutien de l'entourage sont des facteurs de risque de non-observance.

Les médias ont aussi un impact majeur dans la non-observance, comme on a pu le constater dans le rôle néfaste de certains mouvements contre la vaccination, ou plus récemment dans la désinformation sur les statines. De même, internet peut influer sur l'observance, tout et son contraire pouvant s'y trouver.

D'autre part, le manque de ressources financières du patient est un autre facteur de risque de mauvaise observance (20).

Enfin, le contexte socio-professionnel peut également influer sur l'observance. Par exemple, la prise médicamenteuse du midi peut être plus difficile à prendre, par peur de prendre des médicaments devant ses collègues de travail, ou éventuellement d'avoir à se justifier vis-à-vis d'eux.

1.3.6 Facteurs de risque liés au système de soins

Il apparaît de plus en plus que l'organisation actuelle du système de soins ne favorise pas l'observance : limitation de l'accès aux soins, coût élevé des médicaments et des soins associés, et mauvaise coordination entre les différents partenaires de santé.

Les contraintes liées au temps médical sont majeures : délais trop importants pour obtenir un rendez-vous, attente aux rendez-vous de consultation, durée des créneaux de consultation trop restreinte, etc. Tous ces éléments ne permettent pas une réelle éducation thérapeutique et peuvent nuire à une relation de confiance de qualité (20).

1.4 Méthodes d'évaluation

Plusieurs méthodes sont possibles pour évaluer l'observance. Il n'existe, à l'heure actuelle, aucune mesure de référence de l'observance, puisqu'elle est un concept composite touchant à des degrés divers les différents aspects du traitement. Il n'y a donc pas de « gold standard ». Le médecin doit choisir sa méthode d'évaluation en fonction du patient, de l'objectif et de la faisabilité. Il est important de réaliser que les patients, comme les médecins, ont largement tendance à sous-estimer le problème (6, 28).

La synthèse documentaire, réalisée en 2001, par le Comité Régional d'Éducation pour la Santé d'Ile-de-France (CRESIF), concernant l'observance des personnes âgées, résume bien la difficulté de sa mesure devant l'absence de méthode standardisée (29). Dans la littérature, il est courant de qualifier l'observance comme bonne quand le patient prend au moins 80% de son traitement. Les chiffres des différentes études sont donc peu comparables du fait de la différence des échelles de mesure d'observance utilisées ainsi que de la diversité des populations interrogées.

Il existe deux types de méthodes pour évaluer le degré de l'observance : d'une part des méthodes directes qui permettent l'identification du médicament chez le patient étudié, et d'autre part, des méthodes indirectes qui évaluent la prise médicamenteuse.

1.4.1 Méthodes directes

Le dosage plasmatique ou urinaire du médicament antibiotique ou antiépileptique ou d'un métabolite (phénobarbital, digoxine, lithium, etc.) est une méthode directe d'évaluation de l'observance. Ce recours reste cependant très ponctuel, car très coûteux, et il peut sembler assez coercitif pour les patients (6). Il n'est presque pas utilisé en pratique courante de médecine générale et est surtout utile pour les essais cliniques. Cette méthode est parfois même infidèle : les variations interindividuelles du métabolisme des médicaments ne permettent pas de s'assurer avec fiabilité des prises médicamenteuses et de leur chronologie. Son résultat n'est pas interprétable si l'heure de la dernière prise est imprécise, et nombre de non-observants suivent la prescription seulement les jours qui précèdent la consultation (1, 30).

Parfois, c'est le résultat de la prise du médicament qui fait l'objet d'une évaluation comme la mesure du niveau d'anticoagulation avec les dérivés anti-vitamine K. Il apparaît, dans ce cas, que la variabilité bien connue de la qualité de l'anticoagulation dépend, pour une part non-négligeable, d'une adhésion imparfaite aux recommandations de prise régulière (7).

Enfin, l'usage d'un pilulier électronique, décrit comme méthode d'évaluation semi-directe, permet d'enregistrer chaque prise et son horaire. Mais ces piluliers sont chers et n'empêchent pas certaines dissimulations ou rejets volontaires du produit.

1.4.2 Méthodes indirectes

En pratique, l'évaluation de l'observance est le plus souvent subjective, fondée sur la relation médecin-malade et construite au cours des consultations. C'est en grande partie grâce à l' « interrogatoire », l'entretien avec le patient et les aidants que l'on peut évaluer l'observance. Haynes et Sackett, en 1979, insistent sur l'importance de poser des questions ouvertes : *« La plupart des gens ont des difficultés à prendre tous leurs médicaments comme leur médecin le leur a prescrit. Avez-vous parfois des difficultés à prendre certains de vos médicaments ? Lesquels ? A quelle fréquence ? »* (13).

Les questions ouvertes, comme par exemple demander au patient s'il a des difficultés pour suivre son traitement ou s'il le tolère bien, sont moins inquisitrices et permettent de mettre le patient un peu plus en confiance, de façon à obtenir un bilan objectif du suivi de son traitement. L'identification de la non-observance doit être prudente, sans placer le patient en situation d'accusé, si l'on veut obtenir une information fiable. Les défauts de cette méthode d'évaluation par l'interrogatoire sont un risque de surestimation de l'observance et une mise en danger potentielle de la relation médecin-patient en introduisant un aspect de suspicion (1, 6).

Pour comprendre les raisons de la non-observance, le médecin doit explorer les représentations du patient et son rapport à la santé. Il doit essayer de comprendre sa perception de son état de malade, de la gravité de la maladie, des bénéfices attendus du traitement ainsi que des contraintes entraînées par le traitement. La recherche des croyances irrationnelles ou erronées peut aussi aider à saisir les raisons de la non-observance.

L'interrogatoire peut parfois être éclairé par une approche indirecte tirée du résultat thérapeutique. En effet, la clinique est aussi un moyen d'analyser l'observance, en évaluant les symptômes, les effets thérapeutiques (comme par exemple le ralentissement du rythme cardiaque avec les ß-bloquants) ou les effets indésirables ressentis. Mais la variabilité interindividuelle de métabolisme et d'absorption peut parfois fausser une réponse clinique.

Le médecin peut aussi avoir recours à des questionnaires validés ou des auto-questionnaires pour évaluer l'observance de son patient. De plus, il peut contrôler le délai entre chaque renouvellement d'ordonnance (délai en accord avec le nombre de médicaments prescrits pour une durée donnée) ou compter les comprimés restants dans les piluliers au domicile.

La tenue d'agendas et de carnets est une méthode facile, non coûteuse, qui limite le risque d'oublis et responsabilise le patient par rapport à son traitement, mais on peut lui reprocher un aspect formel, parfois coercitif, laissant toujours la possibilité d'erreurs volontaires… (1, 30).

Un dernier moyen indirect d'évaluation est, pour les médecins effectuant des visites à domicile, de visualiser les armoires à pharmacie des patients, qui sont souvent remplies de médicaments non pris…

Ainsi, devant la diversité des méthodes de mesure existantes et leurs défauts, il apparaît donc important de pouvoir les combiner afin d'augmenter l'exactitude de la mesure de l'observance (1).

1.5 Pourquoi avoir choisi ce sujet ?

En stage ambulatoire de niveau 2, j'ai pu suivre quelques patients qui avaient un traitement à prendre au long cours. J'ai été frappée par l'importance de la non-observance et des difficultés que présentaient les patients à suivre un traitement au quotidien. Que ce soit après l'instauration d'un traitement antidépresseur ou un oubli régulier de pilule, je me suis retrouvée face à cette problématique majeure de l'observance thérapeutique liée à la prise en charge du patient.

Dans cette idée de réaliser une thèse sur l'observance, nous avons cherché, avec mon directeur de thèse, en fonction des études déjà réalisées, sous quel prisme étudier l'observance. C'est alors que nous avons décidé d'analyser l'attitude des médecins généralistes, et d'essayer de comprendre quels étaient leurs freins à évaluer l'observance thérapeutique de leurs patients dans leur pratique quotidienne.

2 MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1 Recherche bibliographique

Les recherches bibliographiques ont été effectuées en utilisant PubMed, Embase, Cismef ainsi que le catalogue universitaire de thèses Sudoc, entre novembre 2014 et février 2016, en utilisant les mots-clés : « patient compliance », « medication adherence », « non-adherence », « adherence evaluation », « general practice » et « family doctor ». J'ai également consulté des ouvrages de sociologie, via internet ou en bibliothèque, notamment de Mme Fainzang, anthropologue de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), qui s'est beaucoup penchée sur la question de l'observance.

Les données bibliographiques ont été rassemblées et triées dans le logiciel *Zotero®.*

2.2 Choix de la méthode

Ayant été d'abord utilisées dans les sciences humaines et sociales, les méthodes qualitatives ont longtemps été considérées comme moins scientifiques que les méthodes quantitatives. En réalité, les deux approches ne sont pas en concurrence mais sont complémentaires. Le choix de la méthode dépend de la question de recherche (31).

La recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, difficiles à mesurer objectivement. Elle ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle cherche à comprendre un phénomène. Elle permet d'obtenir une analyse en profondeur d'un ou plusieurs aspects d'une problématique à partir de plusieurs points de vue permettant de produire de nouvelles connaissances (processus, concepts, théories). C'est une méthode inductive permettant de créer des hypothèses. La formulation des hypothèses ne se précise qu'au fur et à mesure de la prise des données. Le chercheur fait donc des allers-retours entre les différentes étapes de la conception de l'étude, au recueil des données et à l'analyse.

De son côté, la recherche quantitative propose une démarche inversée dans laquelle le protocole d'étude est défini en début d'étude et les données ne sont exploitées qu'à la fin du recueil (méthode déductive : on vérifie des hypothèses soulevées par la recherche qualitative) (32).

La recherche qualitative peut contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux (33). Elle est donc particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale.

L'objectif de cette étude est de déterminer quels sont les obstacles des médecins généralistes à évaluer l'observance thérapeutique. L'objet de la recherche étant d'analyser un comportement, une attitude des médecins, nous avons estimé que la méthode qualitative était la plus appropriée.

2.3 Critères d'inclusion et mode de recrutement

Les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste, installé ou remplaçant, ayant une activité en cabinet de ville permettant un suivi régulier des patients, sans limite d'âge et sans critère de localisation précis.

Le recrutement s'est effectué en premier lieu auprès des médecins que je connaissais, par demande directe (en face-à-face, par courriel ou par téléphone). Il s'agissait d'enseignants à la faculté, d'anciens maîtres de stage, d'amis ou de famille. Puis, la suite du recrutement s'est réalisée par effet boule de neige : les médecins interrogés me donnaient les coordonnées d'autres médecins susceptibles de bien vouloir m'accorder un entretien dans le cadre de ma thèse. Les médecins ayant refusé de participer à l'étude me disaient manquer de temps ou ne pas être intéressés par le sujet.

L'objectif était d'avoir un échantillon raisonné, c'est-à-dire de sélectionner des participants considérés comme typiques de la population cible que sont les médecins généralistes. En effet, l'échantillonnage raisonné permet de garantir la validité externe des résultats (34).

Toutefois, il semble nécessaire de notifier qu'aucune représentativité statistique n'est recherchée dans les études qualitatives. L'objectif n'est pas d'avoir une représentation moyenne de la population mais d'obtenir un échantillon de personnes qui ont un vécu, un comportement, un point de vue ou des représentations diverses vis-à-vis de l'observance (32,33).

La taille de l'échantillon n'était pas prédéfinie, car, avec cette méthode de recherche, l'objectif de cohorte est atteint lorsqu'on arrive à saturation des données, c'est-à-dire lorsqu'aucune nouvelle idée n'émerge de l'analyse. Trois entretiens supplémentaires ont été effectués après un entretien sans nouveau thème, pour s'assurer de la saturation. En général, dans les thèses qualitatives, la taille des échantillons est de 20 entretiens (35).

2.4 Intervention

2.4.1 L'entretien semi-dirigé

La méthode de recherche qualitative choisie a été celle des entretiens semi-dirigés, en face-à-face, avec un guide d'entretien comprenant des questions en majorité ouvertes, permettant aux interviewés de s'exprimer librement. Ils ont émis leurs opinions selon leur vécu et les problématiques rencontrées avec la non-observance. L'ordre des questions n'était pas fixe, laissant la liberté d'expression aux médecins interrogés.

L'objectif de l'étude étant d'analyser les obstacles des médecins généralistes à évaluer l'observance thérapeutique, il nous a semblé préférable d'entreprendre des entretiens individuels plutôt que des *focus groups*. En effet, le sujet mettant le médecin face à ses limites, il est toujours plus délicat à aborder en public. De plus, les médecins généralistes ayant des emplois du temps très chargés, il était plus facile de me déplacer à leur cabinet plutôt que de les faire se rencontrer à une date précise et à un endroit prédéfini. D'autre part, les inconvénients des entretiens de groupe sont que le temps de parole est limité pour chacun des participants, et que les individus manquant d'assurance parlent peu ou s'abritent derrière le discours dominant

pour éviter d'être mis en cause. L'analyse des entretiens de groupe est aussi plus complexe, de par les interactions des différents participants, ou l'enregistrement de voix qui se superposent (35).

2.4.2 L'élaboration et l'évolution du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été établi en fonction des données de la bibliographie et des thèses déjà effectuées sur l'observance thérapeutique, ainsi qu'en fonction des questions que je pensais pertinentes de soulever. L'objectif était de poser des questions ouvertes, claires et faciles à comprendre.

Pour ne pas amener les médecins de but en blanc à parler de leurs obstacles à évaluer l'observance thérapeutique, les premières questions du guide d'entretien faisaient parler les médecins sur la vision globale qu'ils avaient de l'observance (définition et causes), puis sur l'évaluation de l'observance de leurs propres patients (quand et comment) pour enfin les mener aux éventuels obstacles qu'ils avaient dans l'évaluation de l'observance et les solutions qu'ils envisageaient pour l'améliorer.

Une première phase de test a été effectuée sur trois entretiens pilotes, analysant la pertinence des réponses aux questions posées et permettant de réaliser que certaines questions étaient trop fermées et trop directives.

Le questionnaire a donc été très simplifié pour la poursuite des autres entretiens, essayant d'être le moins directif et le plus pertinent possible.

Voici le guide d'entretien final :

- Pour vous, qu'est-ce que l'observance thérapeutique et que cela englobe-t-il?
- Pour vous, quelle proportion de votre patientèle serait non-observante ?
- Pour vous, quelles sont les causes de la non-observance ?
- Dans votre pratique quotidienne, évaluez-vous l'observance ?
    - Si oui : comment ? quand ?
    - Si non : pourquoi ?
- Quels sont les obstacles que vous rencontrez pour évaluer l'observance ?
- Pour vous, quelles seraient les solutions pour améliorer l'observance ?
- Pour vous, quel est le rôle du médecin généraliste dans l'observance ?
- Pour vous, quel est le rôle du pharmacien dans l'observance ? Quels liens avez-vous avec lui au sujet de l'observance ?
- Avez-vous quelque chose à ajouter sur l'observance ?

Selon l'évolution de l'entretien, les questions suivantes étaient posées :

- Y a-t-il des pathologies ou des terrains particuliers où vous évaluez davantage l'observance ?
- Quel sentiment avez-vous lorsque vous vous rendez-compte qu'un patient est non-observant ?

2.4.3 Le déroulement de l'entretien

Le cadre de l'entretien était choisi par le médecin interviewé, ainsi que le moment où il se déroulait.

L'entretien débutait par une brève présentation du sujet et de moi-même, suivie d'une explication du déroulement global de l'entretien. Il était précisé au médecin interrogé qu'il était libre de ses réponses, qu'il n'y avait aucune réponse préétablie, ni de bonne ou de mauvaise réponse. Puis il était demandé au médecin la permission d'enregistrer l'entretien, afin de recueillir le maximum de données, tout en s'engageant à l'anonymat et à la destruction des enregistrements à la fin de l'analyse. Ainsi, les règles d'éthique ont été respectées, les consentements écrits et oraux des médecins ont été obtenus afin de participer à l'étude (**annexe 1**) et une feuille d'information sur l'étude réalisée a été donnée aux médecins qui la souhaitaient (**annexe 2**).

À partir du guide d'entretien précédemment défini, les médecins pouvaient s'exprimer sur leur vision propre de l'observance et la manière dont ils l'évaluaient en pratique quotidienne. Du fait des questions ouvertes et de la méthode, l'ordre des questions n'était pas prédéfini, toutes les questions n'étaient pas posées à chaque fois, en fonction de l'orientation de l'entretien et de ce que disait de lui-même le médecin interviewé.

À la fin de chaque entretien, j'ai pu poser au médecin des questions très fermées, afin de caractériser ma population d'étude (âge, nombre d'années d'installation, installation informatique ou non, activité universitaire ou non, formation complémentaire ou non, etc.).

2.4.4 L'attitude de l'investigatrice pendant l'entretien

Lors de l'entretien, l'attitude à respecter était d'être le plus neutre possible, et de laisser librement s'exprimer le médecin interrogé, sans jugement ni interpellation. En effet, il était nécessaire de guider les discussions et de ramener le débat vers le sujet principal avec subtilité et tact si nécessaire. Il était important d'avoir une attitude de respect et d'essayer de créer un climat de confiance, d'ouverture et de tolérance, sans jugement, afin que le médecin interrogé soit le plus à l'aise possible (35).

D'une façon générale, plusieurs techniques peuvent être utilisées pour aider l'interviewé à s'exprimer sans orienter son discours (35) :

- les encouragements neutres à avancer : interventions très brèves comme : « je vois », « oui », «d'accord »…
- les incitations à clarifier ou à approfondir : la répétition en écho sur un ton bienveillant et interrogatif, le reflet personnalisé en reprenant une formule qu'il a utilisée ou la reformulation-résumé pour indiquer au médecin ce que l'on a compris : « si je comprends bien… », ou la demande de clarification : « pouvez-vous approfondir ? que voulez-vous dire par là? »
- les relances en répétant la consigne de départ ou en respectant les silences du médecin interrogé (pauses actives), le laissant libre d'émettre d'autres idées ou de se ressaisir.

2.4.5 Le recueil des données

Les entretiens ont été enregistrés avec le dictaphone de mon téléphone personnel, un iPhone 4, après accord du médecin interrogé. Chaque enregistrement a ensuite été intégralement retranscrit à la main sur un fichier Word®, afin d'être analysé, et l'anonymat a été respecté (classification des verbatim en « médecin 1 », « médecin 2 », etc.). Cette méthode permet d'éviter les oublis ou les interprétations des dires de l'interviewé, et d'empêcher de perdre toutes les données non verbales (interruptions dans l'entretien, rires, silences, etc.). Il m'a fallu en général trois heures pour retranscrire trente minutes d'entretien.

Il n'a pas été choisi de faire appel à un logiciel de retranscription, pour deux raisons principales : s'approprier l'entretien en passant du temps à le retranscrire manuellement et ne pas perdre toutes les données non verbales (rires, pauses, soupirs, etc.).

J'ai écarté aussi la prise de notes car seulement 50% des données sont recueillies par cette méthode. De plus, ces notes déforment la plupart du temps les mots des interviewés en les remplaçant par ceux des preneurs de notes (36).

2.5 L'analyse des données

Dans le but d'obtenir des résultats interprétables et significatifs, l'analyse doit être fiable et reproductible. Pour cela, la méthode d'analyse des données utilisée a été, à partir du codage de verbatim, celle de la théorisation ancrée.

2.5.1 Verbatim et codage

Chaque entretien a donc été retranscrit manuellement, il s'agit de l'écriture de « verbatim ». Le verbatim est le compte rendu intégral, mot à mot, d'un entretien, sans en changer le texte, sans l'interpréter et sans abréviation. Il peut comporter des caractères spéciaux pour indiquer les expressions non verbales (exemples : *(rires), (sourire), (silence), (le téléphone sonne)*…) (37).

À la lecture du verbatim, le texte est codé, fragment par fragment, chaque mot, chaque phrase, ou groupement de phrase est analysé pour en faire ressortir l'idée, une unité de sens (processus d'abstraction) (36). Le codage consiste donc à transformer une donnée brute (parole recueillie) en une première formulation signifiante, une unité de sens, un code, un thème dont le sens reste cependant banal et proche du sens commun (34, 38). Aucune grille d'analyse n'étant définie au départ, le codage est conduit selon une procédure ouverte et inductive, sans avoir d'idée à priori. C'est à partir du verbatim que la grille de codage est élaborée.

Il est à noter qu'une partie de texte peut contenir plusieurs idées et ainsi être classée dans plusieurs catégories différentes (39).

Tous thèmes ressortis, les idées différentes retrouvées ont été inscrits manuellement dans un tableur Excel® avec leur verbatim associé, permettant de collecter toutes les données. J'ai choisi de ne pas utiliser un logiciel d'analyse qualitative type *N'Vivo*® afin de m'approprier chaque verbatim codé.

Entre le recueil et l'analyse des données, le processus est continu, simultané. En effet, chaque entretien était retranscrit et codé avant de réaliser le suivant, permettant ainsi de faire

évoluer le guide d'entretien au fur et à mesure. Cela a permis aussi de déterminer le moment où l'on arrivait à saturation des données et de terminer ainsi la phase de recueil des données.

2.5.2 Reproductibilité

Afin d'assurer la validité interne de notre travail, le codage a été effectué deux fois, par l'investigatrice et par son directeur de thèse, c'est ce qu'on appelle la triangulation. La triangulation des investigateurs consiste à faire une analyse de données à plusieurs, de façon indépendante, puis à confronter les visions et les résultats de chacun afin d'obtenir un consensus (40).

Notre priorité a été d'être non-interprétatifs et les plus rigoureux possible.

2.5.3 Interprétation : la théorisation ancrée

Après avoir listé tous les thèmes retenus à partir des verbatim, ceux-ci ont été triés en catégories plus globales, c'est-à-dire que l'on déduit un sens plus général d'un ensemble d'éléments déjà codifiés. C'est ce que l'on appelle le codage axial ou catégorisation.

Ayant ainsi une cartographie des différentes catégories, des concepts sont définis, des associations sont recherchées afin de pouvoir envisager une théorie explicative. La mise en relation des catégories tente de dégager un sens, une continuité des phénomènes analysés. Il est à noter qu'aucune validité statistique ne peut être donnée à partir de l'analyse descriptive des catégories (31). L'analyse des grandes catégories retrouvées est ensuite comparée avec les données existantes dans la littérature et peut aboutir à la formulation d'hypothèses induites (41).

C'est ainsi qu'à partir des données recueillies, trois profils de médecins se sont révélés, différenciés par leur comportement propre vis-à-vis de l'évaluation de l'observance.

La théorisation ancrée (*grounded theory*), méthode spécifique développée par Glaser et Strauss en 1967, est donc une méthode de recherche inductive visant à la construction d'une théorie, à partir des données empiriques rassemblées (37). Elle cherche ainsi à produire une théorie à partir des données recueillies auprès des médecins interrogés et non à partir des catégories conceptuelles puisées dans la littérature (33). Cependant la théorisation ancrée est construite et validée simultanément par la comparaison constante entre la réalité observée et l'analyse en émergence (41). Il s'agit d'une analyse comparative continue.

3 RÉSULTATS

3.1 Caractéristiques de la population étudiée

Au total, 22 entretiens ont été effectués, entre janvier et décembre 2015.

Le tableau 1 ci-dessous, résume les caractéristiques des médecins interrogés. Il est classé par ordre chronologique du déroulement de ces entretiens, identifiés en Médecin 1 pour le premier entretien, Médecin 2 pour le deuxième, etc.

Tableau 1

Médecin	Age	Sexe	Zone	Secteur	Nombre d'année d'installation	Nombre patients vus par jour	Maître stage ou enseignant à la faculté	Formation complémentaire
Médecin 1	28 ans	F	Urbaine	1	Remplaçante	15-20	Non	Pédiatrie
Médecin 2	30 ans	F	Urbaine	1	Remplaçante	25-40	Non	
Médecin 3	60 ans	M	Urbaine	1	29 ans	25	Oui	
Médecin 4	38 ans	F	Urbaine	1	8 ans	20-25	Non	
Médecin 5	61 ans	M	Rurale	1	35 ans	30	Oui	
Médecin 6	57 ans	F	Rurale	1	30 ans	40-50	Non	Cancérologie Pédiatrie
Médecin 7	56 ans	F	Urbaine	1	27 ans	30	Oui	
Médecin 8	56 ans	F	Urbaine	1	25 ans	18-20	Oui	DU évaluation de la santé et précaution
Médecin 9	54 ans	F	Urbaine	1	28 ans	25-30	Oui	Soins palliatifs
Médecin 10	57 ans	F	Urbaine	1	28 ans	25-35	Oui	
Médecin 11	30 ans	F	Urbaine	1	1 an	20-25	Oui	Thèse de science sur l'observance
Médecin 12	64.5 ans	F	Urbaine	2	35 ans	15-20	Oui	
Médecin 13	57 ans	M	Urbaine	1	31 ans	40	Non	
Médecin 14	62 ans	M	Urbaine	2	34 ans	20-25	Oui puis arrêt	
Médecin 15	63 ans	M	Urbaine	2	32 ans	30-35	Non	
Médecin 16	52 ans	M	Urbaine	1	22 ans	20	Oui	
Médecin 17	37 ans	M	Urbaine	1	5 ans	25	Non	
Médecin 18	53 ans	F	Urbaine	1	17 ans	15-20	Non	Gériatrie
Médecin 19	64.5 ans	M	Urbaine	2	37 ans	16-20	Oui	Pédiatrie, gériatrie, et bioéthique
Médecin 20	54 ans	M	Urbaine	1	25 ans	35-40	Oui puis arrêt	Médecine esthétique
Médecin 21	55 ans	M	Urbaine	1	23 ans	20-25	Non	
Médecin 22	31 ans	F	Urbaine	2	8 mois	15-20	Non	Gynécologie

Au total, 12 femmes et 10 hommes ont été interrogés. Les âges varient de 28 ans à 64.5 ans : 4 médecins ont moins de 35 ans, 2 ont entre 35 et 50 ans, 10 ont entre 50 et 60 ans et 6 ont plus de 60 ans.

Seuls deux médecins exercent en milieu rural (l'un en Bourgogne, l'autre en Lorraine), tous les autres médecins travaillent en Ile-de-France. Les deux premiers médecins interrogés ne sont pas installés, donc remplaçants en médecine générale, les autres médecins ont leur propre cabinet, depuis des durées variant de 8 mois à 37 ans.

Sur les 22 entretiens, 5 médecins exercent en secteur 2.

Tous les médecins interrogés ont une installation informatique avec des dossiers médicaux informatisés, et 2 médecins sur les 22 effectuent leurs ordonnances à la main (médecins 19 et 20).

3.2 Données générales sur les entretiens

Tous les entretiens se sont déroulés au cabinet du médecin généraliste interrogé, exceptés un entretien qui s'est déroulé par Skype, le médecin étant à son domicile, et un autre qui s'est déroulé au Département de Médecine Générale de l'Université Paris Descartes. Le fait que les entretiens se passent dans leur cabinet leur a permis de se situer dans un cadre professionnel, les médecins restant dans leur propre environnement. En revanche, l'inconvénient a été que plusieurs entretiens ont été entrecoupés d'appels téléphoniques et de perturbations extérieures (sonnette d'interphone, téléphone, ordinateur, etc.).

La durée des entretiens a varié de 10 à 42 minutes. Au total, plus de 9h30 d'enregistrement ont été effectuées, avec une moyenne de 26 minutes par entretien.

La saturation des données a été obtenue au bout de 19 entretiens, trois entretiens supplémentaires ont été réalisés pour confirmer l'absence de nouvelle donnée émergente.

Un seul médecin (médecin 16) a refusé l'enregistrement audio de l'entretien. J'ai pu néanmoins prendre des notes pendant l'entretien et en ai retranscrit le jour-même les grandes lignes.

3.3 Thèmes et Verbatim

Seuls les verbatim les plus significatifs sont exposés pour aider à bien comprendre les résultats présentés. Les citations ont été choisies pour leur pertinence et/ou leur représentativité. La caractéristique même des verbatim est la restitution *ad integrum* de ce qu'a dit le médecin. Il s'agit donc d'un français parlé, aucune modification de leurs expressions n'a été volontairement effectuée.

L'objectif de l'étude est de comprendre quels sont les obstacles des médecins généralistes à évaluer l'observance thérapeutique. Pour cela, il m'a semblé utile de présenter tout d'abord la vision qu'avaient les médecins généralistes interrogés de l'observance de leurs patients, ainsi que leur manière d'évaluer l'observance, pour éclairer ensuite l'analyse de leurs obstacles à l'évaluer. En effet pour comprendre ce qui les empêche d'évaluer l'observance, il est nécessaire de bien saisir en premier lieu comment est-ce qu'ils l'abordent dans leur pratique quotidienne.

3.3.1 Approximation de la proportion de la patientèle non-observante

Afin d'enrichir notre analyse et l'interprétation des données, sont présentées ci-après les réponses des médecins à la question : « pour vous, quelle proportion de votre patientèle serait non-observante ? ». Ces données permettent d'approfondir notre analyse en ayant une première idée du regard des médecins généralistes sur la non-observance de leurs patients dans leur pratique clinique.

Dans cette partie seulement, il sera précisé le nombre de médecins ayant soutenu telle ou telle affirmation ; ceci afin de caractériser la population de mon enquête, d'exposer leur vision de la non-observance de leurs patients, mais aucune valeur statistique ne peut être attribuée.

3.3.1.1 Moins de 30%

10 médecins sur les 22 interrogés estiment avoir moins de 30% de leur patientèle non-observante, dont 5 estimant cette proportion à moins de 10%.

Médecin 4 : « Sur des pathologies importantes, les gens suivent quand même à 95% leur traitement. […] J'ai quand même de la chance ici, je trouve que les patients sont assez observants. […] Je dirais que globalement 90% de mes patients sont observants. »

Médecin 6 : «Difficile à dire… moi je dirais 20%... enfin ça dépend de la pathologie, ça dépend de l'âge, ça dépend de plein de choses l'observance, mais […] entre 20 et 30% je pense. C'est énorme! »

3.3.1.2 Aux alentours de 50%

4 médecins sur 22 estiment qu'environ 50% de leur patientèle est non-observante, s'appuyant sur les données des différentes études.

Médecin 12 : « Comme les autres, 50%! (rires). Largement. Comme les autres hein, vous croyez bien faire! »

3.3.1.3 Tous les patients sont non-observants

Pour 3 médecins, la totalité de leur patientèle est non-observante, estimant qu'il est impossible d'être parfaitement observant dans toutes les prescriptions données. Ils intègrent ainsi complètement la non-observance dans leur pratique.

Médecin 3 : « L'inobservance, c'est quelque chose de très labile, donc il peut y avoir des gens qui sont observants dans des conseils ou dans une ordonnance, mais réciproquement non. Personne n'est observant dans la globalité. [...] On ne peut pas être observant en tout. »

Médecin 9 : « À part quelques obsessionnels, je pense qu'il y en a une majorité qui n'est pas observante au maximum. [...] Si tu prends l'observance où tout est idéal, je pense que pas un patient n'est vraiment observant.»

Médecin 18 : « Tous. Ils sont tous potentiellement inobservants, ça fait partie de leur vie. [...] Ils sont 100% inobservants et à la fois 100% observants. Et ça dépend des jours. »

3.3.1.4 Pas d'idée sur la question

Enfin, 5 médecins sur 22 n'ont donné aucune idée chiffrée, estimant que la non-observance est très difficile à quantifier en pratique.

> *Médecin 8 : « Je n'en sais rien, je n'en sais rien du tout, je n'ai pas les moyens de le savoir moi... Mais j'imagine que ça doit être assez important. […] Pour mes patients, je pense qu'il doit y avoir beaucoup de prises plus ou moins irrégulières. Mais je ne saurais pas chiffrer. »*

3.3.2 L'évaluation de l'observance par les médecins généralistes

Pour pouvoir appréhender les obstacles des médecins généralistes à évaluer l'observance thérapeutique, il est important de comprendre QUAND les médecins interrogés l'évaluent et COMMENT. Cette partie des résultats éclaire la compréhension des freins à l'évaluation.

3.3.2.1 QUAND les médecins évaluent l'observance thérapeutique

3.3.2.1.1 Lors du renouvellement d'ordonnance

Plusieurs médecins disent penser à évaluer l'observance au moment des renouvellements d'ordonnance avec leurs patients qui ont des maladies chroniques.

> *Médecin 11 : « C'est surtout à l'occasion des renouvellements d'ordonnance que se pose la question. […] Effectivement quand je renouvelle l'ordonnance, je vais leur poser la question. »*

3.3.2.1.2 Polymédication

> *Médecin 2 : « Quand je vois qu'il y en a plein [...] je commence un peu à leur dire : "mais attendez, vous prenez vraiment tout ça?" »*
>
> *Médecin 11 : « Je lui pose la question [...] : "Dans cette ordonnance, vous avez beaucoup de médicaments, quel est le médicament que vous oubliez, lesquels vous ne prenez pas?" »*

3.3.2.1.3 Lorsque l'objectif thérapeutique est non-atteint

> *Médecin 9 : « Tu ne vas t'intéresser à l'observance thérapeutique que si tu as des résultats qui ne sont pas bons, à la prise de tension, ou aux résultats biologiques globalement. »*

3.3.2.1.4 Lors d’un échec thérapeutique

Médecin 22 : « S'ils reviennent pour la même chose, il faut savoir s'ils ont bien pris le traitement ou pas, donc là je pose la question. »

3.3.2.1.5 Lors d’un retard de suivi

Certains médecins soulignent aussi que lorsqu’un patient consulte avec retard pour un renouvellement d’ordonnance lié à une pathologie au long cours, ils seront alors amenés à évaluer l’observance thérapeutique.

Médecin 17 : « On peut regarder quand c'est des traitements renouvelables quand on voit qu'il y a un laps de temps trop important par rapport au nombre de boîtes prescrites, c'est que quand même il y a quelque chose qui s'est passé et que donc ils ont dû sauter quelques prises. »

3.3.2.1.6 Lors d’un évènement indésirable

Un évènement indésirable, une complication ou une évolution clinique inhabituelle peuvent amener le médecin à penser à un défaut d’observance et donc à l’évaluer.

Médecin 9 : « Je le fais quand [...] il y a un incident, quelque chose qui fait que ça ne roule pas comme d'habitude, et que ça ne roule pas dans le bon sens. »

3.3.2.1.7 Intuition du médecin

Plusieurs médecins expliquent qu’ils évaluent l’observance lorsqu’ils ont l’intuition qu’un de leurs patients est non-observant, sans critère clinique ni biologique particulier.

Médecin 3 : « Si j'ai l'intuition que l'ordonnance n'est pas bien prise, là, je vais poser des questions. »

Médecin 19 : « Ça fait partie de la subtilité de l'entretien. […] Il y a plein de systèmes d'alerte, il y a l'intuition. »

3.3.2.1.8 À postériori, lors du suivi

Médecin 20 : « C'est à la consultation suivante, quand ils viennent, quasiment systématiquement, je demande comment s'est passée la dernière fois, etc., c'est là où j'apprends s'ils ont été améliorés, s'ils ont pris leur traitement, s'ils ne l'ont pas pris, comment ça s'est passé, c'est là que je comprends. »

3.3.2.1.9 Périodes annuelles

Médecin 12 : « C'est par période, en ce moment, je demande. Pour moi la rentrée c'est en septembre, ce n'est pas le 1er janvier, d'accord? Donc en septembre, je vais poser les questions. » (ndlr : sur l'observance)

3.3.2.1.10 Nouveau patient

Certains médecins expliquent évaluer l'observance de leurs patients plus particulièrement lorsque ce sont de nouveaux patients, à l'occasion de la constitution de leur dossier médical.

Médecin 11 : « C'est des choses que je fais pour les nouveaux patients (ndlr: évaluer l'observance), quand j'ouvre les dossiers, voir avec qui ils sont suivis, etc., mais je vais sans doute oublier de le faire après régulièrement. »

3.3.2.2 COMMENT les médecins évaluent l'observance thérapeutique

3.3.2.2.1 Non évaluation

Plusieurs médecins interrogés disent ne pas évaluer auprès de leurs patients l'observance de leurs prescriptions, qu'elles soient médicamenteuses ou non.

Médecin 5 : « Ce n'est pas une question que je pose: "est-ce que vous prenez bien vos médicaments ?". S'ils viennent me voir c'est que, je pense, ils les prennent. […] Je ne suis pas assez vigilant à l'observance de mes patients [...] dans ma pratique quotidienne, je ne l'aborde pas. »

Médecin 13 : « Non, ce n'est pas dans mes habitudes…je ne le fais pas » (ndlr: évaluer l'observance)

Médecin 16 : « Non, je ne pose pas la question. Les gens sont assez observants dans l'ensemble. »

3.3.2.2.2 Question directe fermée

Certains médecins expliquent évaluer l'observance en posant la question frontalement, sans détour.

Médecin 18 : « Quand on renouvelle un traitement, je leur dis: "vous prenez quoi comme médicaments en ce moment ? [...] Dites-moi ce que vous prenez vraiment." […] On a une sincérité totale le patient et moi, c'est brut de décoffrage, et ils le savent. C'est: "vous prenez ça ? pourquoi ? ou pourquoi pas ?" ou "qu'est-ce qui se passe ?" »

Médecin 20 : « Je leur pose directement la question: "est-ce que vous avez pris votre traitement?", tout simplement, mais sans agressivité ni culpabilisation. »

3.3.2.2.3 Question ouverte

D'autres médecins disent poser une question ouverte pour évaluer l'observance.

Médecin 3 : « Je vais poser la question pour savoir s'il a des difficultés, et s'il a des réticences, s'il a des blocages par rapport aux prises de médicaments. »

Médecin 8 : « J'essaye de le faire en essayant de prendre une question ouverte : […] "quelles difficultés rencontrez-vous pour prendre votre traitement?" »

Médecin 11 : « Je leur pose des questions un peu moins culpabilisantes sur ce qu'ils font [...] je leur dis: "Est-ce que ça vous arrive de faire des pauses? Est-ce que ça vous arrive de faire des oublis? Est-ce que vous décalez la prise dans le temps?" […] Je m'intéresse plus au comportement de mon observance, ce qui est moins stigmatisant. »

3.3.2.2.4 Évaluation indirecte

Des médecins expliquent ne pas poser la question directement, mais utiliser des questions détournées ou contrôler d'autres facteurs en lien avec l'observance. Ils peuvent ainsi l'évaluer.

3.3.2.2.4.1 Contrôle de la connaissance des traitements

Médecin 2 : « À chaque fois que je fais des renouvellements, je leur redemande [...] de me dire ce qu'ils prennent. Parce qu'en fait, un patient qui prend ses médicaments, il les connaît. »

3.3.2.2.4.2 Contrôle de la compréhension des traitements

Médecin 9 : « J'essaye de demander ce qu'ils ont compris de ce que j'avais demandé la fois d'avant. »

3.3.2.2.4.3 Contrôle de l'état du patient, la clinique

Médecin 2 : « C'est sur l'amélioration des symptômes aussi, c'est sur la clinique. Quelqu'un qui va bien, je me dis qu'il prend bien son traitement. »

Médecin 9 : «L'insuffisance cardiaque, tu vérifies les œdèmes, donc [...] tu as une mesure. »

Médecin 19: « Je vais vérifier sur des paramètres de suivi si l'observance est bonne, parce qu'effectivement, s'il ne prend pas son traitement pour la tension [...] il peut se passer des choses que je peux vérifier. »

3.3.2.2.4.4 Contrôle des examens complémentaires

Médecin 2 : «Quand la TSH est tout le temps nickel et que tout d'un coup, bim, ça ne va plus, je me dis qu'il y a forcément eu un oubli de traitement. »

Médecin 14 : « Si c'est un diabète, c'est l'hémoglobine glyquée. […] Si c'est le cholestérol, il y a un dosage. […] Quand il y a un dosage, c'est facile, il suffit de vérifier le dosage [...] quand c'est un INR, c'est facile. »

3.3.2.2.4.5 Contrôle des rendez-vous de médecins spécialistes

Médecin 22 : « J'ai eu l'occasion de lui demander quand est-ce qu'elle revoyait le médecin, le rhumato, […], à l'hôpital, pour savoir ce que je devais represcrire comme traitement. »

3.3.2.2.4.6 Contrôle de la tolérance du médicament

Médecin 4 : « La première question que je pose, c'est: "est-ce que vous avez des effets indésirables des médicaments?". Ça me met un peu sur la piste. »

3.3.2.2.4.7 Contrôle des carnets de suivi

Médecin 14: « Si c'est une tension, […] c'est la prise de tension, quand je lui ai demandé de prendre la tension régulièrement à la maison, de faire l'auto-mesure, […] c'est le carnet qu'il me ramène. »

3.3.2.2.5 Par le patient directement

3.3.2.2.5.1 Notification sur l'ordonnance

Médecin 19 : « Le plus souvent l'immense majorité coche, dit: "non, celui-là je l'ai arrêté parce que je ne l'ai pas supporté", ou c'est marqué sur leur ordonnance, c'est très lié au patient. »

3.3.2.2.5.2 Aveu du patient

Plusieurs médecins déclarent que leurs patients leur avouent spontanément leur mauvaise observance, sans qu'ils aient à l'évaluer d'eux-mêmes.

Médecin 15 : « Quand il y a un médicament qu'ils ne prennent plus, ils le vous disent, au moment du renouvellement de la prescription. […] Il y a un aveu de leur part en me disant: "celui-là, ce n'est pas la peine de me le donner, je ne le prends plus." »

Médecin 18 : «Ils me le disent: "mais ça je ne le prends pas, ou je n'en prends que la moitié, parce que la moitié, ça suffit… ou je le prends un jour sur deux." »

3.3.2.2.6 Évaluation intuitive

Plusieurs médecins expliquent qu'ils ont parfois l'intuition que leur patient est non-observant, sans avoir besoin de l'évaluer explicitement.

Médecin 6 : « C'est le ressenti à la fin de la consultation. […] Des fois, je l'évalue même pas, mais je m'en rends compte… […] J'ai assez d'expérience pour me dire: "celui-là, il me mène en bateau" […] C'est inné, je pense que bon… Les gens, on les voit, on les connaît, on sait si…»

Médecin 12 : « "Est-ce que vous l'avez pris?", "oui". Alors déjà, à l'intonation du "oui", vous savez s'il l'a pris ou non. »

Médecin 14 : « Je le vois tout de suite s'il est compliant ou s'il est pas compliant. »

Médecin 15 : « C'est du pifomètre. »

Médecin 20 : « On devine, on flaire un petit peu qu'ils ont arrêté un petit peu plus tôt que prévu.»

3.3.2.2.7 Interrogation d'autrui

3.3.2.2.7.1 Interrogation des proches

Médecin 4 : « J'arrive toujours à avoir des informations complémentaires par la famille que je vois régulièrement au cabinet. »

Médecin 6 : « Des fois, c'est la famille qui me le dit. […] Sa belle-sœur m'a dit un jour: "elle n'a jamais pris son traitement." »

3.3.2.2.7.2 Interrogation des autres professionnels de santé

Médecin 19 : « Je me sers aussi avec les gens âgés, pour l'observance, je suis aidé par… ceux qui gravitent autour, je me sers des infirmières [...] je me sers des gens qui viennent et qui surveillent. »

3.3.2.2.8 Médicaments en stock au domicile

Médecin 6 : « S'ils te disent: "il m'en reste encore", c'est qu'ils ne l'ont pas pris. […] C'est souvent comme ça qu'on voit qu'ils sont inobservants: "il m'en reste encore." »

Médecin 19 : « Je fais beaucoup de visites à domicile chez les personnes âgées, et je vais voir les placards dans les pharmacies, j'ouvre les placards de la cuisine, et je retrouve des mines de boîtes non prises. […] Les boîtes sont accumulées et ça permet de poser des questions: "tiens, pourquoi est-ce qu'il y a celui-là?"[…] Au domicile, oui, miser sur les placards, les placards, c'est une source gigantesque d'enseignement. »

3.3.2.2.9 Aides techniques extérieures

3.3.2.2.9.1 Utilisation de questionnaires préétablis

Médecin 4 : « Maintenant la grande mode en médecine, c'est de faire des échelles… Il faut qu'on leur pose 25 questions et qu'ils répondent, donc ça nous prend un temps fou. »

3.3.2.2.9.2 Courrier de la Sécurité Sociale

Médecin 2 : « Quand vraiment ils font n'importe quoi, on reçoit parfois un courrier de la Sécu quand même, qui nous dit : "attention, ce patient il surconsomme." »

3.3.2.2.9.3 Utilisation de l'Espace pro du site ameli.fr

Médecin 3 : « Je peux aller sur Ameli pro, si vraiment je vois qu'il y a un problème, pour voir s'il a une prise régulière de médicaments. »

3.3.3 Les obstacles des médecins généralistes à évaluer l'observance thérapeutique

Dans cette partie est présentée l'objet-même de notre étude : les obstacles des médecins généralistes rencontrés dans l'évaluation de l'observance.

3.3.3.1 Absence d'obstacle

Au prime abord, certains médecins estiment ne pas avoir d'obstacles à l'évaluation de l'observance de leurs patients, n'avoir aucune difficulté à poser la question. La question leur semble facile à poser, sans tabou.

Médecin 13 : « Je n'ai pas de frein, non. […] Je n'ai aucun problème à poser la question si j'ai le moindre doute. »

Médecin 14 : « Pour moi, ce n'est pas un tabou, ce n'est rien. »

Médecin 18 : «J'ai de moins en moins d'obstacles. […] Au fur et à mesure des années où vous vous êtes constitué une clientèle, on a de moins en moins ces obstacles parce que les gens qui sont là, que vous connaissez depuis 15ans, ce sont forcément des gens qui vous font confiance, au moins à 80%. […] Je n'ai absolument pas de difficultés à poser la question, non pas du tout! On a une sincérité totale le patient et moi, c'est brut de décoffrage, et ils le savent. »

3.3.3.2 Obstacles organisationnels

3.3.3.2.1 Le manque de temps

L'obstacle souligné spontanément par tous les médecins est tout d'abord le manque de temps pour évaluer l'observance.

Médecin 2 : « Il faut que ça aille vite, les consultations. […] C'est un peu chronophage quand même de dire à chaque fois «est-ce que vous prenez bien celui-là, celui-là et celui-là ? ». Donc…je pense que le premier obstacle, c'est le temps. […] Ça prend quand même une tonne de temps. »

Médecin 5 : « J'ai pas le temps de rentrer dans des éclaircissements. […] C'est le temps qui me manque. Le temps qui manque au médecin. Un quart d'heure, une consultation, c'est un quart d'heure.»

Médecin 11 : « Il y a plein de renouvellements où je… c'est pas que j'oublie, mais j'ai pas le temps quoi. […] Clairement, le temps en consultation, je pense d'ailleurs que c'est le premier obstacle. »

3.3.3.2.2 L’influence du secteur d’activité

Souvent liée à la contrainte du temps, certains médecins notent l’influence du secteur d’activité, estimant avoir moins de temps pour évaluer l’observance en secteur 1.

Médecin 21 : « Quand on est secteur 1 à 23 euros la consultation, on n’a pas le temps pour l’observance, ça joue. »

3.3.3.2.3 La routine de la consultation

Médecin 10 : « Si je ne prends pas le temps de me poser, je vais leur renouveler leur médicament, je ne vais pas forcément demander. […] La routine des consultations. »

Médecin 11 : « L'habitude ou le patient qu'on connaît bien depuis longtemps [...] c'est-à-dire de croire que l'observance est un phénomène continu et stable, donc je vais évaluer l'observance une fois, il me dit qu'il prend bien ses médicaments, [...] une deuxième fois, et puis la troisième fois, la quatrième fois, je ne vais pas le faire et je vais mettre le patient dans la case "observant". […] Je ne vais pas réévaluer l'observance, parce que je vais avoir mis le patient dans la case. »

3.3.3.2.4 Le remplacement

Médecin 1 : « Surtout, je pense, le fait d’être jeune…jeune remplaçante, et jeune médecin… […] ça joue beaucoup. Le fait que je ne connaisse pas les patients non plus.»

3.3.3.2.5 La non-coordination avec les différents intervenants

Certains médecins expliquent que l’absence de coordination avec les autres intervenants, médicaux notamment, comme les spécialistes, les empêche de pouvoir bien évaluer l’observance.

Médecin 19 : « On est la somme de choses que l'on contrôle soi-même et pas forcément la somme d'informations que nous donnent tous les intervenants autour du patient, parce que souvent, ils ne posent même pas la question de savoir s'il y a un médecin traitant, tout le monde s'en fout du médecin traitant en fait, que ce soit l'hôpital, que ce soit les spécialistes... »

Médecin 21 : en parlant des médicaments : « Soit prescrits par des spécialistes mais dont je ne suis pas au courant, qui peuvent influencer sur les traitements en cours. »

3.3.3.3 Obstacles techniques

3.3.3.3.1 Le manque de moyens

Médecin 2 : « On est obligé de leur faire un peu confiance aussi [...] on n'a pas de score, on n'a pas de grille. [...] Si on avait un truc plus concret [...] on pourrait mieux apprécier. »

Médecin 5 : « Je trouve qu'on a pas beaucoup d'armes pour s'en rendre compte. […] Je n'ai pas de critères qui permettent de juger...l'observance. »

3.3.3.3.2 La non-intégration de l'observance dans les logiciels informatiques

Médecin 3 : « Parce que je ne l'ai pas quantifiée, je ne l'ai pas notée, euh… j'ai pas un système qui me permet de noter. »

Médecin 5 : « Il faudrait qu'on ait dans notre logiciel un item observance…ça n'apparaît nulle part hein… pas plus dans l'observation que dans le logiciel de prescription. »

3.3.3.4 Obstacles intrinsèques

3.3.3.4.1 L'oubli

Plusieurs médecins soulignent qu'il leur arrive souvent d'oublier d'évaluer l'observance, pris par le cours de la consultation ou par le manque d'habitude à l'évaluer.

Médecin 11 : « J'y pense pas toujours. […] Voir avec qui ils sont suivis etc., je vais sans doute oublier de le faire après régulièrement. […] Si le patient ne me le dit pas, je ne vais pas toujours aller chercher l'info malheureusement. Pareil pour l'automédication. »

Médecin 21: « Non, ce qui m'empêche de l'évaluer, c'est que je n'y pense pas. […] Ce n'est pas systématisé dans l'interview […] lors de la consultation. »

3.3.3.4.2 La fatigue

Médecin 12 : « Si je suis fatiguée ou non… »

3.3.3.4.3 La lassitude

Médecin 1 : « Quand c'est toujours le même patient depuis des années et que, de toutes façons, ça ne change pas [...] il y a un moment où on en a ras le bol, parce qu'on est humain aussi. »

Médecin 3 : « Je crois qu'il y a un moment où il faut s'arrêter, il y a un moment où il faut se dire: "j'ai tout essayé, et ça ne sert plus à rien". »

Médecin 9 : « Il y a des gens pour qui j'ai laissé tomber. […] Il y a des gens avec qui je n'ai pas envie de me battre. […] J'ai un peu abandonné par rapport à eux, ça m'arrive. […] Y retourner, recommencer [...] je trouve que c'est d'autant plus difficile. Je ne sais pas, il faut une abnégation, […], de continuer, de recommencer, on va y arriver... »

3.3.3.4.4 Le manque de compétences

3.3.3.4.4.1 Le manque de formation

Médecin 5 : « Il y a un module de cours sur l'observance dans vos études? Moi je n'en ai jamais entendu. […] On n'est pas formé à ça. »

Médecin 12 : « On n'a pas été éduqué pour. » (ndlr : évaluer l'observance)

3.3.3.4.4.2 Le manque d'expérience

Médecin 21 : « Je dirai l'absence d'habitude aussi, peut-être que dans mes études et depuis que je me suis installé, je n'ai pas pris tout de suite le pli, l'habitude d'évaluer systématiquement de façon claire en début de consultation le traitement en tant que tel. »

3.3.3.4.4.3 Le manque de connaissance

Médecin 1 : « Pour l'asthme [...] je ne connais pas tous les systèmes d'inhalation, et du coup, par manque de connaissance. »

Médecin 21 : « Je n'ai pas de stratégie globale d'évaluation d'observance de traitement quel que soit le type de médicament chez tous les patients, je n'ai pas ça. »

3.3.3.5 Obstacles patient-dépendants

3.3.3.5.1 Relation médecin-patient

3.3.3.5.1.1 Connaissance du patient

Certains médecins soulignent que le fait de bien connaître leurs patients les empêche d'évaluer l'observance, car ils se disent qu'ils savent déjà s'ils sont ou non observants.

Médecin 6 : « On sait qui prendra le traitement et qui prendra pas [...] C'est inné, je pense que bon… Les gens, on les voit, on les connaît, on sait si… »

Médecin 22 « Je n'ai pas tellement abordé la question, mais je sais qu'elle prend tous ses traitements, elle suit bien… Enfin je n'ai pas directement posé la question, mais je sais qu'elle va à tous ses rendez-vous, elle fait toutes ses prises de sang comme il faut, enfin le suivi est assez bien fait »

3.3.3.5.1.2 Patient réticent

Médecin 1 : « Soit on sent que […] l'on n'arrive pas à engager le dialogue dessus. »

Médecin 7 : « Il y a des personnalités un petit peu difficiles aussi, qui sont opposantes. »

Médecin 9 : « Les gens qui ne veulent pas te répondre. […] Tu leur poses des questions: "comment ça s'est passé depuis la dernière fois?" ou "comment vous allez?": "docteur, je viens pour mon renouvellement, tout va bien!". Tu vois, ils n'ont pas envie. Donc ceux-là, j'ai du mal, c'est plus difficile de leur faire accepter que tu ne vas pas juste faire un renouvellement. »

3.3.3.5.1.3 Biais de désirabilité sociale

En psychologie, la désirabilité sociale est le biais qui consiste à vouloir se présenter sous un jour favorable à ses interlocuteurs. Ce mécanisme psychologique peut s'exercer de façon implicite, sans qu'on en ait conscience, ou au contraire être le résultat d'une volonté consciente de manipuler son image aux yeux des autres. Appliqué à la médecine et à la relation médecin-patient, le biais de désirabilité sociale implique que le patient réponde au médecin la réponse qui lui semble la plus satisfaisante pour plaire au médecin.

Médecin 8 : « La question: "est-ce que vous prenez bien votre traitement?" n'apporte pas des réponses très intéressantes. Parce que soit le patient il dit "ben oui, bien sûr", parce qu'il n'ose pas dire autre chose [...] donc du coup on est à côté. […] Il y a des gens qui pensent que ça ne va pas nous faire plaisir si ils ne prennent pas le traitement qu'on a prescrit, donc ils n'osent pas nous dire qu'ils ne le prennent pas bien. »

Médecin 10 : « "Non, je ne vais pas le dire au médecin, ça ne va pas lui faire plaisir" […] Combien de fois il y a des gens […] qui disent: "ah docteur, vous n'allez pas être contente!" »

Médecin 11 : « Je ne vais pas essayer de poser la question: "est-ce que vous prenez bien un médicament?" [...] parce qu'ils auront vraiment l'impression sinon qu'ils vont être impolis… et qu'avec le biais de désirabilité sociale, ils vont répondre oui. […] C'est pas tant que j'ai peur de lui poser la question, c'est que j'ai peur qu'il ne me réponde pas la vérité, et qu'il me dise: "oui, oui, je le prends très bien" pour me faire plaisir. »

3.3.3.5.1.4 Patient « non éduqué »

Médecin 9 : « Tu as des gens que tu récupères entre guillemets, qui viennent d'un autre, qui changent de médecin pour une raison X et tu ne fais pas de la même façon que l'autre […] des gens qui n'ont pas eu une éducation, [...] qui n'ont pas été habitués à cette façon de fonctionner. »

3.3.3.5.2 Personnalité du patient

3.3.3.5.2.1 Patient pénible

Certains médecins expliquent que lorsqu'ils sont en consultation avec des patients pénibles, il leur est plus difficile d'évaluer leur observance thérapeutique.

Médecin 12 : « Si la patiente m'énerve… [...] C'est la personnalité! [...] pour moi les gens les plus difficiles à évaluer (ndlr : l'observance), c'est ceux, euh…d'abord parce que ça m'énerve, où c'est toujours la faute des autres. »

Médecin 21 : « Il y a des patients, comme tout le monde, tu as envie de leur foutre des baffes quoi! »

3.3.3.5.2.2 Patient dans le déni

Un obstacle souligné par certains médecins est la difficulté à évaluer l'observance de patients qui sont dans le déni de leur non-observance.

Médecin 4 : « La dame qui est venue avec ses 6g de glycémie, elle me dit: "mais je ne comprends pas… mon traitement…bon, je l'ai oublié une ou deux fois, mais c'est pas ça..."»

Médecin 8 : « Il y a le moment où il faut faire accepter à une personne âgée qu'on n'est plus très sûr qu'elle prend bien son traitement. [...] J'en ai plein qui me disent: "non, non, non, mais pourquoi, je les prends très bien mes médicaments, ne vous inquiétez pas". Ils n'acceptent pas du tout. »

3.3.3.5.2.3 Patient manipulateur

Médecin 7 : « Ceux qui sont difficiles à repérer, c'est ceux qui ne le prennent pas mais qui ne nous le disent pas. »

Médecin 12 : « Je me fais sûrement truandée quelque part… Toujours, toujours. De toute façon, c'est déclaratif…»

Médecin 18: « Les patients nous mentent, c'est évident, et ce n'est pas grave. Ils nous mentent parfois sans le savoir, et parfois sciemment, mais il y a une énorme partie d'eux qu'on ne connaît pas, qu'on ne connaîtra pas et qu'ils refusent de nous dire. »

Médecin 19 : « Le secret de l'autre, s'il n'a pas envie, s'il veut me cacher quelque chose, il peut me le cacher, je n'ai pas de détecteur de mensonges. […] S'il veut me cacher qu'il n'a pris que la moitié de la dose que j'ai prescrite et qu'il ne veut pas me le dire, je ne le saurai pas. »

3.3.3.5.2.4 Patient timide

Médecin 20 : « Parce qu'ils ont aussi peur de se faire engueuler. […] Il y a peut-être un pourcentage de gens qui n'osent pas. »

3.3.3.5.3 Clinique normale : patient « en bonne santé »

Médecin 2 : « Si tout va bien, je ne vais pas poser la question, [...] je vais partir du principe qu'ils prennent le traitement. [...] Quelqu'un qui va bien, je me dis qu'il prend bien son traitement. »

Médecin 10 : « S'il n'y a rien qui me met la puce à l'oreille [...] ils ont une bonne tension, voilà, si l'hémoglobine glyquée n'est pas trop mal, s'il n'y a rien qui attire mon regard, je ne vais pas leur poser de question sur l'observance, ça c'est sûr. [...] S'ils ne se plaignent de rien et si tout va bien, je ne vais pas forcément rechercher une inobservance, alors qu'elle existe. »

3.3.3.5.4 Incompétence du patient

3.3.3.5.4.1 Incompétence intellectuelle

Médecin 3 : « La connerie »

Médecin 9 : « Si les gens ne comprennent pas en face, ça s'appelle de la médecine vétérinaire, mais c'est un peu compliqué, parce qu'ils ne comprennent pas. »

3.3.3.5.4.2 Troubles cognitifs

Médecin 14 : « Si une petite mamie a un début d'Alzheimer, c'est un obstacle oui. […] Mes obstacles, ce sont les troubles de la mémoire. »

3.3.3.5.4.3 Barrière de la langue

Médecin 22 : « Tout dépend si le patient parle bien français ou pas du tout, enfin s'il y a une barrière au niveau de la langue, c'est sûr que c'est pas évident d'échanger et donc d'évaluer. »

3.3.3.5.5 Patient perdu de vue

Médecin 19 : « Il y a plein de gens qui m'ont vu et qui sont partis et que je ne vois plus donc… […] Il va aller voir quelqu'un d'autre, donc vous ne saurez pas ce qui s'est passé derrière. »

3.3.3.6 Pathologie aiguë

Plusieurs médecins expliquent que lorsqu'ils prescrivent un traitement pour une pathologie aiguë, un antalgique ou un antibiotique par exemple, il est difficile d'en évaluer l'observance. En effet, la consultation suivante sera souvent dédiée à un autre motif, donc aborder l'observance paraîtrait plus « décalé ».

Médecin 5 : « Dans les traitements aigus [...] je ne peux pas aller vérifier si les patients ont fait le traitement 10 jours comme marqué sur l'ordonnance. »

3.3.3.7 Positionnement par rapport au patient

3.3.3.7.1 Autonomisation du patient

Médecin 6 : « S'ils ne sont pas observants, ils sont responsables aussi, c'est eux. […] Je leur fais confiance sur beaucoup de choses, [...] je les laisse gérer leur santé. »

Médecin 17 : « Il prend ses décisions d'individu propre! […] Les gens sont libres de faire ce qu'ils veulent. »

3.3.3.7.2 Confiance en ses patients

Médecin 6 : « On n'y pense pas forcément… On fait confiance aux gens. […] Je pense pas qu'ils ne sont pas observants. Je me dis qu'ils vont forcément prendre le traitement que je prescris. […] Je ne l'évalue pas (ndlr: l'observance), je fais confiance aux gens. Je pense que c'est un abus de confiance.»

Médecin 13 : « Je considère qu'à priori le patient prend son traitement. Pour moi c'est une règle de base. […] Je ne considère pas qu'un patient est non-observant de principe. La relation de confiance, c'est aussi de faire confiance. »

3.3.3.7.3 Réticence par empathie

Plusieurs médecins expliquent que parfois ils n'évaluent pas l'observance par empathie pour leur patient, comprenant bien le fardeau thérapeutique qu'est le leur.

Médecin 8 : « Je ne vois pas quelle femme n'a pas oublié au moins une fois sa pilule. […] On ne voit pas pourquoi on ne ferait pas d'erreurs dans la prise de traitement. […] Je trouve ça normal qu'il y ait des problèmes d'observance. »

Médecin 13 : « Je comprends très très bien que, quand on se sent bien, on n'a pas envie d'avaler des comprimés, ça rend vieux, ça rend malade. »

Médecin 18 : « Je suis sûre que vous aussi, si vous étiez patient, vous remettriez constamment en question le traitement qu'on vous prescrit, c'est normal. […] Il faut savoir que prendre des médicaments tous les jours, c'est gonflant quand même. Il faut se mettre à leur place. »

3.3.3.7.4 La peur de rompre une relation de confiance

Certains médecins évoquent la peur de rompre une relation de confiance en introduisant une suspicion par l'évaluation de l'observance.

Médecin 3 : « Si on fait systématiquement une évaluation de l'observance, je pense que dans la relation médecin-malade, c'est pas extraordinaire. […] Stigmatiser les problèmes de chaque patient et leur montrer qu'ils sont inobservants [...] je ne suis pas sûr que ça mette en place une bonne relation dans le long cours. »

Médecin 5 : « Des gens qu'on connaît depuis toujours, qu'on soigne régulièrement, je ne vais pas leur demander à chaque fois: "est-ce que vous prenez bien vos médicaments?". Ça me paraît enfin… déplacé comme question. »

Médecin 18 : « Les obstacles, c'est le manque de confiance dans la relation médecin-malade.»

3.3.3.7.5 Gêne du médecin

Médecin 7: « On a beaucoup de sujets où c'est un peu tabou de poser la question, parce qu'on a l'impression que ça vous met en difficulté. […] Je pense que c'est la gêne. »

3.3.3.7.6 Frein avec les patients récents

Médecin 4 : « Après il faut une relation de confiance, c'est sûr que ce n'est pas la première fois où l'on voit une glycémie à 4g, où on leur dit… »

Médecin 6: « Quand on a une grande histoire avec les gens qui dure depuis des années, je pense que c'est plus facile de leur dire au bout d'un certain temps, que de leur dire au bout de 3 mois ou 6 mois. »

3.3.3.7.7 Positionnement en tant que non-spécialiste

Médecin 14 : « Tout ce qui est gynécologique, les femmes, elles aiment bien voir un gynéco, donc je pose moins souvent les questions.»

3.3.3.8 Positionnement par rapport à la non-observance

3.3.3.8.1 Doute sur la justification thérapeutique

Médecin 6: « Mes patients, ils ne meurent pas de maladies cardiovasculaires. Donc même si je ne suis pas à fond sur le cholestérol, je me dis…voilà, ils ne meurent pas plus de ça! »

Médecin 8 : « Moi, j'ai peu la croyance en le médicament. »

Médecin 21 : « Ils n'ont peut-être pas tort, c'est-à-dire que, dans le fond, s'ils n'étaient pas venus vous voir, la crève, elle serait passée toute seule. »

3.3.3.8.2 Désintérêt pour la question de l'observance

Médecin 5 : « C'est pas quelque chose qui va être ma première source de motivation, l'observance. »

Médecin 13 : « Ce n'est pas une préoccupation pour moi majeure. »

3.3.3.8.3 Non-sensibilisation à la question de l'observance

Médecin 5 : « Au fur et à mesure de votre entretien, on s'aperçoit que, ben oui, effectivement, je suis confronté à des problèmes d'observance, et si je ne me pose pas la question, je ne les vois pas.»

Médecin 6 : « Je ne l'évalue pas. A partir de maintenant, je vais peut-être l'évaluer parce que … je ne me suis jamais posé la question. »

3.3.3.8.4 Objectif non prioritaire dans la consultation

Médecin 1 : «On se dit facilement "bon, c'est pas grave." » (ndlr : de ne pas avoir évalué l'observance lors de la consultation)

Médecin 9 : « Il y a des fois où ils ont un autre problème de santé, où on s'en fout de leur cholestérol. […] Je ne vais pas m'exciter sur un problème d'observance s'il y a un problème plus aigu. […] Même si c'est pas bien ou c'est pas bien fait, on essaye de prioriser. »

Médecin 10 : « Ça me paraît moins important de mettre beaucoup d'énergie sur l'observance dans l'aigu. »

3.3.3.8.5 Inutilité de l'évaluation

Médecin 13 : « Je ne la poserai pas systématiquement parce que je n'en vois pas l'utilité. »

Médecin 16 : « Les gens sont assez observants dans l'ensemble, donc je ne vois pas l'intérêt de leur poser la question. »

Médecin 19 : « Souvent c'est des babioles et voilà… vous allez le régler, ça va se régler tout seul, quoi que vous ayez fait le plus souvent. Ça c'est des patients dont il n'y a pas besoin d'évaluer l'observance. »

3.3.3.8.6 Justification des patients : notion d'observance adaptée, patient expert de sa santé

Certains médecins expliquent que, pour eux, le plus souvent, le patient a raison d'être non-observant ou mal-observant. Le patient est l'expert de sa propre santé, il se connaît mieux que le médecin ne le connaît, il est donc plus à même de savoir ce qui est bon ou non pour lui.

Médecin 5 : en parlant d'un traitement antalgique « On met un traitement de 10 jours, si le patient au bout de 7 jours, il va parfaitement bien, il a raison d'arrêter son traitement. C'est pas une mauvaise observance, c'est une observance adaptée. »

Médecin 8 : « Des fois je trouve que les patients ils ont vachement raison de... [...] notamment quand il y a des effets secondaires, ils ont raison de ne pas prendre un traitement.»

Médecin 11 : « C'est le patient qui avait raison de ne pas observer une prise de sang inutile, ou une radio pas justifiée. C'est le médecin qui doit un petit peu se remettre en question, et là, c'est peut-être le patient qui avait raison. »

Médecin 18 : « L'inobservance thérapeutique n'est pas si idiote que ça de la part des patients. […] Ce n'est pas un défaut l'inobservance, l'observance, la stricte observance peut être un défaut. […] Les patients inobservants ne sont pas des mauvais patients. »

3.3.3.8.7 Faible importance de la non-observance

Médecin 11 : « S'il y en a (ndlr: des médicaments) qui sont plus accessoires entre guillemets, c'est-à-dire dont la conséquence est moins grave, parce que la durée de vie est plus longue, parce qu'effet rémanent [...] donc s'il oublie, il ne se passera rien… »

Médecin 14 : « C'est pas grave, même s'il ne le fait pas pendant 3-4 mois, et bien on revient à la charge au bout de 3-4 mois. […] Un cholestérol, on n'est pas à 6 mois ou 1 an près hein. Il faut quand même pas exagérer. […] Il y a des choses où c'est pas grave qu'ils n'observent pas, genre une tension, un diabète, un cholestérol, c'est sur le long terme, donc j'appelle ça pas grave. »

Médecin 15 : « Si c'est effectivement un produit qui n'est pas essentiel, il n'y a pas de quoi se bagarrer. »

3.3.3.8.8 Non-reconnaissance de la difficulté de l'observance

Médecin 10 : « Personnellement, je trouve que c'est pas compliqué de prendre un comprimé tous les matins ou d'en prendre un le matin et un le soir. C'est quand même beaucoup plus facile qu'avant. […] Il y a des filles qui font des IVG tout le temps quoi, elles ont un comprimé de pilule à prendre, et ça, elles ne le prennent pas, alors qu'on ne peut pas dire que ce soit vraiment un fardeau… »

3.3.3.8.9 Son propre vécu de l'observance

Médecin 8 : «A partir du moment où j'ai eu moi, à me traiter de façon régulière avec un traitement, j'ai compris que ce n'était pas si simple. […] Moi je suis une mauvaise observante. »

Médecin 12 : « Il se trouve que j'ai une maladie chronique où il faut que je prenne des médicaments 4 fois par jour, en 4 prises, etc., etc. […]…j'ai mis deux mois à accepter de le prendre. […]Donc là, après, […] vous êtes un petit plus bienveillant. »

3.3.3.9 Renvoi à un sentiment d'échec et de discréditation

Certains médecins soulignent qu'il est difficile pour eux d'évaluer l'observance de leur patient car le non-respect de leurs prescriptions peut les renvoyer à un sentiment d'échec ou de discréditation.

Médecin 5 : « On se sent un peu discrédité. Il suffit qu'il ait entendu quelqu'un pour se dire que son médecin lui donnait des choses inutiles, dangereuses. […] Ce n'est pas une question que j'ai l'habitude de poser. C'est peut-être parce que je n'ai pas envie de connaître la réponse! Parce que je vais encore une fois me sentir discrédité, ce n'est pas quelque chose qu'on aime, enfin moi personnellement. »

Médecin 9 : au sujet de femmes qui font leur suivi gynécologique (frottis, etc.) avec le médecin traitant mais aussi un gynécologue : « Tu fais ton suivi, et donc elles vont voir un gynéco [...] et quelquefois je me dis: "mince, ça n'a pas marché, pourquoi?". Je n'ai jamais osé leur poser cette question. […] peut-être que pour mon amour-propre ce serait terrible d'entendre ce qu'elles vont me dire! […] Je sais que je suis capable de demander d'autres choses, mais ça, je n'ose pas. Je n'ai jamais osé leur demander, peut-être que j'ai peur de la réponse. »

Médecin 11 : « C'est un aveu d'échec de la part des médecins [...] que nos patients ne soient pas observants. […] Il y a un inconscient d'échec des messages donnés qui n'est peut-être pas conscient dans le fait qu'on ne pose pas la question, mais ça doit être quand même...qui doit participer à la non-évaluation, à la sous-évaluation des médecins dont je fais partie, de l'observance. […] Je me dis: "mince, j'ai merdé quelque part" (ndlr: quand un patient est inobservant). […] On trouve ça toujours désagréable. »

3.4 Interprétation des données

À partir de ces résultats, se dégagent trois types de médecins. Leur distinction sur l'observance se fait surtout en fonction de leur âge et de leur implication à la faculté de médecine ou non, que ce soit en étant enseignant ou maître de stage à son cabinet.

Bien loin de vouloir catégoriser les médecins ou d'émettre un quelconque jugement sur leur pratique, cette analyse permet d'éclairer les différents obstacles ressortis au cours des entretiens, afin d'aider à trouver des solutions judicieuses et pratiques pour améliorer l'évaluation de l'observance.

3.4.1 Premier profil : le médecin de plus de 50 ans n'ayant pas d'activité universitaire

En premier lieu, il y a les médecins de plus de cinquante ans et qui n'ont pas d'activité universitaire. Ces médecins considèrent avoir peu de patients non-observants, et par conséquent intègrent peu la non-observance dans leur exercice. Ils disent ne pas évaluer l'observance dans leur pratique quotidienne, mais estiment que si la situation devait se présenter, ils n'auraient pas de frein à poser la question directement au patient afin de l'estimer.

Leurs principaux obstacles relevés dans l'analyse sont principalement dus à leur position par rapport à l'observance : désintérêt pour la question, inutilité de l'évaluation, non-importance de l'inobservance. Ressortent aussi les freins tels que l'oubli, la non-intégration dans les logiciels, le manque de formation, le manque de temps pour évaluer l'observance et un positionnement par rapport au patient : la CONFIANCE en leur patient.

3.4.2 Deuxième profil : le médecin de plus de 50 ans, ayant une activité universitaire

En second lieu, nous identifions les médecins de plus de cinquante ans qui ont une activité universitaire, en tant qu'enseignant à la faculté de médecine ou en tant que maître de stage en accueillant des internes dans leur cabinet. Ce type de médecin estime avoir une grande partie de sa patientèle non-observante, 50%, conformément aux données de la littérature, voire considérant que la totalité de ses patients sont inobservants, expliquant qu'une observance parfaite est presque impossible. Ils évaluent l'observance de leurs patients dans leur pratique quotidienne, mais arrivent à identifier des freins, des obstacles qui parfois les empêchent de l'évaluer correctement.

Leurs principaux obstacles identifiés sont plus ancrés dans la relation médecin-patient, qu'ils analysent beaucoup : la peur de rompre une relation de confiance, le biais de désirabilité sociale, et les patients manipulateurs. Ressortent aussi dans cette analyse les freins tels que la routine, la lassitude et le renvoi à un sentiment d'échec.

3.4.3 Troisième profil : le médecin de 30-40 ans, non universitaire

Enfin, le troisième profil identifié dans cette étude décrit une population de médecins plus jeunes, de trente à quarante ans, qui n'ont plus de lien avec la faculté de médecine. Ces médecins disent avoir peu de patients non-observants, moins de 20%. En revanche, ils intègrent l'observance dans leur pratique quotidienne, en évaluant fréquemment l'observance de leurs patients. Ils n'identifient pas d'obstacle pour eux dans cette évaluation, estimant ne pas avoir de tabou avec leurs patients, semblant être plus libérés par rapport à la question. Ces médecins ne sont pas dans l'ancienne attitude paternaliste en consultation, mais plutôt dans une démarche d'autonomisation au maximum du patient. Cette autonomisation des patients devient parfois un obstacle, les laissant libres de gérer seuls leur santé comme ils l'entendent.

Il n'est pas noté d'influence du sexe ni du secteur d'activité en fonction des différents profils. Les deux médecins exerçant en zone rurale se retrouvent dans le premier profil ci-dessus, mais sans qu'aucune validité statistique ne puisse être attribuée à cette notification.

Même si plusieurs médecins disaient ne pas évaluer l'observance thérapeutique au quotidien, la suite de l'entretien donnait toutefois plusieurs situations où le médecin, même désintéressé par la question de l'observance, analysait le comportement de ses patients. En effet, un retard de consultation, ou un échec thérapeutique fait très vite suspecter une non-observance. Ainsi, même si certains médecins ne mesurent pas directement, frontalement, l'observance, ils ont quelques réflexes pour l'évaluer indirectement.

Que les médecins évaluent ou non l'observance, tous considèrent que l'évaluation de l'observance est du ressort du médecin généraliste, excepté un (médecin 5 : *« Je pense que le pharmacien a un rôle sûrement plus important que nous pour détecter les cas d'inobservance […] moi, je délèguerais ça au pharmacien… »*). Pour tous les autres, le médecin est au centre du parcours de soin, le coordinateur, qui se doit donc de savoir si le patient prend bien ou non ses traitements.

4 DISCUSSION

4.1 Limites de l'étude

4.1.1 Limites liées à la méthode de recherche

Plusieurs biais ont pu être identifiés dans cette étude, dus à la méthode de recherche.

4.1.1.1 Biais de désirabilité sociale

La première limite est inhérente au choix de l'entretien individuel semi-dirigé. En effet, le risque est que la personne interviewée contrôle son discours pour garder une image socialement acceptable, de manière consciente ou inconsciente, c'est le biais de désirabilité sociale. Cette limite est d'autant plus vraie que l'objectif de l'étude est de mettre le médecin face à ses limites, ce qui est toujours délicat à aborder. Il peut donc exister un écart entre les dires du médecin et la réalité de sa pratique clinique.

4.1.1.2 Biais d'interprétation

Réaliser une étude analytique, avec une sélection des données et leur classement dans différentes catégories, engendre obligatoirement un biais d'interprétation. Ce biais a pu être diminué par la triangulation des investigateurs (lecture en double-aveugle).

De plus, le seizième médecin interviewé a refusé l'enregistrement audio. Une prise de notes a été effectuée pendant l'entretien et il a été retranscrit dans ses grandes lignes tout de suite après. Cependant le risque est d'avoir interprété les dires du médecin en retranscrivant l'entretien avec les mots de l'investigatrice, déformant ainsi la substance réelle du contenu de l'entretien.

4.1.1.3 Biais liés aux conditions de l'entretien

Les entretiens semi-dirigés ont eu lieu, pour la grande majorité, dans le cabinet du médecin généraliste. Ceci constitue une force de l'étude car le médecin est dans son environnement propre de professionnel, donc plus à l'aise dans son rôle. Cependant cela a constitué aussi une limite car les médecins étaient souvent dérangés par des appels extérieurs, ce qui entravait le déroulement de l'entretien. Certains regardaient aussi fréquemment leur ordinateur en même temps qu'ils parlaient, ce qui pouvait gêner le fil conducteur de l'entretien.

Un manque de disponibilité du médecin interrogé peut également être une limite. En effet, malgré une durée de 30 minutes annoncée par téléphone, plusieurs médecins semblaient pressés par le temps, lorsque les entretiens avaient lieu en journée et que des patients attendaient en salle d'attente. Les capacités d'introspection sont dans ces cas-là plus limitées car l'interviewé veut aller vite à l'essentiel. Un médecin a notamment demandé en début d'entretien : *« Bon, ça va aller vite de toutes façons, non ? »*. Sentant ce manque de temps, l'investigatrice n'a pas osé parfois approfondir certains points avec les médecins.

Certains médecins ont pu être gênés par l'enregistrement audio, même si l'anonymat a été garanti et que l'appareil était posé discrètement et n'était pas manipulé lors de l'interview.

4.1.2 Limites liées à la constitution de l'échantillon : biais de sélection

L'échantillon a été effectué par « effet boule de neige », méthode utilisée couramment dans les thèses qualitatives. Mais un biais de sélection peut être identifié car seuls les médecins volontaires et donc potentiellement intéressés par le sujet ont accepté de participer à l'étude. Plusieurs refus ont été donnés par téléphone, et on pourrait croire que ces médecins sont moins sensibilisés à la question de l'observance.

De plus, une proportion importante de l'échantillon comprend des maîtres de stage ou des enseignants à la faculté, on peut imaginer que ces médecins ont une posture éducative qui influencerait leur pratique médicale ou une réflexivité plus grande. Selon le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, seuls 6% des médecins généralistes sont maîtres de stage en 2011 (42), la grande majorité des médecins généralistes n'ont donc plus de lien avec la faculté de médecine.

Seuls deux médecins ayant une activité réellement rurale ont été interrogés, or on peut aisément croire que la pratique de la médecine est différente en zone rurale par rapport à la région parisienne, où l'offre médicale est plus large. Rappelons tout de même que l'objectif est d'avoir un échantillon raisonné et diversifié, mais qu'en aucune mesure la représentativité n'est recherchée.

4.1.3 Limites liées à l'intervention de l'investigatrice

Les entretiens ont été réalisés par une seule et même investigatrice, ce qui assure une certaine continuité et stabilité dans le déroulement des entretiens. Mais cela peut constituer aussi un biais d'induction lorsque l'interviewer est celui qui enquête.

Le caractère semi-directif de l'entretien impose, de manière non définie, la présence de questions déjà préétablies. L'investigatrice menant pour la première fois une enquête qualitative, il est possible qu'elle ait été trop directive dans ses questionnements, malgré la modification du guide d'entretien après la phase pilote afin d'élargir les questions. Ce biais d'intervention était plus présent dans les premiers entretiens que dans les derniers. Ses interventions ont pu influencer les médecins interrogés.

Enfin, la proximité de l'investigatrice avec certains participants de l'étude, amis ou anciens maîtres de stage, a pu diminuer l'objectivité de certains médecins interrogés. De plus le fait que l'enquêtrice soit elle-même médecin généraliste a pu susciter certaines réponses.

4.2 Les obstacles des médecins généralistes analysés dans la littérature

Lors de la bibliographie effectuée, aucune étude analysant les obstacles des médecins généralistes à évaluer l'observance thérapeutique n'a été retrouvée. En revanche, plusieurs études analysent les comportements des médecins face à certaines situations (recommandations, dépistage) et étudient leurs obstacles comportementaux. Ces résultats montrent des similitudes avec ceux de notre recherche.

Tout d'abord, une étude pilote, menée par Cabana et al. en 1999, analyse les obstacles des médecins à suivre les recommandations cliniques (43). Cette revue de la littérature dégage

ainsi sept catégories générales de barrières. Tout d'abord, il y a deux obstacles qui concernent les connaissances des médecins : le manque de prise de conscience du problème et le manque de familiarisation avec la question. Ensuite, il identifie quatre obstacles en rapport avec leur opinion sur les recommandations : le désaccord avec les recommandations, le manque de confiance en soi, la sous-estimation du bénéfice attendu, et l'inertie liée aux pratiques antérieures. Enfin, le dernier obstacle décrit est comportemental, il s'agit de barrières dites externes (liées au patient, aux recommandations ou aux facteurs environnementaux).

La figure 1, ci-dessous, résume les barrières identifiées des médecins à suivre les recommandations en relation avec des changements de comportement.

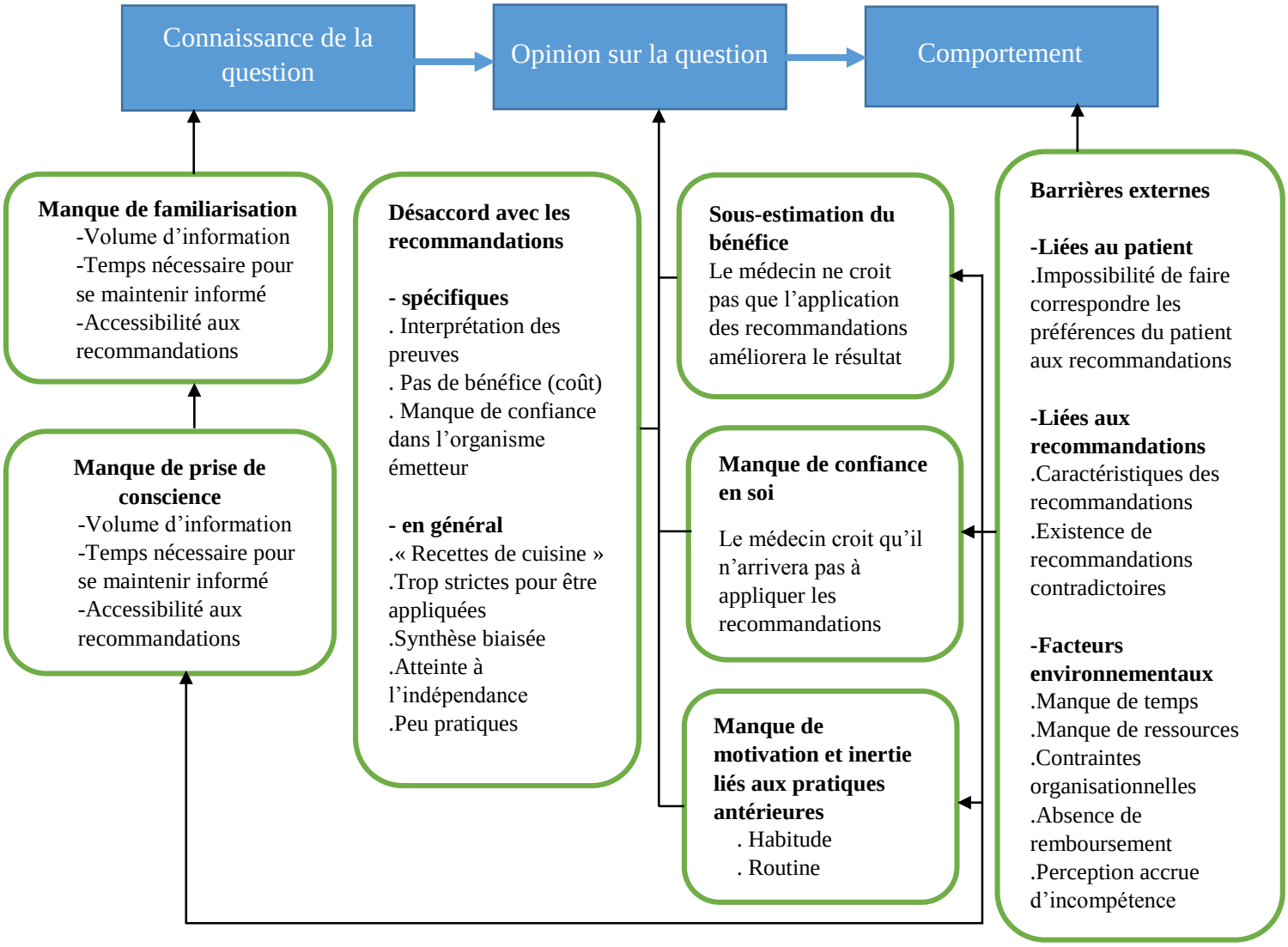


Figure 1 : Barrières à l'adhésion des médecins à suivre les recommandations en relation avec des changements de comportement.

Les obstacles identifiés sont en écho avec les résultats de notre analyse. En effet plusieurs médecins estiment manquer de familiarisation avec l'observance (par manque de formation ou manque de connaissance), et manquer de prise de conscience par rapport à la non-

observance (oubli de l'évaluation, objectif non prioritaire, non reconnaissance de la difficulté de l'observance).

Les freins en rapport avec les opinions peuvent aussi se rapprocher de nos résultats. La sous-estimation du bénéfice est cohérente avec la non-importance de la non-observance, et l'inutilité de l'évaluation. Le manque de confiance en soi se retrouve dans la peur de rompre une relation de confiance, la gêne et le renvoi à un sentiment d'échec et de discréditation. Le manque de motivation ou l'inertie thérapeutique peuvent être mis en parallèle avec un désintérêt pour l'observance ainsi qu'avec la lassitude et la routine de la consultation. Le désaccord avec les recommandations peut avoir un écho avec le doute sur la justification thérapeutique et la non-importance de la non-observance.

Enfin nous retrouvons les mêmes obstacles comportementaux avec comme barrières externes les facteurs environnementaux (le manque de temps, très souligné par les médecins interrogés, le manque de moyens) et la personnalité du patient.

Un second travail illustre nos résultats. Il s'agit d'une étude qualitative menée par des *focus groups,* publiée en 2012 par Badet-Phan et al. (44). Elle analyse les obstacles rencontrés par des médecins généralistes de la région Rhône-Alpes au dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes âgées de 50 à 65 ans. Quatre grands types d'obstacles sont identifiés :

- Les obstacles liés aux patientes : méconnaissance de l'existence et de l'intérêt du dépistage, peur vis-à-vis de l'examen ou de son résultat et des obstacles économiques et sociaux (barrière de la langue, etc.)
- Les obstacles liés aux médecins : bénéfice du frottis perçu comme faible, difficultés techniques et logistiques et faible motivation du médecin pour la pratique du frottis.
- Les obstacles liés à la relation médecin-patiente : pudeur, manque de disponibilité spécifique, faible fréquence de consultation et alliance thérapeutique fragile.
- Les obstacles liés à l'organisation du système de santé : absence de rémunération spécifique et absence d'organisation du dépistage.

Là encore, les résultats peuvent se rapprocher des nôtres, chaque catégorie ou sous-catégorie se retrouvant dans notre analyse.

- En rapport avec les obstacles liés aux patientes, nous retrouvons les obstacles patient-dépendants : les patients dans le déni, réticents, non éduqués, la personnalité du patient et l'incompétence du patient.
- Quant aux obstacles liés aux médecins, nous retrouvons en parallèle le positionnement du médecin par rapport à la non-observance (le désintérêt pour la question de l'observance, l'inutilité de l'évaluation, le doute sur la justification thérapeutique, l'objectif non prioritaire dans la consultation) et les obstacles techniques (manque de moyens, non-intégration dans les logiciels).
- Les obstacles dus à la relation médecin-patiente peuvent être mis en lien avec la peur de rompre une relation de confiance, la gêne et la réticence par empathie.
- Enfin, notre étude aussi soulevait des obstacles liés à l'organisation du système de santé comme l'influence du système d'activité et le manque de temps.

Ainsi, on peut observer avec ces deux études que l'on retrouve des similitudes avec notre analyse des obstacles des médecins pour différentes problématiques (que ce soit l'observance, les recommandations ou les dépistages par frottis). Même si, selon les études, ces freins sont classés différemment, on retrouve les mêmes grands items. Les résultats sont aussi

superposables malgré différentes techniques utilisées (*focus groups* dans la deuxième étude présentée), ce qui renforce la validité externe de notre étude.

Enfin, une autre étude menée par Heszen-Klemens en 1987 soulignait déjà le renvoi à un sentiment d'échec des médecins face à la non-observance de leurs patients, retrouvé dans nos résultats (45). Cette étude analyse le sentiment de frustration que peuvent avoir les médecins lorsque leurs patients sont non-observants, qui parfois peut mener les médecins à avoir des réactions de « défense de l'ego » face à cette non-observance.

4.3 Solutions envisagées pour améliorer l'évaluation de l'observance

À la question « quelles seraient pour vous les solutions pour améliorer l'observance ? », une multitude de réponses et de clés ont été développées par les médecins interrogés.

Une des solutions majeures pour accroître l'observance est de développer l'**ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE**, en améliorant la qualité de l'information donnée au patient, en obtenant l'adhésion au traitement et modifiant le comportement du patient vis-à-vis de son traitement. Tous les médecins interrogés l'ont évoqué et explicité. L'éducation thérapeutique du patient est considérée comme une priorité de santé publique dans le cadre des maladies chroniques, en raison notamment de son efficacité sur le taux d'observance thérapeutique (46).

De même, une autre clé pour faire progresser l'observance consiste en l'**AMÉLIORATION DE LA PRESCRIPTION** (limitation du nombre de prescriptions, déprescription, clarification des ordonnances, hiérarchisation des prescriptions etc.). La plupart des médecins ont pointé cette piste importante pour pouvoir diminuer la non-observance.

Seulement, ces deux points ne seront pas développés dans notre discussion. En effet, ne seront présentées ici que les **solutions en rapport avec les obstacles** des médecins généralistes à évaluer l'observance thérapeutique, qui est le véritable objet de notre étude. Or l'éducation thérapeutique et l'amélioration de la prescription ne sont pas des solutions aux obstacles des médecins généralistes à l'évaluation de l'observance. En effet, les défauts d'éducation thérapeutique et de prescription ne sont **pas des éléments qui empêchent le médecin d'analyser l'observance** de leurs patients. Ces données peuvent donner lieu à un autre sujet de recherche.

4.3.1 Solutions proposées par les médecins interrogés

4.3.1.1 Solutions concernant les obstacles organisationnels

4.3.1.1.1 En rapport avec le manque de temps

4.3.1.1.1.1 Prendre du temps

La totalité des médecins interrogés a évoqué le manque de temps comme principal obstacle à l'évaluation de l'observance dans leur pratique quotidienne.

Certains médecins ont ainsi souligné l'importance de « se poser » et de prendre du temps pour l'observance en consultation.

Médecin 10 : « La chance qu'on a en médecine générale, c'est de les revoir souvent quand même, et je pense qu'au bout d'un moment, il faut prendre le temps, et voilà, il faut mettre les pieds dans le plat. »

Médecin 14: « Si vous prenez le temps d'expliquer pourquoi on vous donne les choses, ça se passe bien. »

4.3.1.1.1.2 Renouvellement par les infirmiers

Face à ce manque de temps, un médecin propose que les infirmiers puissent faire certains renouvellements pour des traitements chroniques, afin de faire gagner du temps aux médecins.

Médecin 19: « Peut-être une délégation plus tard par une infirmière, quelqu'un qui puisse renouveler votre ordonnance, moi je suis preneur. »

4.3.1.1.1.3 Aide des réseaux de soins

Une des aides possibles soulevée par certains médecins est de se faire aider par les réseaux de soins, où l'observance peut ainsi être abordée sans contrainte de temps.

Médecin 6 : « Il y a le service SOPHIA pour les diabétiques, il va y avoir SOPHIA pour les asthmatiques…c'est pas mal. […] Je leur donne des coordonnées d'associations. »

Médecin 19: « Je crois qu'il faut se faire aider par d'autres, travailler en réseau, ces trucs-là. »

4.3.1.1.1.4 Patience, s'inscrire dans le temps

La chance des médecins généralistes est de pouvoir suivre leurs patients sur le long cours, de les revoir et d'inscrire la relation et le suivi dans le temps. C'est pourquoi certains médecins disent que si, à une consultation, il leur est impossible d'évaluer l'observance, ils pourront le faire la fois suivante. L'observance est donc un phénomène qui s'inscrit dans le temps, le médecin doit s'attacher à être patient et à toujours réessayer d'évaluer et d'améliorer l'observance thérapeutique sur le long terme.

Médecin 3: « Il faut pas se presser, il faut pas se précipiter dans les chroniques quand ça bloque, avec le temps on y arrive. […] Calme, sérénité, détermination, attente, et ça tombe. »

Médecin 7: « Il m'est arrivé quand même d'avoir des patients qui n'étaient pas observants et qui ont fini par l'être, c'est un travail de longue haleine [...] mais on ne peut pas les laisser tomber. »

Médecin 12: « Il faut répéter, répéter, répéter, voilà, et puis un jour, un déclic et ça marche! […] Bien leur expliquer…rabâcher le bien-fondé de les prendre et puis c'est tout, après rabâcher, rabâcher, voilà. »

4.3.1.1.2 En rapport avec le secteur d'activité : valorisation de l'observance par la société

Pour de nombreux médecins, parler d'observance n'est pas un problème dans leur relation avec le patient, seulement, en raison des contraintes de l'activité de la médecine aujourd'hui, c'est un « luxe » qui prend beaucoup de temps quand la consultation est à 23 euros et que les créneaux réservés par patients sont de seulement un quart d'heure.

C'est pourquoi, plusieurs insistent sur l'importance de la valorisation de l'observance par la société et ainsi d'effectuer des changements dans le système actuel de soins.

Médecin 3: « Il faut […] qu'ils valorisent notre implication dans l'observance. […] Travailler sur l'observance thérapeutique, c'est un acte militant à la limite, c'est un acte bénévole, mais c'est l'acte de la médecine. »

Médecin 6: « Alors maintenant les pharmaciens ils sont rémunérés pour ça, et nous non [...] je ne trouve pas que ça soit normal ça. »(ndlr: pour faire de l'éducation thérapeutique)

Médecin 19 : « Je pense qu'il faut absolument avancer l'idée de rémunérer tout ça autrement, parce que même si on augmente de 2 euros la consultation, ça ne sera jamais à la hauteur de ce que l'on attend de nous en tant que généraliste comme acteur stratégique. Je crois que le paiement à l'acte ne sera jamais à la hauteur, ça coûterait tellement cher. »

4.3.1.1.3 En rapport avec la routine de la consultation : consultation dédiée

Certains médecins proposent que, pour rompre la routine de la consultation, une consultation dédiée à l'observance soit organisée pour mettre au point les différents aspects du traitement avec le patient.

Médecin 1: « Le fait de prendre du temps vraiment, [...] avoir une sorte de consultation dédiée, ça pourrait être bien, ça vaudrait le coup. »

Médecin 6: « On peut reconvoquer les gens juste pour faire de l'éducation thérapeutique, ça m'arrive. »

4.3.1.1.4 En rapport avec la non-coordination avec les différents intervenants

4.3.1.1.4.1 Coordination avec les différents professionnels de santé

Plusieurs médecins soulignent l'importance d'une bonne coordination entre les différents acteurs de santé afin d'améliorer la prise en charge du patient.

Médecin 5: « On a un groupement qui nous permet de nous réunir régulièrement, d'exposer les situations difficiles [...] qui regroupe l'ensemble des professionnels de santé du territoire. Donc tous les médecins, toutes les infirmières, kinés, dentistes, orthophonistes [...] et aussi les pharmaciens. […] On fait des réunions une fois par mois [...] où on échange et puis il peut y avoir d'autres appels ciblés sur un patient quand les choses se dégradent. »

Médecin 8: « Je pense qu'on a tous notre rôle à jouer pour détecter les problèmes de prise et d'observance. […] Si on réfléchit en équipe […] ça risque de mieux marcher que si chacun est content, il a fait son boulot, puis ne s'occupe pas de ce que font les autres, ni de ce que fait le patient. »

4.3.1.1.4.2 Lien médecin-pharmacien

L'importance du lien entre médecin et pharmacien est citée par plusieurs interviewés, qui estiment que c'est un travail d'équipe à faire sur l'observance. Même si la plupart des médecins avouent ne pas avoir beaucoup de contacts au quotidien avec les pharmaciens de proximité.

Médecin 3: « Il faut qu'on travaille en coordination. […] Nombre de pharmaciens qui me disent que quand ils appellent les médecins, ils se font renvoyer balader. Il n'y a aucun respect.»

Médecin 8: « Je pense qu'on devrait avoir des liens plus étroits avec les pharmaciens de façon générale, pour les effets secondaires, pour les erreurs, et puis, il me semble, pour tout ce qui est médicamenteux. […] En ville, entre le patient, le pharmacien et le médecin, on est 3 pour détecter les erreurs des uns ou des autres. […] Mieux on communique avec ce trio-là, et mieux le traitement devrait se passer. »

4.3.1.2 Solutions concernant les obstacles techniques

4.3.1.2.1 En rapport avec le manque de moyens

Certains médecins proposent l'aide d'auto-questionnaires ou de questionnaires préétablis, comme ceux de Morisky (**annexe 3**) (47, 48) ou de Girerd (**annexe 4**) (49) validés pour l'hypertension artérielle, afin d'aider le médecin à évaluer l'observance.

Médecin 4: « Ils ont ça sur la BPCO, ils sont en train de développer ça, donc en fait, on donne l'auto-questionnaire au patient, on lui dit: "je vous revois en consultation, vous répondez, vous me ramenez l'auto-questionnaire " [...] ça me permet d'évaluer. »

Médecin 11: « Les outils aussi [...] il y a des questionnaires tout faits qui existent, l'observance, des questions toutes faites, le Morisky, etc., qui ne sont pas forcément parfaits. »

Médecin 21: « Pondre un outil systématique [...]"je vous donne ce traitement, vous cochez des cases et vous venez me voir [...] pour qu'on fasse le point là-dessus." »

4.3.1.2.2 En rapport avec la non-intégration dans les logiciels

D'autres médecins pensent qu'une intégration de l'observance dans leur logiciel informatique les aiderait à y penser plus souvent.

Médecin 5: « Les outils qu'on nous donne pour évaluer l'observance. Il faudrait qu'on ait dans notre logiciel un item observance. »

4.3.1.3 Solutions concernant les obstacles intrinsèques

4.3.1.3.1 En rapport avec la lassitude et l'agacement : adresser à un confrère ou à son interne

Au bout de plusieurs mois, voire années, à essayer d'aider un patient qui est non-observant sans succès, des médecins proposent d'adresser le patient à un confrère ou à un spécialiste. Un médecin maître de stage dit être aidé dans cette problématique par ses internes, qui permettent faire un relais et de débloquer certaines situations.

Médecin 1: « Ne pas hésiter quand on commence à être un peu las avec un patient [...] à l'adresser à un confrère. »

Médecin 9: « L'avantage d'avoir des internes, c'est que, de temps en temps, ils en remettent une couche, et qu'on arrive à faire à deux les choses que je ne fais plus toute seule, parce que j'ai abandonné. [...] C'est l'intérêt de se faire bousculer par l'interne, ou de discuter à deux, quand ils n'ont pas la même méthode. »

4.3.1.3.2 En rapport avec le manque de formation et de connaissance

L'amélioration de la formation initiale et continue sur l'observance et son évaluation est proposée par plusieurs médecins afin d'améliorer toujours plus leur pratique.

Médecin 1: « Encourager les médecins à participer à des groupes de pairs, pour aborder [...] cette question-là. (ndlr : l'observance) [...] Au niveau de la formation initiale [...] donner des petits moyens concrets, [...] des scores. »

Médecin 3: « Ca veut dire former [...] les médecins à l'éducation, former les pharmaciens à l'éducation, et il y a du taff. »

4.3.1.4 Solutions concernant les obstacles patient-dépendants

4.3.1.4.1 En rapport avec la relation médecin-patient

4.3.1.4.1.1 Le patient réticent : susciter le dialogue

Certains médecins soulignaient qu'une des difficultés rencontrées dans l'évaluation de l'observance était liée intrinsèquement à la relation médecin-patient, du fait de la réticence du patient à répondre aux questions. Une des solutions proposées est d'instaurer un climat de confiance, basé sur le dialogue, afin que le patient puisse parler sans réticence de sa non-observance.

Médecin 10: « Je pense qu'il faut faire parler les gens, essayer de les comprendre, puis d'essayer de leur dire: "maintenant voilà, on fait comment avec vous?" […] C'est vraiment un dialogue quoi, il n'y a pas de solution toute faite. »

Médecin 11: « Discuter avec les patients quand on voit qu'il y a un souci d'observance, voir quels sont les moyens avec eux d'améliorer l'observance, ça pourrait être pas mal. »

Médecin 18: «C'est une histoire de dialogue pour moi. Il faut être ouvert, c'est-à-dire que si vous avez en face de vous un médecin qui est froid, qui est hermétique et qui ne parle pas, […], le patient ne va pas parler, il ne va pas dire les choses, il va avoir la trouille ou il va être impressionné. […]Ne jamais rompre le dialogue, jamais, jamais, jamais, jamais...»

4.3.1.4.1.2 Le biais de désirabilité sociale

Afin de diminuer le biais de désirabilité sociale et de permettre au patient de passer au-delà, pour qu'il puisse répondre franchement aux questions posées par le médecin, deux solutions sont proposées par les interviewés : intégrer la non-observance dans sa pratique et ne pas juger le patient non-observant.

4.3.1.4.1.2.1 Intégration de la non-observance dans sa pratique

Médecin 3: « Il faut qu'on vive avec, qu'on l'intègre, et qu'on ne soit pas dans la réaction, le blocage, mais plutôt [...] dans un fait qui fait partie de notre métier, de notre prise en charge. »

Médecin 7: « Je pense que poser la question, ça montre que […], la non-observance existe [...], que le patient n'a pas à cacher quoi que ce soit. »

Médecin 8: « Essayer de faire qu'il se sente à l'aise pour dire "oui" s'il a des difficultés à le prendre [...] et d'explorer les difficultés de l'observance. »

Médecin 11: « J'essaye d'introduire un petit peu…que la non-observance est plutôt la normalité. […] Je lui pose la question: "bon dans cette ordonnance, vous avez beaucoup de médicaments, c'est quoi le médicament que vous oubliez, quels sont ceux que vous ne prenez pas?" »

4.3.1.4.1.2.2 Absence de jugement

Certains médecins expliquent que l'absence de jugement de la part du médecin sur la non-observance de ses patients permet au patient de répondre plus librement, sans culpabilisation, ce qui diminue le biais de désirabilité sociale.

Médecin 11: « Je vais essayer de poser la question de façon à ce qu'il juge le moins possible que ce soit culpabilisant, et qu'il réponde de façon honnête en fait. »

Médecin 18: « Il ne faut pas se fâcher, ça sert à rien, là vous rompez une relation. […]Ils ont le droit de fumer, ils ont le droit de boire, de manger n'importe quoi... Moi je suis juste là pour essayer de canaliser un peu les choses et de faire en sorte que ça ne se casse pas trop la gueule et pas trop vite, c'est tout. […]Il faut être ouvert, il ne faut jamais les engueuler. »

Médecin 20: « Sans agressivité ni culpabilisation […] Ils peuvent me dire: "non, je ne l'ai pas pris", je ne les engueule pas pour autant. […] Quand on est cool si je puis dire… je pense qu'ils me disent la vérité. »

4.3.1.4.2 En rapport avec la personnalité du patient

4.3.1.4.2.1 Adaptation au profil et à la pathologie du patient

Plusieurs médecins insistent sur le fait qu'il est important de s'adapter au profil et à la pathologie du patient quand il s'agit de l'observance. Chaque patient est unique et a sa propre façon de gérer sa santé et c'est au médecin d'essayer de s'y accorder.

Médecin 3: « Il faut gérer le patient en fonction de ses capacités, et s'adapter à ça. […]Il faut abaisser les objectifs en fonction des compétences ou en fonction du profil. […] L'observance est individuelle, donc le prescripteur doit s'adapter à l'individu. […] La médecine est un art, c'est individuel, c'est adapté, c'est de la haute-couture. »

Médecin 9: « On donne des objectifs qui sont variables en fonction des contraintes des gens, des exigences, d'éléments qui ne sont pas dans les bouquins, qui sont la vie de tous les jours. […] Il faudrait qu'on soit plus raisonnable dans ce que l'on demande, dans ce qu'on exige, etc. […] Si tu donnes un objectif qui est atteignable et concrétisable, les gens vont le faire, ou vont essayer. »

Médecin 11: « C'est peut-être à moi de m'adapter aussi ou d'adapter ma prescription. […]On discute avec lui des petits moyens d'adaptation de l'ordonnance à la faisabilité. […]Discuter avec lui: "c'est quoi le plus pratique?", si vous pouvez faire un choix de prendre le médicament au moment où c'est le plus pratique pour lui. »

4.3.1.4.2.2 Comprendre les raisons de l'inobservance

Une des clés soulignée aussi par certains médecins pour parvenir à passer au-dessus de cet obstacle qu'est la personnalité du patient, est d'essayer de comprendre pourquoi le patient réagit et fonctionne ainsi. En comprenant les raisons profondes de la non-observance, le médecin pourra ainsi plus facilement essayer de travailler dessus.

Médecin 9: « Qu'est-ce qui fait que ça a coincé, pourquoi ils n'y sont pas arrivés, est-ce que c'est parce que c'est pas possible? Est-ce que c'est parce ce que le traitement est pas possible à prendre, est-ce que c'est un problème de temps? Est-ce que c'est un problème d'organisation, est-ce que c'est un problème d'incompréhension, d'intolérance? […] Quand on s'intéresse aux gens et qu'on essaye de comprendre comment ils fonctionnent, et comment... comment ils vivent leurs problèmes de santé, et comment on peut les aider, on fait de l'observance, enfin, on s'intéresse à l'observance thérapeutique facilement. »

4.3.1.4.2.3 Évaluer les représentations du traitement ou de la maladie

En lien direct avec la compréhension des raisons de la non-observance, le médecin doit aussi essayer d'évaluer les représentations du patient de sa propre maladie et de son traitement pour pouvoir ainsi réfléchir dessus avec le patient.

Médecin 10: « Peut-être qu'en travaillant plus sur le fardeau qu'est le leur, c'est-à-dire la façon dont ils se représentent, eux, la lourdeur de leur fardeau, peut-être qu'on peut essayer d'améliorer l'observance. […]Il y a des gens, c'est au-delà de ce qu'on peut imaginer quoi, c'est une telle contrainte pour eux que si on n'essaye pas de comprendre pourquoi, on n'arrivera pas à améliorer l'observance. »

Médecin 11: « Discuter avec lui de ses croyances, de ses représentations au sujet de ses médicaments, notamment lors de la prescription d'un nouveau médicament, pour savoir ce qu'il en pense. […] lui poser la question de ce qu'il sait de ce médicament, et de ce qu'il en pense, de ses craintes éventuelles, et des effets secondaires attendus. »

4.3.1.4.3 En rapport avec l'incompétence du patient

4.3.1.4.3.1 Pour un patient avec des troubles cognitifs

4.3.1.4.3.1.1 Organisation d'un pilulier

Chez les patients âgés ou ayant des troubles cognitifs, certains médecins remarquent que l'observance est plus facile à analyser avec l'organisation d'un pilulier à domicile.

Médecin 2: « Quand il y a un passage infirmier, c'est nickel. Parce que l'infirmier, il prépare le pilulier, et là, on est sûr qu'il y a une bonne observance. »

Médecin 11: « Les patients qui galèrent un petit peu, je pense surtout au sujet âgé, au pilulier, ce genre de choses. […] Voir avec le patient si un pilulier l'aide avec une préparation à la pharmacie…ça pourrait être pas mal. »

4.3.1.4.3.1.2 Passage d'un(e) infirmièr(e) à domicile

Le passage régulier d'un ou une infirmièr(e) à domicile semble être aussi une aide précieuse pour évaluer l'observance et s'assurer de la bonne prise des médicaments.

Médecin 14: « Il n'y aurait pas une infirmière qui vient tous les jours lui donner les comprimés, je serais incapable de vous dire si elle les prend. »

Médecin 19: « Je suis aidé par ceux qui gravitent autour, je me sers des infirmières [...] je me sers des gens qui viennent et qui surveillent. »

4.3.1.4.3.1.3 Coordination avec les aidants

Plusieurs médecins soulignent l'importance de la bonne coordination avec les aidants de leurs patients pour améliorer leur suivi et leur prise en charge.

Médecin 5: « C'est impliquer les aidants familiaux aussi. »

4.3.1.4.3.2 Pour un patient ne parlant pas la même langue : aide des traducteurs

Un médecin dit s'aider des traducteurs pour pouvoir communiquer avec les patients ne parlant pas la même langue, et ainsi pouvoir évaluer l'observance.

Médecin 14: « Heureusement, ils ont souvent des traducteurs, ils ont un iPad, un machin, donc on y arrive. »

4.3.1.5 Solutions concernant le positionnement par rapport au patient

4.3.1.5.1 En rapport avec l'autonomisation du patient

4.3.1.5.1.1 Faire un contrat thérapeutique

Certains médecins estiment qu'effectuer un contrat thérapeutique avec le patient peut améliorer l'observance et donc son évaluation par la revue du contrat passé.

Médecin 18: « On peut essayer d'éviter l'inobservance en mettant un contrat d'emblée avec le patient: "est-ce que vous êtes d'accord pour prendre ça? Ce médicament-là? Tel jour, à telle heure, dans le but de faire telle chose? […]S'il y a un contrat de confiance à la base, il y a moins d'inobservance. [...] C'est vraiment le deal, c'est-à-dire c'est un compromis entre nous, avec un objectif raisonnable. »

Médecin 19: « L'observance, je vois vraiment quelque chose en contrat avec le patient. »

4.3.1.5.1.2 Autonomisation du patient

Pour certains médecins, un des obstacles à l'évaluation de l'observance est son positionnement par rapport au patient : il le laisse autonome, libre de faire ce qu'il veut de sa santé, et donc n'évalue pas son observance pour ne pas entraver sa liberté. Pour autant, certains médecins estiment que rendre le patient acteur de santé est une solution importante pour améliorer l'observance, après avoir bénéficié, bien évidemment, d'une éducation thérapeutique adaptée.

Médecin 4: « Le but pour que l'observance soit mieux tolérée, c'est de leur laisser quelques choix [...] qu'ils soient vraiment impliqués dans le truc. »

Médecin 7: « L'idée, c'est toujours d'essayer d'obtenir de la compréhension et puis l'adhésion au traitement. […] Avant de lancer l'imprimante, il faut peut-être poser la question: "est-ce que cela ne vous paraît pas trop? Qu'est-ce que vous en pensez?" »

Médecin 10: « Plus on va le rendre acteur en fait de son observance, et plus lui va se sentir responsable et il va essayer d'améliorer les choses. […] Il faut essayer de les rendre vraiment acteurs de leur santé. »

4.3.1.5.2 En rapport avec la réticence par empathie : accompagnement, alliance thérapeutique

Même si le médecin a de l'empathie pour son patient, comprenant bien le fardeau du traitement prescrit, il peut établir une véritable alliance thérapeutique, l'accompagner dans ce long chemin de la maladie, se permettant ainsi d'évaluer l'observance pour son bien.

Médecin 7: « Le patient, on doit l'accompagner en disant: "voilà, il faut continuer le traitement, parce que ce traitement est nécessaire". […] On n'est pas là pour juger, on est là pour aider, pour comprendre. […] On va travailler ensemble. »

Médecin 18: « On est ensemble avec le patient pour essayer d'aller mieux. Point barre. […] On est tous là pour faire avancer le schmilblick, on n'est pas là pour que eux aient peur ou moi j'ai peur, non. »

4.3.1.5.3 En rapport avec la peur de rompre une relation de confiance : instaurer une relation de qualité

Des médecins ont souligné qu'un des freins à l'évaluation de l'observance pouvait être la peur de rompre une relation de confiance. En effet, les questions posées induisent une suspicion de non-observance. Plusieurs médecins estiment que plus la relation médecin-patient est de qualité, plus l'évaluation de l'observance est facile, car il y a une confiance réciproque. Le patient comprend que le médecin l'interroge pour son bien et qu'il joue son rôle d'expert biomédical.

Médecin 4: « Une fois que la relation de confiance s'est instaurée, ils parlent assez facilement et assez honnêtement. »

Médecin 18: « L'observance demande du temps et de la proximité avec les gens. […] C'est sincère, ils ne doivent pas avoir peur de me dire les choses, et je ne dois pas avoir peur non plus de leur dire les choses. […] Si vous ne prenez pas ce temps-là pour établir un lien... vous n'aurez jamais ce lien quand il s'agira d'imposer des fois un traitement qui est vraiment casse-pied. »

Médecin 19: « La relation de confiance, elle est totale, il faut qu'elle soit totale. […] L'observance, c'est la confiance. »

4.3.1.5.4 En rapport avec la gêne : promotion de l'observance

Afin que le sujet de l'observance ne soit pas un tabou, et que le médecin n'ait pas de difficulté à l'évaluer, certains médecins pensent qu'une promotion de l'observance par la Sécurité Sociale ou par les médias serait bénéfique.

4.3.1.5.4.1 Campagnes de publicité

Médecin 10: « Le fait d'avoir, par exemple, des messages sur les médias ou à la radio, en disant que c'est important d'observer le traitement, peut-être que ça pourrait inciter les gens [...] ça pourrait être un moyen. […] On peut imaginer des affiches type INPES dans les salles d'attente, dans les pharmacies, et que tout le monde essaye de relayer un peu [...] en disant que c'est quand même pour le bien des gens l'observance. […] Un peu comme on avait fait le clip : "les antibiotiques, c'est pas automatique". Ça avait quand même marqué les esprits. »

4.3.1.5.4.2 Aide d'internet

Médecin 21 : « Je pense que le futur de ce genre de programme de prévention à la mauvaise observance et au mésusage des médicaments, ça passera d'abord par internet, et d'abord internet grand public. »

4.3.1.6 Solutions concernant le positionnement par rapport à la non-observance

4.3.1.6.1 Par rapport au renvoi à un sentiment d'échec et de discréditation : humilité du médecin

Certains médecins expliquent l'importance d'être humble par rapport à la non-observance de leur patient, afin de ne pas être confronté à un sentiment d'échec.

> *Médecin 3: « Il ne faut absolument pas qu'on se formalise par rapport à une inobservance. »*
>
> *Médecin 12: « Il faut rester modeste vous savez (rires), et humble! (rires) »*
>
> *Médecin 19: « Je suis faillible en permanence, mais je ne cultive pas la culpabilité, l'échec et tout. […] On a tous des faiblesses, des points faibles, tous des manques.»*

4.3.2 Solutions proposées en fonction des profils de médecins interrogés

Afin d'améliorer l'observance et son évaluation, il faut absolument prendre en compte les freins au changement. Comme le souligne le sociologue Michel Crozier *: « On ne change pas la société par décret »* (50). Les solutions doivent être recherchées en fonction des obstacles identifiés. Évidemment, les solutions présentées ici ne sont pas exclusives d'un profil de médecin, car même si différents profils ont été dégagés de l'analyse, aucun médecin ne fait entièrement partie d'une « case », chaque médecin pratique son art de façon unique.

4.3.2.1 Solutions proposées pour les médecins du premier profil (plus de 50 ans et non-universitaires)

4.3.2.1.1 Amélioration de la formation initiale et continue

Plusieurs médecins interrogés disent ne pas avoir eu de formation spécifique sur l'observance. La problématique de l'observance étant un enjeu de santé publique de plus en plus important, il semble nécessaire d'approfondir la question lors des études de médecine.

Il est souvent souligné l'importance pour le médecin de reconnaître les facteurs d'alerte de mauvaise observance : faibles résultats thérapeutiques, absence d'amélioration malgré l'augmentation du traitement, plainte des effets secondaires. Mais encore faut-il que le médecin ait les compétences pour reconnaître ces facteurs d'alerte.

La formation doit être axée sur l'observance en elle-même et son évaluation, mais aussi sur les techniques de communication avec le patient, et sur des outils précieux comme l'entretien motivationnel. L'acquisition de compétences est primordiale pour aider le médecin dans son exercice, afin d'optimiser la prise en charge de ses patients.

Une méta-analyse de 127 études a montré que l'observance thérapeutique des patients dont le médecin avait bénéficié d'une formation spécifique en communication était améliorée de plus de 60% par rapport à celle des patients dont le médecin traitant n'avait pas reçu pareille formation (51).

4.3.2.1.2 Sensibiliser les médecins à l'observance

En relation directe avec la formation, il semble urgent de sensibiliser les médecins à la question de l'observance et son enjeu. Certains médecins de notre étude soulignent qu'ils n'évaluent pas l'observance parce que le sujet ne les intéresse pas ou n'est pas une priorité pour eux.

Pourtant, il est indispensable que le médecin s'intéresse au traitement de son patient (y compris par une interrogation régulière sur son observance) et qu'il lui montre régulièrement l'impact du traitement (sur certains paramètres cliniques, biologiques ou d'imagerie) de façon à renforcer la motivation du patient (7). Une attitude positive envers le patient, lui montrer qu'on se préoccupe vraiment de sa santé, favoriserait chez lui un sentiment de responsabilité à l'égard de son bien-être (26).

Il est estimé que 50% des abandons de traitement ont lieu dans les six premiers mois de prise d'un traitement au long cours, il est donc primordial de prévenir les médecins de l'impact décisif de ces premiers mois de traitement sur la persistance médicamenteuse, afin que le médecin soit plus attentif à l'observance du traitement et à ses obstacles pendant cette période (1, 22).

Mais comment sensibiliser les médecins à cette problématique, eux qui ont déjà des emplois du temps bien chargés et de multiples contraintes organisationnelles ? Là encore, on peut souligner l'importance de la formation médicale continue qui peut, à l'aide de congrès scientifiques ou de revues, recentrer la question de l'observance au sein de notre pratique. Les groupes de pairs peuvent aussi être envisagés comme vecteurs afin d'essayer d'y intéresser les médecins.

4.3.2.1.3 Intégration de l'observance dans les logiciels

Comme le soulignent à juste titre plusieurs médecins, les logiciels utilisés n'intègrent pas l'observance dans leur configuration. Pour éviter que le médecin oublie de l'évaluer, obstacle souligné par certains interviewés, on pourrait imaginer ajouter un item « observance » soit dans le logiciel de prescription, soit dans le dossier médical lui-même rapportant les antécédents du patient. L'avantage de ce système serait de diminuer l'oubli de l'évaluation.

Cependant l'inconvénient majeur serait de classer les patients en « non-observants » et « bons observants », et de figer l'évaluation à un moment « t » de la vie du patient, ce qui serait forcément faux. En effet presque aucun patient n'est totalement observant ou totalement mal-observant, l'observance pouvant varier selon les médicaments et dans le temps. C'est un phénomène labile et complexe, comme expliqué précédemment.

4.3.2.2 Solutions proposées pour les médecins du 2ème profil (plus de 50 ans et universitaires)

Les médecins du deuxième profil sont des médecins de plus de 50 ans, universitaires, qui analysent beaucoup la relation thérapeutique et leur pratique quotidienne. La peur de rompre une relation de confiance ressort de l'analyse comme un obstacle non négligeable dans l'évaluation de l'observance, ainsi que le biais de désirabilité sociale.

4.3.2.2.1 Changement de regard sur l'observance

Au vu de la complexité de la problématique de l'observance, le médecin ne peut attendre de son patient qu'il soit tout de suite observant en tout et pour tout. En effet, cette étude m'a permis de réaliser à quel point il est difficile pour un patient de prendre un traitement tous les jours, qui le ramène quotidiennement à son statut de malade. De plus, il m'est apparu que l'on ne pouvait pas juger les patients mal-observants. Le médecin prescripteur n'est pas dans la même position que le patient, il doit réaliser le fardeau imposé par la prescription médicale dans le quotidien du malade.

Il paraît donc important que le médecin intègre la non-observance dans sa pratique, comme un phénomène naturel et non-irréversible (20). Le patient ne doit pas sentir de jugement de la part du médecin. Les questions évaluant l'observance doivent donc être dénuées de toute trace de culpabilisation. Par cette attitude, la relation thérapeutique est moins à risque, le patient se sentira plus libre de répondre aux questions du médecin, le biais de désirabilité sociale sera diminué.

4.3.2.2.2 Renforcement de la relation thérapeutique

4.3.2.2.2.1 L'observance thérapeutique, reflet de la relation médecin-patient

Les médecins du 2ème profil insistent sur la fragilité, parfois réelle, de la relation thérapeutique, et du lien qu'il peut y avoir entre la non-observance du patient et la qualité de la relation avec son médecin. La non-observance est en effet souvent le témoin d'une dysfonction de communication entre le médecin et le patient. Plusieurs études ont démontré toute l'importance de la confiance que le patient place dans son médecin pour l'adhésion ultérieure au traitement (2).

C'est là toute la subtilité de la belle aventure entre un médecin et son patient. La difficulté pour le médecin est, d'une part, de savoir comment se placer par rapport au patient, et d'autre part, d'arriver à choisir un modèle de relation, adapté à chaque patient, qui peut évoluer en fonction du temps.

Comme l'explique Emanuel et al., le médecin doit choisir entre les différents modèles de la relation thérapeutique (52) :

- Le modèle paternaliste : le médecin choisit pour son patient
- Le modèle informatif : le médecin donne les faits et les options thérapeutiques et c'est au patient de faire un choix
- Le modèle interprétatif : le médecin donne les faits et les options thérapeutiques au patient ET l'aide à décrypter ses préférences
- Le modèle délibératif : le médecin donne les faits et les options thérapeutiques au patient ET l'aide à décrypter ses préférences ET lui dit ce qu'il préfère, pour qu'après délibération, le patient puisse se ranger aux arguments du médecin.

L'art médical consiste à savoir choisir entre ces différents modèles en fonction du patient et du moment, le choix d'un modèle de relation thérapeutique pouvant évoluer chez un patient donné (20).

Ainsi, l'acte de prescrire est un acte relationnel et la qualité de la relation va indiscutablement influencer l'observance thérapeutique.

4.3.2.2.2.2 L'alliance thérapeutique, solution pour renforcer la relation médecin-patient

En choisissant un modèle de relation thérapeutique adapté à chaque patient, et en ne jugeant pas tout patient non-observant, le médecin a ainsi les clés pour instaurer une relation de qualité et peut alors établir une véritable alliance thérapeutique avec son patient. L'alliance thérapeutique se définit comme le lien thérapeutique qui se crée entre le médecin et son patient dans un esprit de collaboration où la confiance, l'acceptation et l'implication sont de mise (30). Cette notion, d'abord née dans le champ psychanalytique, est de plus en plus utilisée dans le domaine des pathologies chroniques somatiques. Elle fait appel au phénomène de réciprocité dans la relation médecin-patient. Les deux protagonistes, et non-plus uniquement le patient, font des concessions dans leur attitude face à la maladie (53). Ils définissent ainsi un plan d'action afin de traiter le malade, en prenant en compte d'un côté les objectifs thérapeutiques réalisables, et d'un autre la singularité du patient envisagé dans sa vie quotidienne.

Le médecin est ainsi là pour accompagner le patient dans son chemin de la maladie, pour l'aider à trouver les solutions optimales adaptées à chaque moment de son parcours de santé.

4.3.2.3 Solutions proposées pour les médecins du 3ème profil (médecins de 30 à 40 ans, non-universitaires)

4.3.2.3.1 Le paradoxe de l'autonomisation du patient

Comme le souligne l'anthropologue Sylvie Fainzang, spécialiste en anthropologie de la santé et de la maladie en France, qui s'intéresse beaucoup à la question de l'observance, l'autonomisation actuelle du patient renvoie à un véritable paradoxe. La place du patient dans la société contemporaine a changé, entraînant de nouvelles attitudes et de nouvelles valeurs : la reconnaissance croissante du pouvoir de décision du patient et la valorisation de sa participation active et son autonomie, allant jusqu'à parler d'*« empowerment* » (54).

Si l'observance est valorisée comme une condition nécessaire à la réussite de la prise en charge médicale, elle se voit mise à mal par l'autonomisation du malade elle-même, impliquant son aptitude à se prendre en charge seul. Car qui dit autonomie, dit possibilité de gérer seul son traitement, de juger de sa pertinence et de prendre des décisions qui peuvent contrevenir aux prescriptions médicales, rendant alors le patient non-observant. C'est là toute la contradiction. De plus, le modèle de toute puissance du patient « décideur » a ses limites du fait de l'asymétrie des connaissances, de la compréhension imparfaite de toutes les données médicales et de l'angoisse que le poids d'une telle décision peut engendrer.

Dans cette tendance actuelle, certains médecins, voulant rendre autonomes leurs patients, vont parfois se retrouver aussi dans un paradoxe : ne pas vouloir évaluer l'observance pour laisser le patient libre de gérer seul sa santé.

La solution pour permettre de faire coexister l'observance et son évaluation avec l'autonomie du patient réside en une éducation thérapeutique de qualité. Une modification de la relation thérapeutique est ainsi impliquée, plaçant le médecin en tant qu'expert biomédical, et le patient en tant qu'expert de sa santé, le premier étant là pour éclairer le raisonnement et le cheminement du second.

4.3.2.3.2 Éducation thérapeutique et contrat thérapeutique

Comme expliqué précédemment, l'éducation thérapeutique est centrale dans l'amélioration de l'observance. Même si elle n'est pas intrinsèquement une solution aux obstacles des médecins généralistes à l'évaluation de l'observance, elle n'en reste pas moins très intriquée.

Dans la continuité de l'autonomisation du patient et de l'alliance thérapeutique faite avec lui, l'éducation thérapeutique est la clé de voûte pour l'amélioration de l'observance. Le médecin établit alors un contrat thérapeutique avec son patient, afin de se fixer des objectifs raisonnables et atteignables, adaptés à chacun. En 2009, l'éducation thérapeutique est abordée dans la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (dite loi HPST) : *« L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant la qualité de vie.* » (article L. 1161-1 du Code de la Santé Publique) (55).

Le contrat thérapeutique peut aider le médecin à évaluer l'observance en consultation, lui permettant d'aborder le sujet en analysant si les objectifs fixés dans le contrat ont été atteints ou non.

L'éducation thérapeutique ne sera pas plus abordée dans cette étude, méritant à elle-seule un travail afin d'analyser comment l'améliorer toujours plus.

4.3.2.4 Solutions communes à tous les profils de médecins

4.3.2.4.1 Solutions en rapport avec le manque de temps

4.3.2.4.1.1 Délégation de tâche : réseaux de soins, PRADO, coaching en ligne et délégation auprès des infirmiers

La totalité des médecins interviewés évoquent le manque de temps comme obstacle majeur à l'évaluation de l'observance. Une aide précieuse peut être trouvée avec le développement de réseaux de soins, centrés sur les grandes maladies chroniques. À titre d'exemple, le réseau SOPHIA, organisé par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) pour le suivi des patients diabétiques, permet d'avoir accès à une formation et une information gratuite sur la maladie. En complément, des conseillers sont là pour donner une information personnalisée et adaptée sur les régimes alimentaires à suivre, et ainsi, aider le patient à changer ses habitudes de vie. Ce réseau SOPHIA s'étend maintenant à l'accompagnement des patients asthmatiques. Un des biais est toutefois que l'adhésion à ces réseaux de soins repose sur la base du volontariat, il apparaît donc que les patients les plus éloignés du système de soins sont moins facilement recrutés par ces réseaux. Les médecins généralistes ont alors toute leur place pour rapprocher les patients de ce type de réseau, afin d'avoir un relais possible sur la question de l'observance.

Depuis 2010, l'Assurance maladie a déployé progressivement trois volets du programme de retour à domicile (dit PRADO) : pour les sorties de maternité, de service d'orthopédie et de patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque. Ces programmes sont faits pour améliorer la liaison ville-hôpital et proposent un accompagnement à domicile des patients qui veulent rentrer plus tôt à leur domicile, permettant de réduire ainsi les durées d'hospitalisation. Ce modèle va bientôt être développé aussi pour les patients ayant une

broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) et pour les patients ayant des plaies chroniques. Ces programmes permettent de faire une transition plus souple entre l'hôpital et le domicile, et aident les médecins généralistes à gérer ces retours d'hospitalisation qui peuvent être parfois compliqués.

Un autre service proposé par la CPAM est le coaching en ligne : le Coaching Santé Active. Il s'agit d'un service de prévention primaire au long cours (sur une durée de 3 mois en moyenne), actuellement centré sur trois problématiques : la nutrition, la santé du cœur et la santé du dos. L'objectif est d'aider les assurés volontaires à respecter les règles hygiéno-diététiques et à corriger leurs comportements dans la durée (repères, conseils pratiques, activités physiques, etc.).

Tous ces nouveaux services permettent au médecin généraliste, débordé par le temps ou désintéressé par la question de l'observance, de « déléguer » un peu la question de l'observance et d'être aidé par d'autres professionnels. Un autre moyen de soulager les médecins serait de déléguer certaines tâches aux infirmiers, comme proposé par un médecin interviewé.

Cependant, une étude qualitative menée par *focus groups* auprès de 18 médecins généralistes installés en Franche-Comté montre des résultats mitigés quant à la motivation des médecins pour déléguer quelques tâches à des infirmiers. Même si tous les médecins interrogés semblaient favorables à la délégation de certaines tâches auprès des infirmiers, des obstacles liés aux conditions matérielles, au contenu des actes délégués, à la formation des infirmiers, à la responsabilité et au financement les empêchaient d'y adhérer totalement (56).

4.3.2.4.1.2 La maîtrise de stage

Une solution très intéressante, proposée par un médecin interviewé, est de faire un relais auprès de ses internes lorsque le médecin est lui-même maître de stage.

En effet, accueillir des étudiants dans son cabinet permet d'avoir un autre regard sur des patients que l'on suit depuis des années, et envers lesquels la problématique de l'observance devient parfois pesante. Que le patient en question soit suivi par l'interne comporte plusieurs avantages : d'une part, cela permet non seulement au médecin traitant de « souffler » un peu pendant six mois, d'autre part, ce deuxième regard sur le patient peut apporter de nouvelles solutions pour améliorer l'observance lors du débriefing avec l'étudiant.

Il est intéressant d'ailleurs de voir, avec les résultats de l'étude, que deux profils de médecins se dégagent en fonction de leur activité universitaire ou non, chez les médecins de plus de 50 ans. Il semble donc que le fait d'être maître de stage peut aider le médecin à réfléchir et avancer sur des difficultés d'observance rencontrées avec certains patients, et ainsi améliorer son évaluation et sa prise en charge.

4.3.2.4.2 Aides techniques

Certains médecins évoquent un manque de moyens pour évaluer l'observance. On peut donc évoquer l'aide apportée par les questionnaires de Morisky ou de Girerd pour l'évaluer (47-49). Cependant, ces questionnaires ont leurs défauts, car ils catégorisent en quelques questions les patients en « bons » ou « mauvais » observants. Or, comme expliqué précédemment, le phénomène est plus complexe, sachant qu'un patient peut être observant pour un médicament et non pour un autre, selon ses représentations de la maladie ou du traitement

en lui-même. Toutefois, ces questionnaires peuvent être utilisés par le médecin pour avoir un abord sur l'observance en consultation.

Une autre aide technique, proposée par le laboratoire TEVA qui a fait tout un travail sur l'observance thérapeutique après la « crise Furosémide » de juin 2013, est de faire un calendrier annuel de l'observance. Bien conscient que le médecin a une activité soumise à la saisonnalité (il est par exemple très occupé l'hiver avec les épidémies saisonnières), il propose de prévoir des consultations dédiées à l'observance au printemps, temps plus calme pour aborder la question (57).

4.3.2.4.3 L'art de la médecine : adaptation du médecin à chacun de ses patients

La plupart des médecins interrogés évoquent les difficultés rencontrées pour évaluer l'observance en fonction de la personnalité des patients, d'où l'importance d'adapter sa prescription à chaque patient. En effet, le médecin doit s'attacher à personnaliser les décisions prises, et ainsi rechercher, avec le patient, l'adaptation optimale du traitement à son mode de vie. Pour y parvenir, il doit en premier lieu écouter son patient, afin de comprendre quelles sont ses représentations de sa maladie et de son traitement, voir à quel stade d'acceptation il en est et évaluer ce que le patient est capable d'entendre. Le médecin peut ainsi déceler ses attentes et ses préférences.

L'article R4127-35 du Code de Santé Publique souligne cet aspect majeur de la relation thérapeutique: *« Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire, appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. »* (58).

Le médecin doit donc s'adapter à son patient et prendre en compte son stade d'acceptation de la maladie. La théorie de changement comportemental de deux psychologues, Prochaska et DiClemente, est basée sur six étapes, particulièrement utiles pour les prescriptions concernant le sevrage d'alcool ou de tabac, les conseils nutritionnels ou d'activité physique, mais aussi pour les prescriptions médicamenteuses (59, 60) :

- Stade de pré-contemplation :
    - Le patient est dans le déni, la résistance ou la rationalité : « je ne suis pas malade, je n'ai pas besoin de traitement».
    - Le rôle du médecin est de l'aider à percevoir le problème, à chercher ses représentations et ses résistances, à faire naître le doute et à faire des interventions brèves.
- Stade de contemplation:
    - Le patient est dans l'ambivalence, les contradictions, les justifications : « je pourrais si…, je vais essayer »
    - Le médecin doit travailler avec lui sur la balance décisionnelle (avantages/inconvénients du changement), explorer l'ambivalence, promouvoir le changement, les raisons de changer, le potentiel du patient et ses ressources intrinsèques.
- Stade de préparation :
    - Le patient a alors l'intention de passer à l'action dans un futur immédiat (souvent inférieur à 6 mois) : « je veux bien essayer, mais… »

    - Le soignant est là pour l'aider à trouver la méthode acceptable et accessible pour lui, planifier avec lui un programme d'action, définir des objectifs et identifier les avantages.
- Stade d'action :
    - Le patient change alors son comportement (arrêt du tabac, de l'alcool ou prend son traitement tous les jours).
    - Le médecin doit accompagner le changement, encourager le patient, identifier et « récompenser » les succès, repérer éventuellement les effets secondaires et adapter le traitement si besoin. Dans la prise en charge des maladies chroniques, c'est toute l'importance des récompenses intermédiaires (par exemple l'amélioration de l'HbA1c pour le diabète), chez des patients pour qui les bénéfices au long terme paraissent le plus souvent bien abstraits et inaccessibles.
- Stade de maintien et de consolidation :
    - Le patient a une modification durable de son comportement (supérieure à 6 mois), même s'il peut lui arriver de temps en temps d'oublier son traitement.
    - Le médecin a alors toute sa place pour l'aider à identifier les risques et utiliser des stratégies de prévention de la rechute, maintenir un feed-back constant et renforcer les aspects positifs de ce changement de comportement.
- Stade de la rechute :
    - La rechute est possible et fait partie du processus normal de changement. Ce n'est pas une manifestation pathologique, mais un temps qui peut être nécessaire à la réussite finale du processus.
    - L'attitude du médecin doit alors être d'aider le patient à se motiver à nouveau, le déculpabiliser mais ne pas dramatiser ni banaliser la situation. Il s'agit d'une « expérience » et non d'un «échec ».

Cette théorie, qui est la base de l'entretien motivationnel, permet donc au médecin de vraiment s'accorder avec son patient et de le suivre là où il en est dans son stade d'acceptation de la maladie, dans son degré d'acceptation du traitement. Le médecin peut ainsi s'ajuster à son patient, permettant une meilleure évaluation de l'observance.

En essayant de comprendre les raisons de la non-observance, le médecin va pouvoir travailler avec le patient sur ses blocages, ses difficultés et ses fausses représentations. Le médecin s'adapte donc à son patient et exerce là son art, comme le dit l'interviewé du 3ème entretien : *« la médecine est un art, c'est individuel, c'est adapté, c'est de la haute-couture »*.

4.3.2.4.4 Rôle clé du médecin traitant dans l'évaluation de l'observance

Tous les médecins, sauf un (médecin 5 *: « Je pense que le pharmacien a un rôle sûrement plus important que nous pour détecter les cas d'inobservance. […] Moi, je délèguerais ça au pharmacien… »*), expriment l'importance du médecin traitant dans l'évaluation de l'observance. Ils expliquent être au centre du parcours de soins, de par leur rôle de médecin traitant.

C'est là la place privilégiée du médecin généraliste dans la prise en charge de ses patients, il coordonne la gestion de la santé du patient entre les spécialistes, les professionnels paramédicaux et son propre suivi. Il a donc un rôle central pour faire la synthèse de toutes les ordonnances en possession du patient (entre l'ordonnance du médecin généraliste, mais aussi de l'ophtalmologiste, du cardiologue, du rhumatologue et du gynécologue… on peut parfois avoir des surprises !).

A partir de toutes ces informations collectées, une de ses missions est de vérifier que le patient adhère au traitement et donc soit observant. La WONCA Europe (Société Européenne de Médecine Générale - Médecine de Famille), branche régionale de l'Organisation mondiale des médecins de famille (WONCA *: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*), société savante de médecine générale d'envergure mondiale, a défini en 2002 la discipline « médecine générale - médecine de famille ». Elle a précisé les tâches professionnelles et décrit les compétences essentielles requises pour un médecin généraliste (61). L'écoute, l'empathie, la gestion de la communication verbale et non verbale, la disponibilité et l'humanisme sont autant de compétences dont le médecin généraliste doit faire preuve au quotidien. Toutes ces compétences sont des clés pour aider le médecin à évaluer l'observance au quotidien, afin de permettre au patient d'être dans un climat de confiance.

Une des grandes chances du médecin généraliste est l'opportunité de revoir plus souvent ses patients que les autres spécialistes. Il peut ainsi s'inscrire dans le temps pour travailler avec le patient sur l'observance thérapeutique, son traitement et ses représentations, en réalisant une véritable alliance thérapeutique. Il peut ainsi encourager, dans certains cas, des contacts plus rapprochés afin d'avoir le temps d'aborder le sujet de l'observance. Son atout est, la plupart du temps, sa disponibilité pour ses patients.

4.3.2.4.5 Coordination avec les différents acteurs de santé

S'il est donc indéniable que le médecin généraliste, le médecin traitant, a un rôle central dans l'évaluation de l'observance, il semble toutefois primordial de souligner qu'il n'est pas le seul à agir dans le processus de l'observance.

L'observance est en effet le résultat d'une chaîne dont le patient, le médecin et le pharmacien sont les principaux maillons. Comment en effet ne pas parler dans cette thèse du rôle si important qu'ont à jouer les pharmaciens dans l'évaluation de l'observance ?

4.3.2.4.5.1 Le pharmacien, maillon essentiel dans l'observance

Le pharmacien est un interlocuteur privilégié du patient ayant une maladie chronique, et un des professionnels de santé le mieux outillé pour évaluer l'observance thérapeutique. En effet, il rencontre régulièrement le patient, a souvent une bonne relation avec lui, et a accès au dossier pharmacologique (18). C'est ainsi que le médecin 3 les nomme les *« détecteurs de problèmes »*.

À travers les entretiens effectués, force est de constater que les liens entre pharmaciens et médecins sont bien trop pauvres, et que les deux spécialités ne sont pas assez coordonnées. Le médecin 16 le résume assez bien : *« Je n'ai pas de lien avec les pharmaciens en ce qui concerne l'observance. Je ne les appelle pas et ils m'appellent très peu.* ». Pour le médecin 21, la prescription est l'affaire du médecin et non du pharmacien : *« Ils n'ont pas de lien direct avec le traitement. C'est mon problème. »*, tout comme pour le médecin 2 : *« À la pharmacie, c'est quand même compliqué au niveau du secret médical [...] ce n'est pas trop le lieu de faire le point sur l'observance. »*

J'ai aussi été très surprise de la réaction de certains médecins interrogés, qui avaient un peu peur de la place de plus en plus importante accordée au pharmacien dans la prise en charge des patients, comme s'il y avait une sorte de concurrence entre le terrain d'action du médecin et celui du pharmacien. C'est ainsi que le médecin 6 explique *: «Nous, on se bat quand même*

pour qu'il n'ait pas un rôle majeur (ndlr : dans l'observance) parce qu'on pense quand même qu'il n'a pas toutes les données. Non, le pharmacien, moi, je ne veux pas trop qu'il rentre là-dedans, parce qu'il a pas toutes les données biologiques». Certains médecins sont même plus catégoriques, comme le médecin 18 : *« Le rôle des pharmaciens dans l'observance, c'est zéro. Zéro, parce que les pharmaciens ont bien changé. Un pharmacien maintenant, c'est pas… ce n'est plus le pharmacien d'il y a 15 ans et… [...] là, les pharmaciens sont devenus de plus en plus des commerçants. »*

Pourtant nous avons le même objectif : la prise en charge optimale de chaque patient pour son bien. Comme le souligne le médecin 7 *: « On ne travaille pas assez ensemble, ça c'est sûr »*, le médecin 9 insiste aussi : *« Il faut travailler avec le pharmacien. Ce n'est pas plus l'un ou plus l'autre, c'est ensemble ! »*. C'est donc une véritable synergie, un travail de groupe qu'il faut effectuer avec le pharmacien pour évaluer et tenter d'améliorer l'observance. C'est ainsi que le médecin 3 dit : *« L'éducation actuellement qui est proposée de la part des pharmaciens est essentielle, aussi, parce qu'on va pas tout faire, parce qu'on ne sait pas bien faire tout, et donc il faut qu'il participe à l'éducation. »*. Le médecin 20 résume bien l'importance du pharmacien en collaboration avec le médecin *: « Ils sont un peu complémentaires de ce que l'on fait »*.

À la lumière de ces réflexions des médecins interviewés, il semble indispensable d'envisager des moyens pour rapprocher médecins et pharmaciens, afin qu'ils réalisent qu'ils ont une vocation commune, la prise en charge des malades, et que, ces deux métiers ne sont pas en concurrence, mais au contraire, se complètent et s'enrichissent l'un et l'autre. On pourrait envisager des congrès communs, ou comme le fait déjà le médecin 5, des groupements de professionnels de santé qui se réunissent pour parler de certains patients ou de certaines difficultés rencontrées.

4.3.2.4.5.2 Coordination avec les professions paramédicales et les médecins spécialistes

Si le pharmacien est aussi en première ligne pour l'observance, il ne faut pas oublier de citer le rôle fondamental des infirmiers qui sont très proches des patients quand ils leur rendent visite à domicile. Par l'administration des médicaments ou la composition des piluliers, ils aident le médecin à s'assurer de la bonne observance des médicaments, particulièrement quand il s'agit de patients ayant des troubles cognitifs. Mais il est primordial qu'il y ait des contacts entre le médecin et l'infirmier une fois le passage à domicile mis en place, pour avoir un retour sur le déroulement du traitement « sur le terrain ». Il en est de même avec les autres professions paramédicales comme les kinésithérapeutes, les orthophonistes, etc. qui ont un contact privilégié avec le patient, et avec qui il est important d'avoir un retour sur leurs échanges et les pistes d'amélioration à envisager.

De même, on peut déplorer parfois le manque de coordination entre le médecin généraliste et le médecin spécialiste, ce qui peut quelquefois mener à des complications par redondance de certains traitements ou par interactions médicamenteuses. Il est alors difficile pour le médecin traitant d'évaluer correctement le niveau d'observance. C'est ainsi que le médecin 19 déplore ce manque de communication entre les deux spécialités : *« Le spécialiste est dans son histoire, dans son espèce de bulle, et il ne veut pas savoir ce qui se passe autour, il ne veut pas savoir ce qui se passe à côté. »*. Les comptes rendus de consultation de spécialiste, heureusement de plus en plus fréquents grâce à l'informatique, permettent de palier à ce manque de coordination.

Là encore, il y aurait de larges pistes d'amélioration, en renforçant les liens entre les médecins généralistes, les médecins spécialistes et les professionnels paramédicaux afin que tous soient concentrés sur un même objectif : la prise en charge optimale du patient, afin de l'aider et l'accompagner dans ses difficultés rencontrées avec l'observance.

4.3.2.4.6 Promotion de l'observance

Une autre clé, qui permettrait au médecin d'être plus à l'aise pour évaluer l'observance, serait que la société fasse une meilleure promotion de l'observance thérapeutique. Si cette dernière n'était pas un tabou, laissant croire que les médecins jugent leurs patients comme « bons » ou « mauvais » selon leur niveau d'observance, il y aurait une déculpabilisation importante sur cette question de part et d'autre.

Sur ce même sujet, il me semble que les médias et internet ont un rôle majeur à jouer, au vue de l'importance qu'ils ont dans le quotidien de nos patients. Sans vouloir une manipulation « pro-observance », il me semblerait important que nos organismes de santé, relayés par les médias et internet, informent les patients de l'enjeu sociétal et individuel de l'observance, des risques encourus par la non-observance et de l'importance de pouvoir en parler avec son médecin. La campagne de publicité *« les antibiotiques, c'est pas automatique »* a marqué les esprits, et je remarque qu'un patient accepte de ne pas avoir d'antibiotique lorsqu'on lui explique leur inutilité dans la situation pour laquelle il se présente. De même, on pourrait imaginer qu'une information plus large sur l'observance, permettrait au médecin de l'aborder plus facilement avec son patient, sans avoir peur de rompre la relation thérapeutique.

Là encore, la promotion de l'observance serait à relayer par les médecins, mais aussi par les pharmaciens et tous les professionnels de santé, dans un objectif commun d'amélioration de la prise en charge du patient.

4.3.2.4.7 Réforme du système de santé : valorisation de l'évaluation de l'observance

Un point crucial pour véritablement améliorer l'évaluation de l'observance et, par conséquent, améliorer l'observance elle-même, est d'envisager des mesures sociétales qui valorisent l'observance et son évaluation. Cela nécessite une réforme du système de santé ou tout du moins de grandes modifications.

L'observance est un phénomène complexe, qui prend du temps à évaluer, à comprendre et à cerner. Mais le système actuel de soins oblige les médecins généralistes à réduire leur temps de consultation, compte-tenu de la rémunération de celle-ci, parfois jugée faible, et de la forte demande des patients.

Il est intéressant dans notre analyse de noter qu'il n'y a pas de différence notable d'obstacles à évaluer l'observance entre les médecins installés en secteur 1 ou en secteur 2. Cela peut sembler surprenant car on pourrait penser que les médecins installés en secteur 2 peuvent effectuer des consultations de 20 min voire 30 min plutôt qu'un quart d'heure comme beaucoup de médecins installés en secteur 1. L'échantillon de notre étude était probablement trop faible pour faire ressortir une différence plus prononcée.

En conséquence, le constat reste le même : les médecins ne se sentent pas incités à évaluer l'observance car cette attitude, qui est très chronophage, n'est absolument pas valorisée par le système actuel de santé.

Quelles solutions proposer ? Plusieurs options semblent envisageables. On peut tout d'abord émettre l'idée d'incitations financières pour les médecins telles que la mise en place d'une rémunération spéciale pour l'évaluation de l'observance, comme les rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP), ou la majoration de la rémunération des consultations… Mais on peut aussi penser à une incitation financière sur les patients comme envisager un déremboursement des médicaments non pris (62).

Des interventions organisationnelles peuvent aussi aider à l'évaluation de l'observance, telles que le développement de réseaux de soins, comme expliqué précédemment, la mise en place de systèmes d'aide à la décision, le développement de démarches qualités.

Plusieurs essais pilotes ont déjà eu cours dans certaines régions ou organisations de soins aux États-Unis. Culter et al. avancent ainsi quatre solutions pour améliorer l'observance (63):

- La diminution des barrières financières à l'accès au médicament (bien que la gratuité ne soit pas suffisante pour garantir une bonne observance),
- L'investissement dans la technologie et les dossiers médicaux électroniques partagés entre soignants, de façon à améliorer la coordination,
- La réforme des rémunérations des acteurs de santé en fonction des performances, ce qui permettra aussi d'éviter l'inertie thérapeutique, mais incitera aussi le soignant à s'intéresser davantage à l'observance du soigné,
- L'identification des patients à haut risque de mauvaise adhésion au traitement, de façon à mieux les entourer par une prise en charge personnalisée faisant appel à des programmes spécifiques ciblés sur l'observance.

5 CONCLUSION

L'amélioration de l'observance thérapeutique est un des défis de la médecine contemporaine, tant pour le bien du patient qu'à visée de santé publique.

L'objectif de cette étude était d'analyser les obstacles des médecins généralistes à évaluer l'observance thérapeutique, afin d'envisager des solutions adaptées à ces freins pour une amélioration effective et durable de l'observance.

De nombreux obstacles ont été soulevés par les médecins interrogés qu'ils soient d'ordre organisationnels (manque de temps, influence du secteur d'activité, routine de la consultation, non-coordination avec les autres intervenants, remplacement), techniques (manque de moyens ou logiciels inadaptés) ou intrinsèques (oubli, lassitude, fatigue, manque de compétences). Il est aussi ressorti que l'évaluation de l'observance est différente selon les patients, selon la clinique, selon la confiance que le médecin a en son patient, mais aussi selon la qualité de la relation thérapeutique. D'autres freins à l'évaluation ont également été soulevés de par le positionnement même du médecin dans la relation thérapeutique (volonté d'autonomisation du patient, confiance en ses patients, réticence par empathie, peur de rompre une relation de confiance, gêne) ou son positionnement par rapport à la non-observance (non-sensibilisation ou désintérêt pour la question, inutilité de l'évaluation, doute sur la justification thérapeutique, objectif non prioritaire dans la consultation, faible importance de la non-observance, non-observance considérée comme adaptée, non reconnaissance des difficultés de l'observance, propre vécu de l'observance), ou enfin un renvoi à un sentiment d'échec ou de discréditation.

De cette analyse ont pu être dégagés trois profils de médecins, qui se départagent principalement en fonction de leur âge et de leur activité universitaire ou non. Selon les types de médecins, les obstacles relevés liés à l'évaluation de l'observance étaient différents, permettant de chercher des solutions adaptées à chaque profil.

Sept solutions principales ressortant de cette analyse sont envisagées. Tout d'abord, la formation et la sensibilisation des médecins à la problématique de l'observance et à son évaluation doivent être développées. Ensuite, l'instauration d'une bonne relation thérapeutique semble mettre aussi en confiance le médecin pour interroger son patient sans avoir peur de rompre un lien thérapeutique. L'importance d'une éducation thérapeutique de qualité se dégage aussi comme une solution majeure, permettant une véritable alliance thérapeutique afin d'autonomiser son patient. Au même niveau, les réseaux de soins peuvent aussi aider le médecin généraliste, souvent très pris par le temps, dans l'éducation du patient à l'observance. Il semble également primordial de renforcer les liens entre les médecins généralistes et les pharmaciens qui ont une mission commune d'amélioration de la prise en charge de leur patient. On peut ajouter qu'une meilleure coordination avec les médecins spécialistes et le personnel paramédical permettrait d'aider le médecin généraliste dans sa mission de médecin coordinateur des soins, lui permettant de mieux évaluer l'observance de ses patients. Enfin, il semble essentiel que la société dans son ensemble, et le système de soins en particulier, aident le médecin généraliste dans sa mission, en promouvant l'observance et en réorganisant le système de soins en général.

Pour compléter cette étude, il serait intéressant de faire une étude qualitative auprès des patients, pour connaître avec plus de précision leur vision de l'observance et leur vécu de

l'évaluation faite par le médecin. Il serait également intéressant de réaliser une étude quantitative par questionnaires auprès des médecins pour évaluer l'importance des différents obstacles mis en évidence. D'autre part, une étude similaire pourrait être effectuée en miroir auprès des pharmaciens, afin d'analyser comment ils évaluent l'observance thérapeutique et quels sont leurs obstacles rencontrés en officine quotidiennement.

Ainsi, notre vocation de soignants n'est pas de rendre nos patients « observants à tout prix », mais de les accompagner dans la maladie, en sachant respecter leurs choix et leurs modes de vie, et ainsi essayer de parvenir à une autonomisation progressive dans leur prise en charge, avec une observance la meilleure possible pour des objectifs adaptés à chacun.

Il est donc important de continuer à encourager, sensibiliser et mobiliser les médecins généralistes au dialogue, à l'écoute et au respect réciproque dans leur relation avec leurs patients, afin de parvenir ensemble à une prise en charge optimale de l'observance, adaptée à chacun.

6 BIBLIOGRAPHIE

1. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to Medication. N Engl J of Med. 2005 ; 353(5):487–97.

2. Le Bot M. Dossier Observance. Rev Prat Med Gen. 1999;13 (469):1335–48.

3. World Health Organization : Adherence to long term therapies. Evidence for action. Genève ; WHO : 2003. 209 p.

4. Beardon PH, McGilchrist MM, McKendrick AD, McDevitt DG, MacDonald TM. Primary non-compliance with prescribed medication in primary care. BMJ. 1993 Oct 2;307(6908):846–8.

5. Griffith S. A review of the factors associated with patient compliance and the taking of prescribed medicines. Br J Gen Pract. 1990 Mar;40(332):114–6.

6. Haynes RB, McDonald HP, Garg AX. Helping patients follow prescribed treatment. Clinical applications. JAMA. 2002;288(22):2880–3.

7. Scheen AJ, Giet D. Non-observance thérapeutique: causes, conséquences, solutions. Rev Med Liege. 2010 Jun;65(5-6):239–45.

8. Gallois Anne. Hypertension artérielle : recherche d'un lien entre le niveau d'observance et la connaissance des complications. 50p. [Thèse d'exercice pour le doctorat en médecine], dirigée par C. Le Lann, Université de Tours, 2011.

9. Feltz Marie-Lorraine. Antivitamines K à l'officine : observance et évaluation des connaissances des patients. 98p. [Thèse d'exercice pour le doctorat en pharmacie], dirigée par B. Demore, Université de Nancy I, 2011.

10. Bizouard Fanny et Jungers Claire. Évaluation de la connaissance des indications des traitements chroniques en médecine générale et de la relation médecin-malade. Impact sur l'observance. 58p. [Thèse d'exercice pour le doctorat en médecine], dirigée par X. Cressens, Université de Grenoble, 2014.

11. Lun Aurélie et Rouvière Damien. Le médecin généraliste face à l'observance d'un traitement chronique : le modèle des antiagrégants plaquettaires. 132p. [Thèse d'exercice pour le doctorat en médecine], dirigée par B. Satger, Université de Grenoble, 2012.

12. Cousyn Cécile. Comparaison entre l'importance des traitements évaluée par les médecins et l'observance, chez les patients prenant des traitements au long cours. 55p. [Thèse d'exercice pour le doctorat en médecine], dirigée par T. Tran, Université Paris 7 Diderot, 2015.

13. Haynes R, Taylor D, Sackett D. Compliance in Health Care. John Hopkins University Press, Baltimore; 1979.

14. Morris LS, Schulz RM. Patient compliance an overview. J Clin Pharm Ther. 1992 Oct;17(5):283–95.

15. Tourette-Turgis C, Rébillon M. De l'adhésion à l'observance thérapeutique: réunir les conditions d'une primo-observance et développer une multiplicité d'interventions dans la durée. Counseling, Santé & Développement. [Internet] Mars 2005. Dossier n°1. [réf. du 12 janvier 2016]. 8p. Disponible sur : http://www.entretienmotivationnel.org/medias/dossier_observance_mars04_complet.pdf

16. Lamouroux A, Magnan A, Vervloet D. Compliance, observance ou adhésion thérapeutique: de quoi parlons-nous? Rev Mal Respir. 2005 Feb;22:31–4.

17. Cramer JA, Roy A, Burrell A, Fairchild CJ, Fuldeore MJ, Ollendorf DA, et al. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. Value Health. 2008 Feb;11(1):44–7.

18. Guénette L, Moisan J, Guillaumie L. L'adhésion au traitement médicamenteux. Concepts et moyens pour la maintenir ou l'améliorer. Cahiers de FC de l'actualité pharmaceutique. [Internet] Oct 2011. [réf. du 19 décembre 2014]. p 1-4. Disponible sur : http://www.professionsante.ca/files/2011/11/LAP_vol19_no8_2011_10.pdf

19. Agence nationale de recherches sur le sida (France). L'observance aux traitements contre le VIH/sida. Mesure, déterminants, évolution. Paris: ANRS; 2001. 112p.

20. Reach G. La non-observance thérapeutique: une question complexe. Un problème crucial de la médecine contemporaine. Médecine. 2006;2(9):411–5.

21. Jacquemet S, Certain A. Education thérapeutique du patient: rôles du pharmacien. Bulletin de l'Ordre. 2000;367:269–75.

22. Le Jeune S, Mourad JJ. Inobservance et inertie clinique: deux obstacles majeurs dans la prise en charge de l'hypertension artérielle. Réalités cardiologiques. 2012 Avril;(286):37–43.

23. Tilly B, Salavane B, Ricordeau P, Bertin N, Guilhot J. Hypertension artérielle sévère en France: traitement et contrôle tensionnel en 1999 et en 2003. Rev Med Ass Maladie. 2004;35(3):167–80.

24. Perez L, Salvador M. Observance médicamenteuse. Faculté de Médecine de Toulouse; [Internet]. 2013. [réf. du 17 avril 2015], p. 50-56. Disponible sur : http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem4/module11/chamontin/2013-14/tome%201.pdf

25. Simpson SH, Eurich DT, Majumdar SR, et al. A metaanalysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. BMJ, 2006, 333 (7557):15.

26. Golay A, Nguyen Howles M, Mateiciuc S, Bufacchi B. Améliorer l'observance médicamenteuse. Rev Med Suisse. 2004;(62):909–13.

27. Lacaille S, Legrain S. Observance des traitements médicamenteux chez les sujets âgés. Service de Gériatrie, Hôpital de Bichat [Internet] 2007. [réf. du 11 mars 2015], 58p. Disponible sur : http://www.chups.jussieu.fr/polys/capacites/capagerontodocs/annee1therapeutique/observancelacaillelegrain2007.pdf

28. Norell SE. Accuracy of patient interviews and estimates by clinical staff in determining medication compliance. Soc Sci Med E. 1981 Feb;15(1):57–61.

29. Bauer C, Tessier S. Observance thérapeutique chez les personnes âgées. Synthèse documentaire. CRESIF, 2001 Nov : 35p.

30. Benoit M, Pon J, Zimmermann MA. Comment évaluer la qualité de l'observance? L'encéphale. 2009;35(suppl 3):87–90.

31. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;84(19):142–5.

32. Borgès Da Silva G. La recherche qualitative: un autre principe d'action et de communication. Rev Med Ass Maladie. 2001;32(2):117–21.

33. Begué-Simon AM. Approches qualitatives dans le champ de la santé. [Internet]. 2009. [réf. du 19 décembre 2014], 6p. Disponible sur: https://facmed.univ-rennes1.fr/wkf/stock/RENNES20090224100752ambegueApproches_qualitatives_dans_le_champ_de_la_santE.doc

34. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Première partie: d'"Acteur" à "Interdépendance." Exercer. 2009;87(20):74–9.

35. Fenneteau H. L'enquête: entretien et questionnaire. Paris: Dunod; 2015. 128p.

36. Andreani J-C, Conchon F. Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives: état de l'art en marketing [Internet]. 2005. [réf. du 18 décembre 2014], Disponible sur: http://www.escp-eap.net/conferences/marketing/2005_cp/Materiali/Paper/Fr/ANDREANI_CONCHON.pdf

37. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Deuxième partie: de «Maladie» à «Verbatim». Exercer. 2009;88(20):106–12.

38. Pope C, Ziebland S, Mays N. Analysing qualitative data. BMJ. 2000 Jan 8;320(7227):114–6.

39. Touboul P. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative [Internet]. Mars 2013. [réf du 31 mars 2015]. 13p. Disponible sur: http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf

40. Mays N, Pope C. Assessing quality in qualitative research. BMJ. 2000 Jan 1;320(7226):50–2.

41. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cahiers de recherche sociologique. 1994;(23):147-181.

42. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Instruction DGOS/RH1 n°2011-101 du 17 mars 2011 relative à l'augmentation du nombre de maîtres de stage en médecine générale. [Internet]. 2011. [réf du 19 janvier 2016]. 7p. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-04/ste_20110004_0100_0039.pdf

43. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines?: A framework for improvement. JAMA. 1999 Oct 20;282(15):1458–65.

44. Badet-Phan A, Moreau A, Colin C, Canoui-Poitrine F, Schott-Pethelaz A, Flori M. Obstacles au dépistage du cancer du col de l'utérus rencontrés par les médecins généralistes chez les femmes âgées de 50 à 65 ans. Prat Org Soins. 2012;43(4):261-268.

45. Heszen-Klemens I. Patients' noncompliance and how doctors manage this. Soc Sci Med. 1987;24(5):409–16.

46. Haute Autorité de Santé. Education thérapeutique du patient: définition, finalité et organisation. Recommandations HAS. Juin 2007. 8p.

47. 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.

48. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. J Clin Hypertens (Greenwich). 2008 May;10(5):348–54.

49. Girerd X, Hanon O, Anagnostopoulos K, Ciupek C, Mourad JJ, Consoli S. Assessment of antihypertensive compliance using a self-administered questionnaire: development and use in a hypertension clinic. Presse Med. 2001 Jun 16;30(21):1044–8.

50. Crozier M. On ne change pas la société par décret. Paris: B. Grasset; 1979. 298 p.

51. Zolnierek KBH, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. Med Care. 2009 Aug;47(8):826–34.

52. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA. 1992 Apr 22;267(16):2221–6.

53. Reach G. Clinique de l'observance: l'exemple des diabètes. Paris: J. Libbey Eurotext; 2006. 188 p.

54. Fainzang S. La relation médecin-patient. Un conflit de valeurs. Rev Mal Respir. 2005 avril;22:37–9.

55. Code de la Santé publique, article L. 1161-1 [Internet]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000020892069&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160324&fastPos=2&fastReqId=1497777598&oldAction=rechCodeArticle

56. Wilmart F, Laporte C. La délégation des tâches en médecine générale : étude qualitative par *focus groups* auprès de 18 médecins généralistes installés en Franche-Comté. Exercer. 2009 ; 85 (suppl 1):54-55.

57. Laboratoire TEVA. Livre blanc : marguerite des 20 recommandations pour améliorer l'observance de leurs traitements par les personnes âgées. [Internet]. Septembre 2014. [réf du 15 décembre 2015]. 37p. Disponible sur : http://www.teva-laboratoires.com/wp-content/uploads/2014/09/TEVA_Livret-Reco_PAP_BD_PAP.pdf

58. Code de Santé Publique, article R4127-35. [Internet]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000025843586&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160324&oldAction=rechCodeArticle&fastReqId=761771202&nbResultRech=1

59. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot. 1997 Oct;12(1):38–48.

60. Miller WR, Rollnick S, Michaud P, Lécallier D. L'entretien motivationnel aider la personne à engager le changement. Paris: InterÉditions; 2013. 448 p.

61. WONCA EUROPE. The european definition of general practice/ family medicine; [Internet]. 2011. [réf du 15 décembre 2015]. 33p. Disponible sur : http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf

62. Durieux P. Les obstacles à un traitement efficace: défaut d'observance et inertie médicale. Société Française d'Hypertension artérielle; DIU d'Hypertension artérielle. [Internet]. Mars 2013. [réf du 17 avril 2015] Disponible sur : http://www.sfhta.eu/wp-content/uploads/2013/04/DIU-HYPERTENSION-DURIEUX-version-2013.pdf

63. Cutler DM, Everett W. Thinking outside the pillbox--medication adherence as a priority for health care reform. N Engl J Med. 2010 Apr 29;362(17):1553–5.

Annexe 1

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRÉ

Nom de l'étude : **Quels sont les obstacles des médecins généralistes à évaluer l'observance thérapeutique?**

Je soussigné(e) confirme que j'ai pris connaissance du projet de recherche décrit dans la lettre d'information.
J'ai été informé(e), oralement et par écrit, des objectifs du projet, de ses méthodes de recueil des données et des modalités de ma participation au projet.

J'ai également été informé(e) :

a) de la façon selon laquelle l'investigatrice assurera la confidentialité des données et en protégera les renseignements recueillis,
b) de mon droit de mettre fin à l'entrevue ou à son enregistrement, si je le désire, ou de ne pas répondre à certaines questions,
c) de mon droit, à titre de participant volontaire à cette étude, de m'en retirer sans préjudice à tout moment si je le juge nécessaire.
d) de mon droit de communiquer, si j'ai des questions sur le projet, avec le responsable du projet (S. d'HUART).

J'ai l'assurance que les propos recueillis au cours de cet entretien seront traités de façon confidentielle et anonyme. Cependant, je suis conscient(e) que malgré toutes les précautions prises à cet effet, il demeure possible que je sois identifié(e) de manière indirecte.

J'accepte, par la présente, de participer à la recherche selon les modalités décrites dans la lettre d'information sur le projet, ci-annexée.

Je signe ce formulaire en deux exemplaires et j'en conserve une copie.

_____ _____

Signature du participant Date

Partie réservée à l'investigatrice :

Je soussignée, Ségolène d'HUART, confirme avoir informé le médecin ci-dessus de l'objectif, de la nature, de la durée ainsi que des risques de cette étude, et qu'il (elle) a accepté de participer à cette étude.

Date : Signature de l'investigatrice :

Ségolène d'HUART
(Informations personnelles retirées)

Annexe 2

DOCUMENT D'INFORMATION SUR LE PROJET DE RECHERCHE
« Quels sont les obstacles des médecins généralistes à évaluer l'observance thérapeutique? »

Recherche menée par Ségolène d'HUART, interne en médecine générale, de la Faculté de Médecine de Paris Descartes.

Madame / Monsieur, Docteur,

Voici un ensemble d'informations sur ce projet de recherche en médecine générale auquel vous êtes invité(e) à participer.

1. L'objectif du projet est d'évaluer quels sont les obstacles des médecins généralistes à évaluer l'observance thérapeutique chez leur patients.

2. Votre participation au projet consistera à accorder une entrevue d'environ 30 minutes à l'investigatrice. Cette entrevue portera sur divers aspects de votre pratique, basée sur un guide d'entretien préétabli. Avec votre accord, cet entretien sera enregistré pour une meilleure analyse des résultats.

3. En participant à cette recherche, vous contribuerez à une meilleure compréhension des problèmes d'observance des patients. Les données recueillies feront l'objet d'une thèse pour le doctorat en médecine d'une interne en médecine générale, afin de chercher des solutions pour améliorer l'observance thérapeutique. Par ailleurs, l'entrevue ne comporte aucun risque connu.

4. S'il y a des questions auxquelles vous ne pouvez ou préférez ne pas répondre, vous êtes tout à fait libre de choisir de ne pas répondre sans avoir à fournir de raisons et sans inconvénient. Sachez par ailleurs qu'à titre de participant volontaire à cette étude, vous avez la possibilité de vous en retirer à tout moment si vous le jugez nécessaire.

5. La confidentialité des résultats sera assurée par le maintien de l'anonymat complet lors de l'analyse des entretiens, et la destruction des enregistrements audio après l'analyse des résultats.
Les retranscriptions ne seront accessibles qu'à l'investigatrice et son directeur de thèse (Dr JC SCHWARTZ). Et les données recueillies ne serviront que dans le cadre de la présente recherche.

Vous trouverez ci-joints deux exemplaires d'un formulaire de consentement que nous vous demandons de signer si vous acceptez de m'accorder l'entrevue. L'objectif de ce formulaire est de démontrer que l'investigatrice a le souci de protéger le droit des personnes qui participent à la recherche. Avant de signer le formulaire, vous pouvez, si vous le désirez, demander à l'interviewer toutes les informations supplémentaires que vous jugerez à propos d'obtenir sur le projet de recherche.

Nous vous remercions de votre collaboration.

Investigatrice : Ségolène d'HUART
(Informations personnelles retirées)
Directeur de thèse : Dr Jean-Claude SCHWARTZ *(Informations personnelles retirées)*

Annexe 3

Questionnaire de Morisky
Morisky Medication-Taking Adherence Scale (MMAS)

- **à 4 questions (MMAS-4):**

1. Vous arrive-t-il d'oublier de prendre votre traitement pour (nom de la maladie) ?
2. Avez-vous parfois du mal à vous rappeler de prendre votre traitement pour (nom de la maladie) ?
3. Quand vous vous sentez mieux, vous arrive-t-il d'arrêter de prendre votre traitement pour (nom de la maladie) ?
4. Si vous vous sentez moins bien lorsque vous prenez votre traitement pour (nom de la maladie), arrêtez-vous parfois de le prendre ?

Le barème est de 0 pour « oui » et de 1 pour « non » dans ce questionnaire à 4 questions. Les points pour chaque question sont additionnés pour obtenir un score compris entre 0 et 4.

Le MMAS-4 est à l'origine composé par Morisky et al. de 4 questions, et validé en anglais, mené sur l'hypertension artérielle en 1986. Sa sensibilité est alors bonne (0.81), mais sa spécificité modérée (0.44)

Source : Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Medical care. 1986 Jan ; 24(1) :67-74

- **à 8 questions (MMAS-8):**

1. Vous arrive-t-il parfois d'oublier de prendre vos médicaments pour (nom de la maladie) ? **(non = 1)**
2. Il arrive que des personnes oublient de prendre leurs médicaments pour des raisons autres que l'oubli. Pensez aux deux semaines dernières : vous est-il arrivé au moins un jour de ne pas prendre vos médicaments pour (nom de la maladie) ? **(non = 1)**
3. Vous est-il déjà arrivé de diminuer ou d'arrêter votre traitement sans le dire à votre médecin, parce que vous vous sentiez plus mal lorsque vous le preniez ? **(non = 1)**
4. Lorsque vous voyagez ou quittez votre domicile, vous arrive-t-il d'oublier d'emporter avec vous vos médicaments pour (nom de la maladie) ? **(non = 1)**
5. Avez-vous pris vos médicaments pour (nom de la maladie) hier ? **(oui = 1)**
6. Lorsque que vous sentez que votre problème de santé est maîtrisé, vous arrive-t-il d'arrêter votre traitement pour (nom de la maladie) ? **(non = 1)**
7. Prendre un traitement tous les jours constitue une vraie gêne pour certains patients. Vous arrive-t-il quelquefois, de ne pas supporter de prendre votre traitement pour (nom de la maladie) ? **(non = 1)**
8. Combien de fois avez-vous eu des difficultés à vous rappeler de prendre votre traitement ?
   (jamais ou rarement ? **(= 1)** de temps à autre ? **(=0.75)** parfois ? **(= 0.5)** fréquemment ? **(=0.25)** tout le temps ? **(= 0)**)

L'observance est considérée comme bonne pour les patients ayant un score de 8, moyenne pour ceux ayant un score de 6 ou 7 et faible pour les patients obtenant un score de moins de 6.

Cette dernière version du questionnaire établie par Morisky et al. basée sur 8 questions, donc appelé MMAS-8, est jugée moins stigmatisante pour le patient que le MMAS-4.

Source : Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. Journal of clinical hypertension. 2008 ; 10 :348-54

Annexe 4

Questionnaire de Girerd

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

L'équipe de Girerd et al. en 2001 valide en français dans l'hypertension artérielle, l'utilisation d'une version dérivée du MMAS-4, se composant de 6 questions.

La réponse à ce test est binaire, par « oui » ou « non ».
Le patient est considéré comme :

- « bon observant » s'il répond 6 fois « non ».
- « faiblement non-observant » s'il répond 1 ou 2 fois « oui »
- « non-observant » s'il répond « oui » à 3 questions ou plus.

Source : Girerd X., Hanon O., AnagnostopoulosK. Et al. Evaluation de l'observance des traitements anti-hypertenseurs par un questionnaire : mise au point et utilisation dans un service spécialisé. Presse Med, 2001 ; 30 :1044-1048

Les obstacles des médecins généralistes à évaluer l'observance thérapeutique
Résumé

Contexte : L'observance thérapeutique est souvent estimée à 50% pour les pathologies chroniques. En 2003, l'Organisation Mondiale de la Santé indique qu'améliorer l'observance serait un progrès majeur. Il est important que les médecins s'impliquent et l'évaluent en consultation. Nous avons cherché à identifier les obstacles des médecins généralistes à évaluer l'observance thérapeutique.

Méthode: Étude qualitative par entretiens semi-dirigés, à l'aide de questions ouvertes, auprès de médecins généralistes, remplaçants ou installés, universitaires ou non, en milieu urbain ou rural, jusqu'à saturation des données. Les entretiens ont été retranscrits mot à mot, puis codés à partir des verbatim, en double aveugle, et enfin analysés par théorisation ancrée.

Résultats: 22 médecins ont été interrogés entre janvier et décembre 2015. De nombreux obstacles à l'évaluation de l'observance ont été soulevés : organisationnels, techniques ou intrinsèques mais aussi dépendants de la personnalité des patients et du positionnement du médecin par rapport à la question de l'observance et de son positionnement dans la relation thérapeutique.

Conclusion : Au-delà des obstacles relevés, cette étude qualitative permet de dégager des pistes intéressantes pour améliorer l'évaluation de l'observance thérapeutique : sensibilisation des patients et des médecins à la question de l'observance, meilleure coordination avec les autres professionnels de santé, notamment avec les pharmaciens, actions de santé publique concrètes pour promouvoir l'observance et valoriser son évaluation.

Mots-clés : observance, relation médecin-patient, médecine générale, maladie chronique

Obstacles general practitioners face in assessing medication adherence
Abstract

Background: Adherence to medication is often estimated at 50% with regards to chronic diseases. In 2003, the World Health Organization indicated that improving adherence would represent a major progress. It is essential that general practitioners get involved and assess adherence during consultations. The present study attempts to identify obstacles general practitioners face in assessing medication adherence.

Method : Qualitative study by semi-structured interviews, using open questions, with general practitioners, whether established or substitutes, university professors or not, in both urban and rural settings, until data saturation was reached. Interviews have been transcribed word for word, then coded from verbatim, using the double blind approach, and, lastly, analyzed using the grounded theory method.

Results: 22 physicians were interviewed from January to December 2015. Many obstacles in assessing adherence were mentioned: organizational, technical, and intrinsic, as well as those that are related to the patient's personality, the way the doctor views adherence, and the way he views his relationship with the patient.

Conclusion: In addition to identifying the obstacles, this qualitative study led to some promising ways to improve assessment of medication adherence: awareness-raising campaigns intended for patients and practitioners in relation to the adherence issue, better coordination with other health professionals, especially with pharmacists, and concrete public health measures to promote adherence and valorize its assessment.

Keywords : adherence, doctor-patient relationship, general practice, chronic disease

Université Paris Descartes. Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'École de Médecine 75270 Paris cedex 06