



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Existe-t-il un lien entre connaissance et observance d'un traitement
médicamenteux chronique ? Étude observationnelle en cabinet de
médecine générale**

Présentée et soutenue publiquement le 12 octobre 2023 à 14 heures
au Pôle Formation
par **Manon BOURDON**

JURY

Président :

Madame le Professeur Florence RICHARD

Assesseurs :

Monsieur le Maître de Conférence Associé Jan BARAN

Madame le Docteur Marion DERCOURT

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Pascal BOULME

Table des matières

I.	Introduction	6
II.	Matériels et méthodes	8
A.	Type d'étude	8
B.	Critères d'inclusion et d'exclusion	8
1.	Critères d'inclusion	8
2.	Critères d'exclusion	8
C.	Recueil de données	9
1.	Via un questionnaire écrit, rempli par le patient	9
2.	Évaluation des connaissances	9
3.	Données recueillies dans le dossier médical	10
D.	Aspect éthique	10
E.	Caractéristiques de réalisation	11
F.	Analyse statistique	11
III.	Résultats	12
A.	Population étudiée	12
1.	Données socio-démographiques	12
2.	Caractéristiques du traitement	13
3.	Caractéristiques de la gestion du traitement	15
4.	Taux d'observance	16
5.	Taux de connaissance	16
B.	Relation entre observance et connaissance des traitements	17
C.	Observance des traitements	18
1.	En fonction de l'âge et du sexe du patient	18
2.	En fonction des caractéristiques du traitement	19
3.	En fonction de la gestion du traitement	20
4.	En fonction de l'aide à la prise	20
D.	Connaissance des traitements	21
1.	En fonction de l'âge et du sexe	21
2.	En fonction des caractéristiques du traitement	23
3.	En fonction de la gestion du traitement et de l'aide à la prise	24
IV.	Discussion	27
A.	Principaux résultats	27
B.	Forces de notre étude	28
C.	Limites de notre étude	29
D.	Population étudiée	31
F.	L'observance du traitement chronique	33
1.	Généralités	33
2.	Déterminants de l'observance liés au patient	34
3.	Déterminants de l'observance liés au traitement	34
E.	Déterminants de la connaissance du traitement chronique	36
1.	Évaluation de la connaissance	37
2.	Déterminants de la connaissance liés au patient	37
3.	Déterminants de la connaissance liés au traitement	38

<i>F. Axes d'amélioration de la connaissance et de l'observance</i>	39
V. Conclusion	41
VI. Références	42
VII. Annexes	45

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD : Affection Longue Durée

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CRIP : Cercle de Réflexion de l'Industrie Pharmaceutique

DCI : Dénomination Commune Internationale

ETP : Éducation Thérapeutique Patient

HCSP : Haut Conseil de Sante Public

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : Odds Ratio

SD : Standard Déviation

I. Introduction

En 2009, la maladie chronique est définie par le Haut Conseil de Santé Public (HCSP) comme « *un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, présent depuis plus de trois mois et ayant un retentissement sur la vie quotidienne (limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale ; dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle ; la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social* ». (1)

En France, en 2017, près de 20 millions de personnes de plus de 16 ans, se déclarent atteintes d'une pathologie chronique (2). Plus récemment en 2019, 10,7 millions de personnes sont prises en charge pour une maladie au titre du dispositif d'Affection Longue Durée (ALD), soit près de 17% de la population française (3).

L'OMS estime qu'environ 50% des traitements prescrits dans le Monde sont peu ou mal suivis (4). Cela entraîne « des complications médicales et psychosociales, diminue la qualité de vie des patients, augmente la probabilité de développer des pharmacorésistances et provoque un gaspillage des ressources ».

De surcroit, près de 38% des patients chroniques français, estiment le fardeau de leur traitement inacceptable, et sont, de ce fait, plus à risque de mauvaise observance (5).

La cartographie des dépenses de santé réalisée par l'Assurance Maladie en 2020 montre que les pathologies et traitements chroniques représentent près de deux tiers des dépenses de santé publique, pour un tiers des assurés (6).

Selon une étude de la CRIP (Cercle de Réflexion de l'Industrie Pharmaceutique) et de l'IMS Health réalisée en France sur uniquement 6 pathologies chroniques courantes (Hypertension artérielle, asthme, diabète de type 2, insuffisance cardiaque, ostéoporose et hypercholestérolémie), il est estimé à environ 9,3 milliards d'euros le surcout des dépenses de santé (dépenses directes ou indirectes), lié à la mauvaise observance d'un traitement chronique (7).

L'amélioration de l'observance est donc un des enjeux majeur de santé publique de par le coût humain et financier que cela représente.

Dans cette optique de réduction de l'inobservance thérapeutique, plusieurs axes sont à évaluer. Parmi eux, certaines études évoquent un lien entre l'observance thérapeutique et la connaissance des patients face à leur traitement au long cours, mais peu le mettent en évidence (8,9).

Ainsi, l'objectif principal de notre étude est d'évaluer le lien entre la connaissance des traitements médicamenteux au long cours et l'observance thérapeutique chez les patients atteints de pathologies chroniques.

II. Matériels et méthodes

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative, observationnelle, analytique menée du 02 Mai 2023 au 14 juillet 2023, dans la région des Hauts-de-France.

Le recrutement des patients est réalisé dans 3 cabinets de médecine générale (2 ruraux et 1 urbain), via un questionnaire écrit distribué aux patients consultants auprès de leur médecin généraliste (Annexe 1).

B. Critères d'inclusion et d'exclusion

1. Critères d'inclusion

- Être âgé de 18 ans ou plus
- Être porteur d'au moins une pathologie chronique nécessitant un traitement médicamenteux régulier administré depuis plus de 3 mois
- Consulter auprès du médecin généraliste

2. Critères d'exclusion

- Présenter des troubles neurocognitifs modérés à sévères décrits dans le dossier du patient.
- Présenter une dépendance totale dans l'administration des traitements avec supervision complète par une tierce personne (infirmière ; aidant familial etc.)
- Présenter une décompensation aiguë d'une pathologie chronique lors de la consultation.

C. Recueil de données

1. Via un questionnaire écrit, rempli par le patient

Les informations ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire écrit, réalisé après étude de la littérature. Une première version du questionnaire a été testée auprès de 8 patients, afin de vérifier sa faisabilité, sa compréhension et son acceptabilité.

Dans la version finale du questionnaire, ont été recueillies :

- Les données épidémiologiques : sexe, âge, profession
- La gestion du traitement : patient lui-même ou éventuelle aide d'une tierce personne
- L'utilisation d'un moyen technique ou non pour la gestion des traitements (piluliers, rituel etc.)
- Les modalités de procuration du traitement
- Les modalités de l'organisation du renouvellement de traitement
- La hiérarchisation ou non de l'importance accordée aux thérapeutiques
- L'existence ou non d'une explication de l'objectif/l'intérêt du traitement au patient, par un professionnel de santé
- La durée de prise du premier traitement chronique
- L'observance du traitement, évaluée par l'échelle de Girerd

2. Évaluation des connaissances

En l'absence de Gold standard, les connaissances ont été évaluées au cours de la consultation par le responsable de l'étude, et en l'absence du médecin traitant, par le recueil, pour chaque médicament :

- Du nom du médicament (commercial ou DCI)
- De l'indication de prise ou organe cible

- De la fréquence de prise
- De la posologie

Pour chacune des catégories ci-dessus, une réponse correcte était cotée « 0,25 », alors qu'une réponse incorrecte était cotée « 0 ». Chaque ligne de traitement pouvait donc obtenir un score maximal de 1. Enfin, une moyenne de toutes les lignes de traitement était réalisée pour obtenir un score général allant de 0 à 1, soit 0 à 100% de connaissance du traitement (Annexe 2).

3. Données recueillies dans le dossier médical

Les réponses ont été anonymisées et corrélées à l'ordonnance de référence du traitement chronique, recueillie auprès du médecin généraliste ou du logiciel métier.

Étaient également recueillis dans le dossier médical :

- Le nombre de pathologie chronique affectant le patient
- Le nombre de molécule sur l'ordonnance de référence
- Le nombre d'Affection Longue Durée (ALD) déclarée pour le patient
- Le mode de rédaction de l'ordonnance : manuscrite ou informatisée
- Le temps moyen d'une consultation pour renouvellement de traitement
- La durée de prescription du renouvellement

D. Aspect éthique

Les données étant recueillies de manière totalement anonyme au cours de notre étude, aucune déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) n'était nécessaire. Cependant, l'approbation du Comité de Protection des Données de l'université de Lille a été obtenue.

E. Caractéristiques de réalisation

Les patients étaient inclus au fur et à mesure des consultations dans les 3 cabinets. Le consentement était recueilli au début de l'entretien. Le questionnaire était rempli par le patient, sans limite de temps, en fin de consultation et après explication de l'étude et de son objectif. Il leur était demandé de ne pas s'aider d'un moyen extérieur (tierce personne ; ordonnance ; smartphone). Il était précisé à chaque patient que son médecin traitant ne serait pas informé des résultats et que les données seraient anonymisées.

A la fin de chaque questionnaire, il était demandé au patient de citer le nom, l'indication (ou l'organe cible), la fréquence de prise et le dosage (ou posologie) de chacun de ses traitements médicamenteux. Les résultats étaient retranscrits par le responsable de l'étude dans un tableau (Annexe 2).

Les associations de deux principes actifs (Exemple : Perindopril + Indapamide) ne représentaient qu'un seul traitement.

F. Analyse statistique

Les données ont été retranscrites sur un logiciel Excel.

Les variables continues ont été représentées sous forme de moyenne et les variables catégorielles ont été exprimées sous forme d'effectif et de pourcentage.

Les variables qualitatives ont été retranscrites en classe ordonnées.

L'analyse descriptive a été réalisée à l'aide d'Excel. Les différents tests statistiques ont été réalisés à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistics et du site internet Biostatgv.

Pour l'étude des variables qualitatives, le test du Chi-2 a été utilisé. Lorsque les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5, un test exact de Fisher était réalisé.

Pour l'étude d'une variable quantitative associée à une variable qualitative, un test de Student était réalisé. Pour l'étude de deux variables quantitatives, un test de corrélation de Pearson était effectué.

Lorsque les effectifs étaient trop faibles, certaines classes de variable ont été regroupées afin d'éviter une perte de puissance statistique.

Pour chacune des analyses, le seuil de significativité était de $p < 0,05$.

III. Résultats

A. Population étudiée

Du 02 mai 2023 au 14 juillet 2023, 165 patients étaient éligibles à notre étude. 3 patients n'ont pas souhaité y participer, 162 patients ont donc été inclus.

Les caractéristiques de la population étudiées sont regroupées dans le **tableau 1**.

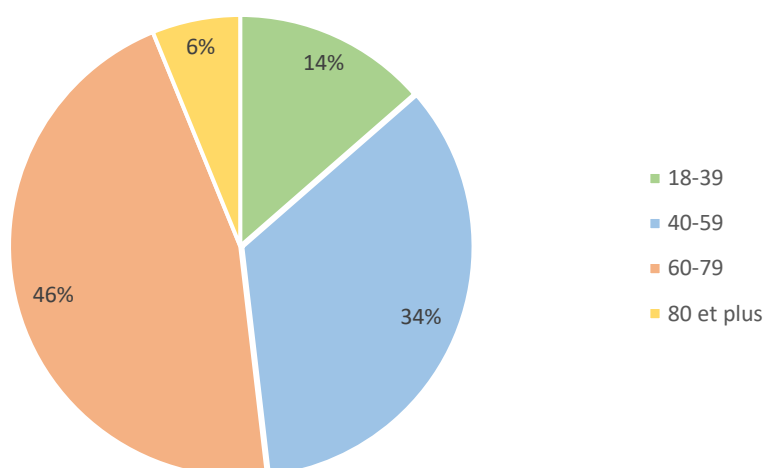
Parmi les patients inclus, 68,5% (n = 111) provenaient d'une zone rurale, 31,5% (n = 51) d'une zone urbaine.

1. Données socio-démographiques

Parmi les 162 patients inclus, 50,6% (n = 82) étaient des femmes et 49,4% (n = 80) étaient des hommes.

L'âge moyen était de 59,6 ans (déviation standard, SD = 15,6) avec respectivement 57,7 ans (SD = 15,9) pour les femmes et 61,5 ans (SD = 15,09) pour les hommes. La catégorie d'âge la plus représentée était celle des 60-79 ans avec 74 patients (46%) **(graphique 1)**.

Graphique 1 : Proportion de patients pour chaque tranche d'âge



49,4% (n = 80) des patients étaient retraités. 17,3% (n = 28) étaient employés et 7,4% (n = 12) ouvriers. 12,9% (n = 21) étaient sans emploi, cadre ou agriculteur avec respectivement 4,3% (n = 7) pour chaque catégorie professionnelle. Seulement 1,9% (n = 3) des patients étaient étudiants.

2. Caractéristiques du traitement

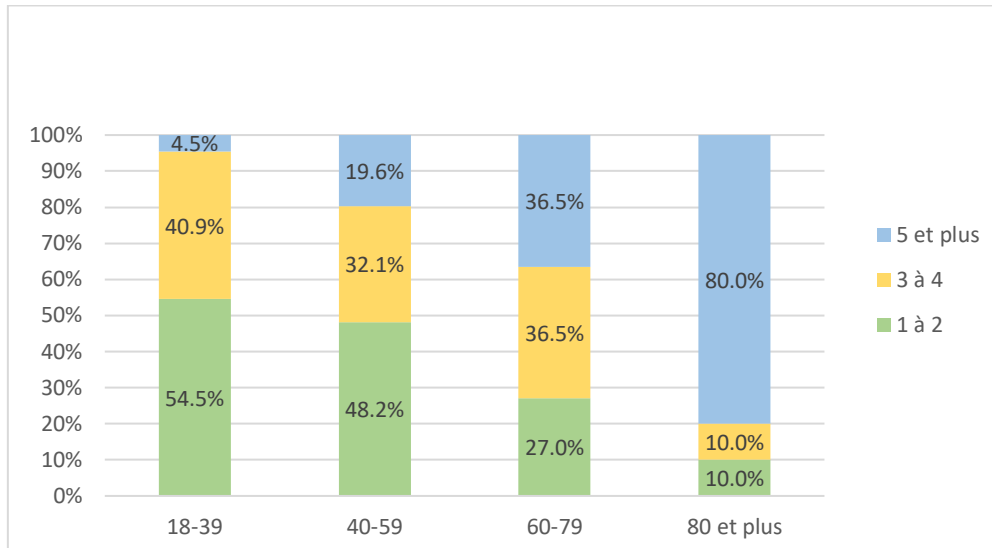
L'ordonnance était réalisée de façon informatisée pour tous les patients de notre étude. Le temps de consultation pour renouvellement était en moyenne de 15 minutes par patient.

Les personnes interrogées avaient entre 1 et 6 pathologie(s) chronique(s) référencée(s) dans le logiciel médical ou déclarée(s) lors de la consultation, soit une moyenne de 2,1 pathologies par patient (SD = 0,99).

Le nombre de traitement chronique était en moyenne de 3,5 par patient (déviations standard = 2,2). Celui-ci augmentait avec l'âge : 80% (n = 8) des 80 ans et plus

avaient 5 médicaments ou plus contre seulement 4,5% (n = 1) des 18-39 ans
(Graphique 2).

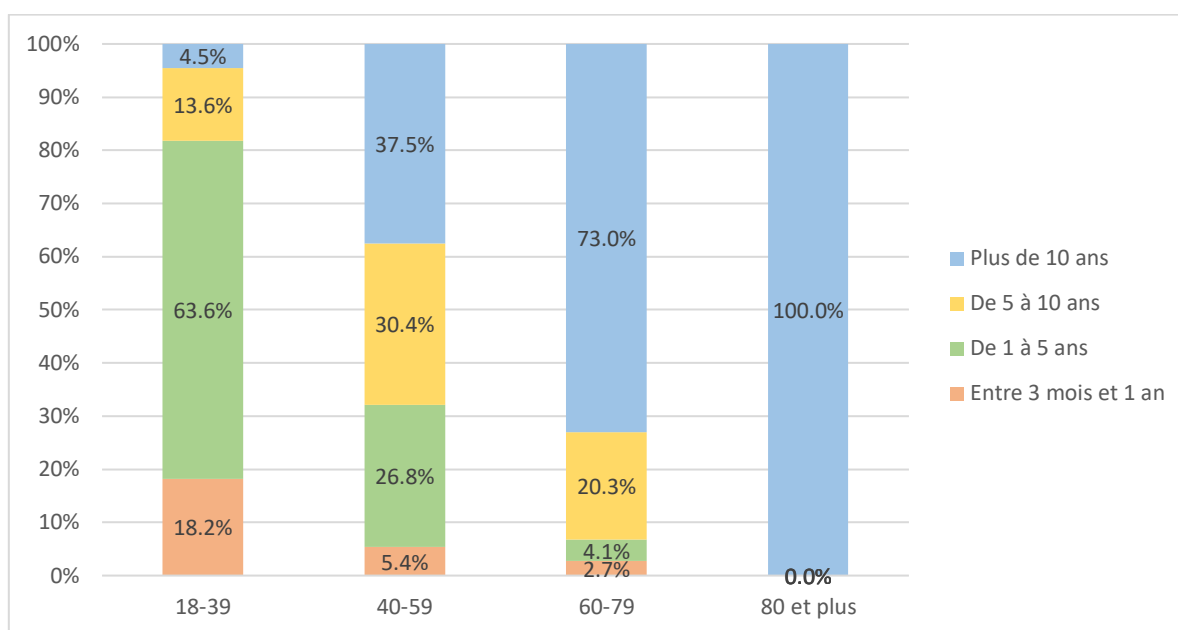
Graphique 2 : Nombre de traitement chronique par patient, en fonction de l'âge



42% (n = 68) des participants bénéficiaient d'une prise en charge en Affection Longue Durée (ALD). Ce chiffre augmentait également avec l'âge avec notamment 80% (n = 8) des plus de 80 ans en ALD contre seulement 29% (n = 16) des 40-59 ans.

53% des participants prenaient leur premier traitement chronique depuis plus de 10 ans, dont la totalité des plus de 80 ans inclus dans notre étude, et jusqu'à 73% des 60-79 ans **(graphique 3).**

Graphique 3 : Durée de prise du traitement chronique en fonction de l'âge du patient



Dans notre étude, 55% (n = 89) des patients estiment que certains médicaments avaient plus d'importance que d'autres.

De même, 88,3% (n = 143) d'entre eux déclaraient avoir reçu des explications concernant l'objectif ou l'intérêt de chacun des traitements chroniques prescrits.

3. Caractéristiques de la gestion du traitement

La gestion du traitement était organisée par le patient lui-même pour 91% d'entre eux (n = 148) et par un proche pour 9% (n = 14). Aucun patient n'utilisait l'aide d'un soignant.

Les hommes géraient seuls leur traitement pour 86% (n = 69) d'entre eux, contre 96% (n = 79) des femmes (OR = 0,24. IC à 95% [0,04 ; 0,96] avec p < 0,026).

La pharmacie délivrait le traitement au patient lui-même pour 75% (n = 122) d'entre eux avec respectivement 64% (n = 51) des hommes et 87% (n = 71) des femmes.

($p < 0,01$). Pour 25% (n = 40) des patients, le traitement était récupéré par un proche. L'aide d'un soignant n'était jamais utilisée.

66% (n = 107) des patients prenaient rendez-vous uniquement à la fin de l'ordonnance pour renouveler cette dernière. 31,5% (n = 51) prenaient rendez-vous de façon systématique pour le renouvellement à venir. Pour 2,5% (n = 4) des patients, le rendez-vous était pris par une tierce personne.

Ce renouvellement était réalisé tous les 3 mois pour la totalité des patients interrogés.

4. Taux d'observance

L'observance était évaluée par le score de Girerd, et retrouvait :

- 36% (n = 59) des patients considérés comme bons observants
- 52% (n = 84) des patients considérés comme non observants mineurs
- 12% (n = 19) des patients considérés comme non observants

5. Taux de connaissance

Les patients interrogés connaissaient, en moyenne, 59,5% de leur traitement avec une médiane à 62,5% (SD = 29%).

Tableau 2 : Statistiques descriptives de la connaissance du traitement

	n	%
	< 25	13.6
	25-49	14.8
Taux de connaissance (%)	50-74	30.9
	≥ 75	40.7
	Total	100.0

Les différents taux de connaissance s'étalaient de 0 à 100%. Uniquement 14,2% (n = 23 patients) connaissaient leur traitement en totalité. 6,2% (n = 10) n'avaient aucune connaissance de leur traitement.

Parmi les différents éléments du traitement, concernant :

- Le nom des thérapeutiques, les patients obtenaient un score moyen de connaissance de 55% (SD = 39,6%).
- L'indication ou l'organe cible des traitements les patients avait un score moyen de 76% (SD = 35%).
- La fréquence de prise, le score moyenne de connaissance était de 76% (DS = 37%)
- La posologie des traitements, les patients obtenaient un score moyen de 30% (SD = 39%)

Pour chacun des éléments ci-dessus, les résultats s'étendaient de 0 à 100%.

B. Relation entre observance et connaissance des traitements

L'application d'un test de Student mettait en évidence, de façon significative, l'existence d'un lien entre l'observance et la connaissance des traitements chroniques entre les bons observants et les non observants mineurs (**Tableau 3**).

Tableau 3 : Relation entre observance et taux de connaissance

		Taux de connaissance (%)				Total	p value
		< 25	25-49	50-74	≥ 75		
Observance	Bon observant	n	14	12	17	16	59
		Moyenne (SD)	8% (8%)	36% (9%)	55% (6%)	93% (10%)	50% (33%)
	Non observant mineur	n	3	10	28	43	84
		Moyenne (SD)	13% (11%)	33% (6%)	57% (6%)	85% (10%)	67% (23%)
	Non observant	n	5	2	5	7	19
		Moyenne (SD)	7% (10%)	33% (11%)	65% (4%)	86% (7%)	54% (34%)
Total		n	22	24	50	66	162
		Moyenne (SD)	9% (9%)	34% (7%)	57% (6%)	87% (11%)	59% (29%)

* En comparaison aux bons observants

** En comparaison aux non observants mineurs

C. Observance des traitements

1. En fonction de l'âge et du sexe du patient

Il existait, de façon significative, un lien entre le degré d'observance du traitement chronique et l'âge du patient (**Tableau 4**).

Tableau 4 : Relation entre âge et observance du traitement

			Age (années)				Total	p value
			18-39	40-59	60-79	80 et plus		
Observance	Bon observant	n	5	12	37	5	59	
		Moyenne (SD)	27.2 (8.3)	52.4 (5.9)	72.8 (6.1)	82.8 (2.2)	65.6 (16)	
	Non observant mineur	n	14	37	29	4	84	< .001 *
		Moyenne (SD)	33.8 (4.6)	51.6 (5.1)	68.3 (4.9)	82.8 (2.9)	55.9 (14.2)	
	Non observant mineur	n	3	7	8	1	19	.04 *
		Moyenne (SD)	36.3 (1.53)	49.1 (6.6)	68 (6.5)	85 (0)	56.9 (15)	.78 **
Total	n	22	56	74	10	162		
	Moyenne (SD)	32.6 (6)	51.5 (5.45)	70.6 (6.1)	83 (2.3)	59.6 (15.6)		

* En comparaison aux bons observants

** En comparaison aux non observants mineurs

A contrario, il n'existait aucun lien significatif entre l'observance et le sexe du patient (**Tableau 5**).

Tableau 5 : Observance en fonction du sexe

			Observance			Total	p value
			Bon observant	Non observant mineur	Non observant		
Sexe	Femme	n	31	42	9	82	.914
		%	37.8%	51.2%	11.0%	100.0%	
	Homme	n	28	42	10	80	
		%	35.0%	52.5%	12.5%	100.0%	
Total	n	59	84	19	162		
	%	36.4%	51.9%	11.7%	100.0%		

2. En fonction des caractéristiques du traitement

Un test exact de Fisher a été réalisé pour estimer le lien entre l'observance et l'ancienneté du traitement (**Tableau 6**).

Tableau 6 : Observance en fonction de l'ancienneté du traitement

		Ancienneté du traitement		Total	p value	
		< 5 ans	> 5 ans			
Observance	Bon observant	n	11	48	.32	
		%	6.8%	29.6%		36.4%
	Non observant	n	5	14		19
		%	3.1%	8.6%		11.7%
	Non observant mineur	n	25	59		84
		%	15.4%	36.4%		51.8%
Total		n	41	121	162	
		%	25,3%	74.7%	100%	

Le test de Student a permis de mettre en évidence une association significative entre le nombre de traitement chronique et l'observance (bon observant ou non observant mineur) (**tableau 7**).

Tableau 7 : Observance en fonction du nombre de traitement chronique

		Nombre de traitement chronique			Total	p value		
		1 à 2	3 à 4	5 et plus				
Observance	Bon observant	n	20	13	26	.01*		
		Moyenne (SD)	1.2 (0.4)	3.4 (0.5)	6.6 (2.3)		4.1 (2.9)	
	Non observant mineur	n	34	34	16		84	
		Moyenne (SD)	1.5 (0.5)	3.4 (0.5)	5.8 (1.4)		3.1 (1.7)	
	Non observant	n	6	8	5		19	.54*
		Moyenne (SD)	1.7 (0.5)	3.4 (0.5)	6.4 (1.5)		3.6 (2)	.21**
Total		n	60	55	47	162		
		Moyenne (SD)	1.4 (0.5)	3.4 (0.5)	6.3 (2)	3.5 (2.3)		

* En comparaison aux bons observants

** En comparaison aux non observants mineurs

3. En fonction de la gestion du traitement

Tableau 8 : Observance en fonction de la personne gérant le traitement

		Observance			Total	
		Bon observant	Non observant mineur	Non observant		
Gestion du traitement	Proche	n	7	6	1	14
		%	4.3%	3.7%	0.6%	8.5%
	Vous-même	n	52	78	18	148
		%	32.1%	48.1%	11.1%	91.5%
Total		n	59	84	19	162
		%	36.4%	51.9%	11.7%	100.0%

Tableau 9 : Observance en fonction de l'organisation du renouvellement

		Observance			Total	
		Bon observant	Non observant mineur	Non observant		
Organisation du renouvellement	RDV à la fin de l'ordonnance	n	35	59	13	107
		%	21.6%	36.7%	8%	66.3%
	RDV systématique	n	23	24	4	51
		%	14.2%	14.9%	2.3%	31.4%
	Tierce personne prend RDV	n	1	1	2	4
		%	0.6%	0.6%	1.1%	2.3%
Total		n	59	84	19	162
		%	36.4%	51.9%	11.7%	100.0%

4. En fonction de l'aide à la prise

Tableau 10 : Observance du traitement en fonction de l'aide à la prise utilisée

		Observance			Total
		Bon observant	Non observant mineur	Non observant	
Aide à la prise (n)	Aucun	18	33	7	58
	Application	0	1	1	2
	Ordonnance	6	6	0	12
	Pilulier hebdomadaire	9	6	3	18
	Pilulier journalier	15	10	5	30
	Rappel téléphonique ou sur calendrier	1	1	0	2
	Rituel	10	27	3	40
	Total	59	84	19	162
		36.4%	51.9%	11.7%	100.0%

L'aide à la prise du traitement ne semblait pas être en lien, de façon significative, avec l'observance du traitement (**Tableau 11**)

Tableau 11 : Observance du traitement en fonction de l'existence d'une aide à la prise

		Observance			Total	p value
		Bon observant	Non observant mineur	Non observant		
Aide à la prise	Oui	n	41	51	12	104
		%	39.4%	49.0%	11.5%	100.0%
	Non	n	18	33	7	58
		%	31.0%	56.9%	12.1%	100.0%
Total		n	59	84	19	162
		%	36.4%	51.9%	11.7%	100.0%

D. Connaissance des traitements

1. En fonction de l'âge et du sexe

Les femmes connaissaient en moyenne 66% de leur traitement (DS = 29%) contre 51,8% pour les hommes (SD = 26%).

Selon le test de Student, il existait une relation significative entre le sexe et la connaissance du traitement (**Tableau 12**).

Tableau 12 : Taux de connaissance en fonction du sexe

		Sexe	n	Moyenne	Ecart type	Moyenne d'erreur standard	p value
Total	Femme		82	.669	.29	.03	.001
	Homme		80	.518	.26	.029	

La répartition de la connaissance est également différente selon l'âge du patient (**Tableau 13**). Il existe un lien significatif entre la connaissance et l'âge du patient ;

plus l'âge augmente, plus le taux de connaissance du traitement chronique diminue.

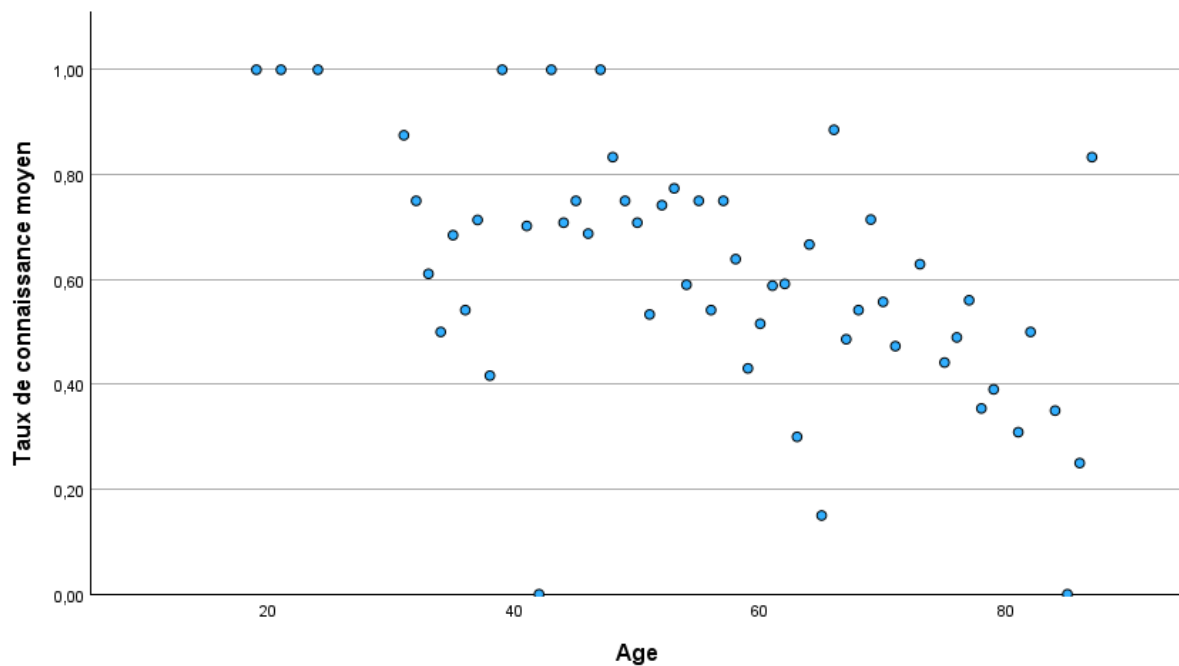
(Graphique 4).

Le coefficient de corrélation de Pearson était de $-0,377$ (p value $< .001$)

Tableau 13 : Statistiques descriptives du taux de connaissance en fonction de l'âge

		Taux de connaissance (%)				Total	
		< 25	25-49	50-74	≥ 75		
Age (années)	18-39	n	0	4	4	14	22
		%	0.0%	18.2%	18.2%	63.6%	100.0%
	40-59	n	6	2	20	28	56
		%	10.7%	3.6%	35.7%	50.0%	100.0%
	60-79	n	13	13	26	22	74
		%	17.6%	17.6%	35.1%	29.7%	100.0%
	80 et plus	n	3	5	0	2	10
		%	30.0%	50.0%	0.0%	20.0%	100.0%
Total		n	22	24	50	66	162
		%	13.6%	14.8%	30.9%	40.7%	100.0%

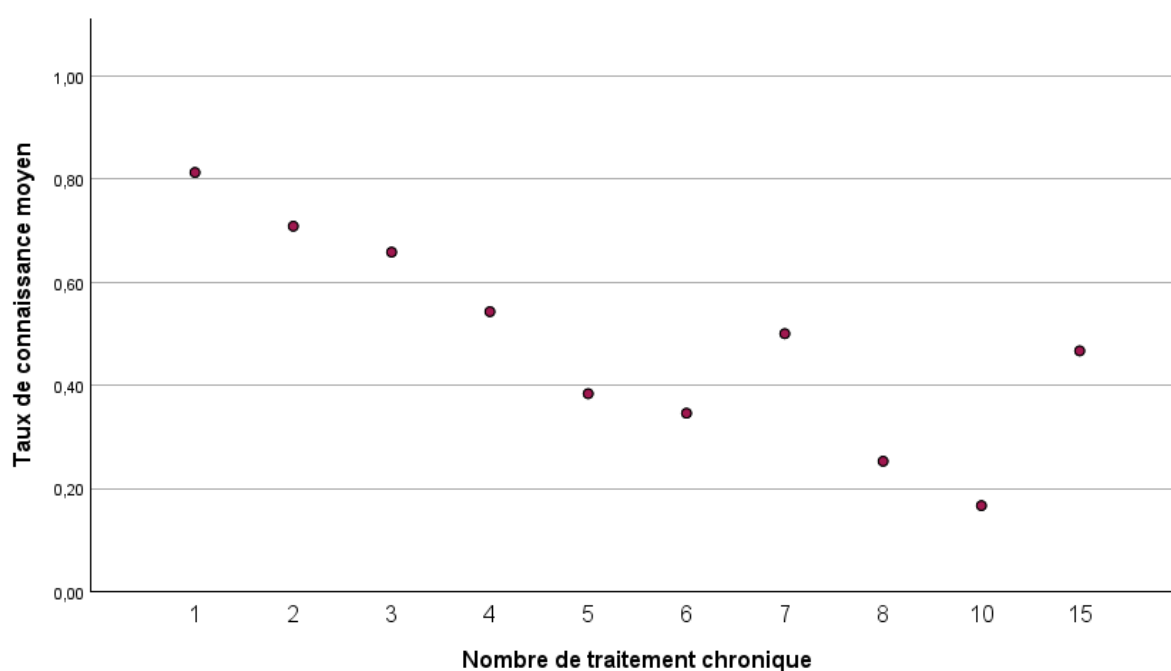
Graphique 4 : Taux de connaissance moyen en fonction de l'âge



2. En fonction des caractéristiques du traitement

Il existait une corrélation significative entre le taux de connaissance et le nombre de traitement chronique avec un coefficient de corrélation de Pearson à -0.570 (p value $< .001$). (**Graphique 5**).

Graphique 5 : Taux de connaissance moyen en fonction du nombre de traitement chronique



Le taux de connaissance du traitement variait également selon son ancienneté de prise (**tableau 14**).

Tableau 14 : Taux de connaissance moyen en fonction de l'ancienneté du traitement

	Ancienneté du traitement	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne d'erreur standard	p value
Total	> 5 ans	121	,56	,30	,03	.005
	< 5 ans	41	,70	,23	,04	

3. En fonction de la gestion du traitement et de l'aide à la prise

56,3% (n = 27) des patients utilisant un pilulier, qu'il soit journalier ou hebdomadaire, connaissaient moins de la moitié de leur(s) traitement(s) chronique(s) (**graphique 6**).

Le taux de connaissance variait en fonction de l'existence d'une aide à la prise ou non (**tableau 15**) :

- Les patients utilisant une aide à la prise du traitement (n = 104) connaissaient en moyenne 54% de leur traitement (SD = 31).
- Les patients n'utilisant pas d'aide à la prise (n = 58) connaissaient, en moyenne, 68% de leur traitement (SD = 22)

Graphique 6 : Taux de connaissance des traitements chroniques selon l'aide à la prise utilisée

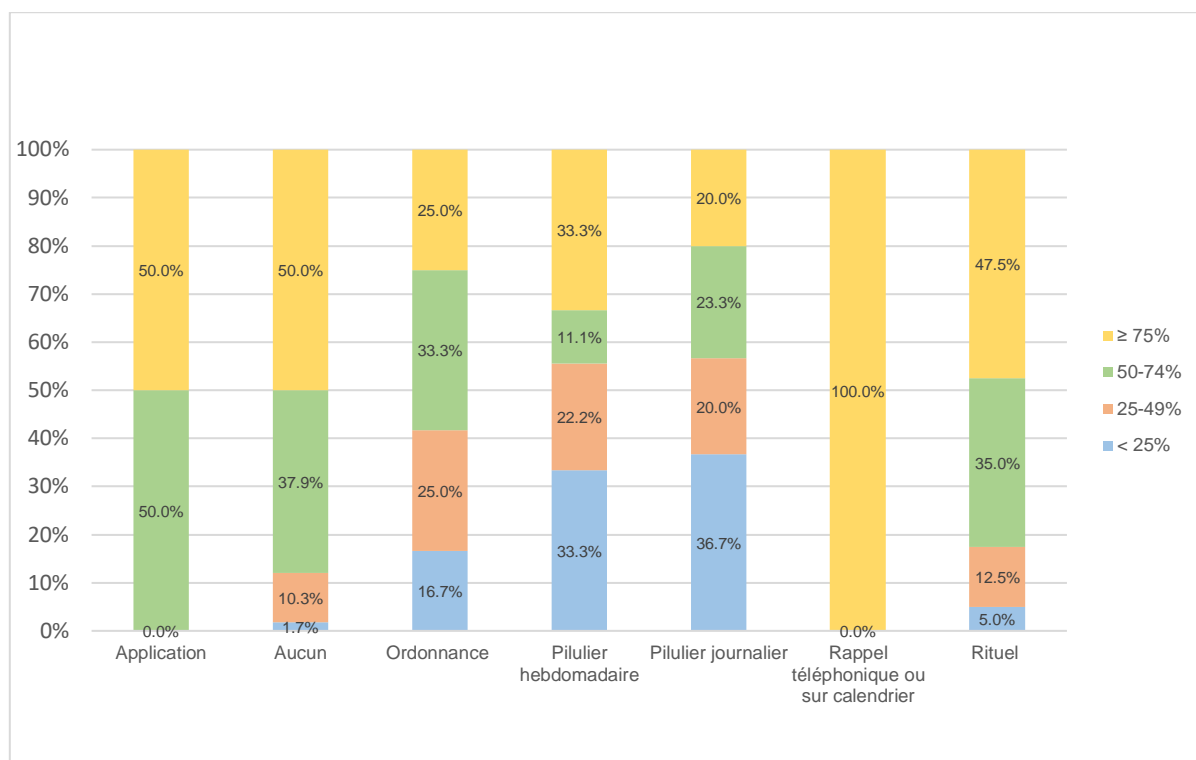


Tableau 15 : Taux de connaissance du traitement en fonction de l'utilisation d'une aide à la prise

		Taux de connaissance (%)				Total	p value
		< 25	25-49	50-74	≥ 75		
Aide à la prise	Non	n	1	6	22	29	.002
		%	1.7%	10.3%	37.9%	50.0%	
	Oui	n	21	18	28	37	
		%	20.2%	17.3%	26.9%	35.6%	
Total		n	22	24	50	66	162
		%	13.6%	14.8%	30.9%	40.7%	100.0%

Les patients gérant eux-mêmes leur traitement connaissaient en moyenne 62.7% de leur traitement (SD = 27). A contrario, les patients dont le traitement était géré par un proche ne connaissaient qu'en moyenne 25,1% de celui-ci.

Selon le test de Student, il existait un lien significatif entre le taux de connaissance du traitement, et la personne gérant le traitement (**tableau 16**).

Tableau 16 : Taux de connaissance en fonction de la personne gérant le traitement

		Taux de connaissance (%)				Total	p value
		< 25	25-49	50-74	≥ 75		
Gestion du traitement	Proche	n	9	2	1	2	14
		%	64.3%	14.3%	7.1%	14.3%	100.0%
	Vous-même	n	13	22	49	64	148
		%	8.8%	14.9%	33.1%	43.2%	100.0%
Total		n	22	24	50	66	162
		%	13.6%	14.8%	30.9%	40.7%	100.0%

Que le rendez-vous de renouvellement soit pris de façon systématique, ou à la fin de l'ordonnance en cours, le taux de connaissance moyen était sensiblement le même avec respectivement 55% et 62%. Pour les patients dont les rendez-vous médicaux étaient gérés par une tierce personne, les traitements étaient connus à 26%.

Tableau 17 : Taux de connaissance en fonction de l'organisation du renouvellement

		Taux de connaissance (%)				Total	
		< 25	25-49	50-74	≥ 75		
Organisation du renouvellement	RDV à la fin de l'ordonnance	n	12	13	34	48	107
		%	11.2%	12.1%	31.8%	44.9%	100.0%
	RDV systématique	n	8	10	16	17	51
		%	15.7%	19.6%	31.4%	33.3%	100.0%
	Tierce personne prend RDV	n	2	1	0	1	4
		%	50.0%	25.0%	0.0%	25.0%	100.0%
Total		n	22	24	50	66	162
		%	13.6%	14.8%	30.9%	40.7%	100.0%

IV. Discussion

A. Principaux résultats

Notre étude réalisée de façon multicentrique a permis de mettre en évidence un lien significatif entre la connaissance des traitements au long cours et l'observance thérapeutique chez les patients atteints de pathologies chroniques.

Certaines études réalisées sur l'observance et la connaissance des traitements évoquent des résultats similaires aux nôtres, pourtant réalisés avec des méthodes et des outils d'évaluation différents :

- J. Bizouard et C. Jungers retrouvent dans leur travail de thèse une meilleure observance lorsqu'il existe une meilleure connaissance du traitement mais les patients ont été recrutés dans des pharmacies, pouvant supposer un rôle important du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient, et les patients n'allant pas chercher eux-mêmes le traitement étaient, de ce fait, exclus de l'étude (10).
- J. Anandamanoharan évoque également ce lien dans sa méta-analyse (11).
- Bollaert et al. met en avant ce lien dans son étude chez une population cependant uniquement gériatrique (12).

A contrario, l'étude de A. Traoré ne retrouve pas de lien entre l'observance et la connaissance du traitement (13). Cependant, l'observance n'est évaluée que par une seule question et non une échelle validée. De plus, la population est recrutée aux urgences et tous les patients s'y présentant ont été interrogés, y compris ceux n'ayant pas de traitement au long cours. De plus, il n'était fait aucune différence entre les traitements aigus et chroniques.

Ces résultats laissent supposer l'importance d'agir sur ces deux paramètres pour limiter le risque iatrogène du patient. En effet, méconnaître son traitement chronique lors d'un passage aux urgences ou lors d'une consultation dans une autre spécialité peut entraîner la prescription de nouvelles thérapeutiques ayant des interactions avec les traitements déjà pris par le patient ou des conséquences lors d'examens paramédicaux (comme par exemple, risquer une majoration de la fonction rénale lors de l'injection de produit de contraste iodé chez un patient sous metformine).

Dans la population gériatrique, la iatrogénie médicamenteuse représente à elle seule près de 20% des hospitalisations des plus de 75 ans et 25% des hospitalisations des plus de 85 ans (14).

B. Forces de notre étude

Notre étude, prospective, multicentrique, a été réalisée dans trois cabinets médicaux différents, avec une population variée, provenant de zones urbaines et rurales et étant habituée à des pratiques différentes selon les praticiens qui y exercent.

Nous avons pu recruter plus de 160 patients, au fur et à mesure des consultations, permettant d'obtenir un échantillon relativement représentatif de la population et ainsi limiter le biais de sélection. Peu de patients ont été exclus de l'étude, le taux de participation était de plus de 98%.

Le questionnaire a été testé sur 8 patients volontaires, permettant ainsi de redéfinir certains termes médicaux ou d'ajouter certaines propositions de réponse (Exemple : Personnel soignant récupérant le traitement à la pharmacie).

De nombreuses études se sont intéressées à la connaissance et l'évaluation de l'observance de traitements chroniques dans le cadre de pathologies bien précises, mais peu avaient pour objectif principal de mettre en évidence un lien entre ces deux mesures. De plus, peu d'études se sont intéressées à la totalité du traitement chronique. Une vue d'ensemble de la relation observance/connaissance d'un traitement était possible par l'étude de la totalité des pathologies et traitements chroniques relatifs au patient et non pas d'une pathologie particulière.

L'évaluation de la connaissance étant réalisée par un entretien oral avec l'investigateur, cela autorisait une plus grande liberté d'expression du patient. Dans la majorité des cas, il prenait conscience du niveau de connaissance de son traitement chronique, permettant ainsi de refaire le point sur celui-ci en fin d'entretien. Nous avons par ailleurs constaté que les patients sont réellement demandeurs d'information concernant leur santé et la prise en charge que nous leur proposons.

L'étude était réalisée en aveugle du médecin traitant et toujours par le même investigateur, limitant ainsi le biais de désirabilité sociale et favorisant la reproductibilité interne des données.

C. Limites de notre étude

Notre étude présente cependant certaines limites. Tout d'abord, il n'existe aucun outil validé dans la littérature permettant d'évaluer le niveau de connaissance des patients. Nous nous sommes donc appuyés sur les différents questionnaires réalisés lors de précédentes études afin d'obtenir les données les plus comparables possible.

Le niveau de connaissance a été défini de façon arbitraire en 4 classes de connaissances. Cependant, nous aurions pu être plus strict quant à la définition de la bonne ou de la mauvaise connaissance ; une erreur dans la prise de traitement étant pourvoyeuse de risque iatrogène.

Aucun patient ne pouvant se déplacer au cabinet et dont le renouvellement de traitement se réalise habituellement lors d'une visite à domicile n'a été inclus. Bien que ces patients représentent une minime partie de la population pouvant être inclus dans notre étude (la plupart ayant une dépendance totale dans l'administration des traitements avec une supervision complète par un professionnel de santé, ou présentant des troubles cognitifs), cela majore le biais de sélection. De même, certains patients ne souhaitant pas être vus par l'investigateur mais par leur médecin généraliste habituel, n'ont pas pu être inclus.

Bien que les patients n'aient pas été interrogés par leur médecin traitant habituel, il existe tout de même un biais de désirabilité sociale avec un risque de surestimation de l'observance du traitement et donc de majoration du biais de classification. En revanche, ce n'est pas le cas pour la connaissance puisque celle-ci était évaluée, en direct par l'investigateur, sans aide extérieure (ordonnance, tierce personne etc.).

Notre étude n'a été réalisée que sur une courte période, ne permettant probablement pas d'inclure tous les patients consultant pour la réévaluation de leur traitement chronique. Cependant, pour justifier de cette courte période de recrutement, nous étions partis du constat que les ordonnances de traitements chroniques étaient

renouvelées tous les trois mois. Il existait donc un risque d'inclure beaucoup moins de patients par la suite, car ayant déjà été inclus auparavant.

La majorité des dossiers médicaux des patients comportait tous les antécédents connus du patient. Néanmoins, aucune évaluation des fonctions cognitives n'a été réalisée au cours de l'entretien, faute de temps lors de la consultation.

Bien que le taux de participation de notre étude soit important, cette dernière ayant été réalisée par un seul investigateur sur une période relativement courte, 162 participants ont été inclus. Par conséquent, nous avons donc été limités par le nombre de sujet interrogés pour l'analyse statistique de certains paramètres, car représentant de petits effectifs.

Notre étude pourrait cependant être une étude préliminaire à la réalisation d'une nouvelle étude de plus grande ampleur, permettant d'envisager des analyses multivariées grâce à des effectifs plus conséquents, et donc une puissance statistique plus importante.

D. Population étudiée

La population étudiée au cours de notre étude était majoritairement âgée de plus de 60 ans et ayant pour la plupart, au moins trois traitements chroniques, administrés depuis plusieurs années voire plusieurs décennies. Plus l'âge augmentait, plus les patients prenaient de traitement.

Selon les données socio-démographiques, notre population était sensiblement comparable à la population française. L'assurance maladie a réuni les différentes

informations concernant la prise en charge des patients au titre de l’Affection Longue Durée en 2021 (ALD 30, 31 et 32 confondues) (15) :

- L’âge moyen des patients de notre étude était à 59,6 ans, contre 63 ans dans les données de l’assurance maladie.
- Les patients de 60 à 79 inclus représentaient 46% de notre effectif contre 44,3% des patients recensés par l’assurance maladie.
- La proportion de femme dans notre étude (50,6%) était proche des statistiques de l’assurance maladie qui en comptaient 51%.

Le nombre moyen de traitement chronique était de 3,5 médicaments par patient avec en moyenne 2,1 pathologies chroniques. Ce nombre est inférieur aux données des autres études : François retrouvait en moyenne 5 médicaments par patient et Bollaert et al. retrouvait une moyenne 5,3 traitements chroniques mais cette dernière était réalisée chez des patients de plus de 70 ans (12,16).

42% de nos patients bénéficiaient d’une prise en charge en ALD avec plus de 80% des plus de 80 ans. En effet, la prévalence de l’ALD augmente avec l’âge comme présenté dans plusieurs rapports de l’Assurance Maladie en 2020 (15,17).

91% des patients géraient leur traitement seul. J.Petermans retrouve un résultat proche chez les patients de plus de 75 ans, avec 87% gérant eux même leur traitement (18).

F. L'observance du traitement chronique

1. Généralités

Les méthodes de mesure de l'observance sont très hétérogènes. Il n'existe, à ce jour, pas de test standardisé, bien que plusieurs tests soient validés. Le test de Girerd a initialement été validé dans l'hypertension artérielle puis repris de façon plus générale dans d'autres pathologies (19).

Cette hétérogénéité des méthodes de mesure de l'observance explique les grandes différences entre les taux d'observance des différentes études.

L'étude réalisée par Arnoux LA, qui recensait l'observance en fonction de plusieurs pathologies retrouvait des chiffres allant de 17% de bonne observance pour les chimiothérapies orales dans le cadre d'hémopathies malignes à près de 98% pour certaines données portant sur le diabète ou encore le cancer du sein (20).

Le taux de bonne observance au cours de notre étude était de 36%, 12% étaient non observants et 52% non observants mineurs. Ces résultats sont comparables aux différentes études réalisées avec le questionnaire de Girerd (16,21,22).

De plus, l'IMS Health France a étudié chez 170 000 patients, les six pathologies chroniques les plus courantes et retrouvait un taux de bon observant allant de 13 à 52%, là où l'OMS l'estime proche de 50% (4,7).

Néanmoins, le taux d'inobservance d'un traitement augmente le risque de mortalité. C'est le cas dans l'étude menée par L.Godillon publiée en mars 2023 où, les patients non observants de leur trithérapie (biantiagrégation plaquettaire + statines) dans le cadre d'une pathologie cardiovasculaire avaient un taux de mortalité significativement plus élevé que les bons observants (23).

Ces résultats nous rappellent à quel point il est nécessaire de trouver des axes de travail pour améliorer l'observance du patient sur ses traitements chroniques afin de limiter le risque de décompensation de leur pathologie chronique.

2. Déterminants de l'observance liés au patient

Notre étude retrouvait un lien entre l'observance d'un traitement chronique et l'âge du patient. Nombreuses études ont démontré que plus les patients étaient avancés en âge, plus l'observance diminuait (24). Cependant, certains travaux retrouvent des résultats contradictoires, avec l'absence d'association significative (16,25).

Aucun lien significatif n'était retrouvé entre l'observance d'un traitement et le sexe du patient. Cela se retrouve également dans l'étude de Hassen-Khodja sur l'observance d'un traitement anti-rétroviral (26), ou dans l'étude de Bollaert et al. (12,25). En revanche, une étude réalisée en 2020 sur une population exclusivement gériatrique retrouvait que le fait d'être une femme, influençait négativement l'observance thérapeutique (27).

3. Déterminants de l'observance liés au traitement

A notre étonnement, nous n'avons retrouvé aucun lien significatif entre l'ancienneté d'un traitement et son observance. En effet, nous pouvons évoquer le postulat que plus le traitement introduit est récent, mieux il sera observé. Cela peut être faussé par le biais de mémorisation dans le cadre de l'évaluation de l'observance où le patient peut avoir omis un oubli de prise il y a plusieurs mois voire plusieurs années.

Cependant Gallois retrouvait un résultat similaire au notre, bien que son étude n'ait traité que de l'observance des traitements anti-hypertenseurs (25).

En revanche, nous avons mis en évidence une association entre le nombre de médicaments chroniques et l'observance. Nos résultats concordent avec ceux de l'étude de A.François (16) et plus récemment de l'étude réalisée par Ammeux (21).

En revanche, ils sont discordants avec ceux retrouvés par Bollaert et al. Cependant, cette dernière était réalisée chez des patients de plus de 70 ans et la mesure de l'observance n'est pas réalisée de la même façon que la nôtre (12).

Cela semble cohérent avec l'idée selon laquelle il est plus difficile de retenir toutes les informations concernant un traitement lorsque le patient en prend de plus en plus.

Dans la littérature, le taux d'observance varie également selon le type de traitement utilisé et son efficacité. En 2019, une étude réalisée sur des patients atteints de psoriasis montrait que l'observance thérapeutique était meilleure chez les patients traités par biothérapie que ceux traités par traitements topiques (28).

Devant la présence de petits effectifs, aucun test statistique n'a pu être réalisé pour évaluer le lien entre l'observance et les modalités de renouvellement de traitement. Il n'existe à notre connaissance, aucune étude réalisée sur le sujet.

Enfin, dans notre étude, l'existence d'une aide à la prise n'avait aucun lien significatif avec l'observance, tout comme dans l'étude de Liquet-Weiland, bien que celle-ci n'ait pas utilisée l'échelle de Girerd (27). Cela peut être expliqué par le fait que les

personnes n'ayant aucune aide à la prise sont souvent plus jeunes et avec moins de traitement, facilitant leur observance.

E. Déterminants de la connaissance du traitement chronique

De nombreux patients ne connaissent pas le(s) traitement(s) qu'ils prennent au long cours. La connaissance d'un traitement est difficilement quantifiable. Il n'existe, à ce jour, aucune échelle validée pour son évaluation.

Le taux de connaissance de nos patients s'élevait en moyenne à 59,5%. Cependant, dans la littérature, différentes populations ont été étudiées, par le biais de différentes méthodes et avec des définitions différentes concernant la bonne connaissance (27,29).

Nous avons notamment retrouvé :

- L'étude de A.Mordohay et al, concernant une population hospitalière, qui trouvaient 74% de bonnes réponses aux questions posées concernant leur traitement chronique, néanmoins, l'évaluation de la connaissance se faisait également sur les effets indésirables du traitement, son efficacité et sa tolérance ou encore ses interactions avec d'autres thérapeutiques (30).
- Une étude réalisée en 2017 sur la connaissance qu'ont les patients de leur traitement par anticoagulant oral direct ne retrouvait que 18% d'entre eux ayant une connaissance > 80% (31)
- Une large étude réalisée en Nouvelle Zélande, en cabinet de médecine générale retrouvant des résultats allant jusqu'au 87% de bonnes réponses selon les paramètres du médicament étudié (32).

- L'étude réalisée en cabinet de médecine générale, selon les mêmes critères de connaissance que notre étude, retrouvait 35% de patients connaissant parfaitement leur traitement contre 14,2% de nos sujets (16).

1. Évaluation de la connaissance

L'évaluation de la connaissance des traitement dans les différentes études réalisées repose majoritairement sur :

- la connaissance du nom du médicament avec 55% de bonnes réponses dans notre étude. Celle-ci allant de 56% à 85% selon la littérature (31).
- sa posologie, avec 30% de réponses correctes seulement dans notre étude mais pouvant aller jusque 83% (32).
- son indication, connue également pour 76% des cas dans notre étude, et allant jusqu'à 87% des répondants dans la littérature (32).
- sa fréquence de prise ou schéma d'administration connue à 76% des cas chez nos patients interrogés et parfois jusque 99% d'entre eux (18).

Nous aurions également pu nous intéresser aux effets indésirables, aux méthodes de suivi de certaines thérapeutiques ou encore aux interactions avec les autres traitements, mais il nous a semblé que le risque iatrogène engendré par une erreur de prise est plus important lorsque le patient réalise une erreur sur ces quatre critères de connaissance.

2. Déterminants de la connaissance liés au patient

Nous avons constaté que, de façon significative, parmi les femmes, 53% d'entre elles connaissaient 75% ou plus de leur traitement contre seulement 27,2% des hommes.

Cette relation entre le sexe et la connaissance du traitement était également retrouvée dans l'étude de A.Traoré (13). A contrario, Hulka ne retrouvait pas cette association mais l'évaluation de la connaissance n'était pas réalisée de la même façon que la nôtre (33).

L'âge du patient était associée de façon significative à la connaissance avec une diminution de celle-ci avec l'avancée en âge : plus de la moitié des patients de 80 ans et plus connaissaient moins de 50% de leur traitement contre 12,5% seulement des 40-59 ans. Cela peut s'expliquer notamment par le nombre de traitement, plus nombreux généralement chez les patients plus âgés où on retrouvait également une corrélation entre la connaissance et le nombre de traitement chronique ; mais aussi par l'utilisation d'une aide à la prise des traitement, où le patient est peut-être moins attentif à ce qu'il prend, car le faisant de façon routinière. Cela peut s'expliquer aussi par le fait que l'aide à la prise est souvent nécessaire chez les patients ayant nombre de traitement et/ou parfois plus âgés.

Ces résultats se retrouvent dans les nombreuses études réalisées sur le sujet (16) (32). Des avis divergeant se posent notamment dans l'étude d'Akici, mais la population étudiée est, là aussi, différente de la nôtre, tout comme les paramètres de la connaissance évalués, à savoir le nom et les effets des thérapeutiques prescrites (34).

3. Déterminants de la connaissance liés au traitement

Plusieurs facteurs peuvent modifier la connaissance d'un patient vis-à-vis de son traitement. A l'instar de l'observance, notre étude retrouvait une corrélation significatif entre la connaissance et le nombre de traitement chronique : 68,3% des patients

ayant 1 à 2 traitement(s) connaissaient plus de 75% de ce dernier, contre 12,8% des patients ayant 5 traitements ou plus. L'étude de Liquet-Weiland mettait en évidence ce lien concernant le nom et l'indication du traitement, mais pas pour ses modalités de prise (27).

L'utilisation d'une aide à la prise du traitement semble liée à la connaissance de celui-ci. Cela peut notamment s'expliquer de différentes façons : par le fait que les patients utilisant une aide, n'ont plus besoin de « penser » à prendre le traitement ; ou par le fait que les patients sont souvent plus âgés et donc plus facilement polymédiqués. Les patients gérant eux-mêmes leur traitement avaient un taux de connaissance plus élevé que ceux ayant leur traitement géré par un proche. Ces résultats concordent avec ceux de la littérature (13).

A l'instar de l'observance, aucun test statistique n'a pu être réalisé sur l'organisation du renouvellement et la connaissance d'un traitement. A notre connaissance, aucune étude ne traite de ce sujet.

F. Axes d'amélioration de la connaissance et de l'observance

Bien que parfois initiés par les autres spécialistes, il est important de rappeler l'intérêt majeur du médecin généraliste dans la prescription et le renouvellement des traitements chroniques. En effet, ce dernier est amené à voir plus régulièrement le patient et l'éclairer sur l'intérêt de son traitement et les bénéfices apportés par celui-ci. Les professions paramédicales (pharmaciens, infirmier diplômé d'état etc.) peuvent également jouer un rôle crucial dans l'information au patient et permettre

d'améliorer sa connaissance et son observance à long terme si celui-ci comprend les enjeux des thérapeutiques.

Notre étude nous a permis de constater que les patients sont demandeurs d'informations concernant leur santé. Le rôle du médecin généraliste est de moins en moins paternaliste, les jeunes générations sont plus impliquées dans leur santé. Elles ont accès à plus de moyen pour s'informer sur leurs pathologies et leurs traitements, ce qui peut expliquer une connaissance et une observance différentes en fonction des informations recueillies dans les diverses sources consultées. Il est également important d'expliquer et de présenter au patient les sources d'informations fiables afin de ne pas se retrouver avec des données erronées ou douteuses, l'amenant potentiellement à diminuer son observance.

C'est là tout l'enjeu de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) où celui-ci est au centre de sa pathologie et où chaque professionnel a un rôle à jouer pour l'aider à mieux l'appréhender, la comprendre, et l'accepter. Certaines études sur le sujet mettent d'ailleurs en avant le bénéfice attendu de ces ETP (20,35,36).

V. Conclusion

Notre étude a permis de mettre en évidence qu'il existe de façon significative un lien entre connaissance et observance d'un traitement chez les patients atteints de pathologies chroniques. Toute la difficulté relève cependant dans l'absence d'échelle standardisée pour évaluer la connaissance d'un patient. Il serait pertinent de réaliser d'autres études pour établir un outil validé nous permettant d'évaluer de manière fiable et reproductible, la connaissance du patient.

Certains facteurs restent cependant modifiables pour améliorer ces deux paramètres, notamment l'implication du patient dans la gestion de son traitement ou encore le nombre de traitement chronique prescrits. Il est nécessaire de déprescrire au maximum lorsque cela est possible.

Cela nous rappelle le rôle important que nous avons à jouer, en tant que médecin généraliste, auprès du patient afin de réduire le risque iatrogène qu'une mauvaise observance ou une mauvaise connaissance d'un traitement pourrait engendrer. Il nous incombe de rappeler autant que faire se peut, les objectifs d'un traitement tout en gardant une alliance thérapeutique avec le patient, qui est, finalement, seul maître de sa pathologie.

C'est pourquoi le développement d'ateliers d'éducation thérapeutique du patient pourrait modifier les pratiques et renforcer les connaissances de celui-ci sur sa pathologie, son traitement, mais aussi les démarches non médicamenteuses permettant de stabiliser sa pathologie. Tout cela afin d'améliorer l'observance et ainsi diminuer les coûts humains et financiers que cette dernière engendre.

VI. Références

1. Portal et al. - 39 Les politiques publiques.pdf.
2. État de santé de la population – France, portrait social | Insee [Internet]. [cité 2 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238405?sommaire=4238781>
3. 2019_14_maladies_chroniques.pdf [Internet]. [cité 23 avr 2023]. Disponible sur: https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2019/2019_14_maladies_chroniques.pdf
4. Sabaté E, World Health Organization, éditeurs. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003. 198 p.
5. Tran VT, Montori VM, Ravaud P. Is My Patient Overwhelmed?: Determining Thresholds for Acceptable Burden of Treatment Using Data From the ComPaRe e-Cohort. *Mayo Clin Proc.* mars 2020;95(3):504-12.
6. Dépenses de santé : concentration sur les maladies chroniques et poids important de la santé mentale [Internet]. 2022 [cité 23 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/actualites/depenses-de-sante-concentration-sur-les-maladies-chroniques-et-poids-important-de-la-sante-mentale>
7. Synthèse de l'étude IMS Health CRIP sur l'observance [Internet]. [cité 27 avr 2023]. Disponible sur: <https://crip-pharma.fr/wp-content/uploads/2014/11/BrochureObservance-imprim1.pdf>
8. Collard CV, Michaut L, Caillierez F, Parra D, Bonnefoy M. Impact d'un temps d'éducation thérapeutique avec remise d'un support écrit sur la connaissance des traitements et l'observance des patients âgés Résultats d'une étude pilote. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement.* 1 déc 2017;15(4):394-400.
9. Ikama MS, Nsitou BM, Loumouamou M, Kimbally-Kaky G, Nkoua JL. L'observance médicamenteuse et ses facteurs dans un groupe d'hypertendus congolais. *Pan Afr Med J.* 6 août 2013;15:121.
10. Évaluation de la connaissance des indications des traitements chroniques en médecine générale et de la relation médecin malade : impact sur l'observance.
11. Thèse d'exercice J.Kanagarajah [Internet]. [cité 15 août 2023]. Disponible sur: https://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/729/fichier_these_kanagarajah_1406201275b35.pdf
12. Bollaert DB, Lyon D, Meyrignac D. L'Observance thérapeutique des personnes de 70 ans et plus.
13. Casalino PE. CONNAISSANCE DES PATIENTS SUR LEUR TRAITEMENT : IMPACT SUR LE TRAVAIL AUX URGENCES.
14. fiche_pedagogique_personnes_agees_certification.pdf [Internet]. [cité 5 sept 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/fiche_pedagogique_personnes_agees_certification.pdf
15. Effectif, prévalence et caractéristiques des bénéficiaires d'une ALD - 2008 à 2021 | L'Assurance Maladie [Internet]. 2023 [cité 14 août 2023]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/prevalence-beneficiaires-ald>
16. François A. Connaissance et observance des traitements chroniques des patients au cabinet de médecine générale. :65.
17. Danguy V, Nourry A, Ameur LA. Tableau de bord des affections de longue durée (ALD) en 2020 Prévalence au 31/12/2020 et Incidence en 2020. 2022;
18. Petermans J, Suarez AS, Hees TV. Observance thérapeutique en gériatrie. *Rev Med Liège.*
19. GIRERD X, HANON O, ANAGNOSTOPOULOS K, CIUPEK C, MOURAD JJ, CONSOLI S. Evaluation de l'observance du traitement antihypertenseur par un questionnaire : mise au point et utilisation dans un service spécialisé. *Presse méd* (1983).

2001;30(21):1044-8.

20. Arnoux LA. Conception d'ateliers pédagogiques transversaux d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) sur le thème du médicament: d'une déclinaison pour différentes pathologies à la création d'un module de formation des étudiants de Pharmacie à la pratique des entretiens pharmaceutiques et de l'ETP.
21. Ammeux F. Evaluation de l'observance thérapeutique des statines chez les patients diabétiques de type 2 des Hauts-de-France [Internet]. Université de Lille; 2019 [cité 30 oct 2022]. Disponible sur: <https://pepите.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-10963>
22. Nordt M. Améliorer l'observance thérapeutique chez le patient chronique: une utopie? :139.
23. Godillon L, Laurent E, Marc-Florent T, Laure C, Rangé G, Grammatico-Guillon L. Syndrome coronarien aigu: observance thérapeutique et devenir à un an en Centre Val de Loire. Appariement registre France-PCI et Système national des données de santé. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 1 mars 2023;71:101449.
24. Brown MT, Bussell J, Dutta S, Davis K, Strong S, Mathew S. Medication Adherence: Truth and Consequences. *Am J Med Sci*. avr 2016;351(4):387-99.
25. Choutet et al. - PROFESSEURS EMERITES.pdf [Internet]. [cité 15 août 2023]. Disponible sur: http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2011_Medecine_GalloisAnne.pdf
26. Slama L, Le Camus C, Amiel C, Pialoux G, Gharakhanian S. « L'observance thérapeutique au cours de l'infection VIH, une approche multidisciplinaire ». *Médecine et Maladies Infectieuses*. janv 2006;36(1):16-26.
27. Liquet-Weiland - Le patient âge et ses médicaments au domicile éta.pdf [Internet]. [cité 2 juin 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02894059/document>
28. Halioua B, Zetlaoui J, Pain E, Radoszycki L, Testa D. Étude de l'observance thérapeutique chez 181 patients atteints de psoriasis en France. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. déc 2019;146(12):A313.
29. Prince - Évaluation de la connaissance des traitements anti.pdf [Internet]. [cité 2 juin 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01568576v1/document>
30. Full Text PDF [Internet]. [cité 13 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211104216300984/pdf?isDTMRedir=true&download=true>
31. Pouyet V, Abassade P, Cador R. Évaluation de la connaissance des patients de leur traitement par anticoagulant oral direct (AOD). *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*. 1 nov 2017;66(5):269-74.
32. Jaye C, Hope J, Martin IR. What do general practice patients know about their prescription medications? *N Z Med J*. 27 sept 2002;115(1162):U183.
33. Hulka BS, Cassel JC, Kupper LL, Burdette JA. Communication, compliance, and concordance between physicians and patients with prescribed medications. *Am J Public Health*. sept 1976;66(9):847-53.
34. Akici A, Kalaça S, Uğurlu MU, Toklu HZ, Iskender E, Oktay S. Patient knowledge about drugs prescribed at primary healthcare facilities. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. déc 2004;13(12):871-6.
35. Singh S, Bottois C, Benmelouka C, Gutermann L, Conort O. [Improvement of knowledge of patients treated with an oral anticoagulant after a pharmaceutical interview at the hospital]. *Ann Pharm Fr*. juill 2022;80(4):467-77.
36. Hassen-Khodja C, Gras G, Grammatico-Guillon L, Dupuy C, Gomez JF, Freslon L, et al. Hospital and ambulatory management, and compliance to treatment in HIV infection: Regional health insurance agency analysis. *Médecine et Maladies Infectieuses*. sept 2014;44(9):423-8.

VII. Annexes

Tableau 1 : Récapitulatif des caractéristiques de la population

		n (%)	Moyenne (SD)
<u>Données socio-démographiques</u>			
Sexe	Homme	80 (49,4)	
	Femme	82 (50,6)	
Démographie	Rurale	111 (68,5)	
	Urbaine	51 (31,5)	
Age	18-39 ans	22 (13,6)	32,6 (6)
	40-59 ans	56 (34,6)	51,5 (5,5)
	60-79 ans	74 (45,7)	70,6 (6,1)
	80 ans et plus	10 (6,2)	83 (2,3)
Catégorie professionnelle	Agriculteur	7 (4,3)	
	Artisan, commerçant, chef d'entreprise	10 (6,2)	
	Cadre	7 (4,3)	
	Profession intermédiaire	8 (4,9)	
	Employé	28 (17,3)	
	Ouvrier	12 (7,4)	
	Retraité	80 (49,4)	
	Étudiant	3 (1,9)	
	Sans emploi	7 (4,3)	
	Autre	0 (0)	
<u>Caractéristiques du traitement</u>			
Nombre de pathologie chronique			2,1 (0,99)
Nombre de traitement chronique			3,5 (2,2)
Ancienneté du traitement	Bénéficiaire d'une ALD	68 (42)	
	3 mois à 1 an	9 (5,6)	
	1 à 5 ans	32 (19,8)	
	5 à 10 ans	35 (21,6)	
	Plus de 10 ans	86 (53,1)	

Tableau 1 : suite

Gestion du traitement

	Application	2 (1,2)	
	Aucun	58 (35,8)	
	Ordonnance	12 (7,4)	
Aide à la prise	Pilulier hebdomadaire	18 (11,1)	
	Pilulier journalier	30 (18,5)	
	Rappel téléphonique ou sur le calendrier	2 (1,2)	
	Rituel	40 (24,7)	
Gestion du traitement	Patient	148 (91)	
	Proche	14 (9)	
	Soignant	0 (0)	
Délivrance du traitement	Patient	122 (75)	
	Proche	40 (25)	
	Soignant	0 (0)	
Organisation du renouvellement	RDV systématique	51 (31,5)	
	RDV à la fin de l'ordonnance	107 (66)	
	Tierce personne	4 (2,4)	
Observance	Bon observant	59 (36)	
	Non observant mineur	84 (52)	
	Non observant	19 (12)	
Taux de connaissance	< 25%	22 (13,6)	
	25-49%	24 (14,8)	59,9 (29)
	50-74%	50 (30,9)	
	75% et plus	66 (40,7)	

Annexe 1

Questionnaire de thèse

Je réalise une thèse concernant la connaissance et la prise de vos traitements. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Vos réponses seront rendues totalement anonymes, et ne seront pas communiquées à votre médecin. Vous pouvez arrêter le questionnaire à tout moment si vous le souhaitez.

-
1. Vous êtes :
 - Une femme
 - Un homme
 - Autre

 2. Vous avez : ans

 3. Vous êtes :
 - Agriculteur/Agricultrice
 - Artisan, commerçant(e), chef(fe) d'entreprise
 - Cadre
 - Dans une profession intermédiaire (*entre cadre et employé(e)/ouvrier(ère)*)
 - Employé(e)
 - Ouvrier/ouvrière
 - Retraité(e)
 - Étudiant(e)
 - Sans emploi
 - Autre :

Pour les questions suivantes, une ou plusieurs réponses peuvent être cochées.

4. Vous utilisez :
 - Un pilulier hebdomadaire
 - Un pilulier journalier
 - Un rituel (*exemple : prise de tous les traitements le matin au réveil etc.*)
 - Une application
 - Un rappel téléphonique ou sur le calendrier
 - Votre ordonnance à disposition
 - Autre :
 - Aucun moyen

5. Qui prépare votre traitement ?
 - Vous-même
 - Un proche
 - Un personnel soignant

6. Qui va chercher votre traitement à la pharmacie :
 - Vous-même
 - Un proche
 - Un personnel soignant

7. Comment organisez-vous votre renouvellement de traitement :
- Vous prenez rendez-vous de façon systématique pour le prochain renouvellement
 - Vous appelez pour prendre rendez-vous dès la fin de la prescription
 - Une tierce personne se charge de vos rendez-vous
8. Depuis combien de temps prenez-vous votre premier traitement chronique ?
- Entre 3 mois à 1 an
 - De 1 à 5 ans
 - De 5 à 10 ans
 - Plus de 10 ans
9. Considérez-vous que certains traitements sont plus importants que d'autre ?
- Oui
 - Non
10. Vous a-t-on expliqué l'intérêt/l'objectif de la prescription de chacun de vos traitements chroniques ?
- Oui
 - Non

Questionnaire de GIRERD

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

Merci beaucoup pour votre participation !

Manon Bourdon, *interne en dernière année de médecine générale*

Annexe 2

Questionnaire rempli par l'investigateur

1. Pouvez-vous citer le nom de vos médicaments ?

Pour chacun d'entre eux :

2. Pourquoi prenez-vous ce médicament (Indication, organe cible, objectif) ?

3. A quelle fréquence prenez-vous ce médicament ?

4. A quelle dose (posologie) prenez-vous ce médicament ?

X = 0 en cas de mauvaise réponse

X = 0,25 en cas de bonne réponse

Nom	Indication/Organe cible	Fréquence	Posologie	Cotation
X / 0,25	X / 0,25	X / 0,25	X / 0,25	X / 1
X / 0,25	X / 0,25	X / 0,25	X / 0,25	X / 1
Moyenne				X / 1

AUTEURE: Nom : BOURDON

Prénom : Manon

Date de soutenance : 12 Octobre 2023

Titre de la thèse : Existe-t-il un lien entre connaissance et observance d'un traitement médicamenteux chronique ? Étude observationnelle en cabinet de médecine générale

Thèse - Médecine - Lille 2023

Cadre de classement : *Observance*

DES + FST/option : *Médecine générale*

Mots-clés : Observance, connaissance, traitement, chronique

Introduction : De par le coût humain et financier que représente l'inobservance thérapeutique, il est nécessaire d'agir pour améliorer cette dernière. Améliorer la connaissance peut être un axe d'amélioration de l'observance. L'objectif principal de notre étude était de mettre en évidence un lien entre l'observance et la connaissance d'un traitement médicamenteux chronique.

Méthode : Les patients ont été recrutés dans 3 cabinets de médecine générale des Hauts-de-France. Les patients bénéficiant d'un traitement médicamenteux prescrit depuis plus de trois mois étaient inclus dans notre étude, à l'exception de ceux présentant des troubles cognitifs connus. Les caractéristiques sociodémographiques ont été recueillies ; une évaluation de l'observance et de la connaissance du traitement ont été réalisés, et comparés à l'ordonnance de référence du patient.

Résultats : 162 patients ont été inclus dans notre étude. L'âge moyen était de 59,6 ans. Ils avaient en moyenne, 2,1 pathologies chroniques et prenaient 3,5 médicaments chroniques. 36% des patients étaient considérés comme bons observants. Les patients connaissaient en moyenne 59,5% de leur traitement avec une meilleure connaissance de l'indication et de la fréquence de prise. Il existait une relation significative entre connaissance et bonne observance d'un traitement. Plusieurs facteurs tels que l'âge et le nombre de traitement chronique présentent également un lien avec la connaissance et l'observance.

Conclusion : Notre étude a permis de mettre en évidence un lien entre connaissance et observance d'un traitement chronique. Elle a également mis en lumière le fait que les traitements médicamenteux, parfois pris depuis plusieurs dizaines d'années, ne sont pourtant pas bien connus des patients, bien qu'ils soient demandeurs d'en savoir plus sur leur santé. Il pourrait être intéressant de mettre en évidence ce lien lors d'une étude de plus grande ampleur, et d'évaluer l'amélioration de ces paramètres grâce aux ateliers d'éducation thérapeutique du patient (ETP).

Composition du Jury :

Président : Pr RICHARD Florence

Assesseurs : Dr BARAN Jan, Dr DERCOURT Marion

Directeur de thèse : Dr BOULME Pascal