



Année 2017

N°193

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Mathilde DESBOIS

Née le 21 Juillet 1989 à Saint Jean de Braye (45)

**Inobservance thérapeutique : Évaluation de la formation initiale par les
étudiants en médecine et les médecins généralistes
de la région Centre-Val De Loire.**

Présentée et soutenue publiquement le 21 Décembre 2017 devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur Patrice DIOT, Pneumologie, Doyen de la Faculté de Médecine-Tours

Membres du Jury :

Professeur Pierre-François DEQUIN, Thérapeutique, Faculté de Médecine -Tours

Docteur Guillaume GRAS, Médecine Interne et Maladies Infectieuses, PH, CHU Tours

Professeur Jean-Pierre LEBEAU, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine - Tours

Professeur François MAILLOT, Médecine Interne, Faculté de Médecine - Tours

Docteur Yves MAROT, Urgences Pédiatriques, PH, CHU Tours

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr. Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Pr. Henri MARRET

ASSESSEURS
Pr. Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr. Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr. Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Pr. François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr. Patrick VOURC'H, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE
Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES
Pr. Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr. Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972
Pr. André GOUAZE - 1972-1994
Pr. Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr. Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES
Pr. Daniel ALISON
Pr. Catherine BARTHELEMY
Pr. Philippe BOUGNOUX
Pr. Pierre COSNAY
Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr. Loïc DE LA LANDE DE CALAN
Pr. Noël HUTEN
Pr. Olivier LE FLOCH
Pr. Yvon LEBRANCHU
Pr. Elisabeth LECA
Pr. Gérard LORETTE
Pr. Roland QUENTIN
Pr. Alain ROBIER
Pr. Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES
P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU
– C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L.
CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – J.P. FAUCHIER – F.
FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P.
LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – E. LEMARIE –
G. LEROY – Y. LHUINTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ
– J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – M.
ROBERT – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – B. TOUMIEUX
– J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
ARBEILLE Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique.....	Cardiologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BODY Gilles	Gynécologie et obstétrique
BONNARD Christian	Chirurgie infantile
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques	Parasitologie, mycologie
CHANTEPIE Alain.....	Pédiatrie
COLOMBAT Philippe	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague.....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan.....	Réanimation
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUDEAU Alain	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier	Urologie
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie

MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
QUENTIN Roland	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SIRINELLI Dominique	Radiologie et imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre
LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale
ROBERT Jean Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David Physiologie
BARBIER Louise Chirurgie digestive
BERHOUE Julien Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERTRAND Philippe Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle Biologie cellulaire
BLASCO Hélène Biochimie et biologie moléculaire
BRUNAUT Paul Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas Cardiologie
DESOUBEAUX Guillaume Parasitologie et mycologie

DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
GUILLON Antoine	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille	Immunologie
IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
BOREL Stéphanie	Orthophonie
DIBAO-DINA Clarisse	Médecine Générale
LEMOINE Maël	Philosophie
MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
GILOT Philippe	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
PAGET Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
------------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons,
mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe,
ma langue taira les secrets qui me seront confiés
et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser
le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants l'instruction
que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur DIOT,

Pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury, veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Pierre-François DEQUIN,

Pour l'honneur que vous me faites de participer à ce jury, soyez assuré de ma plus profonde reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Guillaume GRAS,

Pour avoir accepté de participer à ce jury, pour l'intérêt que vous avez manifesté pour ce travail, et pour l'encouragement que vous m'avez apporté, veuillez recevoir mes remerciements les plus sincères et ma plus vive reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Jean-Pierre LEBEAU,

Pour l'intérêt que vous avez porté au sujet de ce travail et pour avoir accepté de le juger, soyez assuré de mes sincères remerciements.

À Monsieur le Professeur François MAILLOT,

Pour l'intérêt que vous portez à la médecine générale, et pour l'honneur que vous me faites de juger ce travail, veuillez recevoir toute ma gratitude et l'expression de ma considération.

À Monsieur le Docteur Yves MAROT,

Je te remercie très sincèrement de m'avoir proposé d'encadrer ce travail de thèse, tout en me laissant la liberté du sujet et de la manière de le traiter. Tu as été présent, patient et d'un grand soutien durant ces mois de travail et tu m'as également et surtout beaucoup apporté sur le plan humain.

Tout est possible à qui rêve, ose, travaille et n'abandonne jamais !

Xavier Dolan

À mes parents, pour leur soutien indéfectible depuis le début de cette aventure et pour les valeurs qu'ils m'ont inculquées.

Ce que je suis aujourd'hui, je vous le dois.

Moi qui cherche toujours la nuance, aujourd'hui je ne trouve pas de mot pour exprimer ce que je ressens pour vous. Je vous suis plus que reconnaissante, pour tout ce que vous m'avez transmis, appris et pour ce que vous m'apportez encore chaque jour.

Merci de croire en moi.

À mon frère,

P'tit cul, je suis fière de l'homme que tu es devenu !

Plus le temps passe et plus je nous sens proches... Gardons ce lien qui m'est si cher !

À ma grand-mère, qui a suivi de près et avec bienveillance mes incertitudes et mes joies ces dernières années.

Ces moments que nous partageons sont un vrai trésor pour moi, tu es ma discrète confidente malgré toute la retenue suggérée par notre patronyme... Je souhaite encore évoluer et apprendre à tes côtés.

À ma famille, et en particulier à ceux qui sont déjà partis...

Nous avons cette incroyable chance d'être unis, continuons ainsi les cousinades, les chants de marins et les danses effrénées, car je crois que c'est ça le secret du bonheur !

À mes cousines, c'est toujours avec plaisir que je vous retrouve, vivement les prochaines aventures !

À Cécile, merci pour la chaleur dont tu m'entoures, merci pour ta présence.

À mes amis tourangeaux,

Pour tous ces moments partagés, à la guinguette, au vieux Mûrier... Pour les voyages réalisés et ceux à venir...

Léna, ma copinette, merci pour toutes ses fois où tu as cru en moi. « Il est des rencontres qui surgissent sans prévenir... » Jacques Salomé.

Amandine, Hanna, Marie, (et les garçons !) merci de m'avoir accueillie dans vos vies. Vous avez pris une grande place dans la mienne, merci d'avoir été là ces derniers mois.

Chou, pour ta zen attitude et ton petit sourire en coin, merci d'avoir si gentiment accepté de venir m'aider à déménager ;)

Axel, je suis ravie que nos chemins se soient croisés cette année. Nos soirées tisane sont un rendez-vous que je manquerais pour rien au monde !

À Capucine, Marjorie, Raoul...

À mes amies les « ex-tourangelles », pour ces moments que nous partageons, ponctuellement mais régulièrement... C'est une joie de vous voir évoluer à chacune de nos retrouvailles ! Vivement les prochaines, en Bretagne peut-être ? À Noémie, pour ton soutien sans faille, j'admire sincèrement la femme que tu es devenue. À Solange, tu es pour moi un exemple de force et de courage. À Jeanne, Marie brune, Marie blonde et Rabia, merci pour votre joie de vivre et votre amitié.

Au cabinet du bonheur, j'y ai beaucoup appris et me suis attachée à chacun d'entre vous. À Yannick, merci pour tout, ton humilité face à ce métier que tu connais si bien, ton réconfort, ta bonne humeur, tes conseils avisés, ta juste analyse des choses.. Merci, j'espère que nous aurons le plaisir de nous revoir, un peu plus à l'Ouest !

À Leïla, qui est à mes côtés depuis le premier jour de cette aventure.

De près comme de loin, tu as été là à tous les moments clés de ce parcours. Nous avons partagé le pire comme le meilleur toutes les deux « ma Sophie ». Merci.

À Rosalie, Malo, Charlie et Gaston pour leur accompagnement (en relais) tout au long de ces années.

À tous ceux qui ont participé, de près ou de loin à l'élaboration de cette thèse.

C'est le résultat d'un véritable travail d'équipe (j'ai calculé, on pourrait constituer une équipe de foot AVEC remplaçants) et je vous remercie pour toute l'énergie que vous y avez mis !

“ Quand tu arrives en haut
de la montagne,
continue de grimper.”

Proverbe tibétain

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : La non-observance thérapeutique est un enjeu majeur de santé publique compte tenu de sa fréquence (l'OMS estime que près de 50% des traitements prescrits dans le monde sont peu ou mal suivis par les patients concernés) et de ses conséquences sanitaires et économiques. La formation des médecins sur le sujet figure parmi les solutions proposées en réponse à ce constat. L'objectif de cette étude était donc de savoir quelle était la formation initiale médicale de l'inobservance thérapeutique selon les étudiants en médecine et médecins généralistes de la région Centre-val de Loire et si celle-ci était suffisante.

METHODE : Dans cette étude quantitative, des étudiants en médecine de 3^{ème} et 6^{ème} année, des internes et des médecins généralistes de la région Centre-Val de Loire ont été interrogés par le moyen de questionnaires en ligne au sujet de leur pratique et de leur formation initiale sur l'inobservance.

RESULTATS : La non-observance est enseignée lors de la formation initiale et cet enseignement semble se renforcer avec le temps car 75% des étudiants estimaient avoir reçu un enseignement sur le sujet, contre 55% des internes et 30% des médecins interrogés. Toutefois, la majeure partie des trois groupes considérait cet enseignement comme insuffisant.

DISCUSSION : Sur ce constat, il serait intéressant d'évaluer, par une étude qualitative par exemple, la manière dont cet enseignement pourrait être amélioré : quel contenu, à quel moment dans la formation, selon quelles modalités d'enseignement ? On peut également s'interroger sur la manière dont les autres professionnels de santé abordent la problématique et son enseignement, voire éventuellement envisager une formation commune.

MOTS-CLES :

Non-observance thérapeutique – Inobservance thérapeutique – Formation initiale – Etudiants en médecine – Médecine générale – Relation médecin-patient.

SUMMARY

INTRODUCTION: Patient non-adherence is a major public health issue considering its frequency (The World Health Organization estimates around 50% the adherence to long-term therapy for chronic illnesses in developed countries) and its consequences in health outcomes and health care costs. Physician's training is one of the solutions that have been proposed in order to deal with that situation. The purpose of this study was to find out what is the teaching about patient non-adherence during medical studies and if it is good enough according to medical students and general practitioners of the Centre-Val de Loire region.

METHOD: In this quantitative survey, medical students, residents and general practitioners of the Centre region have been sent online questionnaires about their own practice and the teaching they received about patient non-adherence.

RESULTS: Patient non-adherence is taught during medical studies and this teaching seems to be taken more and more seriously as time goes by and 75% of the students considered having being trained about it versus 55% of the residents and 30% of the general practitioners. However most of them felt this teaching was unsatisfying.

DISCUSSION: After doing this observation, it might be interesting to appraise, may be with a qualitative survey this time, the ways non-adherence teaching could be improved: with content, when, how? We could also wonder about the way the other health professionals deal with this problem and its teaching, and even consider a common training.

KEY WORDS:

Patient non-adherence – Patient non-observance – Medical education – Medical students – General practice – Physician-patient relation.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	14
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	15
I. INTRODUCTION	17
II. MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	19
1. Descriptif général de l'étude	19
2. Élaboration des questionnaires	19
3. Diffusion des questionnaires	20
3.1. Étudiants	20
3.2. Internes.....	20
3.3. Médecins	21
4. Analyse des résultats	21
III. RESULTATS	22
1. Caractéristiques des trois populations	22
1.1. Étudiants	22
1.2. Internes.....	24
1.3. Médecins	26
2. Connaissance / Intérêt / Confrontation au quotidien	28
2.1. Étudiants	28
2.2. Internes.....	29
2.3. Médecins	31
2.4. Analyses croisées.....	33
3. Formation	35
3.1. Étudiants	35
3.2. Internes.....	37
3.3. Médecins	41
3.4. Analyses croisées.....	44
IV. DISCUSSION	45
1. Réponse à la question de recherche.....	45
2. Forces et faiblesses.....	46
3. Comparaison aux données de la littérature.....	48
4. Hypothèses expliquant les résultats.....	49
5. Perspectives.....	52
V. CONCLUSION.....	54
VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	55
ANNEXES.....	57
ANNEXE 1 : Présentation de l'enquête par courrier électronique	57
ANNEXE 2 : Questionnaires	59
ANNEXE 3 : Réponses aux questions ouvertes.....	66
CD ROM : Réponses aux questionnaires intégrées dans des tableurs Excel	

LISTE DES ABRÉVIATIONS

Par ordre alphabétique

CROM : Conseil Régional de l'Ordre des Médecins

DFASM3 : 3^{ème} année de Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales

DFGSM3 : 3^{ème} année de Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales

FMC : Formation Médicale Continue

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

MSU : Maître de Stage Universitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TABLE DES ILLUSTRATIONS

<u>FIGURE 1</u> : FLOW CHART DES ETUDIANTS	22
<u>FIGURE 2</u> : SPECIALITES D'EXERCICE SOUHAITEES PAR LES ETUDIANTS, EN POURCENTAGE PAR SPECIALITE D'EXERCICE	23
<u>FIGURE 3</u> : FLOW CHART DES INTERNES	24
<u>FIGURE 4</u> : VILLE DE REALISATION DE L'EXTERNAT, EN NOMBRE D'INTERNES PAR VILLE	24
<u>FIGURE 5</u> : MODALITES D'EXERCICE SOUHAITEES PAR LES INTERNES, EN NOMBRE DE REPONSES PAR MODALITE D'EXERCICE	25
<u>FIGURE 6</u> : FLOW CHART DE LA POPULATION DES MEDECINS	26
<u>FIGURE 7</u> : DEPARTEMENT D'INSTALLATION DES MEDECINS, EN POURCENTAGE PAR DEPARTEMENT	27
<u>FIGURE 8</u> : MODALITES D'EXERCICE DES MEDECINS, EN NOMBRE DE MEDECINS PAR MODALITE D'EXERCICE.....	27
<u>FIGURE 9</u> : ESTIMATION DE MAITRISE DE LA NOTION D'INOBSERVANCE THERAPEUTIQUE PAR LES ETUDIANTS, EN POURCENTAGE PAR NIVEAU DE MAITRISE	28
<u>FIGURE 10</u> : ESTIMATION DE LA PROPORTION DE PATIENTS INOBSERVANTS PAR LES ETUDIANTS, EN POURCENTAGE PAR CLASSE DE TAUX D'INOBSERVANCE	28
<u>FIGURE 11</u> : ESTIMATION DE LA MAITRISE DE LA NOTION DE NON-OBSERVANCE THERAPEUTIQUE PAR LES INTERNES, EN POURCENTAGE PAR NIVEAU DE MAITRISE	29
<u>FIGURE 12</u> : ESTIMATION DE LA PROPORTION DE PATIENTS INOBSERVANTS PAR LES INTERNES, EN POURCENTAGE PAR CLASSE DE TAUX D'INOBSERVANCE	29
<u>FIGURE 13</u> : CONFRONTATION DES INTERNES A LA NON-OBSERVANCE THERAPEUTIQUE AU COURS DE LEURS STAGES, EN POURCENTAGE D'INTERNES PAR FREQUENCE	30
<u>FIGURE 14</u> : ESTIMATION DE LA PROPORTION DE PATIENTS INOBSERVANTS PAR LES MEDECINS, EN POURCENTAGE PAR CLASSE DE TAUX D'INOBSERVANCE	31
<u>FIGURE 15</u> : CONFRONTATION DES MEDECINS A LA PROBLEMATIQUE AU QUOTIDIEN, EN POURCENTAGE DE MEDECINS PAR FREQUENCE	31
<u>FIGURE 16</u> : NECESSITE D'AMELIORER L'OBSERVANCE DES PATIENTS SELON LES MEDECINS, EN POURCENTAGE PAR REPONSE	32
<u>FIGURE 17</u> : ESTIMATION DU NIVEAU DE CONNAISSANCE SUR L'INOBSERVANCE : COMPARAISON DES ETUDIANTS ET DES INTERNES, EN POURCENTAGE PAR GROUPE ET PAR NIVEAU DE CONNAISSANCE.....	33

<u>FIGURE 18</u> : ESTIMATION DE LA PROPORTION DE PATIENTS INOBSERVANTS : COMPARAISON DES 3 GROUPES D'ETUDE, EN POURCENTAGE PAR GROUPE ET PAR CLASSE DE TAUX D'INOBSERVANCE	34
<u>FIGURE 19</u> : CONFRONTATION EN PRATIQUE A L'INOBSERVANCE THERAPEUTIQUE : COMPARAISON DES INTERNES ET DES MEDECINS EN POURCENTAGE PAR GROUPE ET PAR FREQUENCE	34
<u>FIGURE 20</u> : ENSEIGNEMENT DE LA NOTION D'INOBSERVANCE THERAPEUTIQUE DURANT LES DFGSM ET DFASM EXPRIME PAR LES ETUDIANTS, EN POURCENTAGE.....	35
<u>FIGURE 21</u> : MODALITES D'ENSEIGNEMENT DE L'INOBSERVANCE PROPOSEES PAR LES ETUDIANTS S'ESTIMANT NON FORMES A CE JOUR, EN POURCENTAGE PAR MODALITE D'ENSEIGNEMENT.....	36
<u>FIGURE 22</u> : ENSEIGNEMENT DE LA NOTION D'INOBSERVANCE THERAPEUTIQUE DURANT LA FORMATION INITIALE EVALUE PAR LES INTERNES, EN POURCENTAGE	37
<u>FIGURE 23</u> : FORMATION INITIALE DETAILLEE PAR LES INTERNES, EN NOMBRE ABSOLU D'INTERNES.....	38
<u>FIGURE 24</u> : MODALITES D'AMELIORATION DE LA FORMATION PROPOSEES PAR LES INTERNES, EN NOMBRE D'INTERNES PAR MODALITE	39
<u>FIGURE 25</u> : PLACE DE L'ENSEIGNEMENT DE L'INOBSERVANCE SELON LES INTERNES, EN NOMBRE D'INTERNES PAR CATEGORIE	40
<u>FIGURE 26</u> : AUTRES MODALITES DE SENSIBILISATION DES INTERNES A LA NOTION DE NON-OBSERVANCE THERAPEUTIQUE, EN NOMBRE D'INTERNES PAR MODALITE.....	40
<u>FIGURE 27</u> : ENSEIGNEMENT DE LA NOTION D'INOBSERVANCE THERAPEUTIQUE DURANT LA FORMATION INITIALE DES MEDECINS	41
<u>FIGURE 28</u> : FREQUENCE DE L'INTERROGATION AU SUJET DE L'INOBSERVANCE DES ETUDIANTS REÇU PAR LES MSU, EN POURCENTAGE PAR FREQUENCE	42
<u>FIGURE 29</u> : AVIS DES MEDECINS QUANT A LA NECESSITE D'AMELIORER LA FORMATION MEDICALE INITIALE A L'INOBSERVANCE THERAPEUTIQUE, EN POURCENTAGE PAR AVIS	42
<u>FIGURE 30</u> : PLACE DE LA FORMATION DE L'INOBSERVANCE THERAPEUTIQUE SELON LES MEDECINS, EN NOMBRE DE MEDECINS PAR CATEGORIE	43
<u>FIGURE 31</u> : ABORD DE LA NOTION DE NON-OBSERVANCE DANS LA FORMATION INITIALE : COMPARAISON DES 3 POPULATIONS EN POURCENTAGE PAR REPONSE ET PAR GROUPE.....	44
<u>TABLEAU 1</u> : ÂGE ET SEXE DES MEDECINS GENERALISTES EN REGION CENTRE VAL DE LOIRE EN 2017	77

I. INTRODUCTION

J'ai découvert au cours de mon internat de médecine générale un vaste champ de la médecine, pour moi jusque là inexploré : celui de l'observance. J'ai réalisé au cours des stages et au contact des patients, que ces derniers bien souvent, ne prenaient pas, volontairement ou non, leurs médicaments tel qu'ils leur étaient prescrits. J'ai alors pris conscience que la prise en charge du patient ne s'arrêtait pas au moment de la remise de l'ordonnance, et j'ai observé que souvent les patients revenaient, pour une inefficacité partielle ou totale de notre prise en charge.

Je me suis alors interrogée sur ce que je savais moi-même de l'inobservance pour constater que mes connaissances étaient limitées, et que je n'avais pas le souvenir d'un quelconque enseignement à ce sujet. Puis, je me suis remémoré un cours magistral de troisième année sur l'hypertension artérielle. Le professeur nous avait conseillé, devant une hypertension artérielle insuffisamment contrôlée par un antihypertenseur, de nous assurer de la bonne prise de celui-ci et du respect des règles hygiéno-diététiques par le patient, avant d'augmenter les posologies, voire de passer à une bithérapie. Ce propos m'avait laissée perplexe, et je m'étais dit que si nous commencions à remettre en cause le suivi de nos prescriptions par nos patients, alors c'était tout l'acte thérapeutique qu'il convenait de repenser. Et pourtant, si c'était cela, la vraie problématique ?

La non-observance thérapeutique est définie comme l'absence de concordance entre les comportements des patients et les recommandations médicales (1). Ces dernières peuvent concerner à la fois les traitements médicamenteux mais également les règles hygiéno-diététiques. La non-observance thérapeutique est un comportement dynamique, variable dans le temps et dans la forme. Il ne s'agit pas d'une notion dichotomique et le comportement des patients se situe en réalité sur un continuum entre absence totale d'observance et observance exemplaire. En fonction des études, le patient est d'ailleurs considéré comme observant sur le plan de la prise médicamenteuse si cette dernière est supérieure à 75-80% (2). L'inobservance concerne l'ensemble des pathologies, en particulier les maladies chroniques, *a fortiori* si elles sont asymptomatiques (1). En effet, la non-observance thérapeutique intègre deux comportements : le non-respect du dosage et/ou du nombre de prises (notion de régularité), mais également la non-persistance dans le temps (notion de durée) (3). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que près de 50% des traitements prescrits dans le monde sont peu ou mal suivis par les patients concernés (4).

Les répercussions de l'inobservance thérapeutique sont doubles. D'une part elle altère considérablement la santé des patients par l'échec thérapeutique qu'elle induit, ou par la survenue de récidives, de pharmaco-résistances, de complications (en particulier des maladies chroniques), d'hospitalisations voire de décès ; d'autre part elle a un impact économique colossal (surcoût évalué à plus de 9 milliards d'euros par an en France dans une étude menée sur 170 000 patients en 2014) (5). Tous ces éléments concourent à un dysfonctionnement des systèmes de santé, compromettant l'atteinte des objectifs sanitaires. Ce constat fait donc de la non-observance thérapeutique un enjeu majeur de santé publique. L'OMS a même déclaré en 2003 que résoudre le problème de la non-observance thérapeutique représenterait un progrès bien plus important que n'importe quelle découverte biomédicale (4).

L'inobservance thérapeutique est un phénomène complexe et multifactoriel. Ses principaux déterminants ont largement été explorés ces vingt dernières années afin de mettre en place des stratégies d'amélioration adaptées.

Les facteurs influençant l'observance thérapeutique sont classiquement répartis en cinq groupes se rapportant au patient, à la maladie, au traitement, au médecin et au système de soin (6)(7). Si la responsabilité du patient, et les causes lui étant reliées (sa connaissance, ses compétences, mais également ses croyances, ses émotions et ses désirs (8)) ont fait l'objet d'études approfondies, l'implication du médecin dans la problématique de la non-observance thérapeutique et de ses conséquences a moins été mise en cause.

Parmi les différents acteurs de santé publique, les médecins et en particulier les médecins généralistes ont une place centrale dans cette prise en charge, compte tenu de la fréquence de cette problématique, de son lien étroit avec les maladies chroniques, et du colloque singulier qui unit le patient et son médecin. L'insuffisance de formation des médecins sur le sujet a été incriminée dans plusieurs articles (4)(6). En effet, l'étude des différents déterminants influençant la non-observance thérapeutique a permis de mettre en place un certain nombre d'outils et de stratégies de gestion de celle-ci, toutefois pour que ces dispositifs puissent bénéficier au plus grand nombre et être efficaces, la sensibilisation et l'information des prescripteurs paraît indispensable (9). L'amélioration de la formation des étudiants en médecine et des médecins fait d'ailleurs partie des solutions avancées afin de promouvoir et favoriser l'observance (3)(5)(6).

Ainsi, je me suis posé la question suivante :

Quel est l'enseignement de l'inobservance thérapeutique au cours de la formation initiale médicale et est-il suffisant, selon les étudiants en médecine, internes et médecins généralistes de la région Centre ?

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Descriptif général de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive transversale.

J'ai interrogé trois groupes d'individus par le moyen de questionnaires en ligne :

- Des étudiants de DFGSM3 (3^{ème} année de Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales) et DFASM3 (3^{ème} année de Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales) de la faculté de médecine de Tours
- Des internes de médecine générale de la faculté de médecine de Tours
- Des médecins généralistes installés en région Centre

Pour des raisons de fluidité dans le texte, j'emploierai le terme « étudiants » dans la suite de mon travail, pour désigner la première population réunissant des étudiants de DFGSM3 et de DFASM3 afin de les différencier des internes et des médecins, bien que les internes soient eux-mêmes encore étudiants.

2. Élaboration des questionnaires

Trois questionnaires ont été élaborés avec le logiciel Google Forms, un pour chacune des trois populations étudiées (Annexe 2). Ces questionnaires répondaient au même plan, détaillant à chaque fois les trois thèmes suivants :

- Les caractéristiques démographiques et professionnelles
- La connaissance, l'intérêt et la confrontation des sujets à l'inobservance thérapeutique
- La formation initiale

Les questions étaient essentiellement fermées à choix unique ou multiple. Il y avait également quelques questions ouvertes à réponses courtes.

Les réponses étaient anonymes, afin de favoriser la spontanéité de celles-ci.

Avant leur diffusion, j'ai fait valider les questionnaires par des étudiants, internes et médecins n'appartenant pas aux populations cibles, afin de vérifier la faisabilité du questionnaire et l'intelligibilité des questions.

3. Diffusion des questionnaires

3.1. Étudiants

J'ai contacté les étudiants par courrier électronique (Annexe 1) via leurs adresses universitaires ainsi que via une liste de diffusion, toutes deux obtenues auprès du service de scolarité de la faculté de médecine de Tours.

Durant l'année universitaire 2015-2016, il y avait 261 étudiants en DFGSM3 et 259 étudiants en DFASM3. Les populations cible et source étaient donc de 520 individus.

Le questionnaire a été envoyé le 21 Mars 2016 avec une relance le 6 Avril suivant. Les réponses ont été recueillies sur la période du 21 Mars au 21 Avril 2016.

3.2. Internes

La population cible était constituée de l'ensemble des internes de médecine générale de 2^{ème} et de 3^{ème} année durant l'année universitaire 2016-2017 (donc du 3^{ème} au 6^{ème} semestre), soit 188 individus.

Le questionnaire a été diffusé auprès des internes à travers deux canaux :

- Une liste de diffusion obtenue auprès de l'association des internes de médecine générale de la région Centre (Grace-IMG) disposant de 278 adhérents.
- Un groupe d'internes sur un réseau social (intitulé « Internes Médecine Générale Tours ») disposant de 452 abonnés.

Une diffusion du questionnaire a été faite les 26 Mars, 25 Avril et 12 Juin 2017 sur le réseau social. Il a ensuite été adressé par courrier électronique le 1er Juin 2017 avec une relance le 12 Juin suivant.

Les réponses ont été recueillies sur la période du 26 Mars au 21 Juin 2017.

Des réponses recueillies, je n'ai inclus que les réponses des internes de 2^{ème} et 3^{ème} année, correspondant à la population cible.

Les réponses provenant d'internes de 1^{ère} année n'ont pas été incluses afin d'avoir des populations bien distinctes. En effet, j'ai pensé que leur avis ne serait guère différent de celui des étudiants de DFASM3. Les réponses provenant d'internes en année de thèse n'ont pas été incluses, leur place entre le groupe des internes et celui des médecins n'étant pas simple à déterminer.

3.3. Médecins

Afin de déterminer le mode de diffusion des questionnaires à utiliser pour optimiser le nombre de réponses des médecins, j'ai demandé par courrier électronique à 15 médecins installés à quelle modalité de questionnaire (en ligne ou par courrier) ils répondraient le plus aisément. 8 d'entre eux affirmaient répondre plus facilement aux questionnaires en ligne, 3 préféraient le courrier avec enveloppe timbrée, et les 4 autres n'avaient pas d'avis tranché entre les deux modalités.

J'ai donc choisi les questionnaires en ligne pour des questions d'efficacité, de rapidité et de coût.

La population cible correspondant aux médecins généralistes libéraux installés en région Centre lors du premier semestre de l'année 2017 était constituée de 1958 individus.

Le questionnaire a été transmis aux médecins par courrier électronique (Annexe 1), via une liste de diffusion obtenue auprès du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins (CROM). La population source, composée des médecins pour lesquels le CROM disposait d'une adresse e-mail était de 1253 individus.

Le questionnaire a été envoyé auprès du CROM une première fois le 3 Mars 2017 avec une relance le 2 Avril suivant.

Les réponses ont été recueillies sur la période du 20 Mars au 17 Juillet 2017.

4. Analyse des résultats

Les trois questionnaires ont été élaborés avec Google Forms, les réponses obtenues ont été intégrées dans des tableurs Excel (disponibles sur le CD ROM), les réponses ouvertes ont été codées et les données ont été analysées avec ces deux logiciels.

Pour les analyses croisées, j'ai utilisé l'aide biostatistique en ligne BiostaTGV. J'ai réalisé les tests statistiques suivants : χ^2 , t de Student et Kruskal-Wallis. Enfin, lors de la réalisation des χ^2 avec des tableaux de contingence à 4 cases, j'ai utilisé la correction de Yates.

III. RESULTATS

1. Caractéristiques des trois populations

1.1. Étudiants

J'ai envoyé le questionnaire aux 520 étudiants de DFGSM3 et DFASM3 composant la population cible. J'ai recueilli 294 réponses et ai donc pu exploiter 56,5% des questionnaires envoyés (Figure 1).

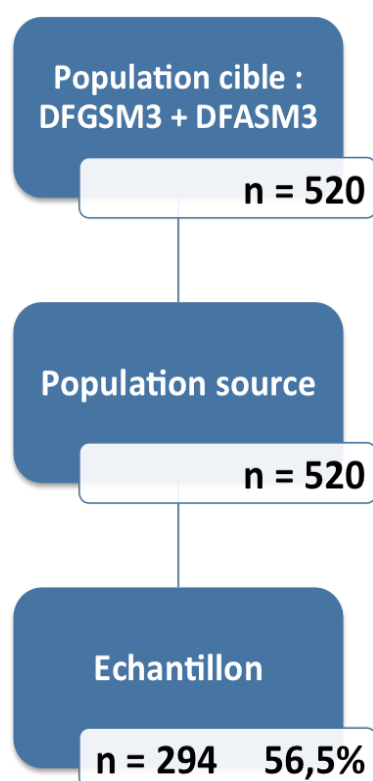


Figure 1 : Flow chart des étudiants

L'échantillon était constitué de 58,5% de femmes et les étudiants étaient âgés de 19 à 34 ans avec une moyenne d'âge de 22,8 ans.

54,4% d'entre eux étaient en DFASM3. Tous étaient originaires de la faculté de médecine de Tours et 94,2% d'entre eux étaient déjà passés en stage ambulatoire de médecine générale.

Comme on peut le voir sur la figure 2, la majorité des étudiants (67%) souhaitait pratiquer une spécialité médicale et 21,4% d'entre eux s'orientaient plus précisément vers la médecine générale. 20,7% des étudiants aspiraient à une spécialité chirurgicale, tandis que les autres étaient indécis.

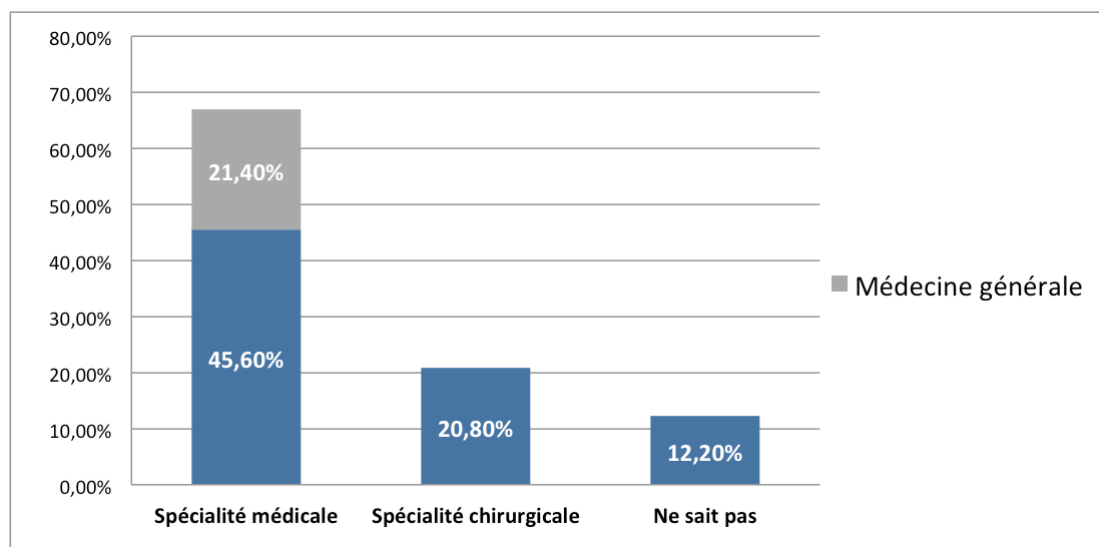


Figure 2 : Spécialités d'exercice souhaitées par les étudiants, en pourcentage par spécialité d'exercice

1.2. Internes

La population cible correspondant à l'ensemble des internes de médecine générale de 2^{ème} et de 3^{ème} année durant l'année universitaire 2016-2017 était composée de 188 individus.

J'ai reçu 151 questionnaires remplis et j'en ai inclus 94 correspondant à mes critères d'inclusion. J'ai donc obtenu un taux de réponses de 50% (Figure 3).

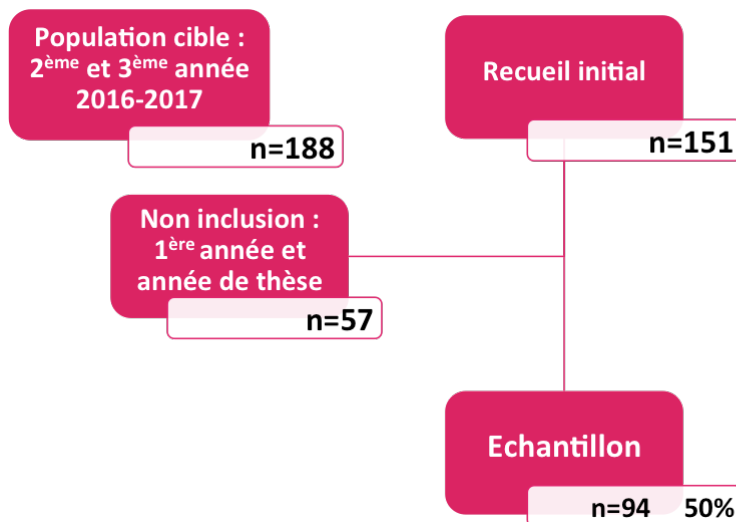


Figure 3 : Flow chart des internes

L'échantillon était constitué de 72,3% de femmes, les internes étaient âgés de 24 à 36 ans avec une moyenne de 27,7 ans. 50 avaient réalisé leur externat à Tours, les autres venaient principalement de Poitiers, Angers et Paris (Figure 4).

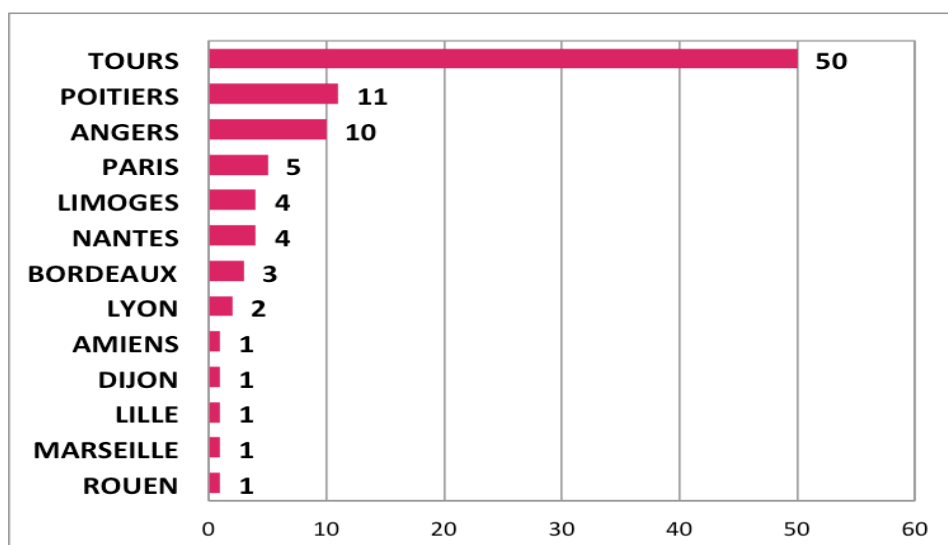


Figure 4 : Ville de réalisation de l'externat, en nombre d'internes par ville

Deux internes n'avaient aucune expérience de stage ambulatoire.

Pour les autres, 59,8% avaient effectué au moins un stage ambulatoire durant leur externat, 87% avaient effectué (ou effectuaient alors) leur stage ambulatoire de niveau 1, et 17,4% avaient l'expérience du stage ambulatoire de niveau 2.

46% des internes ayant effectué leur externat à Tours ont effectué au moins un stage ambulatoire durant leur externat contre 72,7% des internes venant d'ailleurs.

Enfin, la figure 5 illustre les modalités d'exercice souhaitées par les internes. On observe une nette aspiration à travailler en groupe, que ce soit en association, en Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) ou encore en milieu hospitalier. On note également un attrait pour l'exercice en zone rurale.

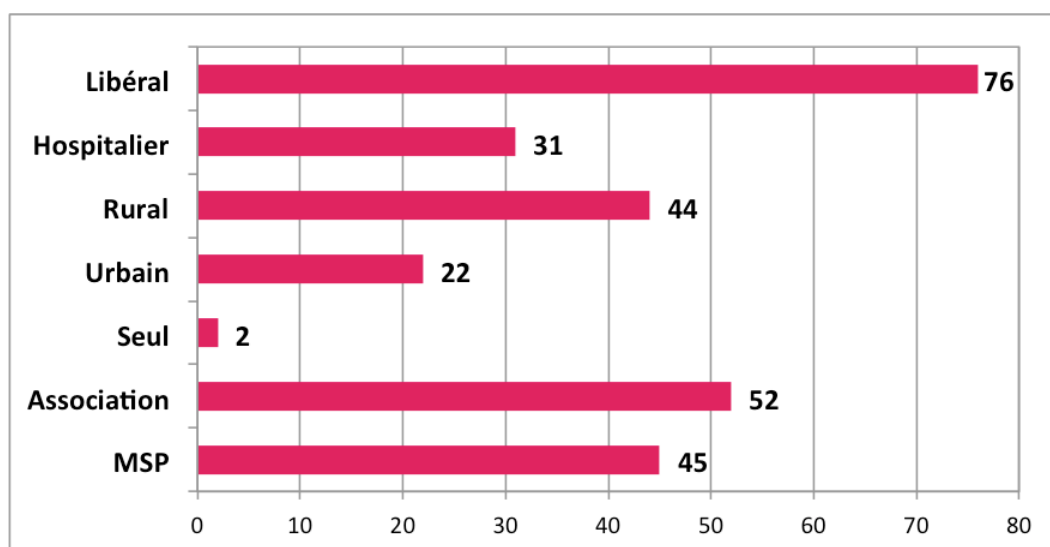


Figure 5 : Modalités d'exercice souhaitées par les internes, en nombre de réponses par modalité d'exercice

1.3. Médecins

Sur les 1253 médecins contactés par mails, j'ai obtenu 173 réponses. J'ai exclu le questionnaire d'un médecin non thésé. J'ai donc pu exploiter 172 questionnaires soit 13,7% des questionnaires envoyés (Figure 6).

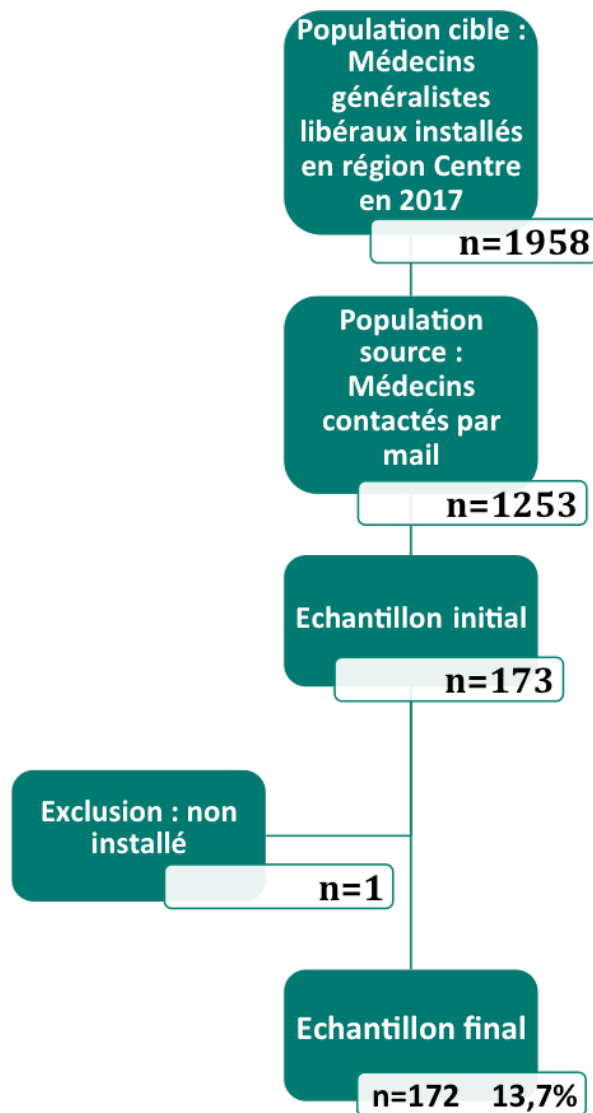


Figure 6 : Flow chart de la population des médecins

L'échantillon était constitué de 50,6% de femmes, et les médecins étaient âgés de 28 à 73 ans avec une moyenne d'âge de 47,5 ans. Ils ont soutenu leur thèse d'exercice entre 1970 et 2016 et 62,2% d'entre eux ont été formés à Tours.

La figure 7 présente les départements d'installation des médecins. On y remarque une répartition très hétérogène avec seulement 2,3% des médecins installés dans le Cher contre 42,4% exerçant dans l'Indre-et-Loire. On constate également que 89% des médecins étaient installés dans 3 des 6 départements de la région Centre (l'Indre-et-Loire, le Loiret et le Loir-et-Cher).

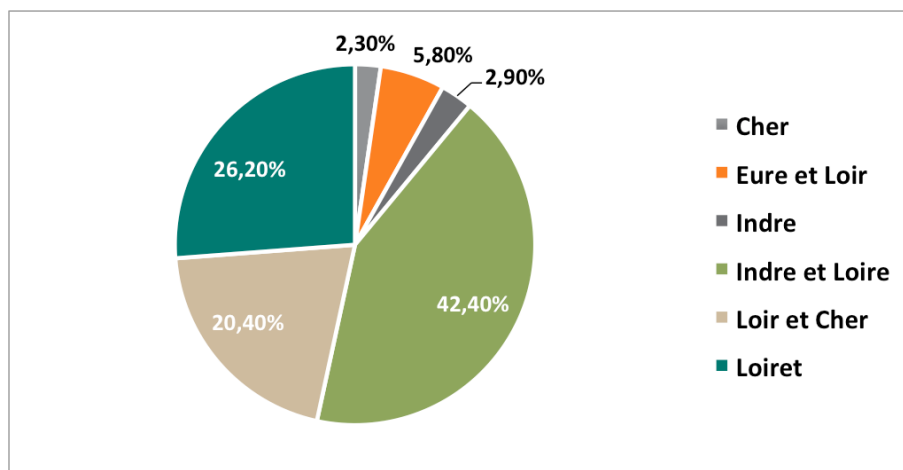


Figure 7 : Département d'installation des médecins, en pourcentage par département

Concernant leurs modalités d'exercice, les médecins déclaraient exercer essentiellement en libéral, plutôt en rural et en groupe, que ce soit en association simple ou en MSP (Figure 8). On note tout de même que 11,6% des médecins exerçaient seuls et que 6,4% d'entre eux avaient également une pratique hospitalière.

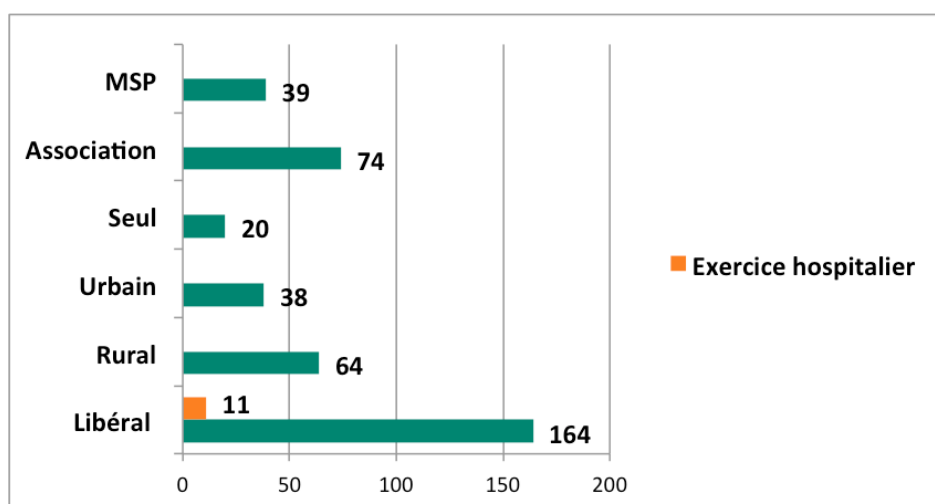


Figure 8 : Modalités d'exercice des médecins, en nombre de médecins par modalité d'exercice

2. Connaissance / Intérêt / Confrontation au quotidien

2.1. Étudiants

La figure 9 ci-dessous, expose l'estimation de leur maîtrise de l'inobservance thérapeutique par les étudiants. 85,7% d'entre eux estimaient maîtriser « plutôt bien » à « très bien » le sujet. Et seulement 0,7% n'étaient pas du tout à l'aise avec cette notion.

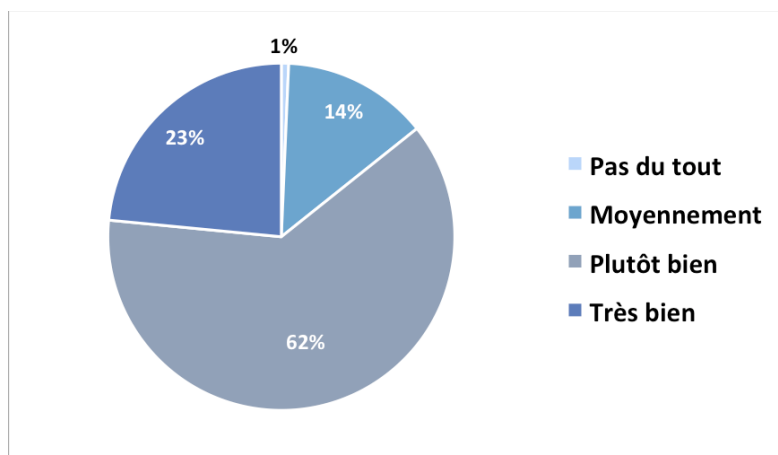


Figure 9 : Estimation de maîtrise de la notion d'inobservance thérapeutique par les étudiants, en pourcentage par niveau de maîtrise

La moitié des étudiants a donné la bonne estimation de la proportion de patients inobservants (classe de 40 à 60%), l'autre moitié de l'échantillon a donné une estimation inexacte soit en sous-estimant (26,5%), soit en sur-estimant (23,5%) ce taux, avec une répartition relativement équilibrée comme on le voit sur la figure 10 ci-dessous.

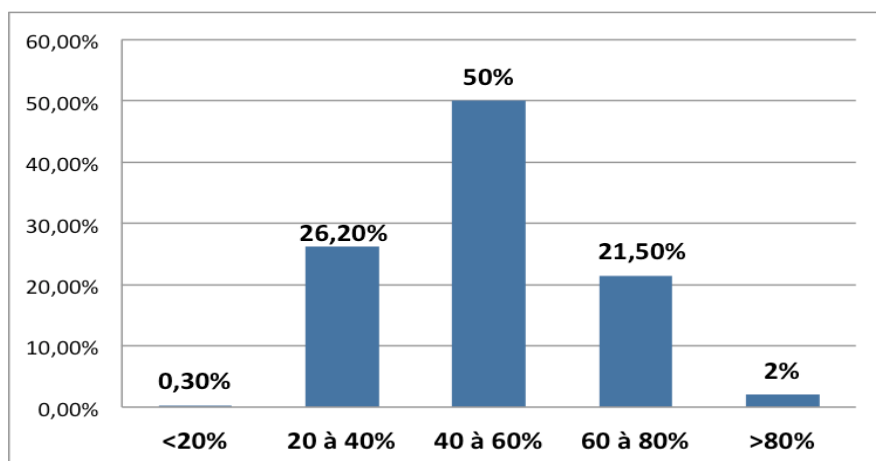


Figure 10 : Estimation de la proportion de patients inobservants par les étudiants, en pourcentage par classe de taux d'inobservance

La totalité des étudiants estimait que la notion de non-observance thérapeutique était importante pour la médecine générale. Toutefois, 8,2% d'entre eux se disaient personnellement non intéressés par cette notion.

2.2. Internes

À la même question au sujet de la maîtrise de l'inobservance thérapeutique, les internes ont répondu différemment puisque près de 3 internes sur 4 estimaient ne maîtriser que moyennement le sujet et qu'aucun d'entre eux n'a répondu « très bien ». (Figure 11)

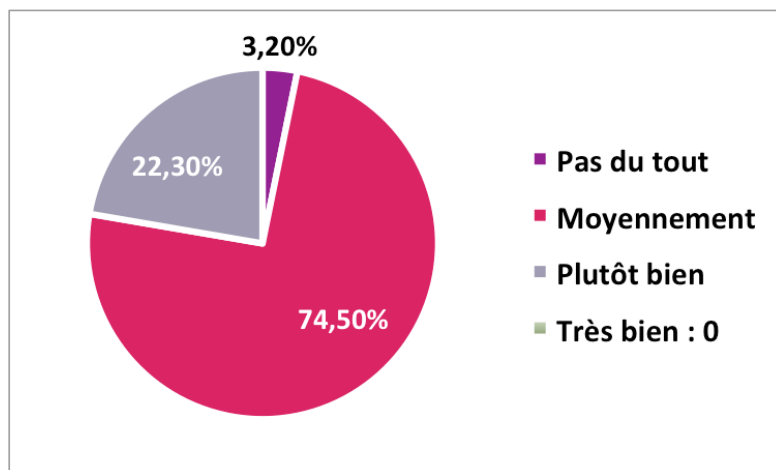


Figure 11 : Estimation de la maîtrise de la notion de non-observance thérapeutique par les internes, en pourcentage par niveau de maîtrise

On observe effectivement ci-dessous sur la figure 12, qu'à peine 45% des internes ont donné la bonne proportion de patient inobservants. Comme pour les externes, la répartition était plutôt homogène avec une sur-estimation (26,6%) et une sous-estimation (28,7%) du taux d'inobservance relativement équilibrées.

La moyenne des estimations du taux d'inobservance était de 52,4% et la médiane était de 50%.

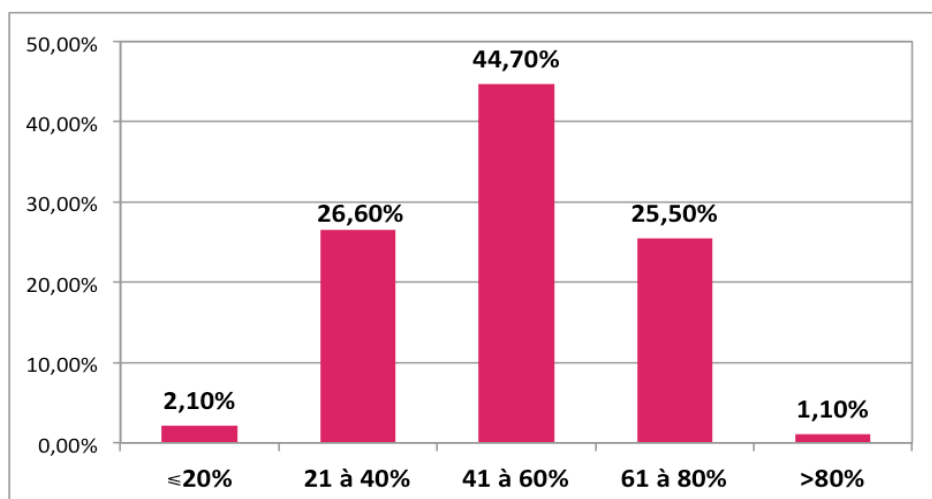


Figure 12 : Estimation de la proportion de patients inobservants par les internes, en pourcentage par classe de taux d'inobservance

Les internes interrogés ont semblé relativement exposés à l'inobservance thérapeutique au cours de leur stage puisque, près de 90% d'entre eux se sont déclarés confrontés « assez souvent » voire « très souvent » à cette problématique (Figure 13).

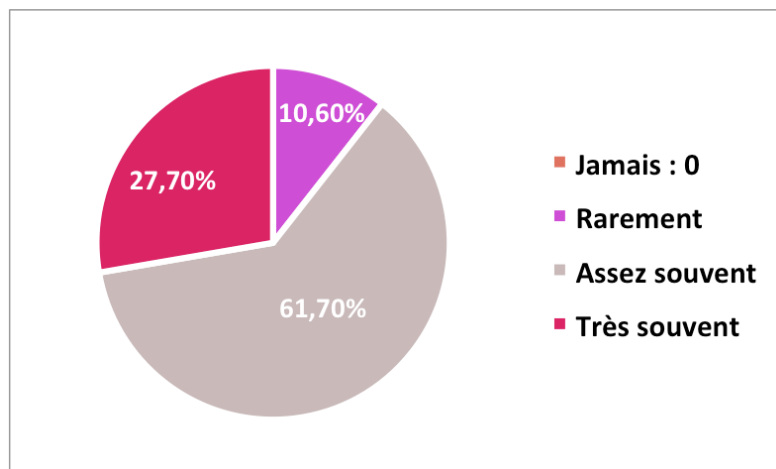


Figure 13 : Confrontation des internes à la non-observance thérapeutique au cours de leurs stages, en pourcentage d'internes par fréquence

90 internes (soit 95,7%) se sont déclarés intéressés par la problématique de l'inobservance thérapeutique. 4 ne l'étaient pas, parmi eux :

- un ne se destinait pas à la médecine générale
- 3 s'estimaient confrontés « assez souvent » à la problématique en stages
- 3 ont répondu ensuite qu'ils souhaitaient une amélioration de la formation initiale sur le sujet.

Quant à ceux qui se déclaraient intéressés, leurs principaux arguments étaient la fréquence des problèmes d'observance, la nécessité d'améliorer et d'optimiser la prise en charge des patients, la volonté de comprendre le phénomène et ses causes afin de dépister les patients inobservants et de mieux prescrire d'une manière générale.

2.3. Médecins

Parmi les médecins interrogés, 4 ne se sont pas prononcés au sujet de la proportion de patients inobservants. Les autres l'estimaient entre 2 et 80%. La moyenne des taux estimés était de 39,6% et la médiane de 40%.

La figure 14 illustre la répartition par classe de ces taux d'inobservance estimés par les médecins. On constate cette fois-ci une sous-estimation des taux d'inobservance par les médecins, puisque la majorité d'entre eux (43%) ont répondu dans la fourchette [21 à 40%] et que 16,3% d'entre eux ont estimé à moins de 20% le taux d'inobservance thérapeutique des patients.

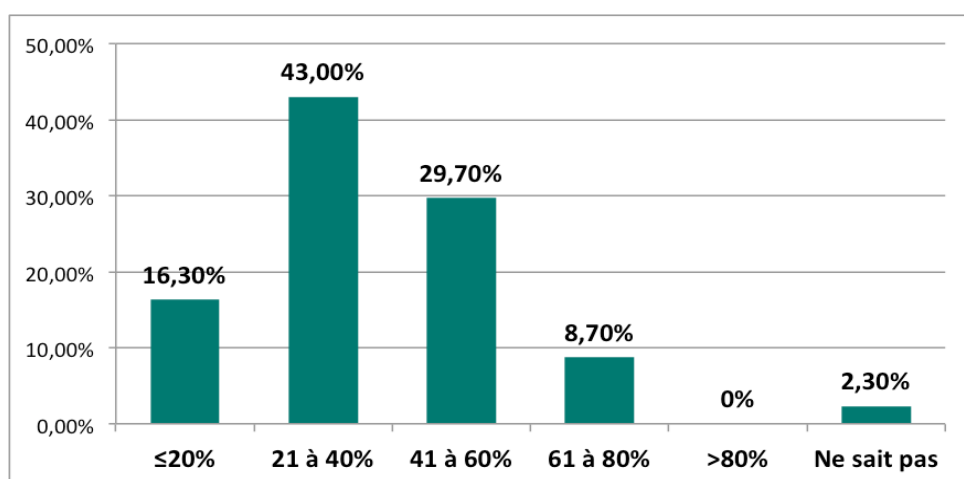


Figure 14 : Estimation de la proportion de patients inobservants par les médecins, en pourcentage par classe de taux d'inobservance

Concernant la pratique quotidienne, et comme le montre la figure 15 ci-dessous, les médecins s'estimaient confrontés à la problématique de l'inobservance entre « assez souvent » et « très souvent » pour la plupart d'entre eux (77,9%). Toutefois 22,1% ont déclaré n'y être que rarement exposés (ce qui représente un pourcentage deux fois plus élevé que dans le groupe des internes).

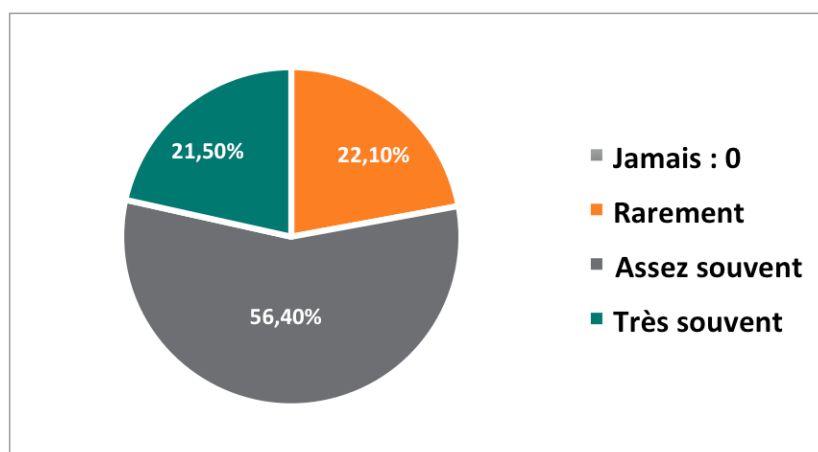


Figure 15 : Confrontation des médecins à la problématique au quotidien, en pourcentage de médecins par fréquence

À la question relative à l'intérêt que pouvait susciter cette problématique chez eux, 8,7% des médecins ont déclaré ne pas être intéressés. La réponse pouvait être complétée par un commentaire libre. Les principales explications apportées par ces médecins étaient la pratique d'une spécialité telle que l'ostéopathie ou la médecine du sport ainsi que le manque de temps. Certains évoquaient également la rareté de l'inobservance thérapeutique (estimée à 5%), le fait qu'ils ne se soient jamais interrogés sur le sujet ou encore le fait que ce sujet devrait intéresser davantage les patients que les médecins.

À l'inverse, les médecins ayant fait part de leur intérêt pour la question de l'inobservance thérapeutique justifiaient leur réponse par la fréquence du phénomène, la volonté de mieux prendre en charge les patients en améliorant l'efficacité des thérapeutiques et en diminuant la iatrogénie. L'idée de la confrontation à la réalité du patient est revenue régulièrement ainsi qu'une certaine réflexivité avec une vision plutôt critique de leurs prescriptions et de leurs capacités à communiquer avec les patients.

16,3% des médecins ont répondu ne pas savoir s'il y avait un intérêt à améliorer l'observance thérapeutique des patients, comme on le constate sur la figure 16. Seul un des médecins a répondu « non ». Ce dernier se disait par ailleurs intéressé par le sujet, et affirmait plus tard dans le questionnaire la nécessité d'améliorer la formation médicale sur ce point.

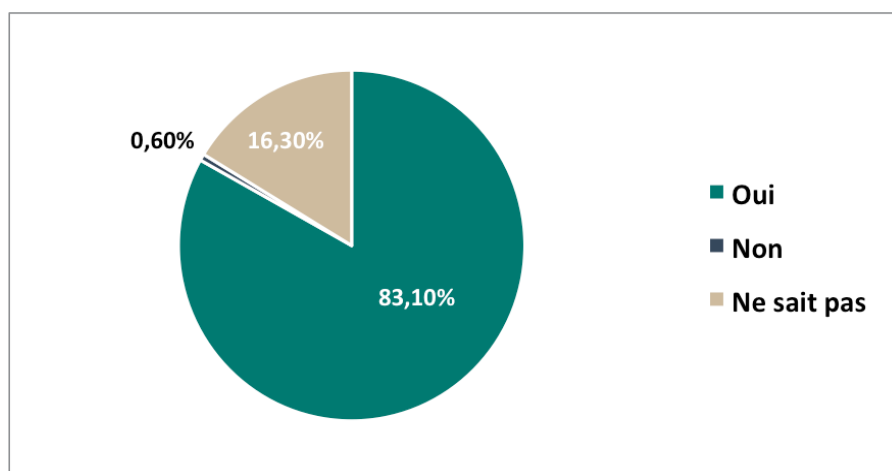


Figure 16 : Nécessité d'améliorer l'observance des patients selon les médecins, en pourcentage par réponse

2.4. Analyses croisées

- 51,2% des étudiants estimant maîtriser «plutôt bien» à «très bien» la notion d'inobservance thérapeutique ont donné la bonne estimation du taux de patients inobservants contre 42,6% des étudiants estimant connaître « pas du tout » à « moyennement ».
- 50,7% des étudiants s'estimant intéressés par la notion d'inobservance thérapeutique ont donné la bonne estimation du taux de patients inobservants contre 41,7% des étudiants se déclarant non intéressés.
- 91,9% des étudiants souhaitant pratiquer une spécialité médicale (93,7% des étudiants souhaitant faire de la médecine générale) se déclaraient intéressés par la notion d'inobservance thérapeutique contre 88,5% de ceux souhaitant pratiquer une spécialité chirurgicale.
- 52,8% des étudiants souhaitant pratiquer une spécialité médicale ont donné la bonne estimation du taux d'inobservance contre 47,5% des étudiants souhaitant exercer une spécialité chirurgicale.

L'analyse statistique de ces différents constats était non significative.

La figure 17 ci-dessous présente une comparaison entre les étudiants et les internes concernant leurs estimations de connaissance de l'inobservance thérapeutique. Les internes estimaient moins bien maîtriser la notion d'inobservance thérapeutique que les étudiants. Cette différence était statistiquement significative ($p < 0,001$ test du χ^2).

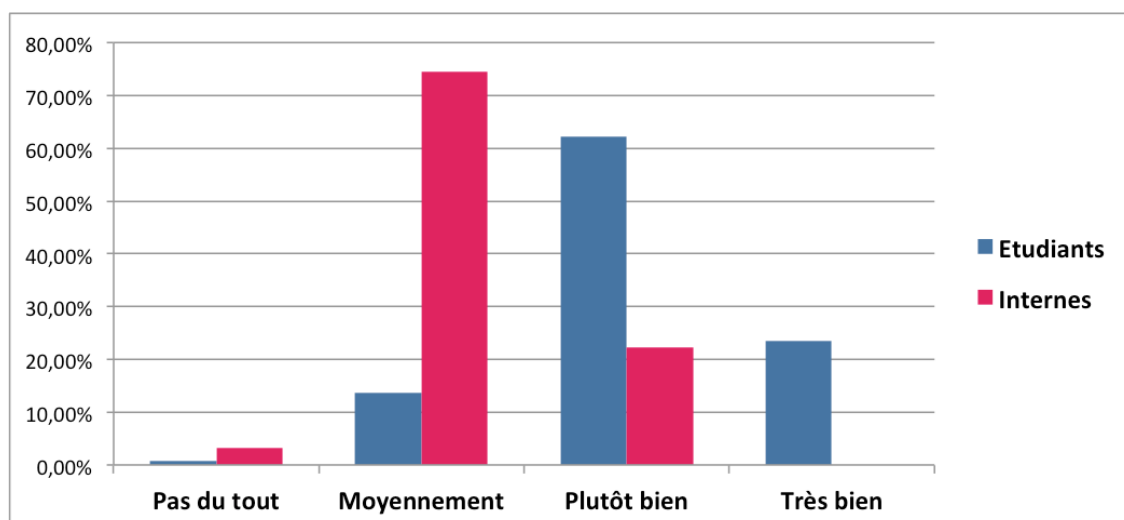


Figure 17 : Estimation du niveau de connaissance sur l'inobservance : comparaison des étudiants et des internes, en pourcentage par groupe et par niveau de connaissance

Les médecins se considérant comme rarement confrontés à la problématique donnaient des taux d'inobservance plus faibles que les médecins s'estimant souvent confrontés (« assez souvent » et « très souvent ») (en moyenne 31,9% contre 41,7%). Cette différence est statistiquement significative ($p < 0,05$ Test de Student).

Comme le montre la figure 18 comparant les estimations de taux d'inobservance données par chacun des trois groupes, les étudiants et les internes avaient globalement une même et bonne appréciation tandis que les médecins sous-estimaient le phénomène ($p < 0,001$ Test de Kruskal-Wallis).

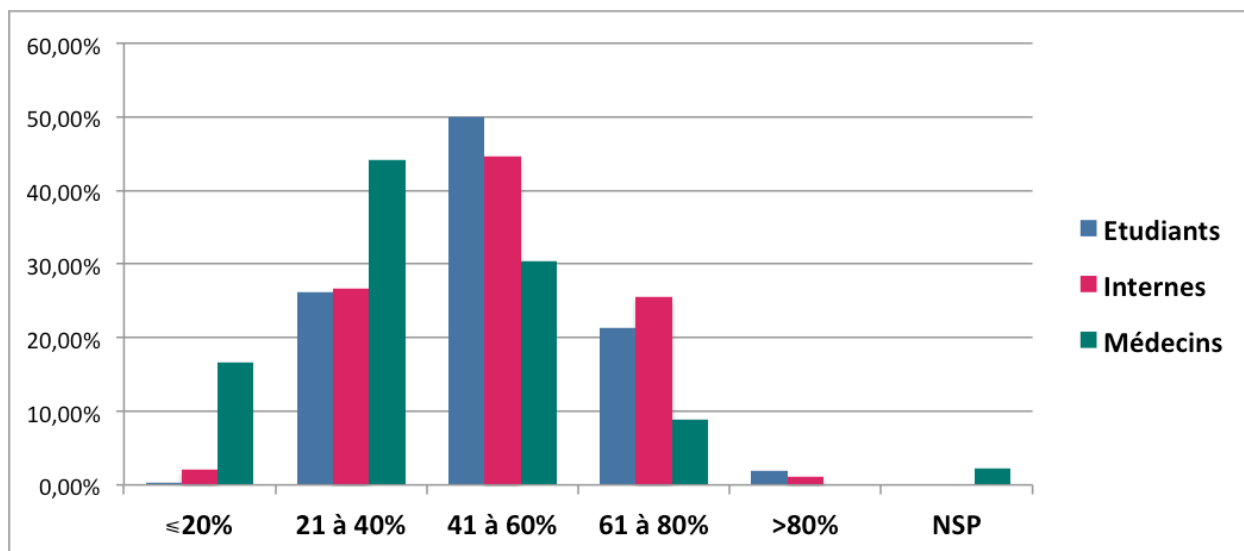


Figure 18 : Estimation de la proportion de patients inobservants : comparaison des 3 groupes d'étude, en pourcentage par groupe et par classe de taux d'inobservance

La figure suivante (Figure 19) illustre la confrontation en pratique des internes et des médecins à l'inobservance thérapeutique. Les internes estimaient être confrontés plus souvent à la problématique de l'inobservance au quotidien que les médecins ($p < 0,05$ Test de Chi²).

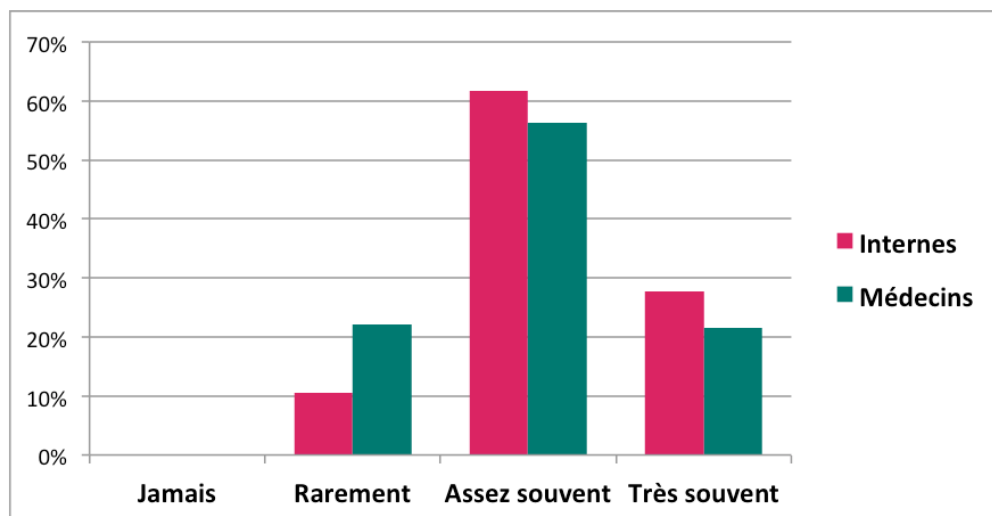


Figure 19 : Confrontation en pratique à l'inobservance thérapeutique : comparaison des internes et des médecins en pourcentage par groupe et par fréquence

3. Formation

3.1. Étudiants

Trois-quarts des étudiants affirmaient avoir reçu une formation au sujet de l'inobservance thérapeutique depuis le début de leurs études, et la majorité d'entre eux qualifiait cet enseignement d'insuffisant.

Parmi les étudiants déclarant ne pas avoir été formés durant leur formation initiale, 87,7% souhaitaient que cette formation soit mise en place (Figure 20).

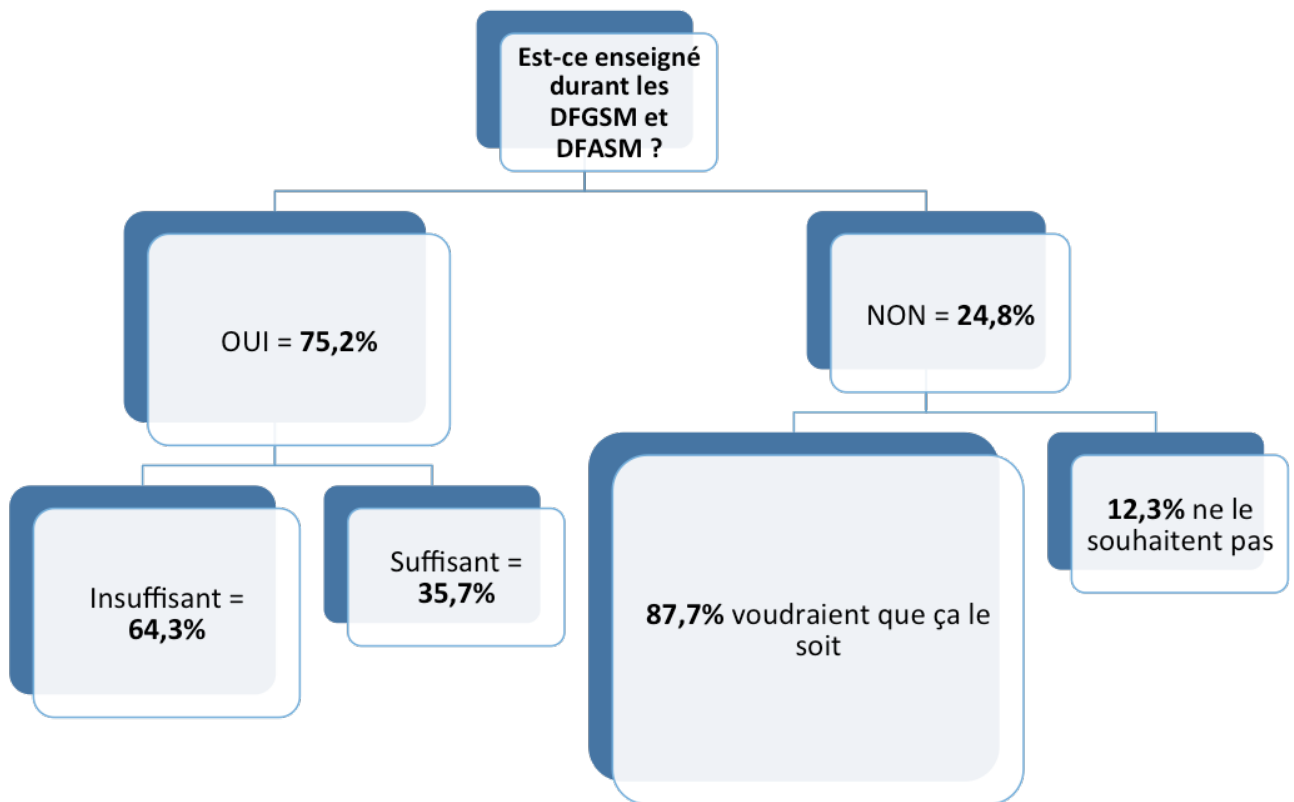


Figure 20 : Enseignement de la notion d'inobservance thérapeutique durant les DFGSM et DFASM exprimé par les étudiants, en pourcentage

Parmi ceux qui déclaraient avoir été formés, 90,5% précisait que cette formation avait été faite ponctuellement au cours de différents enseignements tandis que les autres (9,5%) estimaient avoir reçu au moins un cours dédié sur l'observance thérapeutique.

À la question des matières au cours desquelles le phénomène d'inobservance thérapeutique était abordé, de nombreuses réponses ont d'ailleurs été données avec au moins 19 enseignements différents cités. Les deux principales disciplines mentionnées étaient la pharmacologie (68 fois) et les sciences humaines (36 fois). 43 étudiants ont répondu « toutes » ou « divers », confirmant que l'inobservance thérapeutique avait été abordée ponctuellement lors de différents enseignements. À noter que le module 11 « Synthèse clinique et thérapeutique – Urgences » dans lequel figure l'item N°170 « La décision thérapeutique personnalisée. Observance médicamenteuse » n'a été cité que 18 fois sur 221 réponses.

Enfin, différentes modalités d'enseignement ont été désignées par les étudiants qui déclaraient ne pas avoir été formés et qui souhaitaient que ce type d'enseignement soit mis en place durant la formation initiale. Elles sont exposées dans la figure 21 :

- 69,2% préféraient voir la formation délivrée ponctuellement lors de différents cours
- 26,2% aspiraient plutôt à une formation lors d'un ou plusieurs cours dédiés à l'inobservance
- 3 étudiants ont sélectionné la proposition « autres » et ont suggéré des mises en situation lors d'enseignements dirigés, notamment de sciences humaines pour 2 d'entre eux et l'abord de la problématique en stage pour le troisième.

Par ailleurs, dans les commentaires libres à la question précédente, un des étudiants regrettait l'absence de cours de communication en général, et notamment autour de cette problématique.

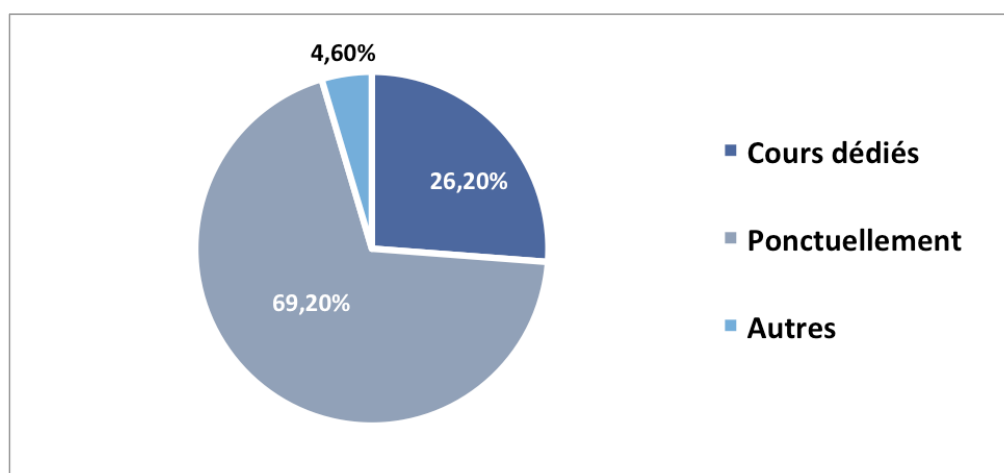


Figure 21 : Modalités d'enseignement de l'inobservance proposées par les étudiants s'estimant non formés à ce jour, en pourcentage par modalité d'enseignement

3.2. Internes

Les internes ont également été interrogés au sujet de leur formation initiale sur l'inobservance thérapeutique. Comme le montre la figure 22, 52 internes (55,3% d'entre eux) estimaient avoir reçu un enseignement sur cette problématique et parmi ceux-là 88,5% considéraient que la formation était insuffisante. Enfin parmi les internes jugeant ne pas avoir été formés, 83,3% souhaitaient la mise en place d'un enseignement sur le sujet.

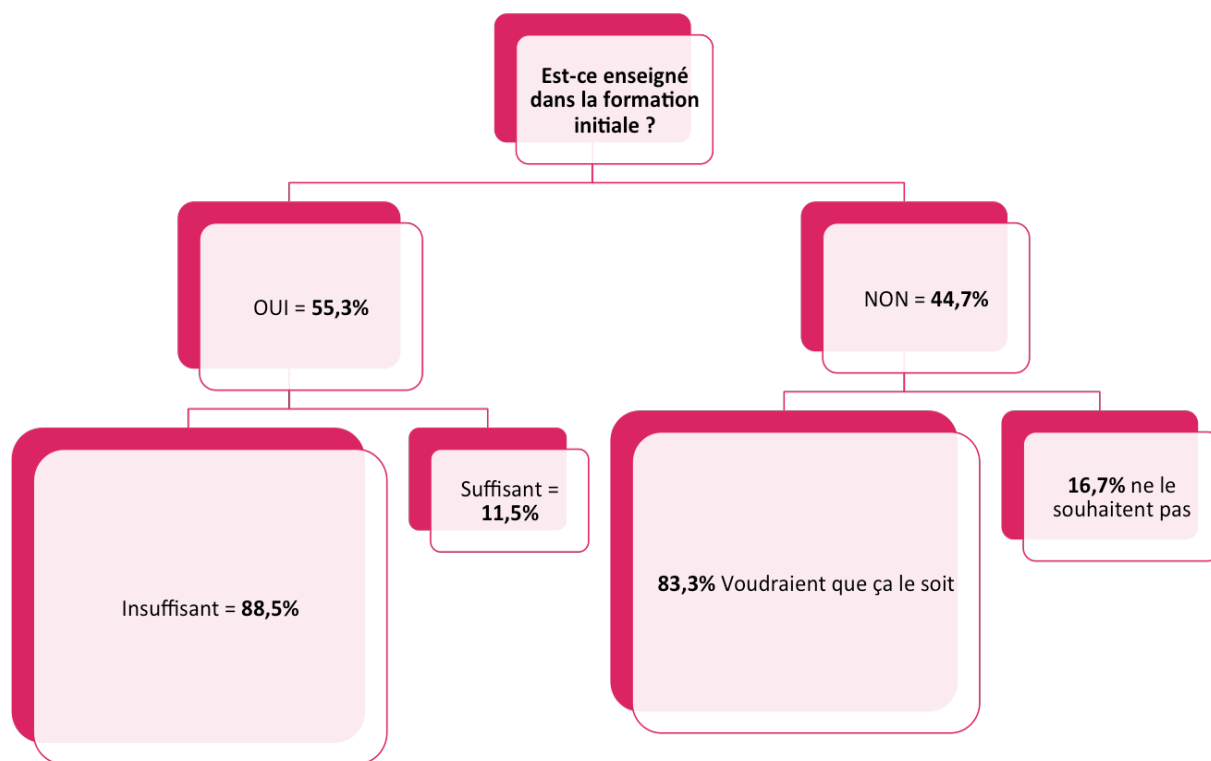
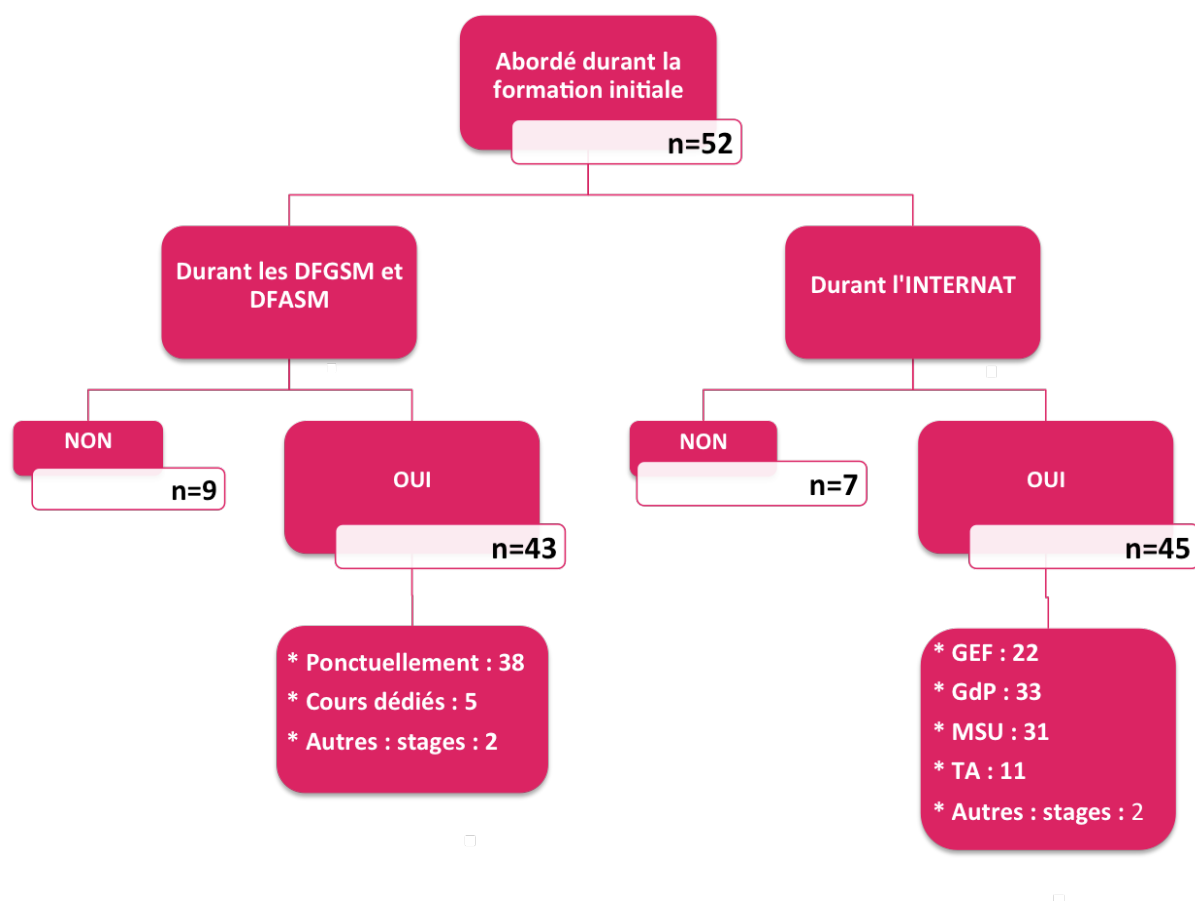


Figure 22 : Enseignement de la notion d'inobservance thérapeutique durant la formation initiale évalué par les internes, en pourcentage

Parmi les 52 internes considérant avoir reçu une formation sur l'inobservance thérapeutique, 43 affirmaient avoir été formés durant l'externat, essentiellement ponctuellement lors de différents enseignements et 45 durant l'internat, principalement lors de Groupes de Pratique (GdP) et lors d'échanges avec leurs Maîtres de Stage Universitaires (MSU) (Figure 23).



GEF : Groupe d'Enseignement Facultaire

GdP : Groupe de Pratique

MSU : (conversations avec les) Maître de Stage Universitaires

TA : Traces d'Apprentissage

Figure 23 : Formation initiale détaillée par les internes, en nombre absolu d'internes

Concernant la formation au cours de l'externat, les internes ont énuméré de nombreuses matières ayant permis selon eux d'aborder l'inobservance thérapeutique, les 3 principales étaient la pharmacologie, la maladie infectieuse et les sciences humaines.

Concernant la formation au cours de l'internat, j'ai interrogé les internes sur les situations cliniques de médecine générale permettant d'aborder l'inobservance thérapeutique. Il s'agissait d'une question ouverte. Manifestement cette question n'a pas été comprise (comme l'a notifié l'un d'entre eux) ou bien la notion de situation clinique de médecine générale est mal connue des internes car 7 internes sur les 23 répondants à cette question (soit 30,4%) ont donné une compétence et non une situation clinique de médecine générale.

L'analyse des réponses exploitables montre que la plupart des internes ont proposé au moins 3 situations cliniques et ont même répondu « toutes » pour 6 d'entre eux.

Nous avons vu que 88,5% des internes qui jugeaient avoir été formés, et 83,3% de ceux qui estimaient ne pas l'avoir été, souhaitent améliorer l'enseignement de l'inobservance thérapeutique au cours de la formation initiale médicale selon les modalités d'enseignement présentées dans la figure 24. On y constate que près de deux tiers des internes sont favorables à la mise en place de formations dédiées à l'inobservance thérapeutique durant l'internat, tandis que l'étude ponctuelle lors de différents cours paraissait être la modalité d'enseignement la plus adaptée durant l'externat.

La proposition « autres » concernait encore une fois une formation par le biais de mises en situation, en particulier de simulations d'entretien motivationnel.

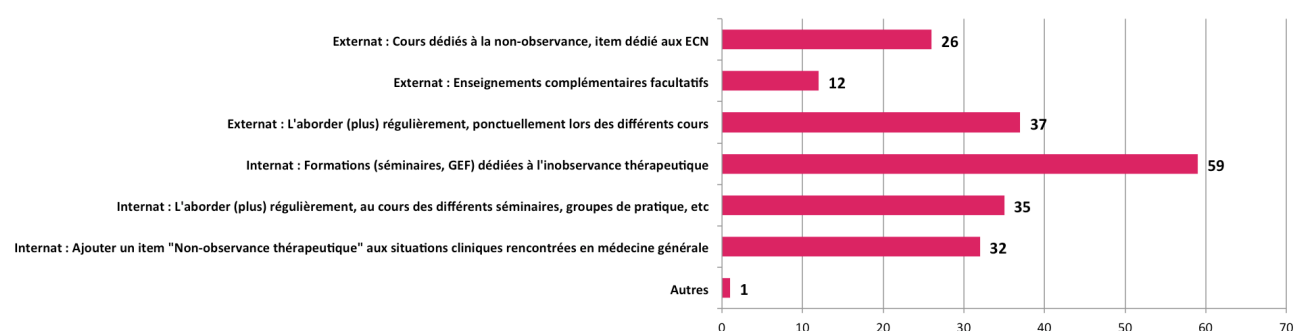


Figure 24 : Modalités d'amélioration de la formation proposées par les internes, en nombre d'internes par modalité

D'une manière un peu plus globale, j'ai interrogé les internes sur la place de l'enseignement de la non-observance thérapeutique au cours de la formation en général. Comme on le voit sur la figure 25, plus de 90% des internes désignaient l'internat comme une période adaptée à cet enseignement. Notons également que plus de la moitié d'entre eux estimait que ce sujet devait être réabordé ou approfondi lors de la Formation Médicale Continue (FMC) ou simplement enseigné d'ailleurs puisque 5 internes ont donné comme seule réponse la FMC.

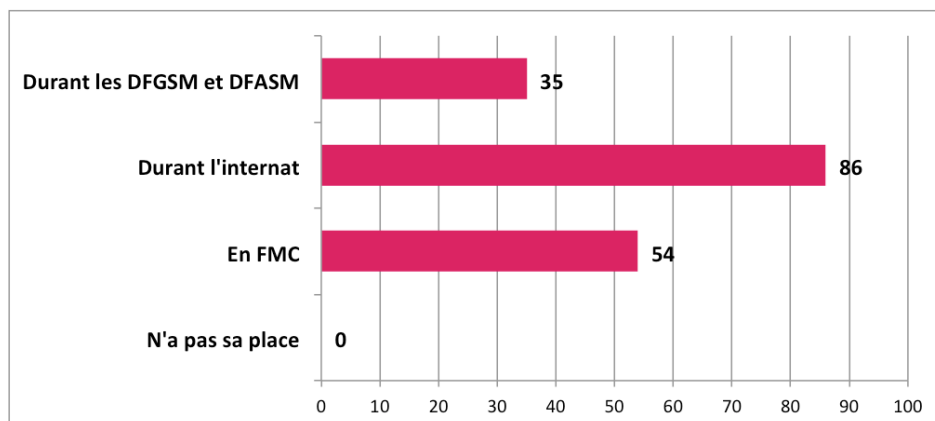


Figure 25 : Place de l'enseignement de l'inobservance selon les internes, en nombre d'internes par catégorie

Enfin, j'ai demandé aux internes s'ils avaient été sensibilisés à ce sujet par d'autres moyens que la formation théorique universitaire. Sur la figure 26, on peut voir l'importance des conversations informelles avec des confrères ou co-internes (77 internes) dans leur sensibilisation à cette notion. Les lectures personnelles semblaient également avoir une place significative (28 internes). À l'inverse, on note que 15 internes estimaient n'avoir été sensibilisés par aucun autre vecteur extérieur à l'université, sachant que 7 d'entre eux jugeaient ne pas avoir reçu de formation sur cette notion durant leur cursus médical.

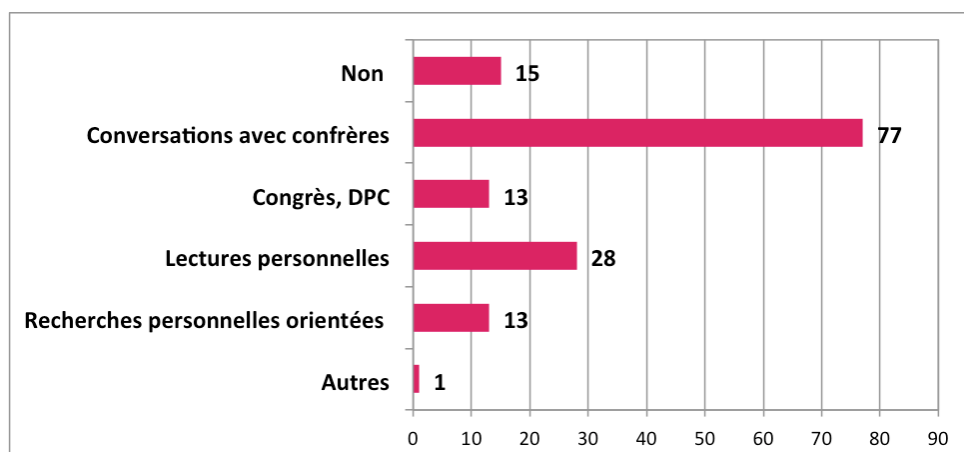
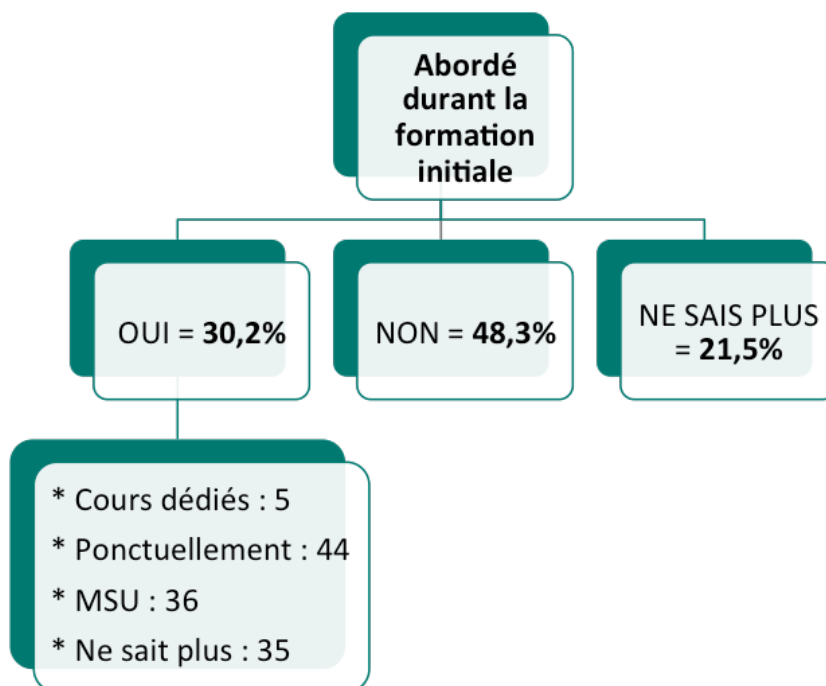


Figure 26 : Autres modalités de sensibilisation des internes à la notion de non-observance thérapeutique, en nombre d'internes par modalité

3.3. Médecins

Comme on le voit dans la figure 27 ci-dessous, seul un tiers des médecins affirmait avoir reçu un enseignement de l'inobservance thérapeutique au cours de leur formation initiale, essentiellement de manière ponctuelle ou au contact de leurs maîtres de stage universitaires pour ceux qui se rappelaient des modalités de cette formation. On note également que 21,5% des médecins ne se souvenaient plus s'ils avaient ou non bénéficié de cet enseignement.



MSU : (conversation avec les) Maîtres de Stage Universitaires

Figure 27 : Enseignement de la notion d'inobservance thérapeutique durant la formation initiale des médecins

39% des médecins répondants étaient maîtres de stage universitaires.

J'ai interrogé ces derniers sur la fréquence des questionnements au sujet de l'inobservance thérapeutique des étudiants qu'ils recevaient en stage. On observe sur la figure 28 que ces interrogations étaient en majorité (58,2%) plutôt rares voire inexistantes.

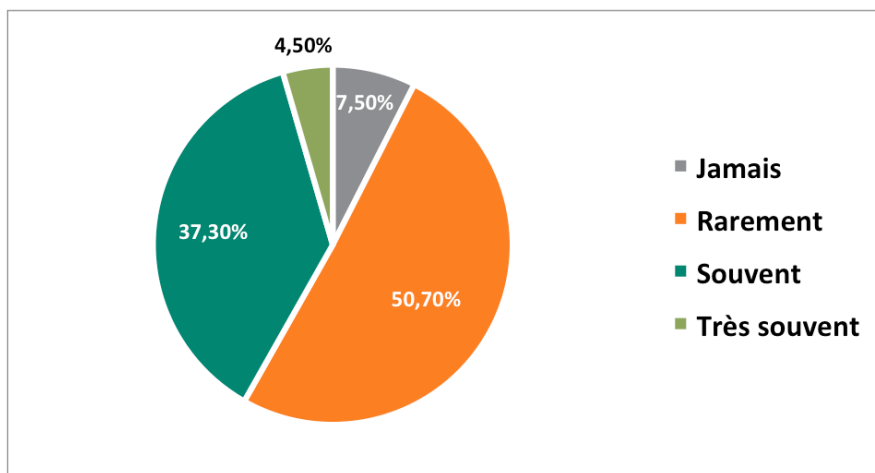


Figure 28 : Fréquence de l'interrogation au sujet de l'inobservance des étudiants reçu par les MSU, en pourcentage par fréquence

Une grande majorité de médecins considéraient qu'il fallait améliorer la formation médicale de l'inobservance thérapeutique. Toutefois, 23,3% d'entre eux ont répondu «Je ne sais pas » à cette question (Figure 29).

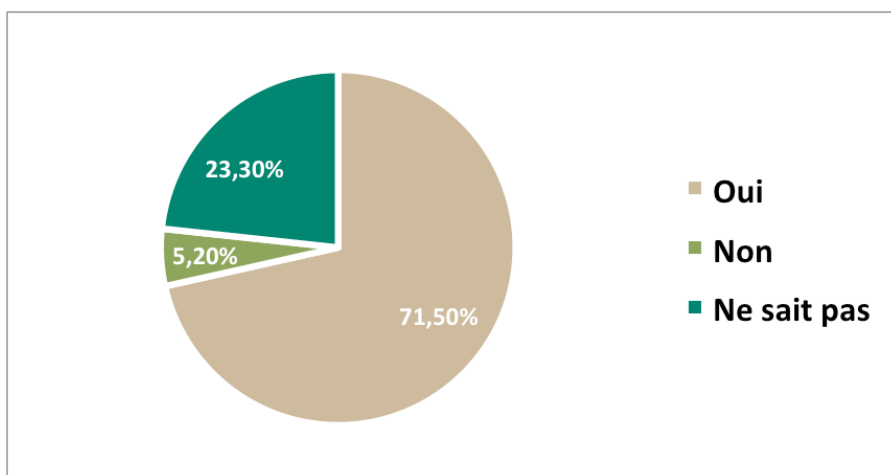


Figure 29 : Avis des médecins quant à la nécessité d'améliorer la formation médicale initiale à l'inobservance thérapeutique, en pourcentage par avis

Cette évaluation pouvait être complétée par un commentaire libre.

- Parmi les médecins ayant répondu « non », les principales raisons avancées étaient que l'inobservance thérapeutique n'était pas due à la pratique du médecin, que la formation sur le sujet existait déjà de manière implicite et qu'elle devait plutôt s'effectuer au contact des patients.
- Ceux qui avaient répondu « Je ne sais pas », l'explicitaient par le principe d'autonomie du patient, mais également par une interrogation sur les modalités potentielles de formation et par une orientation de celle-ci plutôt vers une moindre prescription et une meilleure communication avec les patients.
- Enfin, les médecins convaincus de la nécessité d'améliorer la formation médicale sur l'inobservance thérapeutique justifiaient leur réponse par la fréquence du phénomène, la nécessité d'être sensibilisé à l'inobservance pour pouvoir la rechercher et par l'utilité de développer des outils et des stratégies pour améliorer la prise en charge globale des patients.

A l'instar des internes, les médecins semblaient considérer que la place de l'enseignement de l'inobservance thérapeutique était plutôt au cours de l'internat (131 médecins), comme on le remarque sur la figure 30. La formation continue paraissait être également une alternative de formation adaptée selon eux. 4 médecins estimaient en revanche que l'enseignement de cette notion n'avait pas sa place dans la formation médicale. Paradoxalement, l'un d'entre eux affirmait à la question précédente qu'il fallait améliorer cet enseignement.

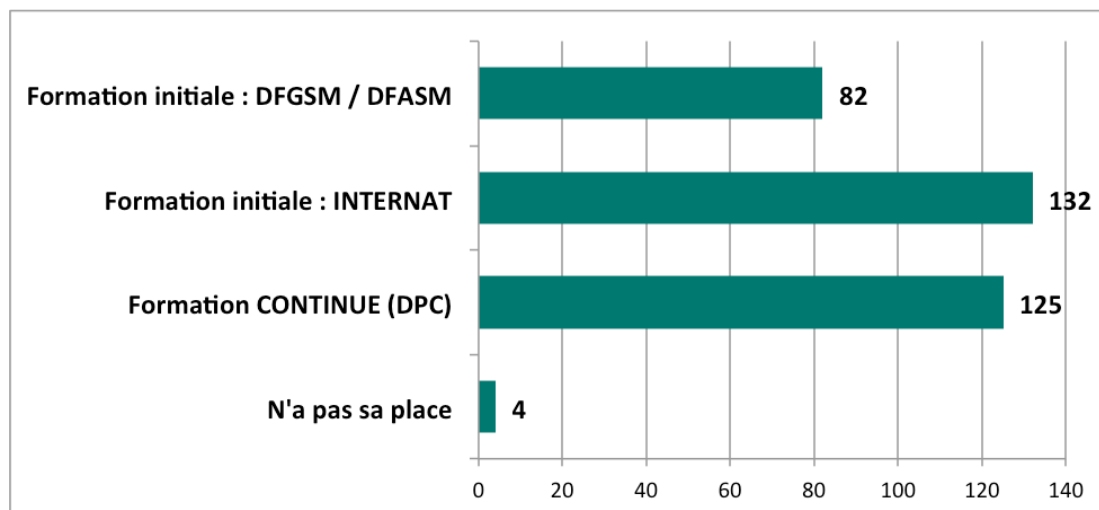


Figure 30 : Place de la formation de l'inobservance thérapeutique selon les médecins, en nombre de médecins par catégorie

3.4. Analyses croisées

Les étudiants étaient plus nombreux que les internes, eux même plus nombreux que les médecins à déclarer avoir reçu un enseignement de l'inobservance thérapeutique ($p < 0,001$ test du χ^2). On peut observer cette différence entre les 3 populations sur la figure 31 ci-dessous.

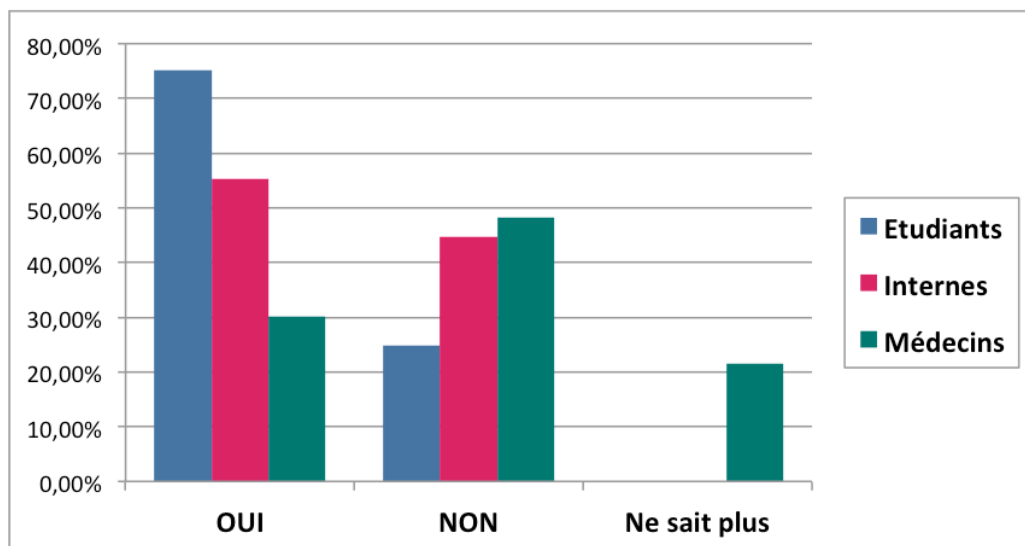


Figure 31 : Abord de la notion de non-observance dans la formation initiale : comparaison des 3 populations en pourcentage par réponse et par groupe

Il n'y a pas de relation statistiquement significative entre le fait d'avoir reçu un enseignement de l'inobservance thérapeutique lors de la formation initiale et celui de se sentir exposé en pratique à cette problématique.

Il n'y a pas de lien statistique entre le statut de MSU et l'intérêt porté à la non-observance thérapeutique, ni entre ce statut et la confrontation en pratique à la problématique.

Que ce soit chez les étudiants de 3^{ème} et 6^{ème} année, les internes ou les médecins, il n'y a pas de lien statistique entre le fait d'avoir été formé à la non-observance thérapeutique et la connaissance du sujet (mesurée par l'estimation du taux de patients inobservants).

IV. DISCUSSION

1. Réponse à la question de recherche

Ce travail a permis de mettre en évidence que l'enseignement de la non-observance thérapeutique au cours de la formation initiale médicale est une réalité selon les étudiants en médecine et médecins généralistes de la région Centre-Val de Loire. Mais, si cet enseignement semble se renforcer avec le temps, il est toutefois considéré comme insuffisant par la plupart d'entre eux.

Les étudiants de 3^{ème} et 6^{ème} année se déclaraient davantage formés à la notion d'inobservance thérapeutique que les internes et les médecins, et des trois groupes ils étaient effectivement les plus nombreux à donner une bonne estimation du taux de patients inobservants. On a pu constater en parallèle une nette sous-estimation de ce taux par les médecins généralistes, pourtant confrontés quotidiennement à cette problématique, qui les intéresse par ailleurs.

L'enseignement actuel tel qu'il est organisé semble permettre d'aborder la problématique de l'inobservance.

Elle est étudiée au cours des formations générale et approfondie des sciences médicales (DFGSM et DFASM), essentiellement de manière ponctuelle dans de nombreuses matières, et notamment avec l'item « éducation thérapeutique, observance et automédication » de l'Unité d'Enseignement 10 « Le bon usage des médicaments et des thérapeutiques non médicamenteuses ».

Le travail de cette thématique est également possible lors de l'internat, par le moyen d'échanges avec les MSU ou par la participation aux groupes de pratiques et groupes d'enseignement facultaires. En effet, les internes ont cité de nombreuses situations cliniques de médecine générale proposées dans le port folio, pouvant permettre d'approfondir leurs connaissances et d'améliorer leurs compétences en matière d'inobservance thérapeutique.

Toutefois, cet enseignement est considéré comme insuffisant par la grande majorité des étudiants, internes et médecins interrogés. Dans l'optique d'une amélioration de la formation, les étudiants et internes ont proposé de poursuivre l'enseignement de l'inobservance thérapeutique ponctuellement au cours des DFGSM et DFASM, tandis que les internes souhaitaient la mise en place d'enseignement(s) dédié(s) durant la formation du troisième cycle. Enfin, l'internat (le troisième cycle) et le post-universitaire (par la FMC) étaient désignés par les internes et les médecins, comme les temps les plus adaptés pour délivrer l'enseignement relatif à la non-observance.

2. Forces et faiblesses

À ma connaissance, la formation initiale médicale au phénomène de non-observance thérapeutique n'avait pas été évaluée jusqu'alors. C'est la raison pour laquelle une méthode quantitative a été employée pour travailler sur ce sujet. L'idée était en effet de faire un premier état des lieux de la situation.

Le taux de réponses obtenu était important dans les populations des étudiants (56,5%) et des internes (50%), dont l'avis par rapport à celui des médecins installés est probablement plus pertinent pour évaluer la formation initiale actuelle. Il avait été décidé de ne pas réaliser d'échantillonnage afin d'optimiser le nombre de réponses, mais également afin d'éviter les biais de recrutement. L'anonymisation des réponses a également pu participer à écarter ce biais, permettant par ailleurs des réponses franches et honnêtes et limitant ainsi le biais de mesure. Avec le même objectif de restreindre le biais de mesure, les questionnaires ont été préalablement testés puis validés par des étudiants, internes et médecins libéraux ne participant pas à l'enquête.

Ce travail présente néanmoins quelques faiblesses.

Le taux de réponses de la part des médecins était particulièrement faible, compromettant la généralisation des résultats aux médecins installés en région Centre. Ce constat peut d'abord s'expliquer par un manque d'intérêt de leur part au sujet de l'inobservance thérapeutique. Nous avons vu plus tôt que, pour différentes raisons, plus de 90% des médecins répondants se déclaraient intéressés par le sujet (ceci peut donc constituer un biais de sélection). Par ailleurs, le manque de temps me semble également une explication plausible expliquant ce faible taux de réponses. Il est également possible que les adresses électroniques dont dispose le CROM ne soient pas régulièrement actualisées et qu'ainsi certaines d'entre elles ne soient plus fonctionnelles (médecins retraités par exemple).

La moyenne d'âge dans le groupe des médecins était de 47,5 ans, et le taux de féminisation de 50,6% tandis qu'ils étaient respectivement de 54,5 ans et de 34,5% en région Centre en 2017 (Tableau 1). L'échantillon des médecins n'est donc pas représentatif de la population cible, ce qui était prévisible compte tenu du faible taux de réponses obtenu.

Par ailleurs, toujours dans la population des médecins, il y avait 39% de MSU tandis qu'ils étaient 393 dans la région Centre en 2017 (information obtenue auprès du Département Universitaire de Médecine Générale) représentant 20% de la population cible. Il y a donc potentiellement également un biais de sélection sur le statut des médecins MSU ou non pouvant influencer leurs réponses, d'autant plus que le sujet de ce travail revêt un caractère pédagogique. Cependant les analyses croisées évaluant le lien entre ce statut et les réponses au questionnaire, étaient non significatives.

Il y a de plus vraisemblablement un biais de mémorisation dans la réponse des médecins concernant leur formation initiale à la non-observance thérapeutique, j'ai donc essayé de limiter ce biais par une proposition « Ne sait plus » à cette question ainsi qu'à la suivante concernant leurs modalités de formation.

Enfin, l'utilisation d'un questionnaire en ligne présente quelques limites. Cette modalité de recueil de données expose en premier lieu à des difficultés techniques telles que des doublons, des erreurs de lancement de la page web, des erreurs de frappe ou de case sélectionnée. L'absence de l'investigateur lors du recueil des données peut induire par ailleurs un biais de mesure du fait de questions potentiellement non comprises par les répondants, ce à quoi j'ai essayé de pallier par l'évaluation puis la validation préalable de mes questionnaires. Les questions étaient pour la plupart fermées, par conséquent avec des propositions limitées et potentiellement induites par mes représentations personnelles. J'ai donc associé à chaque fois que cela me paraissait utile, une mention « autres » aux réponses possibles.

3. Comparaison aux données de la littérature

J'ai trouvé relativement peu de travaux abordant la formation des médecins à l'observance thérapeutique dans mes recherches (en particulier auprès des étudiants), cependant deux études ont retenu mon attention.

Dans sa thèse soutenue en Septembre 2014 (10), Jean-Raymond ODABACHIAN faisait, grâce à une étude qualitative, un état des lieux de l'observance thérapeutique des maladies chroniques, vue par des médecins généralistes du Nord Pas de Calais. De manière unanime, les médecins ne se souvenaient pas avoir été formés ou sensibilisés à la notion d'observance thérapeutique durant leur formation initiale. De même, comme nous avons pu le voir dans les réponses aux questions ouvertes de mon étude, ils regrettaient de ne pas connaître les outils de dépistage et de prise en charge de cette problématique. Les médecins insistaient alors sur la nécessité de sensibiliser les étudiants en médecine au cours de leur formation initiale à l'observance thérapeutique, et plus globalement de les former à la relation médecin-patient. Un des médecins interrogés disait même : « La faculté de médecine nous apprend la médecine, pas à être médecins ». Enfin la FMC, considérée comme largement insuffisante, a été citée à de nombreuses reprises comme étant à développer.

Dans le même esprit, dans le cadre de leur travail de thèse soutenue en Octobre 2012 (11), Aurélie LUN et Damien ROUVIERE ont mené une étude qualitative évaluant le comportement des médecins généralistes de la région Rhône-Alpes, face à l'observance d'un traitement chronique. A nouveau, les médecins déploraient l'insuffisance de sensibilisation et de formation médicale sur le sujet de l'observance thérapeutique, sans faire cette fois-ci de distinction entre formations initiale et continue. Dans les interviews réalisées, les médecins mentionnaient à nouveau de manière plus générale le manque de formation en matière de communication, d'entretien motivationnel et d'éducation thérapeutique comme cela a été mentionné plusieurs fois dans les réponses aux questions ouvertes de mon étude.

4. Hypothèses expliquant les résultats

J'aimerais revenir sur certains points observés dans les résultats de cette étude.

Ce travail révèle une insuffisance de formation à l'inobservance thérapeutique. Ces résultats sont appuyés par le constat d'autres travaux comme nous venons de le voir et nous en avons un exemple dans cette étude avec les réponses apportées aux questions ouvertes par les internes et les médecins. Ils déclaraient en effet être à la recherche d'outils de dépistage et de stratégies de prise en charge de la non-observance thérapeutique, or ces outils existent. En effet, les déterminants de l'inobservance (du moins essentiellement ceux liés aux patients) ont été très étudiés ces vingt dernières années et ont permis de mettre en place un certain nombre d'outils de dépistage (comme le questionnaire d'évaluation de l'observance mis à disposition par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (12)) et de prise en charge (comme par exemple, les piluliers électroniques, les SMS de rappel, l'entretien motivationnel ou l'éducation thérapeutique, etc.). On voit donc que les prescripteurs ne connaissent pas ces dispositifs, probablement par manque de formation sur le sujet, et l'investissement des recherches pour l'élaboration de ces outils n'est donc pas rentabilisé.

Les médecins, ayant donc été formés il y a au moins une décennie, semblent avoir été bien moins formés que les internes ou les étudiants. Est-ce une réalité ou ont-ils simplement oublié cet enseignement ? La vraie problématique à mon sens est plutôt de savoir ce qu'il reste de cet enseignement aujourd'hui et nous observons effectivement une nette sous-estimation par les médecins de la proportion de patients inobservants malgré leur intérêt pour le sujet, nous y reviendrons. Dans tous les cas, qu'il s'agisse d'une insuffisance de formation ou d'un phénomène d'oubli, la FMC peut constituer une réponse à ce constat, soit par la formation des médecins, soit par un rappel des connaissances avec les données actualisées de la science.

D'ailleurs, les internes et les médecins estimaient que l'enseignement de la non-observance thérapeutique devait intervenir pour l'essentiel durant l'internat mais également (voire presque autant) au cours de la FMC. Ceci peut s'expliquer par la nécessité d'avoir une certaine maturité et un certain recul sur sa pratique pour envisager la problématique d'inobservance. Celle-ci fait partie à mon avis d'une vision globale du soin, tandis que l'enseignement des DFGSM et DFASM aborde des notions plus biomédicales. Comme l'a écrit un des médecins en réponse à une question ouverte, considérer l'observance thérapeutique c'est se « confront[er] à la réalité du patient ». Ainsi, pour les internes, l'abord ponctuel de la notion semblait être la modalité d'enseignement la plus adaptée durant l'externat, tandis qu'ils aspiraient davantage à une formation dédiée sur le sujet au cours de l'internat.

Nous avons vu que les médecins sous-estimaient nettement le phénomène d'inobservance thérapeutique, contrairement aux internes et étudiants et ce, malgré leur exercice quotidien au contact des patients. Compte tenu des résultats précédents, nous pouvons penser que l'insuffisance de formation est en partie responsable de ce constat. Parmi les médecins estimant que l'amélioration de la formation initiale à l'inobservance n'était pas nécessaire, certains justifiaient cette idée par le fait que cette acquisition de connaissances devait se faire au contact des patients, par la pratique. L'interprétation des résultats semble indiquer que ce n'est pas suffisant.

Toujours dans la même idée, nous avons vu que les internes paraissaient davantage formés à la non-observance thérapeutique que leurs aînés médecins et s'estimaient en parallèle plus souvent confrontés à la problématique au quotidien que ces derniers. On peut imaginer que le fait d'avoir été sensibilisés durant leur formation initiale les a rendus plus vigilants face à ce phénomène. N'avons-nous pas souvent entendu dire durant notre formation médicale que l'« on ne trouve que ce que l'on cherche, et que l'on ne cherche que ce que l'on connaît » ?

Une autre hypothèse pouvant expliquer que les internes se sentent plus confrontés à la non-observance thérapeutique est le caractère souvent inavoué et caché de ce comportement par les patients à leur médecin généraliste. L'interne en autonomie ou même en remplacement n'est pas perçu de la même manière que son médecin par le patient. Et il n'est pas rare qu'on entende en consultation « Celui-là je ne le prends pas, mais ne le dites surtout pas au Dr X., recopiez l'ordonnance comme cela ». Est-ce du fait du statut « ponctuel » de l'intervention de l'interne ou bien d'une relation différente entre l'interne et le patient ? On assiste effectivement depuis plusieurs années à un changement de paradigme concernant la relation médecin-patient évoluant d'un modèle paternaliste vers des modèles informatif, interprétatif ou délibératif (13). Dans la conception du modèle paternaliste qui persiste malgré tout, notamment chez les médecins les plus anciens, le patient craint probablement la déception, le jugement voire l'autorité de son médecin en n'avouant ainsi pas son inobservance. L'idée de relation médecin-patient est d'ailleurs mentionnée à de nombreuses reprises dans les réponses aux questions ouvertes, que ce soit au sujet de l'intérêt pour l'inobservance, de la nécessité d'améliorer la formation initiale médicale ou même dans les commentaires libres à la fin du questionnaire.

Dans un autre registre, il est intéressant de constater que les étudiants de 3ème et 6ème année avaient une estimation de leur connaissance sur le sujet bien meilleure que celle des internes. En pratique, bien que statistiquement significative, la différence entre les deux groupes en terme d'estimation de la proportion de patients inobservants était relativement faible. Cette observation peut s'expliquer par le fait que les étudiants étaient nettement plus nombreux à considérer avoir reçu un enseignement sur cette notion au cours de leur formation initiale. Par ailleurs, je pense que s'opère, au moment du passage au statut d'interne, une remise en

question de ses propres connaissances, une sorte de réflexivité, notamment avec l'apparition de la responsabilité de ses actes en tant que médecin. De plus, les étudiants de 3ème et 6ème année sont essentiellement dans l'acquisition de notions théoriques tandis que l'interne met justement ses connaissances en pratique, et peut-être réalise-t-il à ce moment là que la médecine n'est pas une science exacte, et que la théorie ne suffit pas toujours.

Enfin, j'ai observé à plusieurs reprises dans les réponses aux questions ouvertes, une sorte de mise en opposition du principe d'autonomie du patient face à la problématique médicale de l'inobservance thérapeutique. Plusieurs médecins ont justifié le fait de ne pas être intéressés par le sujet, ou bien de ne pas vouloir améliorer la formation médicale sur l'inobservance, par la nécessité de laisser au patient la liberté de se traiter ou non, comme s'il existait un conflit éthique entre principe de bienfaisance (volonté d'améliorer l'observance pour améliorer la santé du patient) et principe d'autonomie du patient.

Ce ne sont à mon avis pas des postulats antinomiques. Pour que, par le principe d'autonomie du patient, ce dernier puisse consentir de manière « libre et éclairée » à une prise en charge, il lui faut une « information claire et loyale » délivrée par son médecin. Ceci rejoint, par ailleurs, les notions de « communication » et de « relation médecin-patient » que les médecins associaient à la problématique de l'inobservance. Il me semble que pour pouvoir exercer convenablement son métier, le médecin doit prescrire en toute connaissance de cause et savoir qu'un patient sur deux, en moyenne, ne suivra pas (volontairement ou non) ses recommandations. De même que pour mieux raisonner devant un échec thérapeutique ou une complication aiguë de pathologie chronique, le médecin doit savoir qu'une fois sur deux le traitement de fond n'est pas rigoureusement suivi.

Par ailleurs, il existe un champ évitable de l'inobservance avec notamment les oublis, les erreurs, la non-persistance, la lassitude, les effets indésirables liés aux traitements, l'oubli ou la méconnaissance de l'intérêt du traitement, etc.

Les outils de dépistage et de prise en charge de l'inobservance pourraient permettre aux médecins de proposer une solution à ces patients, et de répondre ainsi à l'attente éventuelle de certains d'entre eux. Bien sûr, pour ceux qui ont décidé en toute connaissance de cause de ne pas se soigner, il s'agit alors de respecter leur souhait et de les accompagner au mieux.

5. Perspectives

À titre personnel, depuis cette étude, j'interroge beaucoup plus souvent les patients que je rencontre sur leur observance médicamenteuse et contrairement à ce que j'imaginai, il n'est pas rare qu'ils saisissent cette opportunité pour aborder leurs difficultés dans ce domaine. Sans jugement, j'approfondis mon questionnement « Pourquoi selon vous ? », « Souhaitez-vous que cela change ? », « Savez-vous à quoi ce médicament sert ? Comment il fonctionne ? Pourquoi il figure sur votre ordonnance ? ». Ceci aboutit à des consultations extrêmement enrichissantes pour moi comme pour les patients me semble-t-il et j'utilise alors de manière empirique des outils d'éducation thérapeutique, tout en respectant le principe d'autonomie du patient.

De fait, la relation avec le patient change.

Nous avons vu précédemment que, quel que soit le groupe auquel ils appartenaient, la plupart des individus interrogés estimait que la formation de l'inobservance était insuffisante, et ce malgré les modalités d'enseignement déjà mises en place (abord ponctuel, cours dédiés, item dédié aux e-ECN, situations cliniques de médecine générale). Nous pouvons alors penser qu'il faut soit approfondir cet enseignement, soit le repenser. A l'avenir il pourrait être intéressant, pour compléter ce travail, d'évaluer par le moyen d'une étude qualitative, la manière dont la formation des médecins sur ce thème pourrait être améliorée. Nous pourrions alors vouloir répondre aux questions suivantes : Pourquoi, quand, (sur) quoi et comment former les médecins ?

- Les résultats de mon étude permettent déjà d'apporter certains éléments de réponse à la question « Pourquoi ». La formation médicale sur l'inobservance n'est pas un objectif en soi, mais un moyen potentiel d'améliorer l'observance thérapeutique et donc, indirectement, d'atteindre ou de se rapprocher des objectifs de santé publique. Les sujets répondants ont affirmé, pour la grande majorité, être intéressés par le thème de l'inobservance pour des raisons de fréquence, de confrontation à la réalité du patient, pour mieux prescrire afin d'améliorer l'efficacité des thérapeutiques et diminuer la iatrogénie. Ils s'estimaient pour la plupart insuffisamment formés. Par ailleurs, je pense qu'il est difficile de prendre correctement en charge un patient en ignorant ce contexte fondamental de l'acte thérapeutique. Enfin, l'expérience montre que pour intégrer l'importance de l'observance, le patient a besoin que son médecin s'y intéresse (6).

- La temporalité de la formation est également à considérer : faut-il délivrer cet enseignement durant la formation initiale ou continue ? Dans cette étude, la question a été posée aux internes et aux médecins qui semblaient en accord sur la nécessité d'introduire ces notions au cours de la formation initiale, préférentiellement auprès des internes, puis les entretenir par le moyen de la formation médicale continue.

- Le principal élément à approfondir à mon avis, et qui n'a pas directement été exploré dans cette enquête quantitative, est le contenu de la formation. Quelles sont les attentes des étudiants et médecins concernant un tel enseignement ? Nous l'avons vu plus avant, dans les réponses apportées aux questions ouvertes, les internes et médecins étaient à la recherche d'outils de dépistage et de prise en charge de l'inobservance. En plein essor, les nouveaux outils de santé connectée vont à l'avenir vraisemblablement modifier l'exercice de la médecine (14) et pourraient par exemple être introduits dans la formation initiale. Par ailleurs, parmi les moyens existant aujourd'hui, figurent l'entretien motivationnel et l'éducation thérapeutique. Ces derniers, cités de nombreuses fois dans mon étude ou dans d'autres travaux comme étant étroitement liés au sujet de l'inobservance thérapeutique et à sa prise en charge par le médecin généraliste, pourraient faire l'objet d'un enseignement. Il a été démontré dans une méta-analyse en 2009 que l'observance des patients est améliorée de plus de 60 % quand leur médecin a suivi une formation sur la communication (15). D'ailleurs, en 2014 l'académie nationale de médecine a adopté des propositions pour développer l'éducation thérapeutique dans le cadre de la formation médicale initiale et des formations médicales continues (16). D'une manière plus générale, les internes et médecins interrogés aspiraient à un approfondissement de l'enseignement autour de la communication et de la relation médecin-patient. Dans les perspectives à l'issue de son travail de thèse en 2012 (17), J. Anandamanoharan proposait un certain nombre de notions pouvant figurer dans les formations initiale et continue des médecins au sujet de l'observance.

- Nous pourrions enfin, à l'avenir et dans une étude qualitative, nous interroger sur les modalités d'enseignement les plus adaptées. Comment les étudiants et médecins souhaitent-ils être formés sur le sujet ? Dans l'étude que j'ai menée, les étudiants avaient manifesté leur souhait d'être formés de manière plutôt interactive, en petits groupes comme lors des enseignements dirigés, par le moyens de « simulations » d'entretiens ou de « saynètes » pour reprendre les termes employés. De même, l'apprentissage au contact des MSU semblait participer de manière non négligeable à la connaissance des internes sur le sujet. Peut-être pourrions nous penser que la multiplication des stages ambulatoires participerait à l'enseignement indirect de la problématique ?

Enfin, le spectre de cette étude pourrait également être élargi, d'une part en terme de périmètre géographique à l'échelle nationale ; d'autre part en terme de population cible. En effet, il pourrait être intéressant d'évaluer la formation et les pratiques des médecins spécialistes et hospitaliers qui ont, à mon avis, également un rôle important dans la prise en charge de la non-observance thérapeutique, mais aussi et surtout d'autres professionnels de santé comme les infirmiers et les pharmaciens par exemple, avec lesquels pourrait être envisagée une formation commune (multi-professionnelle) notamment lors de FMC ; car la problématique de l'inobservance n'est pas une considération exclusivement médicale. Une action coordonnée de l'ensemble des acteurs de soin, par une approche multidisciplinaire est indispensable pour favoriser l'observance de nos patients.

V. CONCLUSION

L'inobservance thérapeutique est un phénomène fréquent aux conséquences sanitaires et économiques importantes. L'amélioration de l'observance thérapeutique n'est pas un objectif en soi mais un moyen significatif, selon l'OMS (4), de parvenir à l'amélioration de la santé des patients et de la santé publique en général.

Des solutions existent mais les principaux intéressés, les professionnels de santé, dont les médecins, n'en sont pas suffisamment informés. Cette étude a permis d'établir un état de lieux de l'enseignement de l'inobservance thérapeutique au cours de la formation initiale des médecins en région Centre. Elle révèle qu'en dépit de son renforcement au cours du temps, l'enseignement de l'inobservance thérapeutique est considéré comme insuffisant par la plupart des médecins généralistes et étudiants en médecine de la région. A l'avenir, ce travail pourra être approfondi, au moyen d'une étude qualitative par exemple, afin d'envisager les contenus d'enseignement attendus, les temps de la formation et les formes pédagogiques les plus adéquates pour les diffuser.

Au delà du phénomène de la non-observance thérapeutique, les médecins et étudiants en médecine semblent être en attente d'un approfondissement de l'enseignement en matière de communication et de relation médecin-patient. Cette problématique d'inobservance semble en effet être le témoin d'une relation médecin-patient non optimale. A l'heure où l'on défend plus que jamais le principe d'autonomie du patient, la relation entre le médecin et ce dernier a changé, et change encore. La formation médicale doit donc s'adapter et accompagner cette évolution du contexte de soin.

VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Reach G. La non-observance thérapeutique, révélatrice d'un conflit entre des principes éthiques. *Sang Thromb Vaiss*. 1 nov 2006;18(9):461 4.
2. Cottin Y, Lorgis L, Gudjoncik A, Buffet P, Brulliard C, Hachet O, et al. Observance aux traitements : concepts et déterminants. *Arch Cardiovasc Dis Suppl*. 1 déc 2012;4(4):291 8.
3. Fompeyrine D, Fondation Concorde. Paris. FRA. L'observance des traitements : un défi aux politiques de santé. Paris: Fondation Concorde; 2014 mars p. 39p.
4. Sabaté E, World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003 p. 198p.
5. Ims Health. La Défense. FRA, Cercle de Réflexion Pharmaceutique. (C.R.I.P.). Courbevoie. FRA. Améliorer l'observance. Traiter mieux et moins cher. La Défense: IMS Health; 2014 nov p. 15p.
6. Scheen A, Giet D. Non-observance thérapeutique: causes, conséquences, solutions. *Rev Médicale Liège*. 2010;(5 6):239.
7. Baudrant-Boga M, Lehmann A, Allenet B. Penser autrement l'observance médicamenteuse : d'une posture injonctive à une alliance thérapeutique entre le patient et le soignant – Concepts et déterminants. *Ann Pharm Fr*. 1 janv 2012;70(1):15 25.
8. Reach G. La non-observance thérapeutique : une question complexe. Un problème crucial de la médecine contemporaine. *Med*. 1 nov 2006;2(9):411 5.
9. Dujardin F, Roussignol X. L'adhésion du patient à son traitement, une difficulté thérapeutique méconnue. *Rev Chir Orthopédique Traumatol*. 1 déc 2010;96(8):1018 22.
10. Odabachian JR. Les médecins généralistes et l'observance thérapeutique des maladies chroniques : état des lieux et perspectives. [Thèse de doctorat en médecine]. Lille: Université Lille 2 Droit et Santé Faculté de médecine; 2014.
11. Lun A, Rouviere D. Le médecin généraliste face à l'observance d'un traitement chronique : le modèle des antiagrégants plaquettaires. [Thèse de doctorat en médecine]. Grenoble: Université Joseph Fournier Faculté de médecine; 2012.
12. Assurance Maladie. Évaluation de l'observance d'un traitement médicamenteux, [Internet]. [cité 22 oct 2017]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5074/document/evaluation-observance-traitement_assurance-maladie.pdf
13. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA*. 22 avr 1992;267(16):2221 6.

14. Lopez A, Compagnon C, Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA. Pertinence et efficacité des outils de politique publique visant à favoriser l'observance. Paris: Inspection générale des affaires sociales; 2015.
15. Zolnieriek KBH, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. Med Care. aug 2009;47(8):826 34.
16. Académie nationale de médecine. L'éducation thérapeutique du patient (ETP), une pièce maîtresse pour répondre aux nouveaux besoins de la médecine, [Internet]. [cité 8 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/publication100100253/>
17. ANANDAMANO HARAN J. Observance et médecine générale : peut-on dépister les problèmes d'observance chez les patients atteints de pathologies chroniques ? [Thèse de doctorat en médecine]. Versailles: Université de Versailles Saint-Quentin en Yvelines UFR des Sciences de la Santé; 2012.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Présentation de l'enquête par courrier électronique

A. Aux étudiants

Salut,

Je suis interne en médecine générale et je vous adresse un questionnaire pour pouvoir répondre à ma question de thèse, que je réalise sous la direction du Docteur *Yves Marot*. C'est important pour moi car sans vos réponses, je ne pourrai pas faire aboutir ce travail.

Cela prend **MOINS DE 2 MINUTES** pour répondre, c'est testé et approuvé !

Je suis passée par là avant vous, et je sais donc combien votre temps est précieux. Plus tard, vous passerez vous-même par ce travail de thèse et apprécierez obtenir des réponses à vos enquêtes. ☺

https://docs.google.com/forms/d/1T-w4qFsZXNGLNpwA_yQuCs7qAlkUQtWJkwxfnCpcLQw/viewform

Ce questionnaire est tout à fait anonyme, et si vous souhaitez obtenir les résultats des analyses que j'en tirerai, n'hésitez pas à me laisser vos coordonnées par mail, je ne manquerai pas de vous les adresser !

Je compte sur vous !!

Merci,

Mathilde DESBOIS
mathilde.desbois@hotmail.fr

B. Aux internes

Bonjour,

Je suis en année de thèse en médecine générale et travaille actuellement sur ma thèse dirigée par le Dr Yves Marot et je sollicite votre avis et votre aide dans ce contexte.

Je souhaiterais avoir votre avis, en tant qu'internes de médecine générale de Tours, sur l'enseignement reçu et attendu au sujet de l'inobservance thérapeutique.

Je sais combien votre temps est précieux, il s'agit donc d'un questionnaire en ligne, dont la réalisation prend environ **5 MINUTES**. Comme vous le savez, vos réponses sont très importantes pour la qualité de ce travail.

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScm04Qo2xK-A7G-biT7q_RjqlonoSFetQmQFDVNwIrPr5LB8g/viewform?usp=sf_link

Ce questionnaire est anonyme.

Si vous souhaitez obtenir les résultats de mon enquête, vous pouvez m'adresser un mail à l'adresse suivante : mathilde.desbois@hotmail.fr

Merci,

Je compte sur vous !

Mathilde Desbois

C. Aux médecins

Chère consoeur, cher confrère,

Je suis remplaçante en médecine générale et travaille actuellement sur mon projet de thèse.

Ma thèse portera sur le sujet de l'inobservance thérapeutique et plus particulièrement l'enseignement de cette notion en formation initiale médicale. Il s'agit d'une étude descriptive quantitative, dans laquelle j'interroge les médecins et étudiants de la région Centre au sujet de leurs intérêt et formation universitaire au sujet de la non-observance thérapeutique.

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScBvca7v8SdxTMZ_4GnevTtA95pXxtINhkYyIzUJ2EHT3eGjg/viewform?usp=sf_link

Il s'agit d'un questionnaire en ligne, prenant environ 7 MINUTES

Je sais combien votre temps est précieux, sachez aussi que vos réponses sont très importantes pour la qualité de ce travail.

Si vous souhaitez obtenir les résultats de cette enquête, vous pouvez m'en faire la demande par mail à l'adresse suivante : mathilde.desbois@hotmail.fr

Je vous remercie,

Mathilde Desbois

Remplaçante en médecine générale - Année de thèse

ANNEXE 2 : Questionnaires

A. Étudiants

SECTION 1 : QUI ÊTES-VOUS ?

Êtes-vous ?

- ☐ Un homme
- ☐ Une femme

Quel âge avez-vous ?

.....

De quelle faculté venez-vous ?

- ☐ Tours
- ☐ Autre

En quelle année êtes-vous ?

- ☐ DFGSM3 (ancien DCEM1)
- ☐ DFASM3 (ancien DCEM2)

Quelle spécialité souhaiteriez-vous exercer ?

.....

Êtes-vous déjà passé en stage chez un médecin généraliste en ambulatoire ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

SECTION 2 : GÉNÉRALITÉS

Connaissez-vous la notion de "Non-Observance thérapeutique" ?

- ☐ Pas du tout
- ☐ Moyennement
- ☐ Plutôt bien
- ☐ Très bien

SECTION 3 : LA NON-OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE

Définition = défaut de concordance entre le comportement d'un patient et les prescriptions médicales qui lui sont proposées, qu'elles soient médicamenteuses ou hygiéno-diététiques.

A votre avis, quelle proportion de patients n'observe pas correctement ses prescriptions médicales en France ?

- ☐ <20%
- ☐ 20 à 40%
- ☐ 40 à 60%
- ☐ 60 à 80%
- ☐ >80%

Pensez-vous que cette notion est importante pour l'exercice de la médecine ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

Est-ce un sujet qui vous intéresse ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

SECTION 4 : FORMATION

Est-ce un concept qui a été abordé dans vos cours jusqu'à maintenant ?

- ☐ Oui - - - - - > SECTION 5
- ☐ Non - - - - - > SECTION 6

SECTION 5 : QUALITÉ DE LA FORMATION

Dans quel cours est-ce enseigné ?

.....

Sous quelle forme ?

- ☐ Cours dédiés
- ☐ Ponctuellement dans les différentes matières / lors de différents cours
- ☐ Autres

Pensez-vous que l'enseignement est suffisant ?

- ☐ Oui
- ☐ Non - - - - - > SECTION 7

SECTION 6 : ÉVOLUTION DE LA FORMATION

Souhaiteriez-vous que ça le soit ?

- ☐ Oui - - - - - > SECTION 7
- ☐ Non - - - - - > STOP

SECTION 7 : AMÉLIORATION DE LA FORMATION

Sous quelle forme ?

- ☐ Cours dédiés
- ☐ Ponctuellement dans les différents cours
- ☐ Autres

B. Internes

SECTION 1 : QUI ÊTES-VOUS ?

Êtes-vous ?

- ☐ Un homme
- ☐ Une femme

Quel âge avez-vous ?

.....

Dans quelle faculté avez-vous fait votre externat ?

- ☐ Tours
- ☐ Autre

En quel semestre d'internat de médecine générale étiez-vous de Novembre 2016 à Mai 2017 ?

- ☐ 1^{er} semestre
- ☐ 2^{ème} semestre
- ☐ 3^{ème} semestre
- ☐ 4^{ème} semestre
- ☐ 5^{ème} semestre
- ☐ 6^{ème} semestre
- ☐ Année de thèse

Avez-vous déjà effectué un stage en ambulatoire avant Mai 2017 ?

(Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Au cours de l'externat
- ☐ Au cours de l'internat stage niveau 1
- ☐ Au cours de l'internat stage niveau 2

Par la suite, souhaitez-vous travailler : (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ En secteur libéral
- ☐ En secteur hospitalier
- ☐ En milieu rural
- ☐ En milieu urbain
- ☐ Seul(e)
- ☐ En association
- ☐ En Maison de Santé Pluridisciplinaire

SECTION 2 : GÉNÉRALITÉS

Maîtrisez-vous la notion de "Non-observance thérapeutique" ?

- ☐ Pas du tout
- ☐ Plutôt pas
- ☐ Plutôt bien
- ☐ Très bien

SECTION 3 : EXPÉRIENCE

Non-observance thérapeutique = défaut de concordance entre le comportement d'un patient et les prescriptions médicales qui lui sont proposées, qu'elles soient médicamenteuses ou hygiéno-diététiques.

A votre avis, quelle proportion de patients n'observe pas correctement ses prescriptions médicales en France ?

.....

Avez-vous été confronté à cette problématique au cours de vos stages ?

- ☐ Très souvent
- ☐ Assez souvent
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

Est-ce un sujet qui vous intéresse en tant que médecin généraliste ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Pourquoi ?

.....

SECTION 4 : FORMATION INITIALE

La formation initiale médicale comprend le 1er cycle (les deux premières années de médecine), le 2ème cycle (l'externat) et le 3ème cycle des études médicales (l'internat).

Cette notion vous a-t-elle été enseignée lors de votre formation initiale ?

- ☐ Oui - - - - - > SECTION 5
- ☐ Non - - - - - > SECTION 7

SECTION 5 : DURANT L'EXTERNAT

Cette notion a-t-elle été abordée durant votre externat ?

- ☐ Oui
- ☐ Non - - - - - > SECTION 6

Sous quelle forme ? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Cours dédié(s) à l'inobservance thérapeutique
- ☐ Ponctuellement dans les différentes matières / lors de différents cours
- ☐ Autres

Dans quel(s) cours ou quelle(s) matière(s) ?

.....

SECTION 6 : DURANT L'INTERNAT

Cette notion a-t-elle été abordée durant votre internat ?

- ☐ Oui
- ☐ Non - - - - - > SECTION 8

Sous quelle forme ? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Lors de Groupes d'Enseignement Facultaire (GEF)
- ☐ Lors de Groupes de Pratique
- ☐ Entretien(s) avec les maîtres de stage universitaires
- ☐ Traces d'apprentissage rédigées de votre propre initiative
- ☐ Autres

L'évaluation de l'évolution des compétences au cours du 3ème cycle à Tours se fait par le biais du portfolio qui rassemble diverses traces d'apprentissage dans lesquelles des COMPETENCES sont mises en oeuvre dans des SITUATIONS CLINIQUES de médecine générale données.

Selon vous, parmi ces situations cliniques, y en a-t-il une (ou plusieurs), dans laquelle on peut aborder la problématique de l'inobservance thérapeutique ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

Si OUI, laquelle/lesquelles ?

.....

SECTION 7 : ÉVALUATION

Souhaitez-vous que ça le soit ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

SECTION 8 : SATISFACTION

L'enseignement que vous avez reçu concernant la non-observance thérapeutique vous semble-t-il ?

- ☐ Suffisant / satisfaisant : il n'y a pas d'amélioration à apporter - - - - -> SECTION 10
- ☐ Insuffisant : il pourrait être amélioré

SECTION 9 : AMÉLIORATION

Comment envisageriez-vous l'amélioration de la formation initiale à ce sujet ? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Au cours de l'externat : Cours dédiés à la non-observance, item dédié aux ECN
- ☐ Au cours de l'externat : Enseignements complémentaires facultatifs
- ☐ Au cours de l'externat : L'aborder (plus) régulièrement, ponctuellement lors de différents cours
- ☐ Au cours de l'internat : Formations (séminaires, GEF) dédiées à l'inobservance thérapeutique
- ☐ Au cours de l'internat : L'aborder (plus) régulièrement, au cours des différents séminaires, groupes de pratique, etc.
- ☐ Au cours de l'internat : Ajouter un item "Non-observance thérapeutique" aux situations cliniques rencontrées en médecine générale, pour la rédaction de traces d'apprentissage
- ☐ Autre

SECTION 10 : VISION GLOBALE

Pensez-vous que l'enseignement de cette notion a plutôt sa place : (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Durant l'externat
- ☐ Durant l'internat
- ☐ En formation continue, en dehors de l'enseignement universitaire (formation initiale)
- ☐ L'enseignement de l'inobservance thérapeutique n'a pas sa place dans la formation médicale
- ☐ Autre

Avez-vous été sensibilisé(e) au concept de non-observance thérapeutique en dehors de l'enseignement dispensé par la faculté ? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Non
- ☐ Oui : Conversations avec des confrères (médecins non MSU, co-internes)
- ☐ Oui : Congrès, ou autres formations dans le cadre du développement personnel continu (DPC)
- ☐ Oui : Lectures personnelles (livres, revues médicales, etc.)
- ☐ Oui : Recherches personnelles orientées

C. Médecins

SECTION 1 : QUI ÊTES-VOUS ?

Êtes-vous ?

- ☐ Un homme
- ☐ Une femme

Quel âge avez-vous ?

.....

Dans quelle faculté avez-vous effectué votre formation initiale médicale ?

- ☐ Tours
- ☐ Autre

En quelle année avez-vous soutenu votre thèse d'exercice ?

.....

Dans quel département êtes-vous installé ?

- ☐ 18
- ☐ 28
- ☐ 36
- ☐ 37
- ☐ 41
- ☐ 45

Quelles sont vos modalités d'exercice ? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Libéral
- ☐ Hospitalier
- ☐ Rural
- ☐ Urbain
- ☐ Seul(e)
- ☐ En association
- ☐ En Maison de santé pluridisciplinaire
- ☐ Autres

SECTION 2 : EN PRATIQUE

Non-observance thérapeutique = défaut de concordance entre le comportement d'un patient et les prescriptions médicales qui lui sont proposées, qu'elles soient médicamenteuses ou hygiéno-diététiques.

A votre avis, quelle proportion de patients n'observe pas correctement ses prescriptions médicales en France ?

.....

Êtes-vous confronté(e) à cette problématique dans votre exercice de la médecine générale ?

- ☐ Très souvent
- ☐ Assez souvent
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

Est-ce un sujet qui vous intéresse en tant que médecin généraliste ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Pourquoi ?

.....

Pensez-vous qu'il faille améliorer l'observance thérapeutique de nos patients ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

SECTION 3 : FORMATION INITIALE

Formation initiale = formation dispensée par la faculté de médecine dans un cadre universitaire, par opposition à la formation médicale continue (ou développement personnel continu : DPC).

Cette notion vous a-t-elle été enseignée lors de votre formation initiale ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne me souviens plus

Si oui, sous quelle forme ? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Cours dédié(s) à l'inobservance thérapeutique
- ☐ Ponctuellement lors de différents enseignements
- ☐ Lors d'échanges avec vos maîtres de stage universitaires
- ☐ Je ne me souviens plus
- ☐ Autres

Êtes-vous maître de stage universitaire ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

La question de la non-observance thérapeutique est-elle soulevée par les étudiants que vous recevez en stage ?

- ☐ Très souvent
- ☐ Souvent
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

SECTION 4 : ÉVOLUTION DE LA FORMATION

Pensez-vous qu'il faille améliorer la formation médicale d'une manière générale, sur la prise en charge de l'inobservance thérapeutique ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

Pourquoi ?

.....

Pensez-vous que l'enseignement de l'inobservance thérapeutique a sa place : (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ En formation initiale, durant l'EXTERNAT (tronc commun)
- ☐ En formation initiale, durant l'INTERNAT de médecine générale
- ☐ En formation CONTINUE (DPC : Développement Personnel Continu), pour ceux que cela intéresse
- ☐ L'enseignement de l'inobservance thérapeutique n'a pas sa place dans la formation médicale
- ☐ Autres

ANNEXE 3 : Réponses aux questions ouvertes

A. Réponses des internes à la question suivante : *(La notion d'inobservance thérapeutique vous intéresse-t-elle ?)* *Pourquoi ?*

Parce que la meilleure connaissance médicale du monde est inutile si le patient n'est pas observant. Le travail du généraliste porte sur le pourquoi cette inobservance et avant tout de chercher à savoir si elle existe chez nos patients.
Pour comprendre et améliorer l'observance du patient
Savoir comment améliorer les choses par le retour des patients
Pour comprendre les facteurs de la non-observance pour adapter le information aux patients
problème pluri quotidien
Meilleure prise en charge des patients
Évaluation des patients au long court
Comment la limiter
car majorité des patients sont non-observant
Très fréquent
Comprendre les attentes des patients
amélioration la dynamique médecin traitant - patient, favoriser une alliance thérapeutique
C'est dommage de connaître sa médecine et les traitements si au final le patient ne les utilisent pas !
Comprendre pourquoi le patient ne suit pas les recommandations Pourquoi le patient n'exprime pas sont désaccord avec le médecin pendant la consultation
Pour optimiser mes prises en charge
L'adhésion du patient au traitement est le base de sa guérison ou sa réussite dans son projet thérapeutique. Elle est également une base à la relation médecin malade
Problème fréquent et déterminant dans la compréhension et la qualité de prise en charge
pour développer des outils communicationnels
Parce-que c'est une question qu'on ne se pose pas souvent lors d'échec d'un traitement
pour un meilleur soin
essentiel pour la prise en charge des pathologie, surtout chroniques
Objectif de la comprendre pour l'améliorer
Meilleure maitrise de ce sujet pour adapter une meilleure prise en charge en accord avec le patient
Améliorer sa prise en charge pour diminuer les non observance contribuerait à diminuer les complications ou les découvertes tardives de pathologies avancées
Le but est tout de même de faire une ordonnance qui puisse être suivie par le patient. Il faut donc s'adapter au mieux.

Inconnu
je ne me destine pas a la médecine générale
Pour améliorer l'observance et comprendre la cause
Il est intéressant de savoir si le patient prends ou non son traitement pour avoir une prise en charge optimale
Meilleure prise en charge et optimale.
Obstacle à la bonne prise en charge du patient; mise en danger du patient; education du patient est un point phare dans le travail du médecin généraliste
Pour comprendre comment parler de l'observance thérapeutique avec les patients et mieux évaluer leur observance et leurs attentes
Si les patients ne sont pas observant malgré des explications claires et appropriées, c'est leur décision. Arrêtons de les infantiliser
Comprendre les raisons pour lutter contre le phénomène
enjeux de santé, économique
Fréquence et gestion pour l'améliorer
Efficacité des traitements
Trouver des possibilités d'améliorer l'observance
amener le patient à suivre les prescriptions dans son intérêt
pour justement essayer de trouver des techniques, des astuces pour faciliter cette observance. je pense notamment au patient diabétique chez qui une bonne observance à des conséquences sur leur durée de vie, les complications qui en découlent ...
pour mieux prescrire, mieux comprendre pour mieux prendre en charge
en première ligne pour corriger cela et limiter la mise en danger du patient
Reflète le manque d'explications de la part du medecin
Parce que nous y sommes confrontés tous les jours dans le cadre de notre exercice. Et puis travailler sur l'observance thérapeutique pourrait permettre éventuellement de diminuer le nombre de médicaments prescrits (par exemple un patient ne prenant pas correctement ses ADO et présentant une HbA1C élevée nous poussant à introduire un autre médicament)
difficulté à gérer
fréquent, conséquences potentiellement graves, sujet sur lequel on peut agir
Car fréquent
Comment améliorer ?
savoir pourquoi il y a non observance afin d'essayer d'y remédier et ainsi d'améliorer la prise en charge. Je pense qu'il faut surtout en discuter avec le patient et savoir s'adapter au patient
Mieux comprendre permet de mieux prévenir et agir

car c'est souvent un défaut d'information, donc nous sommes en tort. Par ailleurs cela peut être un défaut de confiance.
Education thérapeutique, alliance thérapeutique ...
car source de complication (ex du diabète) et nécessité d'outils communicationnels spécifique non enseigné durant cursus médical
Objectif d'efficacité.
La base
Bien être du patient, responsabilité publique, reflet d'une bonne communication. ...
cause importante d'échec de prise en charge
Parce qu'il est multifactoriel, et il y a de nombreuses façons pour nous d'améliorer l'observance du patient.
Pour améliorer la prise en charge des patients
Fréquence +++
Pour comprendre pourquoi
pathologies chroniques multiples à prendre en charge
car fréquence élevée et permettrait une amélioration des explications des prescriptions
Problématique courante. Conséquences importantes notamment dans la prise en charge des pathologies chroniques.
Pour comprendre comment aborder le sujet essayer de comprendre pourquoi les patients ne sont pas observants... essayer de comprendre comment améliorer les choses niveau observance sans augmenter les traitements inutilement
permet meilleure prise en charge et crée le dialogue constructif dans la relation médecin malade
M améliorer

B. Réponses des médecins à la question suivante : *(La notion d'inobservance thérapeutique vous intéresse-t-elle ?)* *Pourquoi ?*

ça ne sert à rien de prescrire un médicament qui ne sera pas pris.

savoir si un patient prend ses médicaments ou pas, ça permet de savoir s'il y a un intérêt à augmenter des traitements quand une pathologie est insuffisamment contrôlée, ou si il faudrait juste revoir les traitements déjà existants pour se mettre d'accord sur ceux qui seront pris

Augmenter l'efficacité. Limiter effets indésirables.

Confrontation à la réalité du patient

Pour savoir me remettre en cause...

si le traitement n'est pas pris, c'est souvent un problème d'incompréhension de l'utilité de sa prise ou la peur des ESI et souvent un problème lié à la manière dont le médecin l'a présenté au patient

suivi thérapeutique pertinence de la prise en charge

Pour s'ajuster au mieux au patient, à ses croyances et à son point de vue

pour améliorer les soins

je dirige une thèse sur le sujet...

le suivi des consignes est impératif : examens compl , RHD ,et thérapeutiques

Problème de prise en charge au long cours et à risque pour le patient.

Pour améliorer les prises en charge

A prendre en compte pour adapter nos prescriptions et soigner au mieux nos patients

c'est un pb pour soigner les patients

Cela remet en question notre mode de prescription

Frequent

Manque de formation donner aux patients

Pouvoir rapporter la preuve de l'inobservance devant un tribunal. Une grande partie de mes soins sont dépendants d'une prémédication et d'une post médication. La mauvaise observance pouvant aboutir à des complications et séquelles.

C'est à prendre en compte pour une prise en charge optimale

Cause d'échec thera

pb quotidien

Pour mieux les traiter

qualité de l'alliance thérapeutique et contrat de soin

l'observance et l'efficacité peuvent être liés !

La santé

améliorer l'observance thérapeutique
Il faudrait obtenir une Observance à 100%
pouvoir mieux limiter les risques
Poor compliance= i.e development of antibiotic resistances.
Ca modifie mon attitude thérapeutique
a quoi bon prescrire si ce n'est pas pris
connaître les raisons pour améliorer nos pratiques
impact sur la qualité de la prise en charge
optimisation thérapeutique
la bonne observance limite les consultations
C'est trop rare
notre action est liée au médicament, le fait de ne pas le prendre complique nos relations avec les patients. Par exemple: cette HTA est elle à traiter plus intensément ou le ttt est il pris épisodiquement?
c'est important
responsable de perte de temps et d'efficacité pour notre prise en charge du patient
Pratiquant l'ostéopathie de manière quasi exclusive, je prescris très peu donc le problème d'observance ne se pose pas dans ma pratique
Comment motiver les patients à être observants
Conditionne les résultats de notre intervention. Comprendre mieux les patients pour mieux prescrire
Pour prendre correctement en charge les patients
pour essayer d'améliorer l'observance de mes patients
Perte de chance; Echec de prévention et de thérapeutiques efficaces.
Pas le temps
améliorer la relation médecin malade, et la qualité des soins
Quel message n'est pas passé?(remise en question!) Et en ce qui concerne les règles hygiéno diététiques , la décision revient toujours au patient!
parce que je pense que l'on sous estime l'inobservance
Parce que ça fait partie de notre rôle et travail
PROBLEME D'ALLIANCE THERAPEUTIQUE
il est sans doute possible d'améliorer cette adhésion
source d'erreur non contrôlée, d'inefficacité ou toxicité
Résultats cliniques liés à l'observance. Partie intégrante de notre métier et de notre relation avec le patient
motivation des patients pour prendre ou ne pas prendre le traitement
il faut tjrs relativiser la medecine ne sera jamais une science exact
pour améliorer la prise en charge des patients

inobservance = traitement non optimal et/ou non supporté / intérêt du traitement non assimilé par le patient ou mal expliqué au patient => donc lié à la relation médecin-malade
ce n'est pas une "problématique" pour moi, c'est sujet de débat avec mes patients, nous en parlons et essayons de réfléchir ensemble pourquoi
importance
Cela fait parti de la prise en charge initiale du patient
Parce que j'y suis confrontée
J'ai développé la relation médecin patient .
comprendre
Pour l'efficacité thérapeutique
Car c est une des conditions de réussite de l amélioration de l état de santé des patients
vu la fréquence, cela fait partie du quotidien donc à prendre en compte
Je me suis jamais posé la question de l'intérêt
LA RAISON DE LA NON OBSERVANCE
pour permettre une adherence du patient au ttt
N'exerce plus la MG.....
pose le problème de l'utilité de nos traitements
répercussions multiples sur les soins et la relation thérapeutique
mieux identifier les patients inobservants
Amélioration de l'efficacité de la prise en charge
car conditionne l'évolution de la prise en charge des patients
Incidence majeure sur les prises en charge.
De l'observance dépend le suivi et l'efficacité d'un traitement
Comprendre et avoir plus d'adhésion au traitement prescrit, savoir ce qui est pris par mon patient dans l'ordonnance
en tant que medecin generaliste tout m'interesse
Adapter la prescription
gestion ?
témoin de la relation
de l'intérêt : non car souvent désespérant malgré toutes les stratégies que l'on peut mettre en place
Essentiel dans l'efficacité d'une thérapeutique
je propose, je n'impose pas... discussion
Pourquoi cette non observance?

Inefficacité de notre travail. Dangerosité
fréquent, souvent non signalé par le patient: il faut y penser!
Efficacité de nos prescriptions
mauvaise information du médecin ? libre choix du patient ?
un tiers de mon travail n'est pas efficace !
par évaluer ma pratique
réalité quotidienne
ne pas m'y intéresser serait une erreur de ma part
j'essaie de faire baisser ce pourcentage
NOTRE EFFICACITE THERAPEUTIQUE EN DEPEND
Les patients font ce qu'ils veulent!
j'essaie de sensibiliser mes patients pour qu'ils me disent ce qu'ils prennent ou arrêtent pour savoir ce que je fais
- les médecins ne sont pas là que pour prescrire mais pour aider le patient à aller mieux (bien être physique, psychologique...) - il faut s'adapter au patient, son comportement, sa compréhension.. quand on prescrit.. pour essayer qu'il observe au mieux les prescriptions médicales et hygiéno-diététiques - les patients doivent prendre partie intégrante dans leur traitement on ne doit pas leur imposer les prescriptions mais faire en accord avec eux, leur expliquer pourquoi on leur fait tel traitement...

C. Réponses des médecins à la question suivante : *(Pensez-vous qu'il faille améliorer la formation médicale d'une manière générale, sur la prise en charge de l'inobservance thérapeutique ?) Pourquoi ?*

il s'agit surtout d'une prise en compte du patient dans sa globalité et d'une prise de décision partagée. il est de notre devoir de former nos étudiants à cette prise de décision partagée y compris au niveau médicamenteux. si un patient souhaite prendre un médicament, il y a une chance qu'il le prenne, s'il a juste l'impression qu'on lui dit de le prendre mais n'a pas compris l'intérêt il ne le prendra pas

Je pense qu'on sous estime le phénomène et ses effets néfastes.

Pas sous forme directe mais en s'appuyant sur l'empathie et la vie du patient. Pourquoi y a t'il non observance?

Parce que cela traduit un défaut dans la prise en charge des patients

formation nécessaire sur la communication avec le patient et sur la motivation du patient

sujet difficile sur le terrain quel mode de formation?

Mais... pas pour que le patient adhère à la prescription, plutôt pour que le médecin comprenne et s'ajuste à la vision qu'a le patient de sa santé ...

Pour tenter d' être plus convaincant

TROUVER DES MOYENS DE LUTTE CONTRE L'INOBSERVANCE

pour apprendre à la rechercher et à mieux y remédier

pour savoir comment faire face en consultation à cette inobservance et l'améliorer

- les médecins ne doivent plus être des personnes autoritaires, le médecin tout puissant, qui donne des traitements sans explication

il faut s'adapter au comportement du patient, l'intégrer dans son traitement, pour qu'il prenne plaisir à améliorer sa santé.. comprennent l'intérêt des traitements et règles hygiéno-diététiques, et par ce fait il se soignera mieux..

encore comme témoin de la relation

parce qu'elle est pour l'instant inexistante et que c'est un vrai problème de santé publique

Pour l'efficacité de nos thérapeutiques

Abordé trop brièvement sans proposition d'outils

Mieux prise en charge des patients

Améliorer la formation surtout sur la façon de la détecter, de la prouver et de se protéger des conséquences si le patient ou la famille cherche un dédommagement judiciaire. Accessoirement avoir les outils psychologiques pour motiver les patients en respectant le principe de non infantilisation.

C'est une prise de conscience à avoir. Avant de changer un traitement qui ne fonctionne pas il faut penser : mais prend-il son traitement ?

intérêt évident de prescrire des tts non suivis

Pour une meilleure prise en charge des patients

qualité des soins, alliance thérapeutique

on n'y pense pas assez souvent, parce qu'on n'a pas été formés

Cela ne sert à rien. Les patients restent maître de leur vie

Inobservance souvent soulevée mais manière d'augmenter cette observance moins connue
Idem réponse précédente
Les patients n'avouent pas leur inobservance sauf si cela est flagrant
decrease antibiotic resistance, better health outcomes
Je ne pense pas que ça dépende beaucoup de nous (les médecins)
pour mieux la prendre en charge
pour la prendre en compte dès le début d'une prescription, puis dans sa réévaluation.
utiliser des outils spécifiques
pas de formation à l'ETP au cours de la formation initiale ni à l'entretien motivationnel. Juste des notions en cours, pas de solution proposée
il faudrait surtout responsabiliser les patients, le médecin agit en coopération avec le patient mais ce n'est pas sa mère!!
Pour avoir conscience de son importance et pour savoir y faire face. Nous aider à trouver des stratégies
Dans une démarche globale d'éducation thérapeutique
peu d'infos sur l'inobservance alors qu'elle a une place importante
tout simplement pour le bien des malades
Pour l'efficacité de notre prise en charge
inductrice de risque et coût
fréquent et on n'y pense pas toujours
je ne pense pas qu'un cycle d'études modifie le mode de fonctionnement des patients
quel est son sens
les raisons de l'inobservance sont multiples et pas toujours connues
car nous ignorons trop ce facteur important
cause majeure d'échec du traitement
c'est une problématique en pratique quotidienne
pour améliorer la prise en charge
L'inobservance vient en partie du prescripteur....
au final j'ai des objectifs de soins primaires à atteindre, si les patients sont équilibrés avec leur méthode à eux ... n'est-ce pas le principal
Les étudiants pensent que prescrire suffit. Il faut toujours tenir compte du patient, de ses habitudes, de sa faculté à comprendre les enjeux, et C'EST LUI QUI DÉCIDE!

pour mieux la gerer et la reperer
Le mg est en première ligne pour aborder ce sujet (1 et acteur du renouvellement)
permettrait de mieux comprendre que face à une ordonnance on est 2 et qu'il faut aborder la question du traitement sur d'autre angle que celui du savoir
elle s'apprend dans la pratique du lien avec le patient
Imposer n'est pas soigner !
ca fait partie du job, infirmation et echanges
le medecin propose le malade dispose
Sous estimée
Medecine de tous les jours
éviter le gaspillage intellectuel et financier
repérer les patients inobservants, comprendre pourquoi, et adapter la thérapeutique, afin d'éviter la mise en échec et l'escalade des traitements.
Pour améliorer nos prises en charge
la prise en charge de l'inobservance ne doit pas être l'apanage du seul corps médical, les médias, l'éducation nationale doivent aussi participer, c'est une question aussi de moralité
On surestime souvent les capacités de compréhension des gens et on prescrit trop.
pour mieux argumenter
Pour une bonne efficacité de nos prescriptions
Eviter escalade inutile et nocive de prise en charge inadaptée
améliorer le repérage déjà
l'inobservance (prendre trop ou pas assez un médicament) est une source importante de iatrogénie évitable
je ne sais pas pour qui c'est un problème, les patients sont libres de choisir s'ils veulent ou non suivre un traitement ou un conseil médical, c'est de leur santé qu'il s'agit, ce sont les premiers concernés !
importance dans la prise en charge du patient
Il faut y être sensibilisé pour pouvoir débattre avec nos patients et répondre a leurs questions et leur jugement
L'alliance thérapeutique est majeure
liberté du patient
Pour améliorer la qualité de soins
Inobservance qui me semble tres diverse et pas forcément volontaire de la part du patient
Inefficacite dangerousite

Garante de succès du traitement
Afin d'avoir une consultation plus performante un argumentaire mieux construit connaître les freins à une bonne observance mieux dépister les inobservants
Le teach back par exemple et un élément facile à mettre en place quand on le connaît mais que j'ai découvert après ma formation
Améliorer nos compétences pour la repérer et y remédier (négociations avec les patients++)
Améliorer notre façon de prescrire et donc la prise en charge globale du patient
pour éviter ce gaspillage et aussi afin d'éviter les consultations à répétition
pour nous préparer à la "vraie" pratique et avoir des clés et la "psychologie" nécessaire à l'explication de nos traitements
pour une meilleure appréhension de la problématique et une meilleure prise en charge de nos patients
Parce qu'elle existe et qu'elle influence notre prise en charge des patients et Notre communication
c'est une dimension essentielle à prendre en compte dans la prise en charge des patients
Implicite dans chaque domaine
Pour y penser régulièrement et poser la question
cela touche à la prise en charge globale et est basé sur la communication et l'alliance thérapeutique. notion en fait transversale pouvant être abordée déjà sous plusieurs angles
C'est un paramètre essentiel de prise en charge du patient.
Il faut surtout que le médecin s'attache à prescrire le minimum nécessaire et à bien communiquer avec son patient pour qu'il adhère à notre proposition thérapeutique
La majorité de nos patients sont hors institutions, donc ils font ce qu'ils ont décidé de faire pour eux mêmes comme ils sont et non exactement ce que le Docteur a recommandé de faire. Donc améliorer cette formation initiale améliore la communication du Médecin, au moins en soins primaires. Il y a plein d'autres raisons : réduction de gaspillage de médicaments (coût), de l'énergie du médecin, des soignants (épuisement, découragement, burn out, mauvaise image de son rôle social etc...) ...
NOUS SOMMES PARFOIS SURPRIS PAR LES PATIENTS
Sous estimée
Médecine de tous les jours
importance dans la pratique quotidienne
idem supra
vigilance , prévention
pour qu'on la dépiste mieux donc qu'on la prenne mieux en charge
Pour plusieurs raisons : - Accepter cette donnée et en tenir compte lors de la prescription thérapeutique, - Impliquer le patient au moment du choix du type de ttt, - Ne pas sembler s'acharner sur un patient en multipliant des réponses médicamenteuse qu'il ne comprend peut-être pas.

Tableau 1 : Âge et sexe des médecins généralistes en région Centre val de Loire en 2017
 (Source : CROM Centre Val de Loire)

Médecins généralistes libéraux	Total	Hommes	Femmes	
Effectif total région Centre Val de Loire	1888	1236	652	
Age moyen	54	57	49	
Retraités libéraux actifs	173	158	15	
Age moyen	69	70	66	
Libéraux non retraités	1715	1078	637	
Age moyen	53	55	49	
Médecins généralistes salariés et hospitaliers	Total	Hommes	Femmes	
Effectif total région Centre Val de Loire	954	430	524	
Age moyen	53	55	50	
Médecins généralistes salariés, hospitaliers et libéraux	Total	Hommes	Femmes	
Effectif total région Centre Val de Loire	2842	1666	1176	
Age moyen	54	57	50	

Vu, le Directeur de Thèse

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

DESBOIS Mathilde

Thèse N°193

80 pages – 31 figures – 1 tableau

Résumé :

INTRODUCTION : La non-observance thérapeutique est un enjeu majeur de santé publique compte tenu de sa fréquence (l'OMS estime que près de 50% des traitements prescrits dans le monde sont peu ou mal suivis par les patients concernés) et de ses conséquences sanitaires et économiques. La formation des médecins sur le sujet figure parmi les solutions proposées en réponse à ce constat. L'objectif de cette étude était donc de savoir quelle était la formation initiale médicale de l'inobservance thérapeutique selon les étudiants en médecine et médecins généralistes de la région Centre-val de Loire et si celle-ci était suffisante.

METHODE : Dans cette étude quantitative, des étudiants en médecine de 3^{ème} et 6^{ème} année, des internes et des médecins généralistes de la région Centre-Val de Loire ont été interrogés par le moyen de questionnaires en ligne au sujet de leur pratique et de leur formation initiale sur l'inobservance.

RESULTATS : La non-observance est enseignée lors de la formation initiale et cet enseignement semble se renforcer avec le temps car 75% des étudiants estimaient avoir reçu un enseignement sur le sujet, contre 55% des internes et 30% des médecins interrogés. Toutefois, la majeure partie des trois groupes considérait cet enseignement comme insuffisant.

DISCUSSION : Sur ce constat, il serait intéressant d'évaluer, par une étude qualitative par exemple, la manière dont cet enseignement pourrait être amélioré : quel contenu, à quel moment dans la formation, selon quelles modalités d'enseignement ? On peut également s'interroger sur la manière dont les autres professionnels de santé abordent la problématique et son enseignement, voire éventuellement envisager une formation commune.

Mots clés : Non-observance thérapeutique – Inobservance thérapeutique – Formation initiale – Etudiants en médecine – Médecine générale – Relation médecin-patient.

Jury :

Président du Jury : Professeur Patrice DIOT
Membres du Jury : Professeur Pierre-François DEQUIN
Docteur Guillaume GRAS
Professeur Jean-Pierre LEBEAU
Professeur François MAILLOT
Docteur Yves MAROT

Date de la soutenance : 21 Décembre 2017