



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Perception du message sur l'observance thérapeutique chez les
patients diabétiques**

Présentée et soutenue publiquement le 08 septembre 2016 à 18 h
au Pôle Formation
Par Raphaël Sergeant

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre FONTAINE

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Dominique DEPLANQUE

Monsieur le Docteur Nassir MESSAADI

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Bertrand STALNIKIEWICZ

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

OMS	Organisation Mondiale de la Santé
HAS	Haute Autorité de Santé

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
Matériels et méthodes	3
I. Population	3
II. Méthode	3
Résultats	5
I. Le message du médecin sur les traitements	5
A. En général.....	5
B. La place du participant dans le traitement	5
C. Le mode de prise des médicaments.....	6
D. Les effets indésirables.....	6
E. L'effet attendu du traitement	6
F. Le coût du traitement.....	6
II. Facteurs influençant l'observance thérapeutique	7
A. Mode de prise	7
B. Information du médecin.....	7
C. Les effets indésirables.....	7
D. L'insulinothérapie	7
III. Intérêt des participants pour leur traitement.....	8
IV. Perception du diabète.....	8
A. En général.....	8
B. L'annonce.....	9
C. L'insulinothérapie	9
D. Les complications.....	10
V. L'entourage familial et professionnel.....	10
VI. Relation avec les professionnels de santé	10
A. Avec le médecin traitant	10
B. Avec les autres professionnels de santé	11
Discussion	12
I. La méthode	12
II. Les résultats	12
A. Le message du médecin sur les traitements	12
B. Facteurs influant sur l'observance thérapeutique selon les patients	13
C. Intérêt des patients pour leur traitement	14
D. Perception du diabète	14
E. Entourage familial et professionnel.....	14
F. Relation entre le participant et le médecin traitant	15
G. Relation avec les autres professionnels de santé	15

Conclusion	16
Références bibliographiques	17
Annexes	20
Annexe 1 : Guide d'entretien.....	20
Annexe 2 : Tableau de caractéristique des participants.....	21

RESUME

Contexte. Le diabète a une forte prévalence en France. L'adhésion au traitement dans le diabète est médiocre. L'OMS considère le problème de la non-observance thérapeutique comme un enjeu de santé majeur. Cette étude explorait la perception du message sur l'observance thérapeutique chez le patient diabétique.

Méthode. Etude qualitative inductive par entretiens semi-dirigés individuels auprès de patients diabétiques sous anti diabétiques oraux. La saturation des données a été obtenue après inclusion de 12 patients. Le recrutement aléatoire a permis la diversité nécessaire à l'exhaustivité des données. L'analyse a été faite par théorisation ancrée avec triangulation du codage par le logiciel NVivo 10.

Résultats. Les participants de l'étude avaient en général une bonne perception du message délivré par leur médecin. Certains lui reprochaient son manque de temps et d'écoute. Ils méconnaissaient souvent les effets indésirables ou les raisons de l'instauration du traitement. Le temps de l'annonce de la maladie apparaissait comme essentiel pour l'information sur la pathologie et le traitement. L'entourage familial était important pour les participants tant par son soutien que pour l'information donnée. Des participants souhaitaient être pleinement impliqués dans leur prise en charge thérapeutique alors que d'autres adoptaient une attitude passive. La gravité du diabète était reconnue par certains avec une peur de l'insulinothérapie. La relation de confiance avec le médecin généraliste et la coordination avec les autres professionnels de santé étaient essentielles. L'adaptation du traitement à leur quotidien favoriserait leur observance.

Conclusion. Les participants considéraient le message du médecin généraliste sur les traitements essentiel pour favoriser leur observance. Sa capacité d'écoute et la relation de confiance permettrait l'adaptation du traitement à chacun.

INTRODUCTION

Le diabète de type 2 est une maladie chronique dont la prévalence en France est de 4.7%. (1) L'observance au traitement est définie comme le degré de concordance entre le comportement d'un individu (prise de médicament, suivi d'un régime, modification du mode de vie) et les prescriptions et conseils du médecin. (2) Un patient est considéré comme observant lorsqu'il adopte au moins 80 % des conseils et prescriptions, qu'elles soient médicamenteuses ou non médicamenteuses. L'adhésion au traitement dans le diabète est médiocre, surtout sur le long terme. (3) Il existe plusieurs façons d'évaluer l'observance thérapeutique ce qui explique les disparités constatées. (4) Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), résoudre le problème de la non-observance thérapeutique serait bien plus bénéfique que des découvertes biomédicales. (5)

De nombreux facteurs influent sur l'observance thérapeutique des patients diabétiques, (6) (7) en particuliers l'information donnée. (8) Dans le diabète, peu d'études ont été réalisées en France pour explorer cette relation médecin-patient au sujet de l'observance thérapeutique.

L'objectif principal de notre étude était d'explorer la perception des patients diabétiques de type 2 du message sur l'observance thérapeutique délivré par leur médecin.

MATERIELS ET METHODES

I. Population

Les critères d'inclusion étaient un diabète de type 2 avec un traitement par antidiabétiques oraux. Les patients sans traitement médicamenteux, recevant une insulinothérapie et les patients ayant des difficultés à s'exprimer en français n'ont pas été inclus. Le recrutement était réalisé par l'intermédiaire de professionnels de soins qui proposaient la participation à l'étude aux patients diabétiques. Les patients qui acceptaient la participation à l'étude signaient un accord, et étaient secondairement contactés par les investigateurs. La diffusion par l'intermédiaire des pharmacies n'a pas permis de recruter des patients. Un recrutement par l'intermédiaire de médecins généralistes aléatoirement sélectionnés, ainsi que par l'intermédiaire de la maison du diabète, a permis d'inclure 12 patients .

II. Méthode

Une étude inductive a été réalisée. Des entretiens semi dirigés ont été menés par l'investigateur principal à l'aide d'un guide d'entretien construit avec des résultats de recherche bibliographique. Le guide d'entretien a été implémenté des apports des entretiens (Annexe 1). Les entretiens étaient réalisés au domicile des participants. Ils étaient enregistrés puis retranscrits à l'aide du logiciel Word en anonymisant les données. L'âge, l'ancienneté du diabète, le genre, la profession, l'existence de complications liées au diabète, la participation à un réseau de soins étaient préalablement recueillis (Annexe 2). Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données.

Une analyse inductive en théorisation ancrée était menée à l'aide du logiciel Nvivo 10 par 2 chercheurs selon les 3 phases de la théorisation ancrée, codage ouvert, catégorisation par le codage axial, modélisation. La modélisation était consensuelle. Les prénotions des chercheurs étaient que le manque d'information nuisait à l'observance, en particuliers celle délivrée par le médecin traitant sur certains points comme les effets indésirables, la posologie et l'effet attendu du

traitement. L'implication du patient dans sa prise en charge thérapeutique aurait un effet positif sur l'observance.

RESULTATS

La saturation des données a été obtenue au onzième entretien, confirmée par un douzième.

I. Le message du médecin sur les traitements

A. En général

Certains participants relevaient un manque d'échange avec le médecin. Ce dernier imposant le traitement, P4 « *Et puis comme quoi, voilà je vous donne ce cachet là.* » L'information était donnée initialement mais non renouvelée, P10 « *ça fait longtemps qu'on n'en parle pas. Et sur ce qu'on m'a dit au départ, je ne m'en souviens plus du tout.* » La plupart trouvaient insuffisante, l'information donnée par leur médecin P5 « *Et quand on met en place un nouveau médicament, dire le pourquoi aussi. Des fois on prend des choses on ne sait même pas pourquoi on les prend.* ».

D'autres au contraire trouvaient le discours adapté à la situation. Ils étaient rassurés par les explications, P9 « *Je flippais au début et puis quand il m'a expliqué ça allait.* » Pour beaucoup, la discussion avec leur médecin était nécessaire uniquement en cas de problème, P10 « *On n'en discute pas trop vu qu'il n'y a pas de problème apparemment. On ne parle pas vraiment des médicaments, si tout va bien.* »

B. La place du participant dans le traitement

Certains affirmaient la nécessité d'être acteur de leur prise en charge, Mr P9 « *Bah c'est moi qui décide, si je ne prends pas mon traitement c'est tout. Si je ne fais pas ce qu'il faut ça va s'aggraver.* » Ils se sentaient impliqués dans leur traitement après en avoir discuté avec leur médecin. Quelques uns appréciaient l'autonomie qu'on leur laissait, P8 « *C'est moi qui adapte moi-même les doses. Maintenant j'arrive à savoir à peu près quand ça baisse, j'arrive à me gérer quoi.*» D'autres au

contraire se laissaient guider par leur médecin, P6 « *Je ne pose pas de question. Je me dis simplement j'essaie et on verra bien.* »

C. Le mode de prise des médicaments

Il était souvent abordé en consultation lors de l'initiation du traitement. P4 « *Au départ il marque sur l'ordonnance, tout en marquant il me dit, bon bah ça il faut le prendre le matin à jeun, l'autre c'est vers telle heure.* ».

Certains trouvaient que leur qualité de vie n'était pas assez prise en compte, P8 « *Donc on doit toujours se battre pour avoir un confort de vie aussi. Il ne faut pas qu'on nous impose les choses. Ils ne pensent pas assez au quotidien.* »

D. Les effets indésirables

Ils étaient principalement évoqués lors de leur survenue, P12 « *Je sais que le glucophage je ne le supportais pas, j'avais des gros maux d'estomac. C'est parce qu'il était fort c'est pour ça, donc après on me l'a diminué.* » Les patients souhaitaient par cet échange une modification thérapeutique rapide.

Ils disaient leur médecin ouvert à la discussion sur ce sujet, P7 « *Si j'ai des problèmes, que j'ai ressenti tel et tel effet, je lui en parle. Il me dit si c'est le cachet ou pas.* ». Les patients qui n'étaient pas confrontés aux effets indésirables n'abordaient pas le sujet. P6 « *Bah comme je les ai toujours bien supporté, j'ai jamais eu de soucis donc on n'en parle pas.* »

E. L'effet attendu du traitement

La raison de l'instauration du médicament était évoquée en consultation pour la plupart des participants, P3 « *Il m'a dit tout de suite que ce qu'il donnait c'était pour mieux digérer les sucres* ». Certains n'avaient eu aucune précision à ce sujet, P5 « *Il n'en parle pas, jamais.* »

Pour d'autres, l'efficacité de la prise en charge était évaluée par les résultats des examens biologiques, P6 « *Bah, la prise de sang est bonne. Donc le traitement marche bien.* »

F. Le coût des traitements

Pour l'ensemble des participants, le coût des médicaments n'était jamais abordé par le médecin, P8 « *Alors honnêtement le coût des médicaments on n'en a*

pas parlé. »

II. Facteurs influençant l'observance thérapeutique

A. Mode de prise

La prise quotidienne d'un traitement était vécue comme contraignante, P5 « *Donc c'est compliqué à prendre tous les jours, bon je vous avoue des fois le soir j'oublie de les prendre* ». En particulier, la polymédication qui pouvait mener à l'arrêt des traitements, P8 « *donc j'me suis dit je ne prends plus rien j'en ai ras le bol. Je sortais de la pharmacie j'avais l'impression d'être mes parents.* »

Pour d'autres, un traitement adapté à leur vie quotidienne faciliterait le bon suivi de leur traitement, P7 « *En fonction des horaires que je fais. Parce que les prises des médicaments on essaie toujours de les prendre régulièrement, c'est ce qui est le mieux. Et il faut tout adapter en fonction du métier que l'on fait aussi.* »

B. Information du médecin

Pour quelques participants, l'information donnée par le médecin avait un impact sur leur observance. La capacité d'écoute du médecin en particulier, P10 « *C'est en voie de résolution. Elle est à l'écoute. Le médecin qu'on a maintenant qui a pris la succession de l'ancien est nettement plus ouvert à la discussion.* »

C. Les effets indésirables

Quelques participants avaient des effets indésirables ce qui les amenait à ne plus prendre leur traitement, P5 « *Mais je ne le prends pas celui là. Si c'est pour être en colique toute la journée c'est pas la peine non plus.* ». D'autres en parlaient rapidement à leur médecin pour maintenir une bonne observance, Mr V « *signaler tout de suite dès l'instant où cela ne marche pas. Quand on a éventuellement un problème.* »

D. L'insulinothérapie

Plusieurs participants avaient évoqué la peur de l'insulinothérapie s'ils ne suivaient pas bien leur traitement, P12 « *Donc je prends mes médicaments, pour éviter que ça s'aggrave et arriver à l'insuline.* » Au contraire, la patiente traitée

également par insuline en avait un avis favorable, P8 « *Je vais vous dire, en fait je préférerais n'avoir que des piqûres. L'insuline ça ne me gêne pas.* »

III. Intérêt des participants pour leur traitement

Certains avaient un réel besoin d'information sur leurs médicaments, P8 « *c'est à force de chercher par moi-même, que j'ai fini par trouver des réponses. Il faut savoir poser la bonne question à la bonne personne au bon moment.* » D'autres vivaient leur traitement comme une fatalité, subissant la prescription du médecin, P5 « *A mon âge c'est un petit peu chiant quoi. Mais on n'a pas le choix, il faut les prendre.* »

On notait un intérêt pour l'effet des médicaments initialement, P4 « *A chaque fois qu'il y a un nouveau médicament de prescrit, je lui demande qu'est ce que ça va faire ce médicament là, ça va faire ci, ça va faire là.* ».

Certains les prenaient pour éviter les complications graves du diabète, P7 « *sans ces médicaments là, j'aurai peut-être déjà eu une jambe amputée ou un bras ou une main amputée à cause de la maladie.* »

Le coût des médicaments était méconnu des participants. Ils abordaient par contre la prise en charge des dépenses de santé par l'assurance maladie, P10 « *Et je vous dirai franchement, ça va être comme beaucoup de personnes. Tant qu'on a une bonne couverture sociale on ne fait pas trop attention au prix des médicaments.* »

Quelques uns avaient une réflexion personnelle, trouvant les prix élevés. Cela gênerait leur prise du traitement s'ils avaient à payer, P4 « *Je fais quand même attention parce que je lis le prix. Je me dis que ça fait quand même cher, si je venais à devoir payer je ne sais pas comment je ferai pour me procurer des médicaments.* »

IV. Perception du diabète

A. En général

Certains participants ne se sentaient pas malade, ne ressentant aucun symptôme, P10 « *Et pour moi dans la vie de tous les jours je ne suis pas diabétique. Je n'ai pas de symptôme rien. Pour moi je ne suis pas diabétique.* » D'autres

minimisaient la maladie, P1 « *Bon il y a ceux vraiment qui sont dans le diabète qui ont été pris trop tard. Mais bon comme moi bon bah ça va c'était un début, ça se stabilise* ».

D'autres avaient bien conscience que le diabète est une maladie chronique et de l'importance du traitement, P12 « *Et m'a expliqué que voilà j'allais vivre avec ça. Et j'ai demandé si c'est une maladie définitive, elle m'a dit bah oui malheureusement.* »

B. L'annonce

Certains participants avaient vécu l'annonce de la maladie comme un choc, P12 « *Au début je l'ai mal pris, déjà quand on m'a dit que je suis diabétique. Sur le coup j'y croyais pas, parce que je suis quand même jeune.* »

Celle-ci était faite avec trop peu d'explications, P3 « *Pour moi, il faudrait que le médecin il sache qu'il y a des bases à donner au départ pour rassurer le patient. Donner un peu plus d'explication quand on annonce la maladie.* »

Une participante a évoqué le fait qu'une consultation dédiée serait utile pour évoquer la maladie et le traitement précisément, P3 « *Pour dire que le patient ne panique pas. Dire oui, il y a du diabète, on va faire ça et ça* ».

C. L'insulinothérapie

Des participants associaient le diabète à l'insuline. Ils avaient la crainte de devoir un jour y recourir, P9 « *Après ça me casserait les pieds d'être à l'insuline parce que c'est fastidieux quand même, c'est contraignant, ça doit pas être gai.* » Leur pathologie étant asymptomatique, cela marquerait l'entrée dans la maladie chronique, P10 « *Tant qu'on ne doit pas y passer. Après je crois que les personnes qui passent à l'insuline, après c'est une vie sans fin. Il n'y a plus d'autre échappatoire.* »

Une des principales peur liée au traitement par insuline était la survenue d'hypoglycémies, P2 « *Parce que je risque d'oublier de manger encore et alors avec l'insuline je risque de faire des hypoglycémies.* ».

D. Les Complications

Parfois ils exprimaient une peur des complications, P4 « *J'ai déjà entendu qu'y a des gens qui sont mort de ça. Ils leur coupent les pieds, la jambe, après c'est la gangrène de ce que je peux comprendre. Et ça ça me fait vraiment peur.* »

V. L'entourage familial et professionnel

L'entourage familial apparaissait comme un soutien pour les participants. Il les réimpliquait dans leur prise en charge lors de moments compliqués, P8 « *C'est mon oncle qui m'a remonté les bretelles. Il m'a dit t'es pas sérieuse. Il m'a expliqué les problèmes pour les yeux, les conséquences.* »

De nombreux participants avaient des parents diabétiques, P3 « *Mais moi j'ai vécu ça avec maman qui était diabétique* ». Ils obtenaient des informations sur le diabète et son traitement par ce biais, P5 « *Et puis que papa ne voit plus à cause du diabète c'est moi qui lui prépare tous ses médicaments, donc je connais bien les traitements.* »

Les informations sur la gravité du diabète émanaient de l'entourage professionnel ou familial, P10 « *Je connais, j'ai un collègue il en est décédé aussi suite à son diabète il a dû être amputé et puis ça a fini par mal tourner. En général le diabète c'est ça quoi.* »

VI. Relation avec les professionnels de santé

A. Avec le médecin traitant

Globalement, les participants avaient une perception positive du message délivré par leur médecin, P5 « *Ses explications sont complètes il m'a bien renseigné. Il m'a bien informé sur les médicaments* » Certains étaient satisfaits de la prise en charge, appréciant sa disponibilité, son écoute, P9 « *Je me sens écouté, quand on pose des questions on a les réponses.* ».

Il était pour beaucoup le référent principal pour le traitement du diabète, P9 « *C'est mon médecin uniquement qui m'informe* ».

D'autres au contraire ne se sentaient pas compris, entendus, P4 « *J'avais pas dire qu'il est méchant, je trouve qu'il n'est pas ouvert pour que l'on cause avec, de*

dire ce que je pense». Certains déplorait un manque de présence, P8 « *Je trouve que les médecins ne sont pas assez renseignés en général. Donc on a un dépistage du diabète. On nous donne quelques indications mais sans plus. J'ai été vraiment livrée à moi-même.* »

Quelques uns trouvaient que le médecin manquait de temps pour les informer précisément sur leurs médicaments, P3 «*Et je trouve que ce n'est pas le rôle du médecin généraliste d'informer précisément, il ne peut pas rentrer dans le détail. C'est pas possible.* »

Des participants voyaient en leur médecin uniquement un rôle de prescripteur, P8 « *J'y vais pour chercher mon traitement et puis c'est tout.* »

B. Avec les autres professionnels de santé

Les participants qui avaient eu une consultation auprès d'un endocrinologue considéraient que celui-ci complétait la prise en charge thérapeutique du médecin généraliste, P3 «*il doit donner les bases mais après, il y a des diabétologues.* ». D'autres au contraire ne trouvaient pas les intervenants multiples nécessaire, P6 «*C'est mon médecin qui m'a toujours soigné, je n'ai jamais été voir de spécialiste.* »

Pour certains participants le pharmacien était reconnu comme un des référents pour les médicaments, P1 « *j'ai demandé à la pharmacienne si ça ne fait pas d'autre effet.* » Il y avait une complémentarité avec le médecin. Ils appréciaient les informations supplémentaires, P3 « *j'ai une très bonne pharmacie à laquelle je reste fidèle, tout de suite elle me demande, « vous avez l'habitude de ce médicament ? vous savez que... » voilà. Et ça c'est important aussi, l'information complémentaire.* »

Des participants avaient adhéré à SOPHIA. Ils appréciaient des informations utiles sur leurs prises médicamenteuses, P5 « *Et ils donnent des conseils, ils développent un petit peu. Sur des gestes à faire, à ne pas faire, c'est pas mal ça. Et c'est complémentaire avec le médecin.* »

Quelques uns avaient trouvé un référent pour le traitement du diabète dans le milieu associatif, P2 « *J'ai rencontré une infirmière, on a discuté des médicaments, elle m'a dit des choses que moi j'ignorai par rapport à mes médicaments.* ». La prise en charge associative les confortait dans leurs prises médicamenteuses. Ils y appréciaient la prise en charge globale de leur pathologie.

DISCUSSION

I. La méthode

Le recrutement aléatoire a permis la diversité nécessaire à l'exhaustivité des données. Le discours qui pouvait être personnel a motivé le choix d'entretiens individuels plutôt que de groupe. Le manque d'expérience de l'intervieweur a pu limiter l'expression des participants au moins lors des premiers entretiens, tout comme la connaissance du statut de médecin. La saturation des données a été obtenue au douzième entretien ce qui est habituel dans ce type d'étude. La triangulation de l'analyse a garanti sa validité interne. Les prénotions des chercheurs ont été prises en compte pour l'analyse des verbatim. La catégorisation du codage inclut néanmoins des prénotions présentes dans le guide d'entretien.

II. Les résultats

A. Le message du médecin sur les traitements

Certains participants voulaient être acteur de leur prise en charge et appréciaient l'autonomie laissée par leur médecin. Cela les confortait dans leurs prises médicamenteuses, se sentant considérés. D'autres au contraire ne ressentaient pas la maladie. Leur adhésion au traitement en était réduite. Cette difficulté d'adhésion se retrouve dans l'étude DIABASIS où 66 % des patients suivent simplement les recommandations données et 33% sont actifs dans la décision thérapeutique. (9)

Une partie des participants avait une bonne perception du message délivré par leur médecin. Ils étaient satisfaits de la prise en charge. Certains déclaraient ne pas avoir de problème avec leurs prises médicamenteuses. La satisfaction des patients a un impact positif sur l'observance. (10)

Certains estimaient qu'ils n'avaient pas assez d'information à propos de leurs traitements. Pour la plupart, la discussion avec leur médecin n'était nécessaire que

lors de la survenue d'un problème avec le médicament. L'étude ENTRED 2007-2010 montre que les patients se sentent bien informés sur leur diabète. Mais 75 % d'entre eux souhaiteraient des informations supplémentaires, dont 16 % sur les traitements.(3)

Le mode de prise des médicaments était fréquemment évoqué en consultation. Le message du médecin était bien assimilé. Cependant, quelques uns trouvaient que leur qualité de vie n'était pas assez prise en compte. Or il a été démontré que la bonne qualité de vie des patients est liée à une meilleure observance thérapeutique. (11)

Les effets indésirables n'étaient évoqués que lors de leur survenue. Les effets indésirables sont un facteur de mauvaise adhésion au traitement. (12)

Les justifications du traitement n'étaient le plus souvent expliquées qu'à l'instauration du traitement. Lors des entretiens, les participants n'en avaient plus qu'une vague idée. Connaitre les raisons du traitement mène à une meilleure observance. (13) Pour certains, l'efficacité de la prise en charge était uniquement basée sur les résultats biologiques.

Le coût des traitements n'a jamais été abordé par le médecin en consultation. Et ce sujet intéressait peu les participants qui n'avaient pas d'avance de frais à faire lors de la délivrance des médicaments. Ceux qui y prêtaient attention se demandaient comment ils feraient en absence d'un système de soins solidaire. L'importance du reste à charge réduit l'adhésion thérapeutique des patients diabétiques. (14)

Dans l'étude ENTRED 2007-2010 un tiers des patients diabétiques souhaitent un entretien individuel approfondi à propos de leur maladie. Une adaptation du traitement à la vie quotidienne du patient favoriserait l'observance thérapeutique. Centrer la stratégie thérapeutique sur le patient et non lui demander d'adapter son rythme de vie au traitement. (15) (16)

Avec l'émergence des nouvelles technologies, de nouveaux moyens d'amélioration de l'observance ont fait leur preuve comme des appels téléphoniques réguliers ou l'envoi de SMS. (17) (18)

B. Les facteurs influant sur l'observance thérapeutique selon les participants

Pour certains participants la prise de médicament quotidienne était

contraignante. Elle impliquait une modification du mode de vie. L'adaptation des posologies à la vie quotidienne de chacun améliorerait leur observance.(19)

La capacité d'écoute du médecin avait un impact positif sur l'observance des participants. Comme l'ont montré certaines études.(20)

Les effets indésirables étaient régulièrement signalés comme une cause d'arrêt de prise médicamenteuse. C'est une des principales causes reconnue de mauvaise observance chez les patients diabétiques. (12)

C. Intérêt des participants pour leur traitement

Certains participants exprimaient un besoin d'information sur leurs médicaments. Ils complétaient le message du médecin par des recherches sur internet et la lecture des notices. Cet aspect est retrouvé dans l'étude ENTRED 2007-2010 où la moitié des patients s'étaient renseignés par eux-mêmes sur leur diabète.

Certains participants vivaient le traitement comme une fatalité. Une diminution de l'adhésion thérapeutique est habituellement observée dans ces situations.(21) Les participants manifestaient un intérêt pour leur traitement, essentiellement lors de son instauration. La croyance des patients en leur traitement a un effet positif sur l'observance.(22)

D. Perception du diabète

La connaissance du diabète par les patients a un effet favorable sur l'adhésion thérapeutique. (23) L'annonce de la maladie a été traumatisante pour des participants, à l'instar de ce que décrivent les patients de l'enquête DIABASIS. (9) Les participants craignaient une instauration ultérieure d'une insulinothérapie. L'acceptation de la possible insulinothérapie future est difficile pour les patients diabétiques. (24)

Certains avaient conscience de la gravité du diabète et en redoutaient l'évolution. Ce que l'on retrouve de nouveau dans l'étude DIABASIS où 74 % des patients se sentent en bonne santé mais 50 % considèrent le diabète comme une maladie grave.

E. Entourage familial et professionnel

L'entourage familial était un réel soutien pour les participants. Les remotivant

dans les périodes difficiles. Le rôle de l'entourage est important pour l'adhésion thérapeutique des patients diabétiques. (6) (9) La grande majorité des participants avaient des parents diabétiques. Ils obtenaient des informations sur leur pathologie par ce biais et en connaissaient les complications de par leur expérience personnelle.

F. La relation entre le participant et le médecin traitant

La majorité des participants appréciaient la disponibilité et l'écoute de leur médecin. Ils avaient confiance en lui. Ce qui pour certains les confortait dans le suivi de leur traitement. Il était le référent principal pour le diabète. Une relation de soin prolongée, stable et de confiance est associée à une amélioration de l'observance chez les diabétiques. (25) (26)

D'autres au contraire étaient en conflit avec lui, se sentant incompris et le trouvant incompetent pour mener à bien seul leur prise en charge. Cela avait un effet sur leurs prises médicamenteuses, comme l'a mis en relief une étude récente. (27)

Le patient ne comprend pas toujours ce que le médecin lui explique, ce qui mène à un défaut d'observance. (8)

G. La relation avec les autres professionnels de santé

La coordination entre médecin généraliste, endocrinologue et pharmacien apparaissait importante pour les participants. Une étude a mis en avant l'importance de cette collaboration interprofessionnelle dans l'observance thérapeutique des patients. (28)

CONCLUSION

Les participants de l'étude avaient en général une bonne perception du message délivré par leur médecin sur le traitement antidiabétique oral. Par contre ils en méconnaissaient souvent les effets indésirables ou les raisons de leur instauration.

Ils avouaient avoir oublié beaucoup de chose avec le temps. Certains reprochaient au praticien son manque de temps et d'écoute. Ils ont mis en avant l'annonce de la maladie comme instant primordial pour les informer précisément. La plupart étaient en demande de précisions supplémentaires de la part du praticien sur leurs médicaments.

L'entourage familial apparaissait comme un soutien pour les participants et une source d'information sur leur pathologie et le traitement. Certains craignaient l'apparition de complications et le passage à l'insuline en cas de non respect de la prescription. D'autres à l'inverse n'avaient pas conscience de l'évolution possible du diabète.

La relation de confiance avec le médecin généraliste et la participation active des participants aux décisions thérapeutiques étaient importantes. Ils demandaient l'adaptation du traitement à leur quotidien et non l'inverse pour faciliter l'acceptation des contraintes inhérentes à leur pathologie.

La coordination entre les professionnels de santé intervenant de la prescription à la délivrance du traitement apparaissait également utile.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Bulletin Epidémiologique hebdomadaire 34-35, Institut de Veille sanitaire, Novembre 2015.
2. Sacket DL. Patients and therapies: getting the two together. *N Engl J Med.* 2 févr 1978;298(5):278-9.
3. Tiv M, Viel J-F, Mauny F, Eschwège E, Weill A, Fournier C, et al. Medication adherence in type 2 diabetes: the ENTRED study 2007, a French Population-Based Study. *PloS One.* 2012;7(3):e32412.
4. Capoccia K, Odegard PS, Letassy N. Medication Adherence With Diabetes Medication: A Systematic Review of the Literature. *Diabetes Educ.* févr 2016;42(1):34-71.
5. WHO. Adherence to Long Term Therapies, Evidence for Action. Genève: WHO Library 2003. (p.11).
6. Guénette L, Breton M-C, Guillaumie L, Lauzier S, Grégoire J-P, Moisan J. Psychosocial factors associated with adherence to non-insulin antidiabetes treatments. *J Diabetes Complications.* mars 2016;30(2):335-42.
7. Guénette L, Moisan J, Breton M-C, Sirois C, Grégoire J-P. Difficulty adhering to antidiabetic treatment: Factors associated with persistence and compliance. *Diabetes Metab.* mai 2013;39(3):250-7.
8. Reach G. Non-observance dans le diabète de type 2. *Presse Médicale.* mai 2013;42(5):886-92.
9. Virally M, Hochberg G, Eschwège E, et al. Enquête Diabasis : perception et vécu du diabète par les patients diabétiques: Diabasis survey: Patients' life experience and perception of the disease. *Médecine des Maladies Métaboliques.* 2009;3:620-623.
10. Bakar ZA, Fahrni ML, Khan TM. Patient satisfaction and medication adherence assessment amongst patients at the diabetes medication therapy adherence clinic. *Diabetes Metab Syndr Clin Res Rev.* mars 2016

11. Gusmai L de F, Novato T de S, Nogueira L de S. The influence of quality of life in treatment adherence of diabetic patients: a systematic review. *Rev Esc Enferm U P*. oct 2015;49(5):839-46.
12. Florez H, Luo J, Castillo-Florez S, Mitsi G, Hanna J, Tamariz L, et al. Impact of metformin-induced gastrointestinal symptoms on quality of life and adherence in patients with type 2 diabetes. *Postgrad Med*. mars 2010;122(2):112-20.
13. Aflakseir A. Role of illness and medication perceptions on adherence to medication in a group of Iranian patients with type 2 diabetes. *J Diabetes*. sept 2012;4(3):243-7.
14. Colombi AM, Yu-Isenberg K, Priest J. The effects of health plan copayments on adherence to oral diabetes medication and health resource utilization. *J Occup Environ Med Am Coll Occup Environ Med*. mai 2008;50(5):535-41.
15. McSharry J, McGowan L, Farmer AJ, French DP. Perceptions and experiences of taking oral medications for the treatment of Type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. *Diabet Med J Br Diabet Assoc*. 6 mai 2016;
16. Längst G, Seidling HM, Stützle M, Ose D, Baudendistel I, Szecsenyi J, et al. Factors associated with medication information in diabetes care: differences in perceptions between patients and health care professionals. *Patient Prefer Adherence*. 2015;9:1431-41.
17. Walker EA, Shmukler C, Ullman R, Blanco E, Scollan-Koliopoulus M, Cohen HW. Results of a successful telephonic intervention to improve diabetes control in urban adults: a randomized trial. *Diabetes Care*. janv 2011;34(1):2-7.
18. Vervloet M, van Dijk L, Santen-Reestman J, van Vlijmen B, van Wingerden P, Bouvy ML, et al. SMS reminders improve adherence to oral medication in type 2 diabetes patients who are real time electronically monitored. *Int J Med Inf*. sept 2012;81(9):594-604.
19. A.J. Scheen, D. Giet Non-observance thérapeutique: causes, conséquences, solutions. *Rev Med Liège* 2010; 65: 5-6: 239-245.
20. A. Grimaldi. Relation médecin-malade au cours de la maladie chronique. *EMC - AKOS (Traité de Médecine)* 2014;9(4):1-5 [Article 1-0037].
21. Walker RJ, Smalls BL, Hernandez-Tejada MA, Campbell JA, Davis KS, Egede LE. Effect of diabetes fatalism on medication adherence and self-care behaviors in adults with diabetes. *Gen Hosp Psychiatry*. déc 2012;34(6):598-603.
22. Mann DM, Ponieman D, Leventhal H, Halm EA. Predictors of adherence to diabetes medications: the role of disease and medication beliefs. *J Behav Med*. juin 2009;32(3):278-84.

23. Al-Qazaz HK, Sulaiman SA, Hassali MA, Shafie AA, Sundram S, Al-Nuri R, et al. Diabetes knowledge, medication adherence and glycemic control among patients with type 2 diabetes. *Int J Clin Pharm.* déc 2011;33(6):1028-35.
24. Woudenberg YJC, Lucas C, Latour C, Scholte op Reimer WJM. Acceptance of insulin therapy: a long shot? Psychological insulin resistance in primary care. *Diabet Med J Br Diabet Assoc.* juin 2012;29(6):796-802.
25. Hong J-S, Kang H-C. Relationship between continuity of ambulatory care and medication adherence in adult patients with type 2 diabetes in Korea: a longitudinal analysis. *Med Care.* mai 2014;52(5):446-53.
26. Chen C-C, Cheng S-H. Continuity of care and changes in medication adherence among patients with newly diagnosed diabetes. *Am J Manag Care.* févr 2016;22(2):136-42.
27. Guénette L, Lauzier S, Guillaumie L, Giguère G, Grégoire J-P, Moisan J. Patients' beliefs about adherence to oral antidiabetic treatment: a qualitative study. *Patient Prefer Adherence.* 2015;9:413-20.
28. Rathbone AP, Mansoor SM, Krass I, Hamrosi K, Aslani P. Qualitative study to conceptualise a model of interprofessional collaboration between pharmacists and general practitioners to support patients' adherence to medication. *BMJ Open.* 2016;6(3):e010488.

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

Présentation

(Genre)

- Quel âge avez-vous ?
- Quel est ou était votre métier ?
- Depuis quand êtes-vous suivi pour votre diabète ?
- Avez-vous des complications du diabète ? Si oui lesquelles ?
- Avez-vous un traitement pour d'autres maladies ?
- Appartenez-vous à un réseau de soin ?

Que pensez-vous de ce que votre médecin vous dit de vos traitements ?

Relance sur :

- La place dans le traitement
- L'effet attendu
- Le mode de prise
- Le coût
- Les effets indésirables

Que posez-vous comme questions à votre médecin sur vos médicaments ?

Relance sur :

- La place dans le traitement
- L'effet attendu
- Le mode de prise
- Le coût
- Les effets indésirables

Avez-vous autre chose à dire ?

Annexe 2 : Tableau de caractéristique des participants

PARTICIPANTS	AGE	Ancienneté du diabète	Appartenance à un réseau de soin	Complications du diabète	GENRE	Métier
P1	69 ans	2 ans	Non	Non	Masculin	Electricien retraité
P2	60 ans	10 ans	Non. Va à la Maison du diabète	Non	Féminin	Infirmière en invalidité
P3	62 ans	15 ans	Non. Va à la maison du diabète	Non	Féminin	Vendeuse retraitée
P4	62 ans	4 ans	Non	Non	Féminin	Manutentionnaire retraitée
P5	43 ans	9 ans	Non, SOPHIA par téléphone	coronaropathie, stent	Masculin	Chomeur actuellement, Animation / caissier
P6	65 ans	7 ans	Non	Non	Féminin	Ouvrière usine textile retraitée
P7	50 ans	4 ans	Non	Non	Masculin	Ouvrier d'encadrement
P8	57 ans	5 ans	Non. Est allée à maison du diabète. Docu SOPHIA	Non	Féminin	Mère au foyer
P9	57 ans	8 ans	Non	Non	Masculin	Agent EDF
P10	58 ans	15 ans	Non	Non	Masculin	Technicien de réseau
P11	80 ans	20 ans	Non	Non	Féminin	Employée de bureau retraitée
P12	34 ans	1 an	Non. Va au cetradim une fois par an	Non	Féminin	Agent d'entretien

AUTEUR : Nom : Sergeant

Prénom : Raphaël

Date de Soutenance : 08 septembre 2016

Titre de la Thèse : Perception du message sur l'observance thérapeutique chez les patients diabétiques.

Thèse - Médecine - Lille 2016

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : observance thérapeutique, diabète, patient, recherche qualitative

Résumé :

Contexte. Le diabète a une forte prévalence en France. L'adhésion au traitement dans le diabète est médiocre. L'OMS considère le problème de la non-observance thérapeutique comme un enjeu de santé majeur. Cette étude explorait la perception du message sur l'observance thérapeutique chez le patient diabétique.

Méthode. Etude qualitative inductive par entretiens semi-dirigés individuels auprès de patients diabétiques sous anti diabétiques oraux. La saturation des données a été obtenue après inclusion de 12 patients. Le recrutement aléatoire a permis la diversité nécessaire à l'exhaustivité des données. L'analyse a été faite par théorisation ancrée avec triangulation du codage par le logiciel NVivo 10.

Résultats. Les participants de l'étude avaient en général une bonne perception du message délivré par leur médecin. Certains lui reprochaient son manque de temps et d'écoute. Ils méconnaissaient souvent les effets indésirables ou les raisons de l'instauration du traitement. Le temps de l'annonce de la maladie apparaissait comme essentiel pour l'information sur la pathologie et le traitement. L'entourage familial était important pour les participants tant par son soutien que pour l'information donnée. Des participants souhaitaient être pleinement impliqués dans leur prise en charge thérapeutique alors que d'autres adoptaient une attitude passive. La gravité du diabète était reconnue par certains avec une peur de l'insulinothérapie. La relation de confiance avec le médecin généraliste et la coordination avec les autres professionnels de santé étaient essentielles. L'adaptation du traitement à leur quotidien favoriserait leur observance.

Conclusion. Les participants considéraient le message du médecin généraliste sur les traitements essentiel pour favoriser leur observance. Sa capacité d'écoute et la relation de confiance permettrait l'adaptation du traitement à chacun.

Composition du Jury :

Président : Pr Pierre Fontaine

Asseseurs:Pr Dominique Deplanque, Dr Nassir Messaadi, Dr Bertrand Stalnikiewicz