



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2017

Thèse N°172

Observance des thérapeutiques chroniques

Etat des lieux et déterminants

Exemple : le diabète de type 2

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 23/06/2017

PAR

Mme. **lyda EL FAQYR**

Née Le 01 Janvier à ESSAOUIRA

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES

Observance- Adhésion - Diabète type 2-Déterminants

JURY

Mme.	L. ESSAADOUNI Professeur de Médecine interne	PRESIDENTE
Mr.	H. QACIF Professeur agrégé de Médecine interne	RAPPORTEUR
Mr.	M. ZYANI Professeur agrégé de Médecine interne	} JUGES
Mr.	H. BAIZRI Professeur agrégé d'Endocrinologie	
Mr.	N. ZEMRAOUI Professeur agrégé de Néphrologie	

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك
التي أنعمت عليّ وعلى والديّ
وأن أعمل صالحاً ترضاه
وأصلح لي في ذريّتي إني تبت
إليك وإني من المسلمين"
صدق الله العظيم



Serment d'hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

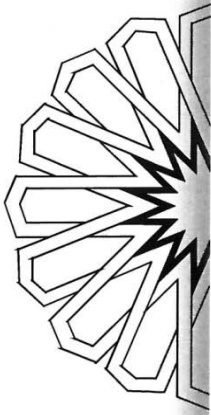
Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





*LISTE
DES
PROFESSEURS*

UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires : Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen : Pr. Mohammed BOUSKRAOUI
Vice doyen à la Recherche et la Coopération : Pr. Mohamed AMINE
Vice doyen aux Affaires Pédagogiques : Pr. Redouane EL FEZZAZI
Secrétaire Générale : Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	ETTALBI Saloua	Chirurgie réparatrice et plastique
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	FINECH Benasser	Chirurgie – générale
ADMOU Brahim	Immunologie	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KISSANI Najib	Neurologie
AMAL Said	Dermatologie	KOULALI IDRISSE Khalid	Traumato- orthopédie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie -Virologie	LMEJJATI Mohamed	Neurochirurgie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique B	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale

ASRI Fatima	Psychiatrie	MAHMAL Lahoucine	Hématologie - clinique
BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie - générale	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BOUAITY Brahim	Oto-rhino- laryngologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BOUGHALEM Mohamed	Anesthésie - réanimation	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie - chimie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio- Vasculaire	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie A	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie A	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
CHABAA Laila	Biochimie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
CHAKOUR Mohamed	Hématologie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	SAIDI Halim	Traumato- orthopédie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
DAHAMI Zakaria	Urologie	SARF Ismail	Urologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SBIHI Mohamed	Pédiatrie B
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique A/B
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie B	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique A
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	GHOUNDALE Omar	Urologie

ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADALI Imane	Psychiatrie	HADEF Rachid	Immunologie
ADALI Nawal	Neurologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique A	HAOUACH Khalil	Hématologie biologique
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique B
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique A	JALAL Hicham	Radiologie
ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire périphérique	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique B
ALJ Soumaya	Radiologie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
BAHA ALI Tarik	Ophtalmologie	LAKMICHY Mohamed Amine	Urologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BASRAOUI Dounia	Radiologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie A
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique A	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MOUFID Kamal	Urologie
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie B	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BENJILALI Laila	Médecine interne	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie

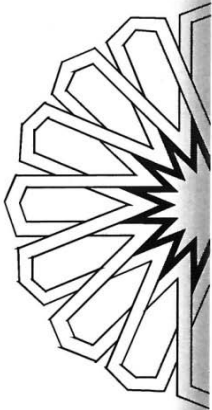
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique B	QACIF Hassan	Médecine interne
BOURRAHOUIAT Aicha	Pédiatrie B	QAMOUISS Youssef	Anesthésie- réanimation
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie A	RADA Nouredine	Pédiatrie A
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	RBAIBI Aziz	Cardiologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SORAA Nabila	Microbiologie - virologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie A	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZYANI Mohammed	Médecine interne
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	RAFIK Redda	Neurologie

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie - Cytogénétique
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	KADDOURI Saïd	Médecine interne
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie

ALAOUI Hassan	Anesthésie - Réanimation	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
AMINE Abdellah	Cardiologie	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LALYA Issam	Radiothérapie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale
BELBACHIR Anass	Anatomie-pathologique	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie - Réanimation	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BENHADDOU Rajaa	Ophtalmologie	MOUHADI Khalid	Psychiatrie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie (Neonatalogie)	MOUNACH Aziza	Rhumatologie
BOUCHAMA Rachid	Chirurgie générale	MOUZARI Yassine	Ophtalmologie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
BOUKHRIS Jalal	Traumatologie - orthopédie	NADOUR Karim	Oto-Rhino - Laryngologie
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
CHRAA Mohamed	Physiologie	OUEIRAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	REBAHI Houssam	Anesthésie - Réanimation
DIFFAA Azeddine	Gastro- entérologie	RHARRASSI Isam	Anatomie-pathologique
EL HARRECH Youness	Urologie	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	SAOUAB Rachida	Radiologie
EL MEZOUARI EI Moustafa	Parasitologie Mycologie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie - Réanimation
ELOATNI Mohamed	Médecine interne	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
ESSADI Ismail	Oncologie Médicale	SERHANE Hind	Pneumo- phtisiologie
FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique

FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio- organique	YASSIR Zakaria	Pneumo- phtisiologie
FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
HAZI Mirieme	Rhumatologie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
GHOZLANI Imad	Rhumatologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique
Hammoune Nabil	Radiologie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio- Vasculaire



DÉDICACES

*Ce moment est l'occasion d'adresser mes remerciements et
ma reconnaissance et de dédier cette thèse*



Je dédie cette thèse

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Mr DRISS EL FAQR

Aucun mot, aucune expression, aucun remerciement ne saurait exprimer ma gratitude et ma reconnaissance pour tout ce que vous m'avez offert, pour tout ce que vous avez enduré pour que je puisse être là où je suis maintenant.

Grâce à vos prières j'ai pu surmonter tous les obstacles.

Veillez, cher père, du haut du ciel, accepter cet humble travail qui n'égale en rien vos sacrifices mais qui témoignera de mon grand amour et reconnaissance.

J'espère pouvoir vous honorer de plus en plus et être à l'image de vos souhaits.

Que Dieu nous unisse dans son paradis.

A MA CHERE MERE

Mme MALIKA ANAB

Que serait ma vie sans toi maman ?

Nourrie par tes qualités et enseignements, je ne peux être qu'heureuse.

Tu m'as toujours comblé d'amour, de tendresse et d'affection.

Tu es la lumière qui jaillit dans mes jours et mes soirs.

Tu as usé de ta santé par tant de sacrifices... j'en suis reconnaissante.

Les mots me manquent pour décrire la formidable mère que tu es.

Puisse Dieu tout puissant, t'accorder longévité et bonne santé.

Pour que tu puisses me voir accomplir tous tes rêves.

A MON MARI

Merci Pour m'avoir trouvé après toutes ces années.

Pour ta présence au quotidien à mes côtés, pour m'avoir supporté sans faillir tous ces derniers mois, merci. Pour tout ce que tu m'apportes, merci. Pour tout cela et pour bien d'autres choses merci.

*A MES CHERES BAHIJA ALLAM, AMINA ALLAM ET LEURS
MARIS ET ENFANTS*

Vous avez toujours été une flamme qui a illuminé mon chemin, Permettez-moi de vous témoigner tout le respect que vous méritez ainsi que ma profonde affection et gratitude que je vous porte sans condition.

A MA CHERE MARIE-PIERRE

Je ne peux te remercier pour toutes les belles choses que tu m'as offertes, pour ta présence à mes côtés durant toutes ces années, que Le grand Dieu t'offre santé et prospérité toi et ta famille.

*A MES CHERES SOEURS, DOUNNYA, KAWTAR, JAMILA,
KHADIJA ET FATIMA.*

Je ne peux exprimer à travers ces lignes tous mes sentiments d'amour et de tendresse envers vous. Puisse l'amour et la fraternité nous unissent à jamais. Je vous souhaite la réussite dans votre vie, et avec tout le bonheur qu'il faut pour vous combler.

A MES CHERES AMI(E)S

Meriem, Zineb, Meryeme, hafsa

layla, leila, Nidal, Zahra, Khadija

Nous avons partagé tellement de moments ensemble, Je ne saurais trouver une expression témoignant de ma reconnaissance et des sentiments de fraternité que je vous porte. Je vous dédie ce travail en témoignage de notre amitié que j'espère durera toute la vie.

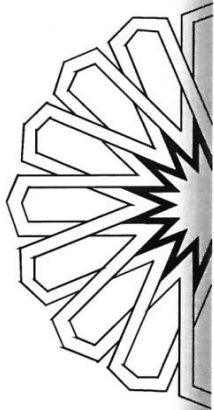
A Dr Abaino, Dr Errafiaa, Dr Sidibe

*Je ne peux vous remercier pour m'avoir soutenu, sans conditions
et de m'avoir aidé pour pouvoir accomplir ce travail.*

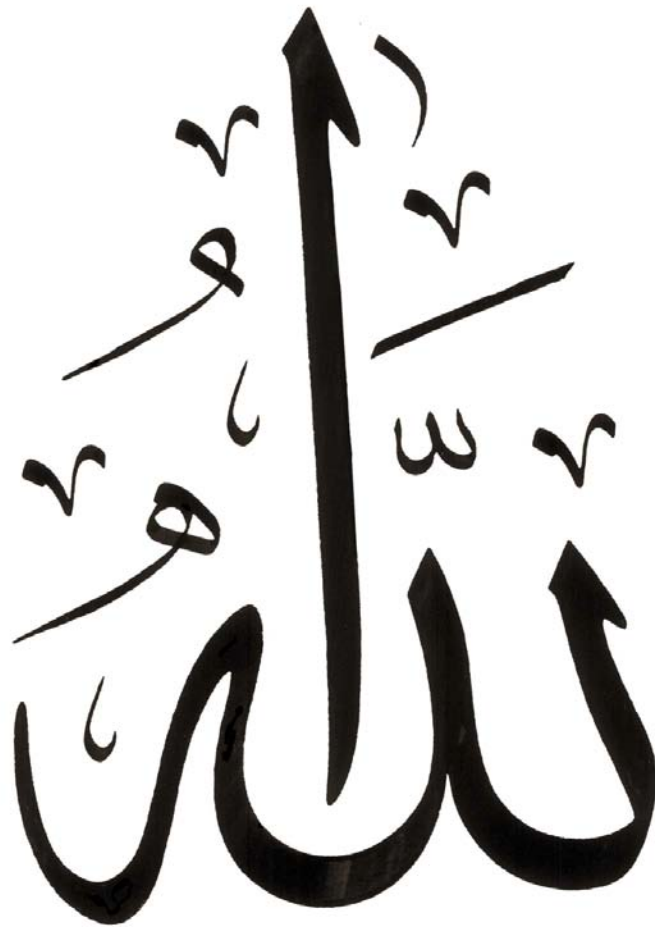
A TOUS MES COLLEGUES

*A tous les moments qu'on a passé ensemble, à tous nos souvenirs ! Je vous souhaite à
tous longue vie pleine de bonheur et de prospérité. Je vous dédie ce travail en
témoignage de ma reconnaissance et de mon respect. Merci pour tous les moments
formidables qu'on a partagés.*

*A ceux et celles qui ont un jour contribué à notre éducation, à ceux que j'aurais
involontairement omis de citer, ce n'est qu'un oubli. Merci d'accepter mes excuses et
ce modeste travail que je vous dédie avec toute mon affection.*



REMERCIEMENTS



A Allah

*Créateur de la terre et des cieux, Tu as voulu
Et Tu as permis que ce jour arrive. Par Ta miséricorde,
Ta bonté et Ta grâce Tu m'as assisté tout au long de ma vie.
Je te prie d'accepter ce modeste travail en témoignage
De ma reconnaissance et de ma foi.*

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :

Pr. ESSAADOUNI LAMIAA

Professeur de Médecine interne au CHU Mohammed VI

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant la présidence de notre jury.

Vos qualités professionnelles nous ont beaucoup marqué mais encore plus votre gentillesse et votre sympathie.

Votre enseignement restera pour nous un acquis de grande valeur.

Veillez accepter, cher Maître, dans ce travail nos sincères remerciements et toute la reconnaissance que nous vous témoignons.

A notre maître et rapporteur de thèse

Professeur QACIF HASSAN

Professeur de Médecine interne à l'Hôpital militaire Avicenne

Pour tous les efforts inlassables, et toute la patience que vous avez déployée pour que ce travail soit élaboré.

Vos qualités scientifiques, pédagogiques et humaines, qui m'ont profondément émue, resteront pour moi un exemple à suivre dans l'exercice de ma profession.

Ce fut pour moi, un honneur et un grand plaisir d'avoir préparé ma thèse sous votre guidance et nul mot ne qualifie ma gratitude.

Je vous prie de bien vouloir trouver dans ce travail le témoignage de ma reconnaissance et de mes sentiments les meilleurs.

MONMAITRE ET JUGE DE THÈSE

PROFESSEUR ZYANI MOHAMMED

Professeur de Médecine interne à l'Hôpital militaire Avicenne

Nous vous remercions de nous avoir honorés par votre présence. Nous vous remercions de votre Enseignement et nous vous sommes très reconnaissants de bien vouloir porter intérêt à ce travail.

Vous avez accepté aimablement de juger cette thèse. Cet honneur nous touche infiniment et nous tenons à vous exprimer notre profonde reconnaissance. Veuillez accepter, chère maître, dans ce travail l'assurance de notre estime et notre profond respect

MONMAITRE ET JUGE DE THÈSE

Professeur BAIZRI HICHAM

Professeur d'endocrinologie à l'Hôpital militaire Avicenne

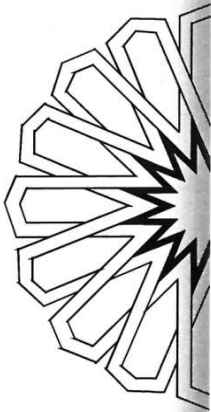
Votre présence au sein de notre jury constitue pour nous un honneur. Au cours de nos études, votre professionnalisme ainsi que votre gentillesse nous ont grandement impressionnés. Qu'il nous soit permis de vous présenter, par ce travail, le témoignage de notre respect

MONMAITRE ET JUGE DE THÈSE

Professeur ZEMRAOUI NADIR

Professeur de néphrologie à l'Hôpital militaire Avicenne

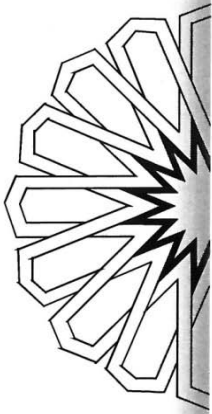
Vous nous avez fait l'honneur de faire partie de notre jury. Nous avons pu apprécier l'étendue de vos connaissances et vos grandes qualités humaines. Veuillez accepter, Professeur, nos sincères remerciements et notre profond respect.



ABRÉVIATIONS

Liste des abréviations

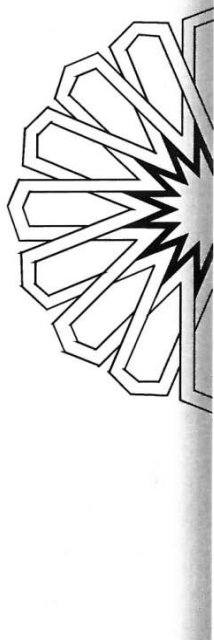
DT2	Diabète type 2
DT1	Diabète type 1
ADO	Antidiabétiques oraux
OT	Observance thérapeutique
HTA	Hypertension artérielle
ETP	Education thérapeutique
GC	Glycémie capillaire
ASG	Auto-surveillance glycémique
MEMS	Medication Event Monitoring System
MPR	Medication Possession Ratio
OMS	Organisation mondiale de la santé
HAS	Haute autorité de santé
HbA1C	Hémoglobine glyquée
VIH	Virus de l'Immunodéficience humaine
LDL	Light Density Protein
MCV	Maladies cardiovasculaires
RCV	Risque cardiovasculaire
VIH	Virus d'immunodéficience humaine
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise



PLAN

INTRODUCTION	1
MATÉRIELS ET MÉTHODES	4
I. Objectifs	5
II. Critères d'inclusion	5
III. Les critères d'exclusion	5
IV. Population et échantillonnage	6
V. Recueil des données	6
1. Description du questionnaire	6
2. Données biométriques et médicales	7
3. Relation entre le patient et l'équipe médicale	7
VI. Analyse statistique	7
VII. Difficultés de l'étude	7
RÉSULTATS	8
I. Caractéristiques de la population	9
1. Les caractéristiques biométriques	9
2. Les caractéristiques médicales	13
II. Description des thérapeutiques	18
1. Les thérapeutiques hypoglycémiantes	18
2. Les traitements associés	19
III. Taux de l'observance thérapeutique	20
1. Traitements antidiabétiques	20
2. Les traitements associés	22
3. L'auto-surveillance glycémique	23
IV. Les facteurs liés à l'observance thérapeutique	24
1. Facteurs de l'observance liés au patient	24
2. Facteurs de l'observance liés au traitement	26
3. Facteurs de l'observance liés au système de soin	28
4. Les facteurs de l'observance liés à la maladie	31
DISCUSSION	33
I. Données épidémiologiques	34
II. Définitions	37
1. L'observance	37
2. La compliance	37
3. L'adhérence et L'adhésion	38
4. La persistance	39
5. L'inertie thérapeutique	39
6. L'alliance thérapeutique	40
7. Définition du seuil de l'observance	40
8. Déterminants de l'observance thérapeutique	41
III. Mesure de l'observance thérapeutique	47
1. Les moyens directs	47

2. Les moyens indirects.....	48
IV. La non-observance thérapeutique.....	50
1. Non-observance médicamenteuse.....	51
2. Non-observance aux mesures hygiéno-diététiques.....	51
3. Non-observance au suivi.....	52
V. Discussion de nos résultats.....	53
1. Taux de l'observance thérapeutique.....	53
2. Facteurs liés à l'observance thérapeutique.....	62
3. Interventions visant à améliorer l'observance thérapeutique.....	77
VI. Perspectives.....	84
1. Stratégies de rappel du patient.....	84
2. La simulation.....	86
3. Compagnes.....	86
VII. Limites de notre étude.....	86
CONCLUSION.....	87
ANNEXES.....	89
RESUMES.....	95
BIBLIOGRAPHIE.....	99



INTRODUCTION

La question de l'observance se posait dans la pratique médicale depuis plus de 2500 ans avec Hippocrate, mais ce n'est qu'en 19^{ème} siècle et notamment avec la révolution pastorienne, l'apparition de la tuberculose, les avancées thérapeutiques et l'émergence de traitements efficaces contre le SIDA, que les médecins ont commencé à s'interroger sur l'échec thérapeutique et à réfléchir sur l'observance des patients. On s'est aperçu qu'avant de conclure à l'inefficacité d'un traitement, il fallait peut-être prêter attention à l'attitude du patient vis-à-vis du traitement. En effet, « les médicaments ne marchent pas chez les patients qui ne les prennent pas » [1].

Selon la définition fondatrice de Haynes (1979), la notion d'« observance thérapeutique » se définit comme « l'importance avec laquelle les comportements (en termes de prise de médicaments, de suivi de régime ou de changements de mode de vie) d'un individu coïncident avec les conseils médicaux ou de santé » [2]. L'« inobservance thérapeutique » se définira donc comme l'absence de concordance entre les comportements des patients et les recommandations médicales [3]. Le défaut d'observance thérapeutique concerne donc tous les gestes du traitement: venir aux consultations, prendre les médicaments tels qu'ils sont prescrits, commencer et poursuivre un traitement, surveiller son efficacité, faire une auto-surveillance, pratiquer une kinésithérapie, accepter des modifications de style de vie, renoncer à des comportements à risque comme le tabagisme, des addictions, réaliser des examens complémentaires demandés.

Selon la définition opérationnelle avancée par C. TouretteTurgis et son équipe, l'observance thérapeutique désigne « les capacités d'une personne à prendre un traitement selon une prescription donnée. Ces capacités sont influencées positivement ou négativement par des cofacteurs cognitifs, émotionnels, sociaux et comportementaux qui interagissent entre eux » [122].

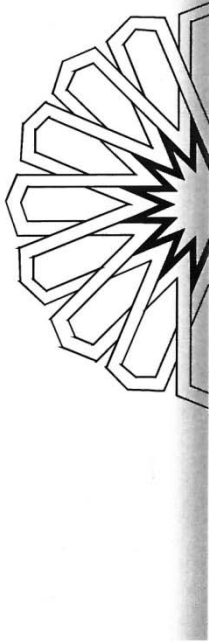
Cette problématique est devenue une question cruciale dans la stratégie thérapeutique et dans la prise en charge des patients comme en témoigne le nombre croissant de publications sur ce thème.

Notre travail est une étude transversale descriptive incluant 180 malades suivis pour DT2 au niveau du service de consultation externe au sein de l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech, ayant comme objectif d'évaluer l'observance thérapeutique dans les maladies chroniques et les facteurs qui l'influencent dans la population marocaine en prenant comme exemple les sujets diabétiques de type2.



« Dans toutes les maladies, la présence d'esprit et la bonne volonté à prendre ce qui est administré annoncent un avenir heureux ; le contraire est un mauvais signe (Hippocrate)

IMAGE D'HYPOCRATE DIALI Pise, 2009 © serge cannasse



MATÉRIELS
&
MÉTHODES

Il s'agit d'une étude épidémiologique transversale descriptive portant sur 180 patients suivis pour DT2 en consultation de médecine interne, d'endocrinologie et de néphrologie de l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech, sur une période de 06 mois s'étalant du mois d'Octobre 2016 au mois de Mars 2017.

I. Objectifs

Les objectifs de notre étude sont:

- 1- Evaluer le niveau d'observance thérapeutique chez un échantillon de 180 malades suivis pour DT2 au sein de l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech.
- 2- Identifier les facteurs influençant l'observance thérapeutique.
- 3- Sensibiliser les équipes soignantes à l'importance de l'observance thérapeutique.
- 4- Proposer des interventions permettant de renforcer l'observance de nos patients.

II. Critères d'inclusion

- Patient vu en consultation de médecine à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech.
- Patient atteint d'un DT2 selon les critères diagnostiques admis.
- Patient recevant une thérapeutique médicamenteuse per os ou injectable en sous cutané disponible au Maroc.
- Patient consentant

III. Les critères d'exclusion

- Patient diabétique de type 2 sous régime seul
- Patient diabétique de type 1
- Patient non consentant
- Patient présentant des difficultés de communication

IV. Population et échantillonnage

La population concernée est représentée par les sujets diabétiques de type 2 qui se présentent à la consultation. On a utilisé la méthode d'échantillonnage accidentel. On a interrogé les premières personnes qui se présentaient à la consultation.

V. Recueil des données

Un questionnaire a été élaboré au sein du service de médecine interne et d'endocrinologie de l'hôpital militaire Avicenne (Annexe 1), avec pour objectif d'évaluer de la façon la plus pertinente possible l'observance et le vécu du patient.

Les questionnaires ont été distribués par des personnels de l'équipe médicale lors de l'accueil des patients en consultation en respectant les critères d'inclusion. Ils étaient expliqués de façon individuelle aux patients, qui étaient informés de son intérêt pour un travail de thèse et pour la proposition de leviers pouvant améliorer de façons considérable la prise en charge des patients souffrant de pathologies chroniques. Les patients étaient encouragés à répondre de la façon la plus juste possible.

1. Description du questionnaire

Il comprend différents éléments : biométrie, un chapitre sur la pathologie, une partie sur la prise médicamenteuse, une partie sur la relation médecin-malade.

2. Données biométriques et médicales

Différentes données biométriques ont été explorées pour qualifier l'échantillon mais également pour rechercher des facteurs pouvant avoir un effet sur l'observance thérapeutique (âge, sexe, poids et taille afin de calculer l'indice de masse corporelle (IMC). La durée d'évolution du diabète ainsi que le type de traitement : comprimés, insuline ou associations.

Il a été mis en parallèle le ressenti du patient, concernant sa prise médicamenteuse à l'aide de l'entretien médicale, combinée au questionnaire. La pratique de l'auto-surveillance glycémique était également évaluée. Les données relatives à la prise des antihypertenseurs et des hypolipémiants étaient aussi rapportées.

3. Relation entre le patient et l'équipe médicale

La dernière partie du questionnaire est consacrée à la relation avec les professionnels de santé. Nous avons cherché à explorer la qualité de la relation entre les soignants et le patient et son ressenti à travers des questions simples.

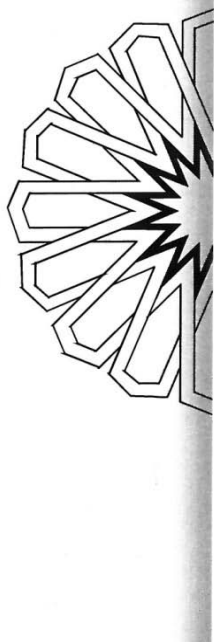
VI. Analyse statistique

La collecte et l'analyse des données ont été réalisées à l'aide du logiciel Excel. Les résultats sont exprimés en nombres, en moyennes et en pourcentages.

VII. Difficultés de l'étude

Les difficultés auxquelles nous nous sommes confrontées sont:

- Le non consentement de certains patients, ce qui a limité la taille de l'échantillon.
- L'analphabétisme de 26 % de nos patients a fait qu'on a eu recours à la méthode de questionnaire dirigé combiné à l'entretien médicale et non pas à l'auto-questionnaire.



RÉSULTATS

I. Caractéristiques de la population

1. Les caractéristiques biométriques

180 patients diabétiques de type 2 ont été inclus lors de leur admission en consultation de médecine interne, d'endocrinologie, et de néphrologie.

1.1. L'âge

La moyenne d'âge était de 57 ans avec des extrêmes allant de 32 à 80 ans.

Tableau I : Répartition de la population selon les tranches d'âge

	Nombre de malades	Pourcentage %
< 45 ans	15	8
45- 65 ans	135	75
Plus de 65 ans	30	17
Total	180	100

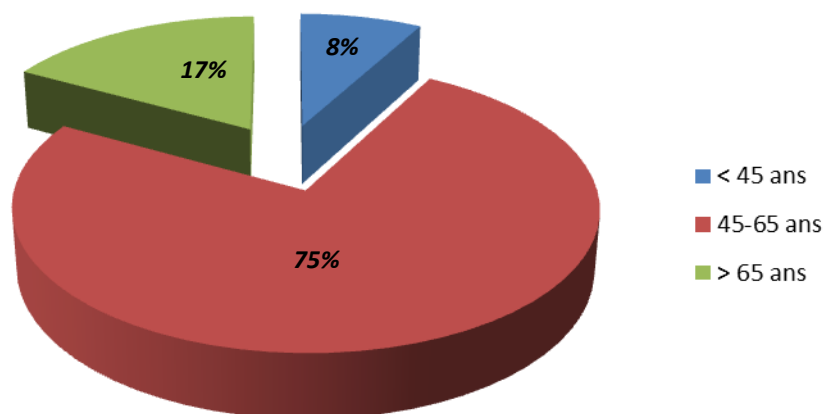


Figure 1 : Répartition des patients selon les tranches d'âge

1.2. Le sexe

Le sexe ratio est de 1.5 avec un total des hommes de 107 (60%)

Tableau II: Distribution des malades selon le sexe

	Nombre de malades	Pourcentage %
Hommes	107	60
Femmes	73	40
Total	180	100

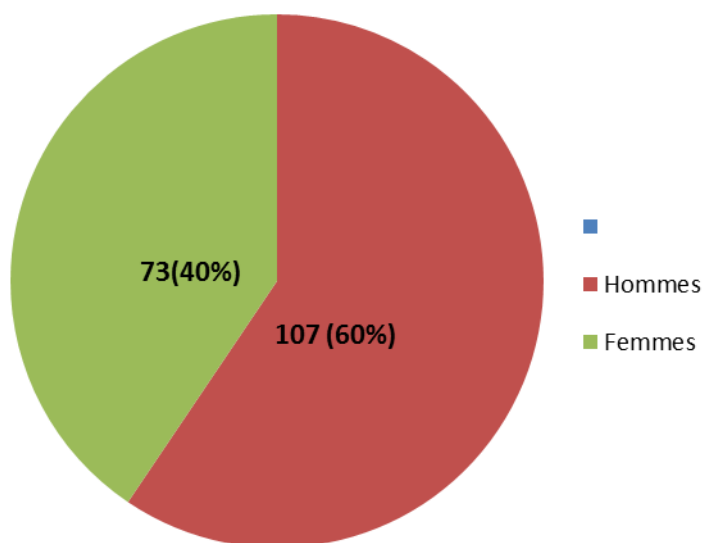


Figure2 : Répartition des patients selon le sexe

1.3. L'index de masse corporelle

26% des patients inclus avaient une corpulence normale, 53% étaient en surpoids, 16% avaient une obésité modérée, et 3% avaient une obésité sévère.

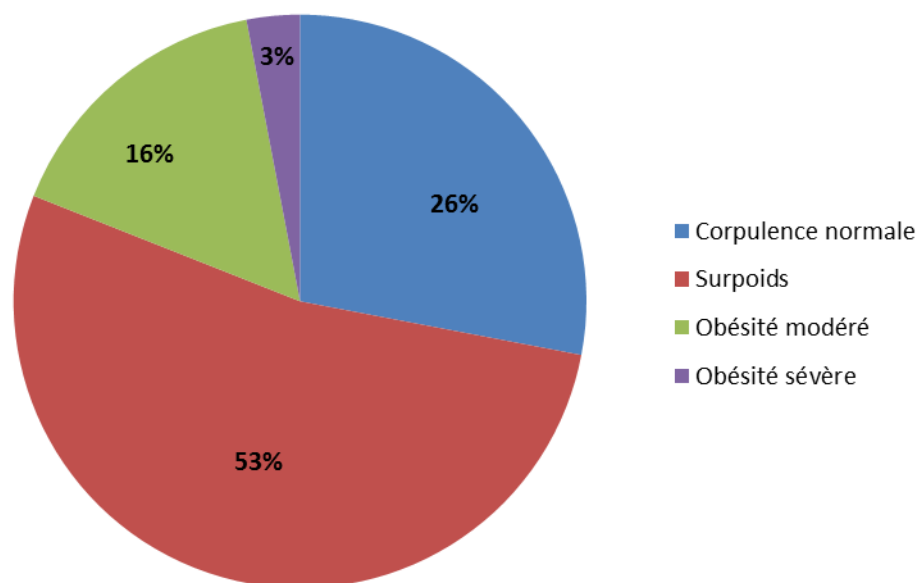


Figure3 : Répartition des patients selon l'IMC

1.4. La situation familiale

90% des malades de notre échantillon étaient mariés, 2 % célibataires, 8 % veufs et 0 % divorcés.

Tableau III: Répartition des patients selon la situation familiale

Situation familiale	Nombre de malades	Pourcentage
Célibataire	4	2
Marié (e)	161	90
Divorcé (e)	0	0
Veuf (ve)	15	8
Total	180	100

1.5. Le niveau d'étude

25% des patients étaient non scolarisés, 32% avaient un niveau scolaire élémentaire, 36% avaient un niveau secondaire et 5% ont fait des études universitaires.

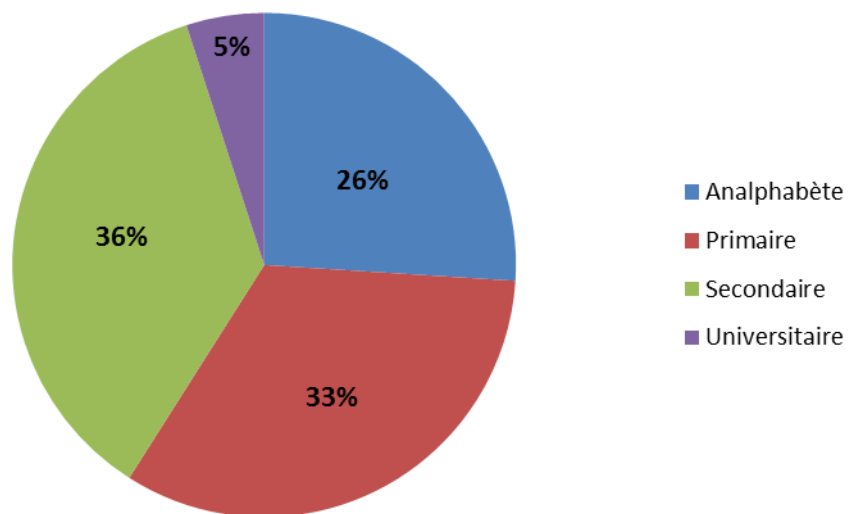


Figure4 : Répartition des patients selon le niveau d'étude

1.6. Le niveau socio-économique

Le niveau socioéconomique était faible chez 35 % des patients, moyen chez 60% et bon chez 5% des patients.

Tableau IV : Répartition des patients selon le niveau socio-économique

Niveau socio-économique	Nombre de malades	Pourcentage
Bon	10	5
Moyen	108	60
Faible	62	35
Total	180	100

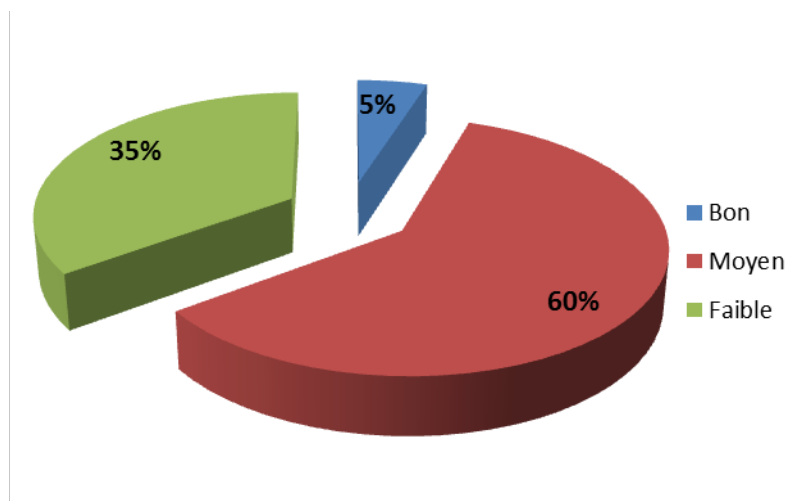


Figure5 : Distribution des patients selon le niveau socio-économique

2. Les caractéristiques médicales

2.1. L'ancienneté du diabète

Sur l'ensemble des malades inclus, la durée moyenne du diabète était de 9.76 ans avec des extrêmes allant de 1 à 35 ans.

2.2. Les pathologies associées

32% de nos patients avaient une HTA associée, 14% prenaient un traitement hypolipémiant, dont 8% avaient une dyslipidémie associée, et 6% sans anomalies du bilan lipidique, l'insuffisance coronarienne et la néphropathie existaient chez 6% des malades. 8 % avaient une rétinopathie, 3 % avaient une dysthyroïdie associée, et 1% avaient un cancer associé.

Tableau V : Répartition des patients selon les pathologies associées

Pathologie associée	Nombre de malades	Pourcentage
Diabète isolé	95	52,77
HTA	59	32
Dyslipidémie	14	8
Néphropathie	12	6
Rétinopathie	14	8
Insuffisance coronarienne	12	6
Dysthyroïdie	5	3
Néoplasie	2	1,11

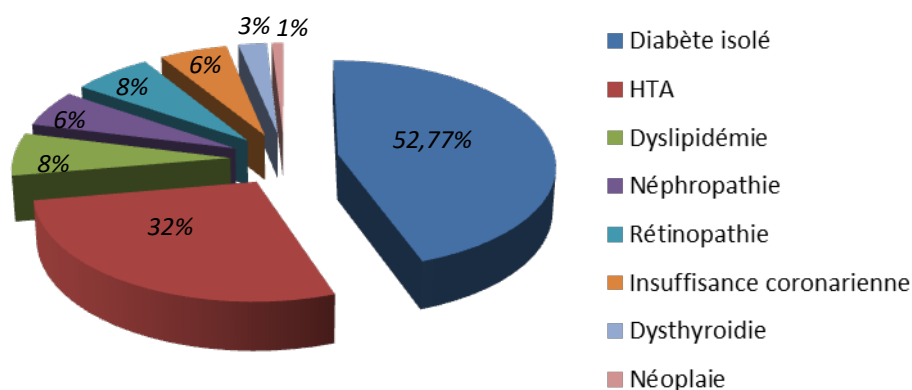


Figure6 : Répartition des patients selon les pathologies associées

2.3. Le nombre de médecins traitants

69% de nos patients étaient suivis par un seul médecin, 26% étaient suivis par 2 médecins, et 5 % avaient 3 médecins traitants.

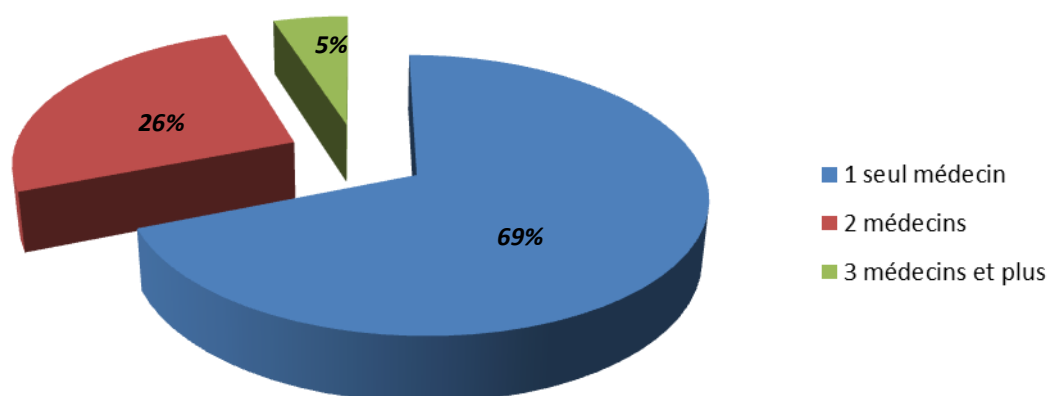


Figure7 : Répartition des patients selon le nombre des médecins traitants

2.4. Le nombre des médicaments par prescription

Ce nombre variait de 1 à 6 médicaments avec une moyenne de 2,69.

- 45% de nos patients avaient une prescription qui contenait au moins 3 médicaments
- 40% prenaient 2 médicaments
- 15% étaient sous monothérapie.

Nombre de patients

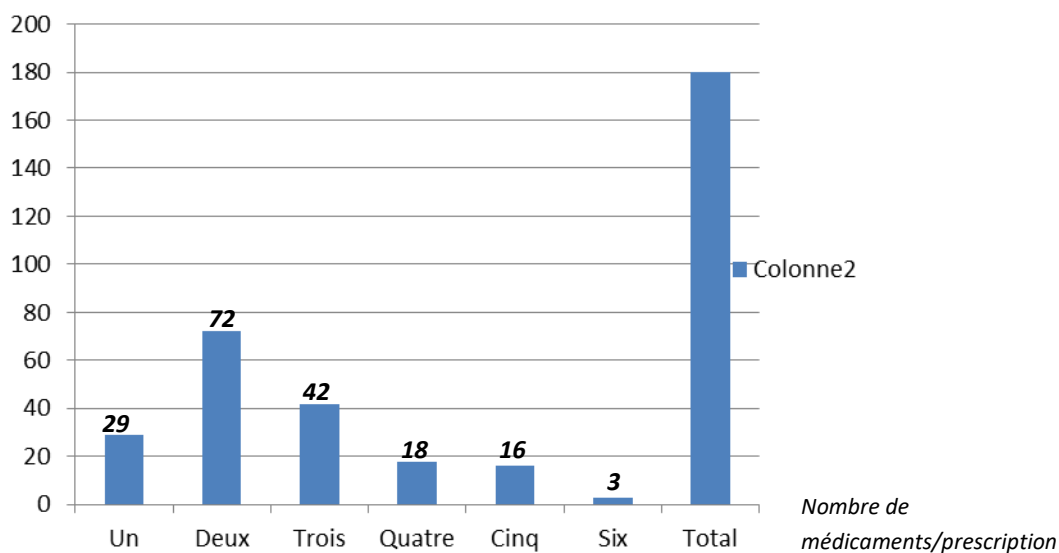


Figure8 : Répartition des patients en fonction du nombre des médicaments prescrits

2.5. Le nombre de prises quotidiennes

Le nombre des prises journalières variait entre 1 prise et 3 prises par jour.

- 62% des patients interrogés prenaient leurs médicaments 3 fois par jour.
- 34% les prenaient 2 fois par jour.
- 4% avaient une prise journalière unique.

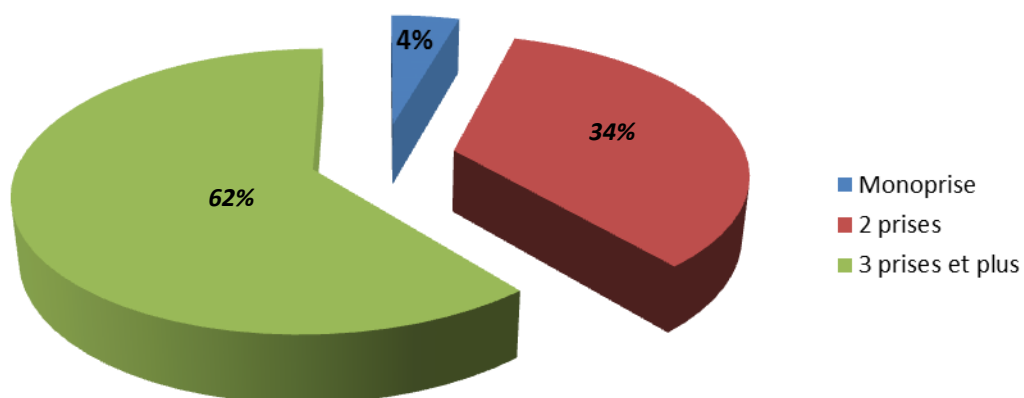


Figure9 : Répartition des patients selon le nombre de prises médicamenteuses quotidiennes

2.6. Le rythme des consultations

Nos patients consultaient un diabétologue moyennement une fois tous les 4 mois, avec des extrêmes allant de 15 jours à 6 mois.

2.7. La durée de l'entretien médicale

Nos patients demeuraient dans le cabinet de consultation, en présence du médecin traitant pendant une période moyenne de 11,46 min, avec des extrêmes allant de 5 min à 30 min.

Tableau VI : Résumé des caractéristiques biométriques et médicales de nos patients

Variables	N	%	Moyenne
Age			57 ans
<45ans	15	8	
45-65 ans	135	75	
< 65 ans	30	17	
Sexe			26 kg/m2
Masculin	107	60	
Féminin	73	40	
IMC			
Situation familiale			
Célibataire	4	2	
Marié(e)	161	90	
Veuf (ve)	15	8	
Divorcé(e)	0	0	
Niveau d'étude			
Analphabète	46	26	
Primaire	59	33	
Secondaire	65	36	
Universitaire	9	5	
Niveau socio-économique			
Bon	10	5	
Moyen	108	60	
Faible	62	35	
Ancienneté moyenne de diabète (par années)			9,76 ans
Nombre de médecins traitants			
1 seul	124	69	
2 médecins	46	26	
3 médecins et plus	10	5	
Nombre de médicaments			
1 seul	28	15	
2 médicaments	72	40	
3 et plus	80	45	
Nombre de prises journalières			
1 seule	8	4	
2 prises	62	34	
3 prises et plus	110	62	
Rythme des consultations			4 mois
Durée de l'entretien médicale			11,46 min

II. Description des thérapeutiques

1. Les thérapeutiques hypoglycémiantes

45% des patients étaient sous biguanide dont la metformine seule ou en association avec les autres traitements insulinosécreteurs. 55% étaient sous insulinothérapie selon 03 schémas (bed-time en association avec les traitements oraux, prémixés, ou basale bolus).

Tableau VII : Les différentes thérapeutiques hypoglycémiantes observées chez nos patients

Schéma thérapeutiques		Nombre de patients	Pourcentage
Biguanide (Métformine) seul		21	12%
Métformine+ insulinosécreteur	Sulfamides hypoglycémiantes	42	23%
	Analogue GLP1	18	10%
insulinothérapie	Avec les associations sus-décrites	27	15%
Insuline + métformine	02 injections	24	13.33%
	03 injections	8	4.5%
	04 injections	30	16.66%

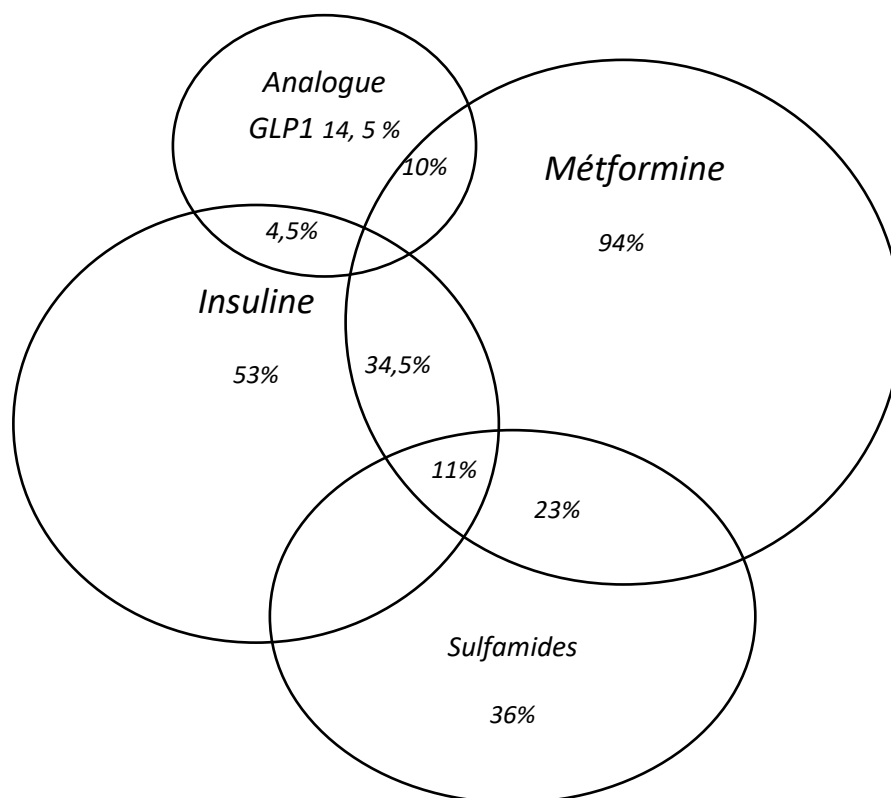


Figure 10 : Les différentes associations thérapeutiques décrites chez nos patients

2. Les traitements associés

Tableau VIII : Répartition des patients selon les traitements associés aux hypoglycémiantes

Traitement associé	Nombre de malades	Pourcentage
Monothérapie anti-HTA	62	34,5
Bithérapie anti-HTA	20	11
Hypolipémiant/bilan lipidique perturbé	14	8
Hypolipémiant /bilan lipidique normal	65	36

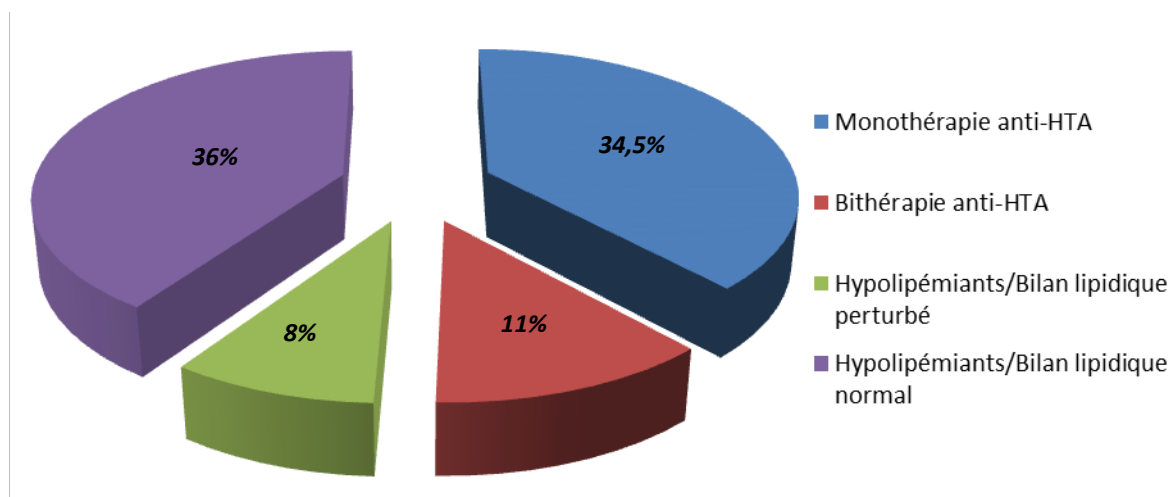


Figure 11: Répartition des patients selon les traitements associés aux hypoglycémiantes

III. Taux de l'observance thérapeutique

1. Traitements antidiabétiques

1.1. Les anti-diabétiques oraux

Au moins un antidiabétique oral était indiqué chez 100% des patients. 54% de la totalité des patients sous ADO prenaient régulièrement leur traitement. Tandis que 46% des patients ne se conformaient pas à la prescription médicale.

Tableau IX: Taux de l'observance des ADO chez nos patients

	Nombre de malades	Pourcentage
Observants	97	54
Non observants	83	46
Total	180	100

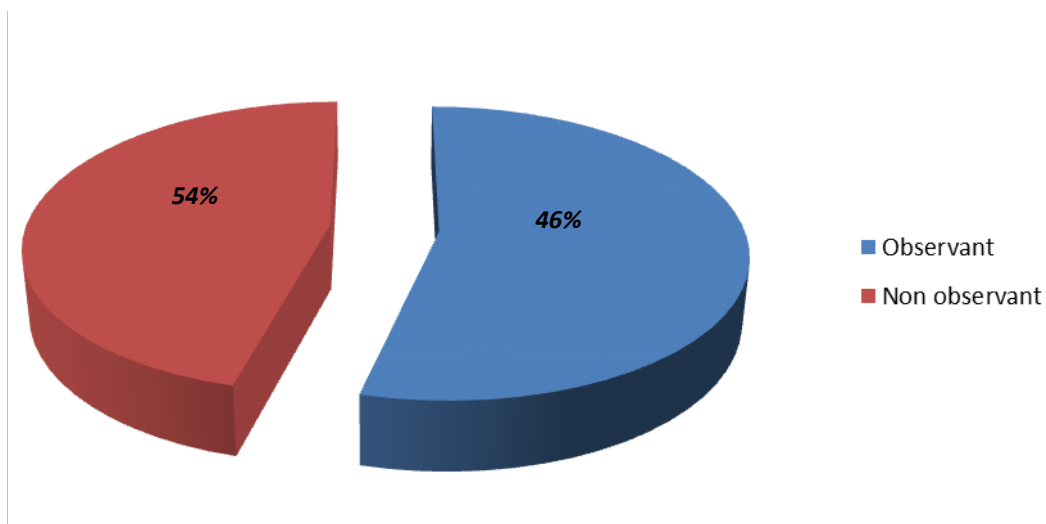


Figure 12 : Taux de l'observance des ADO chez nos patients

1.2. L'insuline

Parmi les 97 patients de notre série qui étaient sous insuline, 64% suivaient strictement le protocole prescrit par le médecin et n'ont oublié aucune injection au cours du mois précédent, et 36% ont oublié leur injection au moins 1 fois au cours de la période précédemment décrite.

Tableau X : Taux de l'observance de l'insulinothérapie chez nos patients

	Nombre de malades	Pourcentage
Observant	62	64
Non observant	35	36
Total	97	100

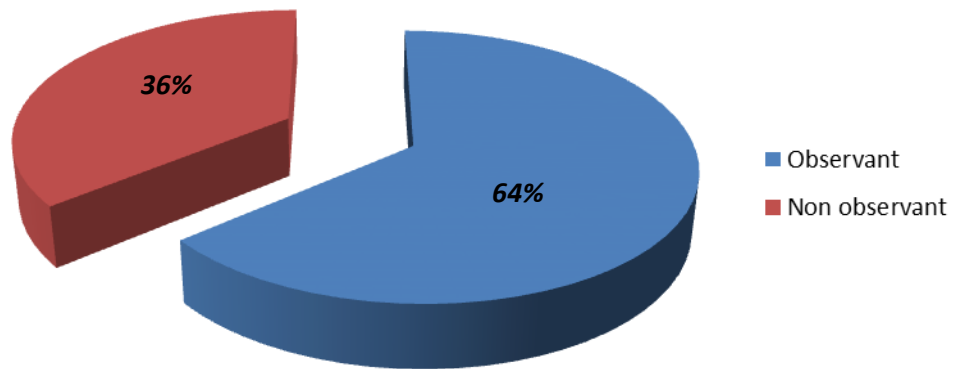


Figure13 : Taux de l'observance de l'insulinothérapie chez nos patients

2. Les traitements associés

2.1. Les traitements hypolipémiants

Tableau XI : Taux d'observance des traitements hypolipémiants chez nos patients

	Nombre de malades	Pourcentage
Observant	20	25
Non observant	59	75
Total	79	100

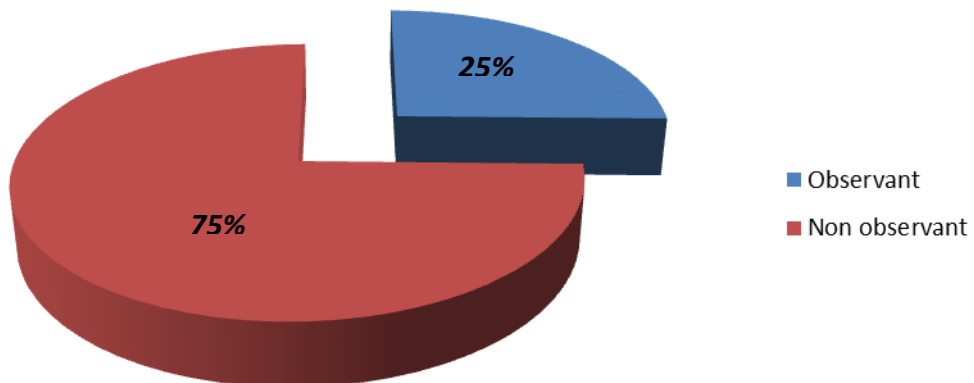


Figure14 : Taux d'observance des traitements hypolipémiants chez nos patients

2.2. Les anti-hypertenseurs

Tableau XII : Taux d'observance des antihypertenseurs chez nos patients

	Nombre de malades	Pourcentage
Observants	33	40
Non observants	49	60
Total	82	100

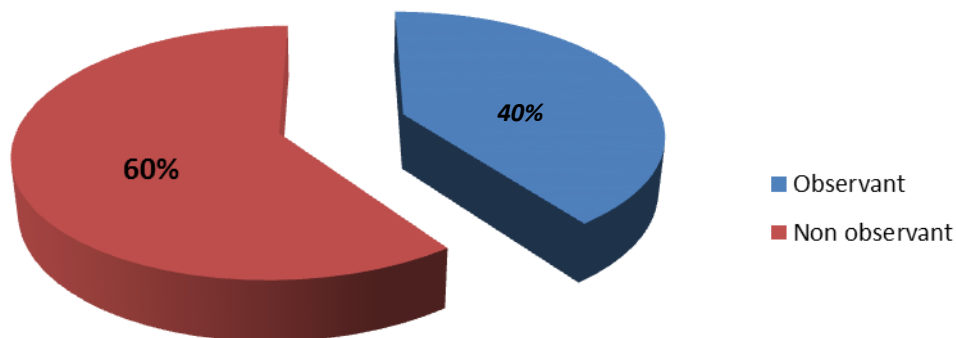


Figure15 : Taux d'observance des antihypertenseurs Chez nos patients

3. La pratique de l'auto-surveillance glycémique

Sur 180 patients, 71% pratiquaient l'auto-surveillance glycémique avec en moyenne de 1,34 contrôles par semaine. 29% des patients ne réalisaient pas d'auto-surveillance glycémique.

Les patients sous ADO seuls étaient 38,55% à pratiquer l'auto-surveillance glycémique avec 1,24 contrôle par semaines. Concernant les patients sous insuline avec 1 injection par jour, ils étaient 25% à faire des contrôles (0,78 par semaine) et 75 % si le schéma comportait plusieurs injections par jour (2 par semaine).

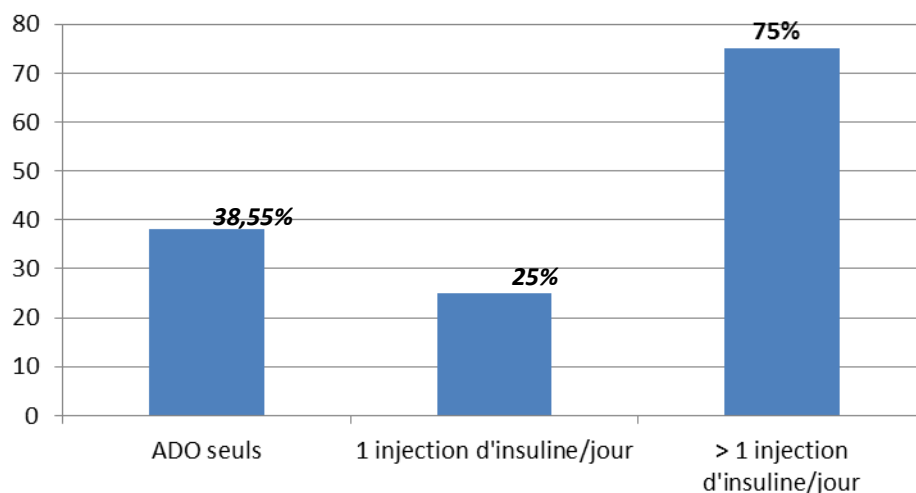


Figure 16 : Auto-surveillance glycémique en fonction des schémas thérapeutiques

IV. Les facteurs liés à l'observance thérapeutique

1. Facteurs de l'observance liés au patient

1.1. L'âge

La moyenne d'âge chez les observants était de 40.33 ans et 46 ans pour les non observants.

Tableau XIII : L'observance thérapeutique en fonction de la moyenne d'âge

Observance	Moyenne d'âge
Observants	40,33
Non observants	46

Tableau XIV : L'observance thérapeutique en fonction des tranches d'âge

Age	Observants	Non observants
< 45 ans	78,13%	21,87%
45-65 ans	69,4%	30,6%
65 ans	52,9%	47,1%

1.2. Le sexe

Tableau XV : L'observance thérapeutique en fonction du sexe.

Sexe	Observants	Non observants
Masculin	58%	38%
Féminin	66%	28%

1.3. Le statut marital

L'observance selon le statut marital était de 44.67% chez les patients mariés, 53.16% chez les veufs, et 44.67% chez les célibataires.

Tableau XVI: L'observance thérapeutique en fonction de la Situation familiale

Situation familiale	Observants	Non observants
Célibataire	44,67%	55,33%
Marié(e)	53,16%	46,84%
Veuf (ve)	51,25%	48,75%

1.4. Le niveau d'étude

L'observance selon le niveau d'étude était de 80% chez les universitaires, suivis par les patients ayant un niveau d'étude secondaire (76%), puis les patients avec un niveau primaire (63.2%), et en dernier les analphabètes (46.33%).

Tableau XVII : L'observance thérapeutique en fonction du niveau d'étude.

Niveau d'étude	Observants	Non observants
Analphabète	46,33%	53,67%
Primaire	63,2%	36,8%
Secondaire	76,2%	23 ,8%
Universitaire	80%	20%

1.5. Le niveau socioéconomique

L'étude de l'observance selon le niveau socioéconomique était de 79.3% quand c'est un niveau socioéconomique bon, 55.2% quand c'est moyen, et 48.7% quand c'est faible.

Tableau XVIII : L'observance thérapeutique en fonction du niveau socioéconomique

NSE	Observants	Non observants
Faible	48,7%	51,3%
Moyen	55,2%	44,8%
Bon	79,3%	20,7%

2. Facteurs de l'observance liés au traitement

2.1. ADO versus insuline

Pour la totalité des malades colligés, 54% des cas sous ADO étaient observant versus 64% pour les patients sous insuline.

Tableau XIX : Observance des antidiabétiques oraux versus insuline

Observance	ADO	Insuline
Observants	46%	64%
Non observants	54%	36%

2.2. Le nombre de médicaments par prescription

Le nombre moyen de médicaments était de 1.36 pour les patients observant , versus 3.19 pour les patients non observant.

Tableau XX : L'observance en fonction du nombre moyen des médicaments

Observance	Nombre moyen Des traitements per os
Observants	1,36
Non observants	3,19

2.3. Le nombre d'injections d'insuline par jour

**Tableau XXI : Le taux d'observance thérapeutique
en fonction du nombre d'injections journalières d'insuline**

Nombre d'injection par jour	Observant	Non observant
1 injection/jour	60,71%	39,29%
2 injection/jour	79,16%	20,84%
3 injection/jour	59,5%	40,5%
4 injection/jour	66,66%	33,34%

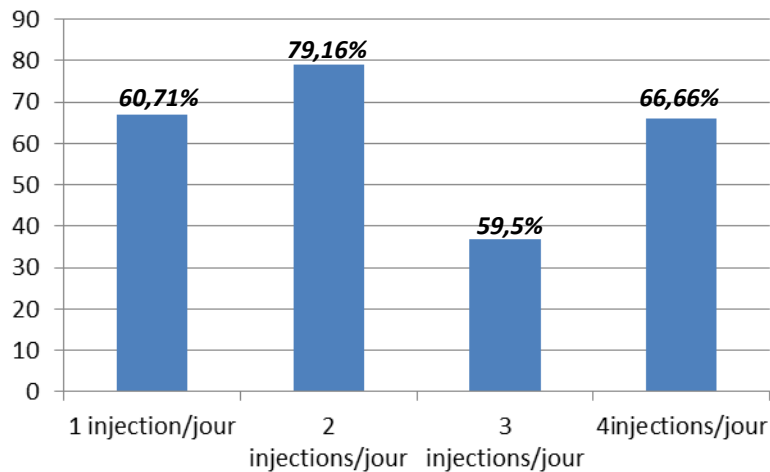


Figure17 : L'observance en fonction du nombre d'injections d'insuline

2.4. Le nombre de prises médicamenteuses quotidiennes

Tableau XXII : L'observance thérapeutique en fonction des prises médicamenteuses journalières

Nombre de prises/jour	Observants	Non observants
1 seule prise/jour	79,50%	20,50%
2 prises/jour	56,33%	43,67%
3 prises/jour	34%	66%

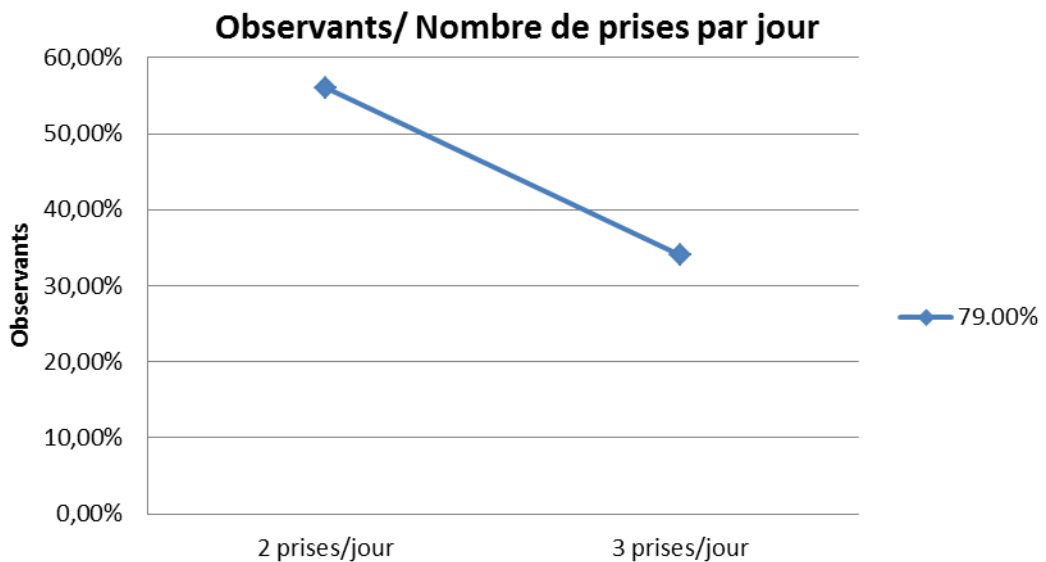


Figure18 : L'observance en fonction du nombre de prises médicamenteuses quotidiennes

2.5. Compréhension du traitement

62,3% des patients qui ont compris leurs traitements étaient observants versus 55,7% des patients qui n'ont pas compris leur traitement.

Tableau XXIII : L'observance thérapeutique en fonction de la compréhension du traitement

Compréhension du traitement	Observants	Non observants
Compris	62,3%	37,7%
Non compris	55,7%	44,3

2.6. Effets secondaires

71,7% des patients qui ne souffraient pas d'effets secondaires étaient observants versus 42,7 % des patients qui rapportaient des effets secondaires.

Tableau XIV : L'observance thérapeutique selon la survenue des effets secondaires

Effets secondaires	Observants	Non observants
Présents	42,7%	57,3%
Absents	71,7%	28,3%

2.7. Le coût du traitement

Tableau XXV : L'observance selon le cout du traitement

Cout du traitement	Observants	Non observants
Couteux	40%	60%
Non couteux	62%	38%

3. Facteurs de l'observance liés au système de soin

3.1. La durée de l'entretien médicale

L'observance était de 69.1% pour les patients qui jugeaient que la durée de l'entretien médicale était suffisante versus 32.3% pour les patients qui ont jugé la durée de l'entretien trop courte.

Tableau XXVI : L'observance thérapeutique en fonction de la durée de l'entretien médicale

Entretien suffisant	Observants	Non observants
Oui	69,1 %	30,9%
Non	32,3%	67,7%

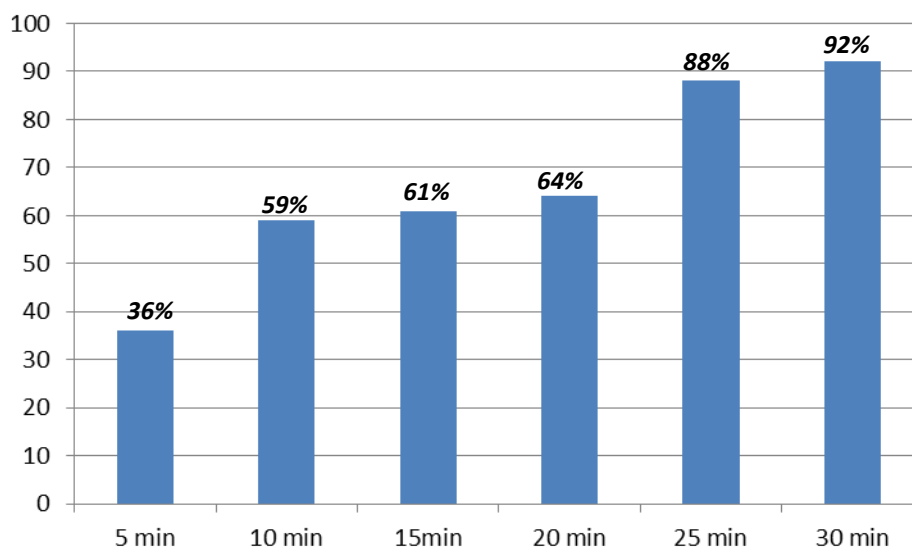


Figure 19 : L'observance en fonction de la durée de L'entretien médicale

3.2. Ecoute du médecin traitant

L'observance thérapeutique était de 81% chez les patients qui ont jugé être suffisamment écoutés par leur médecin.

Tableau XXVII : L'observance thérapeutique en fonction de l'écoute du médecin

Ecoute du médecin	Nombre de malades	Pourcentage
Insuffisante	53%	47%
Suffisante	81%	19%

3.3. La confiance malade-médecin

On a interrogé les patients sur leur relation avec leurs médecins traitants, et si celle-ci leur accorde un climat de confiance pour parler des problèmes d'oubli ou d'arrêt de certains traitements.

TableauXXVII : L'observance en fonction de la confiance médecin-malade

Confiance malade-médecin	Observants	Non observants
Oui	80,37	13,63
Non	90,41	9,59

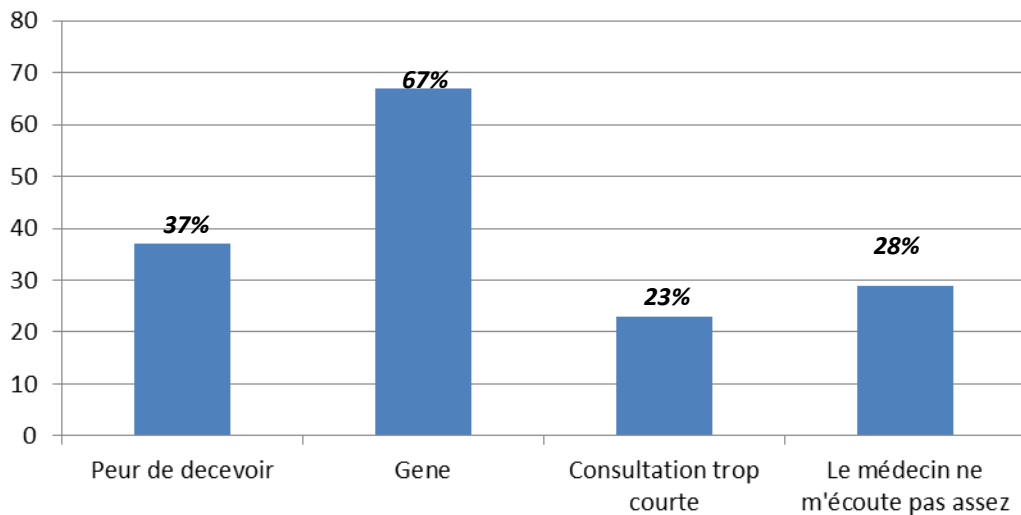


Figure20 : Identification des causes du manque de confiance médecin-malade

3.4. Source de renseignements sur la maladie

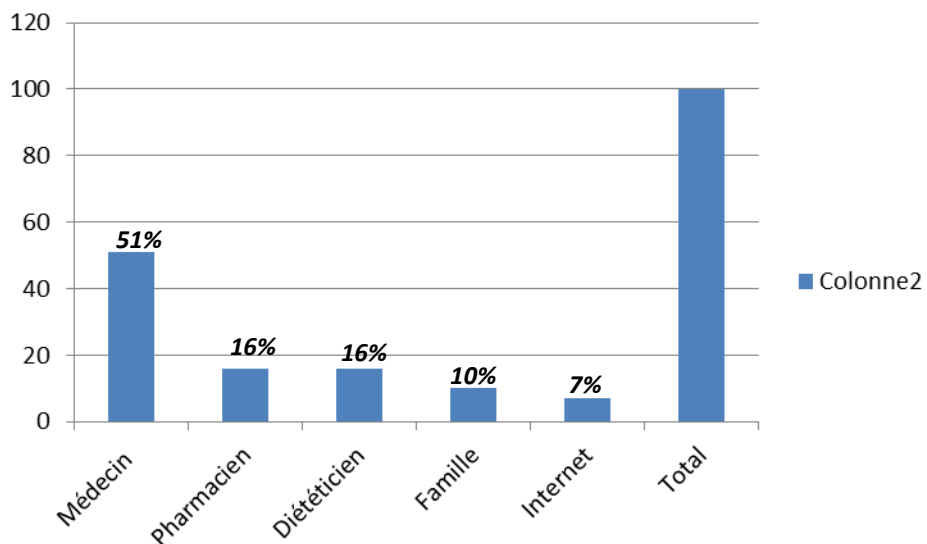


Figure21 : Répartition des sources d'information Concernant le diabète rapporté par les patients

3.5. Système d'éducation thérapeutique

L'observance thérapeutique était de 71,22% chez les patients qui ont reçu au moins une séance d'éducation thérapeutique, versus 38.5% chez les patients qui n'ont pas reçu d'éducation thérapeutique.

Tableau XXIX : L'observance thérapeutique en fonction de l'éducation thérapeutique

Education thérapeutique	Observants	Non observants
Absente	38,5%	61,5%
Présente	71,22%	28,78%

4. Les facteurs de l'observance liés à la maladie

4.1. L'ancienneté de la maladie

Le niveau d'observance médicamenteuse baisse à mesure que le diabète se prolonge dans le temps.

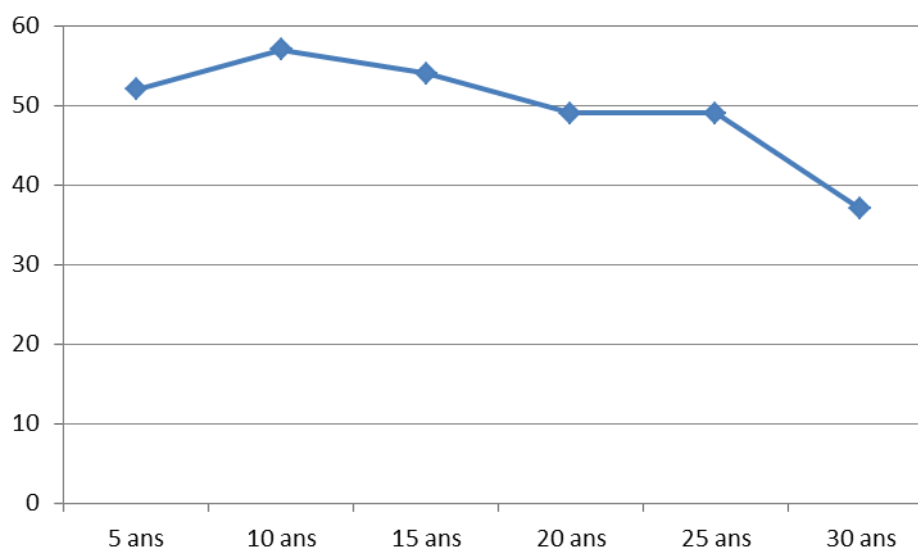


Figure22 : Evolution de l'observance thérapeutique en fonction de l'ancienneté de la maladie

4.2. La perception personnelle de la maladie

L'observance médicamenteuse était de 71, 2% chez les patients qui ont déclaré avoir accepté leur maladie, et de 31% pour les patients qui étaient toujours dans le déni.

Tableau XXX : L'observance en fonction de la perception de la maladie

Perception de la maladie	Observants	Non observants
Déni	31%	69%
Acceptation	71,2%	28,8%

4.3. Compréhension de la maladie

L'observance thérapeutique était de 79.7% pour les patients qui ont déclaré avoir compris leur maladie.

Tableau XXXI : L'observance thérapeutique en fonction de la compréhension de la maladie

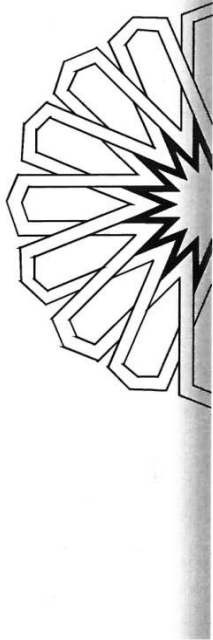
Compréhension de la maladie	Observants	Non observants
Non Comprise	37,2%	62,8%
Comprise	79,7%	20,3%

4.4. Maladies associées

La valeur de l'observance passe de 64,8% si il n'y a pas de maladies associées au diabète à 38,5% si le patient présente 2 maladies associées.

Tableau XXXII : L'observance en fonction des maladies associées

Nombre de maladies associées	Observants	Non observants
0	64,8	35,2
1	59,33	40,67
2	38,55	61,45



DISCUSSION

I. Données épidémiologiques:

Les maladies chroniques impliquent que le patient prenne un traitement au long cours, ce qui a conduit la recherche médicale à développer un certain nombre de travaux pour essayer de cerner les enjeux de l'observance thérapeutique. Ainsi, dès 1984 Cotton et Antill [5] mettaient en lumière la faible observance dans les maladies chroniques. Elle était inférieure à 70% En Europe en 2002 [6]. Selon un rapport de l'inspection générale des affaires sociales françaises, elle concernerait 30 % à 50 % des patients de manière régulière, voire 90 % des personnes atteintes d'affections chroniques à un moment donné de leur maladie [7].

Evans a estimé globalement que 50 % des patients prennent 80 à 100 % des médicaments prescrits, 30 à 40 % en prennent 40 % à 80 %, et le reste en prend moins de 40 % [8].

L'Observance thérapeutique des personnes âgées de 70 ans toutes affections confondues, est de 65 %. Près d'un tiers de ces patients (35%) témoigne ne pas prendre régulièrement les traitements prescrits [9,10].

En 1990 Sullivan et col [11] estimaient que ces problèmes d'observance étaient à l'origine de 5 % des hospitalisations aux États-Unis pour un coût de huit milliards de dollars.

Kulkarni et col déclaraient [12] qu'il s'agissait du problème principal soulevé par les traitements au long cours, avec des défauts d'observance thérapeutique plus fréquents au-delà du cinquième jour thérapeutique et devenant majeurs après un mois de traitement.

Les problèmes d'observance thérapeutique concernent le plus souvent l'oubli ou l'omission de la consommation médicale plutôt qu'une surconsommation [13]. Elle est d'autant plus mauvaise que le traitement est prolongé, mais elle varie également selon le type de pathologie en cause.

Van Dulmen et col [14] à partir d'une méta-analyse, retrouvaient les plus mauvais taux d'observance, atteignant un quart des patients, dans les maladies infectieuses, les maladies arthrosiques et les maladies gastro-intestinales chroniques, les meilleurs taux d'observance étant pour ces auteurs retrouvées pour les maladies respiratoires, le diabète et les difficultés de

sommeil. Ce « classement » ne confirmait cependant pas celui proposé par Claxton et col [15] qui retrouvaient les meilleurs taux d'observance en oncologie avec un taux de 80%, 75% pour les maladies cardiovasculaires, infectieuses et le diabète, et le plus mauvais taux pour les maladies respiratoires chroniques à titre de 55 %. Les affections psychiatriques sont également très concernées [15] avec un taux de mauvaise observance de 58 % pour l'ensemble des affections psychiatriques. Cette différence selon les pathologies se retrouve également à l'échelle individuelle, un même patient pouvant présenter une qualité d'observance différente selon ses différents traitements.

En ce qui concerne le diabète type 2, c'est une pathologie en constante augmentation et toucherait 6,3 % de la population mondiale à l'horizon 2025, L'importance d'une prise en charge optimale du diabète de type 2 a été démontrée dans l'étude UKPDS (United Kingdom prospective diabetes study) pour limiter les complications vasculaires [16]. Le problème d'observance dans le DT2 est d'une amplitude variable, allant de 36 à 93 %, selon les auteurs [17]. Vu les différences d'approches, les comparaisons entre études sont difficiles.

Les problèmes de mauvaise observance concernent tous les champs de la prise en charge, représentés par la prise des antidiabétiques oraux, les injections d'insuline, les traitements associés, la surveillance glycémique, le respect des règles hygiéno-diététiques et le respect du rythme de suivi.

Tableau XXXIII : le taux d'observance pour les différentes pathologies

Type de pathologie	Taux d'observance médicamenteuse (%)
Transplantation cardiaque	(75– 80% à 1 an) ¹²⁴
Transplantation rénale	48% à 1 an concernant les Immunosuppresseurs (diminution à 9 mois) ¹²⁵
Maladies cardiovasculaires	54% à 1 an (concernant 4 médicaments : aspirine, bêta-bloquant, IEC et statine) ¹²
Diabète	31–87% (études rétrospectives) / 53–98% (études prospectives) 28% des patients utilisent moins d'insuline que les doses prescrites. ¹⁷
Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (Maladie de Crohn, Rectocolite Hémorragique)	60–70% ¹²⁶
Troubles Psychiatriques	(50 % à 1 an, 25 % à 2 ans) ¹²⁷ à 18 mois, 74 % des patients inclus ont cessé leur médicament antipsychotique ¹²⁸
Asthme	Adulte : 30 et 40% ^{27,28} / 11% utilisent de façon adéquate les inhalateurs ¹²⁹ Peut atteindre 2% chez les enfants et 5% chez les adultes à 1 an ¹³⁰
Maladies rhumatologiques	55–71% ¹³¹ 1/3 des patients « adaptent » leurs prises de médicaments (dont 61% de modifications intentionnelles) 48–88% (traitement hormonal substitutif, prévention de l'ostéoporose) ¹³² 50% des patients continuent à prendre leur traitement hormonal substitutif sur plus de 1 an ¹³³
Epilepsie	72% / 15% des patients disent avoir manqué 1 prise moins d'1x/mois, 9% pas plus d'1x/mois et 4% disent n'avoir pas pris comme prescrit leurs médicaments au moins 1x/semaine ¹³⁴
Hypertension	40%–72% ¹³⁵ 50% des patients prenant un antihypertenseur auront arrêté de le prendre dans un délai de 1 an ¹³⁵

II. Définitions :

Observance, adhérence, adhésion, et compliance sont souvent utilisés à tort de manière synonyme. Notre objectif dans ce cadre est de tenter d'apporter un éclaircissement sur la définition appropriée à chacun de ces termes.

1. L'observance

Il y a plus de 2500 ans, Hippocrate expliquait à ses disciples : « Les malades mentent souvent lorsqu'ils disent qu'ils prennent leurs médicaments » [19].

En langue française, quand on recherche la définition de l'observance, par exemple dans le dictionnaire Robert, on retrouve « obéissance à la règle (religieuse), par extension observance d'une règle sociale » [20]. Des définitions appliquées au domaine médical ont été proposées par la suite dont les plus utilisées sont celles de Haynes (1979) [2]. « Importance avec laquelle les comportements en terme de prise de médicaments, de suivi des régimes, ou des changements des habitudes de vie d'un individu, coïncident avec les conseils médicaux ou de santé », et de Sackett « la compliance au traitement est le degré de concordance entre le comportement d'un individu (prise de médicament, suivi d'un régime, modification du mode de vie) et la prescription médicale » [21]. Suivant cette définition de l'observance, on peut déduire que tout comportement qui fuit le strict respect de la prescription médicale est considéré comme non-observance thérapeutique, cette vision du sujet laisse conférer au patient un rôle très passif au sein du processus de la prise en charge.

2. La compliance

La compliance est un mot d'origine américaine, qui définit en physique les caractéristiques des corps élastiques: l'élasticité étant le résultat de la force exercée sur le volume de l'objet [22]. La médecine a emprunté ce terme à la physique pour désigner selon

Haynes et col le degré jusqu'où le comportement du patient répond à un avis médical ou une recommandation de santé qui lui a été prescrite.

S'il est vrai que sur le plan scientifique international, il n'existe pas de différence terminologique entre ces deux notions dans la mesure où l'observance est la traduction du mot anglais compliance. Il existe, en français, un écart entre ces deux termes. En effet cette transposition est peu satisfaisante pour plusieurs raisons :

- Le malade est comparé à un objet.
- La relation médecin-malade se réduit à un rapport de force.
- Le patient est soumis aux directives du médecin.

3. L'adhérence et L'adhésion

Dans le langage français, « adhérer » signifie que l'on s'attache à quelque chose par une union étroite et forte. Ce mot engendre deux termes, « adhérence » et « adhésion » qui véhiculent des idées sensiblement différentes.

L'adhérence est définie comme le degré selon lequel le comportement d'un patient coïncide avec la prescription médicale qui lui est proposée, il indique plutôt un état, une situation avec une connotation plus empreinte de passivité ou d'inertie. Alors que le terme "adhésion" qui a des connotations particulières dans la langue française, indique préférentiellement la force qui produit cet état, c'est un acte volontaire, témoignant d'une vive et authentique implication.

L'adhésion a pour synonymes l'approbation, et le consentement. Son terme opposé est le mot "refus". Le verbe adhérer signifie l'action de devenir membre d'une organisation, il a une forte connotation d'affiliation et d'appartenance. Si on tente de traduire du français à l'anglais le terme "adhésion", on n'obtient en aucun cas le terme adhérence, mais en premier lieu celui de membership [pour appartenance], et en deuxième lieu celui de support [pour soutien à une cause ("support for") ou à une opinion ("to support an opinion")].

Alain Abelhauser et col [23] ont tenté d'apporter une contribution psychanalytique au débat compliance, observance, adhérence, et adhésion en défendant l'usage du terme adhésion qui, selon eux, "met davantage l'accent sur cette 'dimension subjective', sur le fait qu'un sujet doit y mettre du sien pour se prêter à ce qu'on lui demande". Il renvoie à une volonté et à une approbation réfléchie de l'individu à prendre en charge sa maladie. L'adhésion, fait référence à des processus intrinsèques tels que les attitudes et la motivation des patients à suivre leurs traitements. C'est le caractère le moins mesurable de l'observance thérapeutique. Elle trouve sa signification dans un rapport plus médical et social, qui considère que le patient doit être partie prenante de son traitement. Le patient doit «adhérer» à sa thérapeutique et non pas « se soumettre » uniquement à sa prescription.

4. La persistance

La persistance est un concept récent, considéré par les auteurs anglo-saxons comme un marqueur supplémentaire de détection d'efficacité des traitements, de tolérance et de coût. C'est le temps écoulé entre la toute première prescription et sa première interruption pour une raison X [24,25]. Une persistance plus longue a l'avantage de diminuer l'impact financier lié aux changements de traitements, avec des consultations moins fréquentes, d'où un meilleur effet bénéfique d'emblée sur le contrôle de la maladie [25].

5. L'inertie thérapeutique

L'inertie thérapeutique est définie comme un retard non justifié à l'initiation ou à l'intensification d'un traitement, alors que le diagnostic est correctement posé et que le risque encouru par le patient est bien connu [26].

6. L'alliance thérapeutique

Se définit comme le lien thérapeutique qui se crée entre un thérapeute et son patient dans un esprit de collaboration où la confiance, l'acceptation, et l'implication sont de mise. C'est l'accord que le médecin et son patient établissent dans le choix de la stratégie thérapeutique et dans la façon dont elle va se dérouler. L'ordonnance qui est remise au patient est la matérialisation de ce contrat qui l'unit à son médecin.

7. Définition du seuil de l'observance

Au-delà de la définition de l'observance, se pose le problème du seuil en dessous duquel on considère le patient comme étant non observant. La plupart des auteurs considèrent comme observant parfait les patients qui prennent plus de 80% de leur traitement [27], chiffre qui est généralement retenu dans le cadre des essais cliniques. Mais tout dépend du type du traitement et du type de l'étude.

BERGMANN J. F [28], souligne qu'il est difficile de définir clairement ce qu'est un patient observant dans des termes strictement quantitatifs. Il propose, à la suite de BARBEAU G. et coll [29], d'exprimer cette observance en terme de pourcentage (doses effectivement prises divisées par les doses théoriques à prendre), mais en outre de définir pour chaque traitement un seuil d'acceptabilité cliniquement significatif au-dessous duquel le patient sera jugé non-observant.

LEGER S. et coll. [30], Considèrent comme observant les patients qui ne modifient jamais leur traitement, et qui l'oublent ou le refusent moins d'une fois par semaine.

ANKRI J et coll [31] soulignent l'absence de consensus sur la définition des patients observants et non observants surtout que ce seuil peut varier en fonction du type d'observance souhaitée, qui peut dépendre des exigences du traitement, du type de la maladie, des risques encourus, et du patient lui-même.

On constate donc que la littérature est très hétérogène sur ce sujet et, en fonction du seuil choisi, la proportion des sujets observants ou non observants peut varier considérablement d'une étude à l'autre rendant ainsi les comparaisons souvent délicates.

8. Déterminants de l'observance thérapeutique

Plus de 200 variables ont été étudiées en relation avec l'observance thérapeutique (Haynes et al. 1979), » [2] et plus de 50 de ces variables se sont révélées être des facteurs de non observance. Toutes ces variables sont intéressantes à prendre en compte dans le cadre d'une compréhension globale du processus qui conduit à l'observance versus non observance. Certes l'ensemble de ces paramètres reste difficile à mettre en œuvre et à contrôler, pourtant les praticiens ont intérêt à les avoir à l'esprit au cours du processus du soin, mais surtout au cours de l'éducation thérapeutique qui est le corollaire de l'observance.

L'OMS définit cinq dimensions qui influencent l'observance» [95] : (Figure 23)

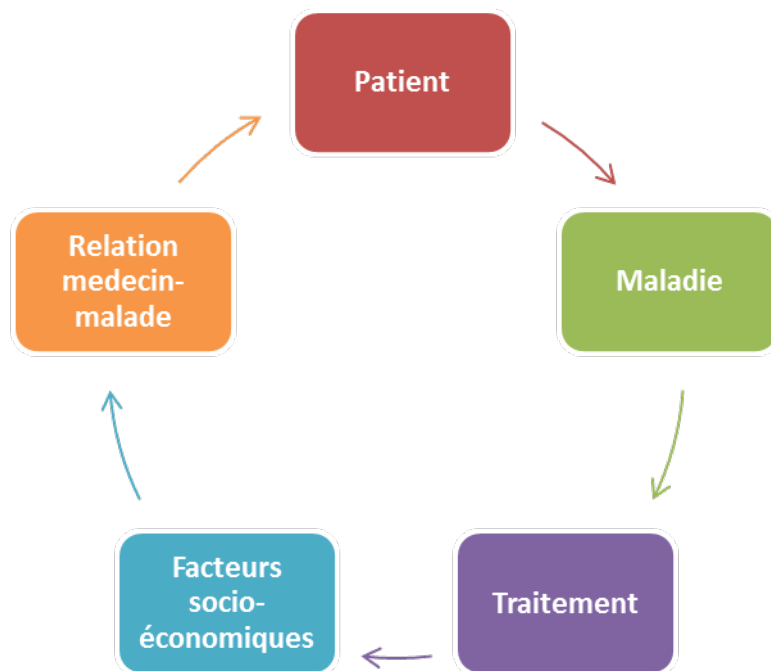


Figure 23 : Déterminants de l'observance thérapeutique selon l'OMS

Nous allons aborder de façon plus détaillée les différents champs ayant montré une influence sur l'observance.

8.1. Le patient

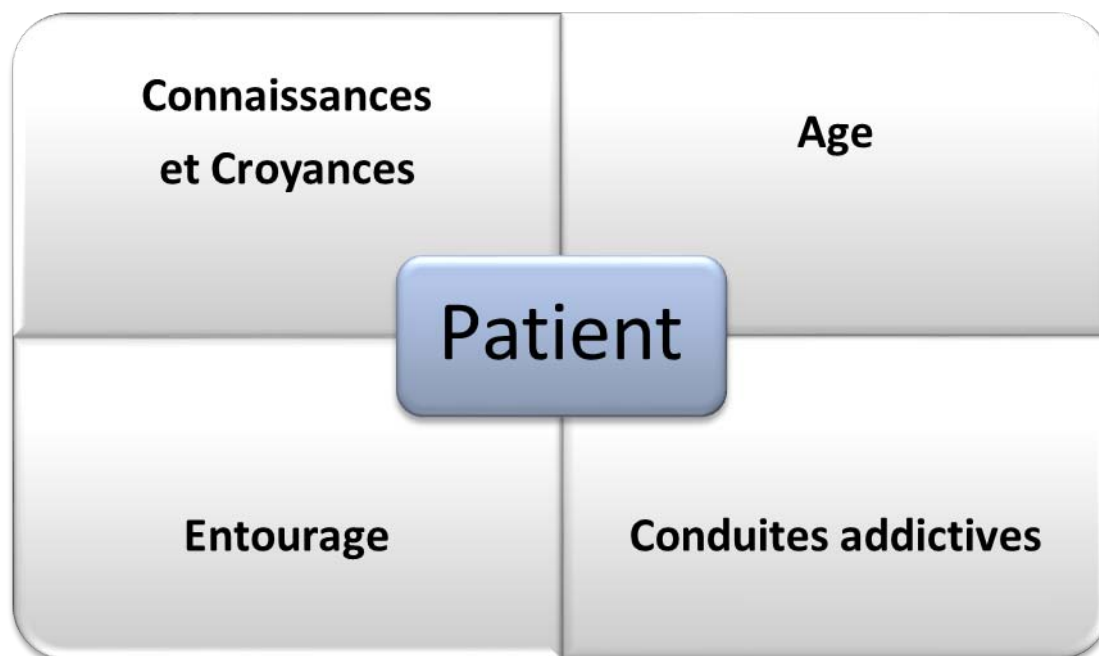


Figure 24: Facteurs de l'observance liés au patient

La perception du patient vis-à-vis de sa maladie est primordiale. Le déni de la maladie ou de sa gravité est fréquent et constitue un des premiers obstacles à l'adhésion au traitement. L'étude de Sarrondon-Eck illustre la hiérarchisation que certains patients peuvent faire en fonction de leurs connaissances et de leurs représentations. Leur analyse retient qu'un patient aurait déclaré oublier ses traitements pour le diabète mais pas pour l'hypertension car « le diabète c'est le foie, le pancréas, alors que l'hypertension c'est le cœur, et le cœur c'est le moteur, c'est irremplaçable ».

L'anxiété et le statut émotionnel du patient sont à prendre en considération, notamment lorsque s'associent aux troubles organiques, de la dépression, des troubles du comportement ou de la personnalité. L'anxiété est paradoxale car elle peut améliorer ou au contraire altérer l'observance. Soit la menace de la maladie peut être une source de motivation, soit elle va

favoriser l'évitement. L'âge a également été retenu comme un facteur influençant l'observance thérapeutique. Enfin, les conduites addictives entrent en ligne de compte. La consommation d'alcool ou de drogues témoigne le plus souvent d'un état rebelle ou asocial peu enclin au « respect des règles » et donc à l'observance.

8.2. Conditions socioéconomiques

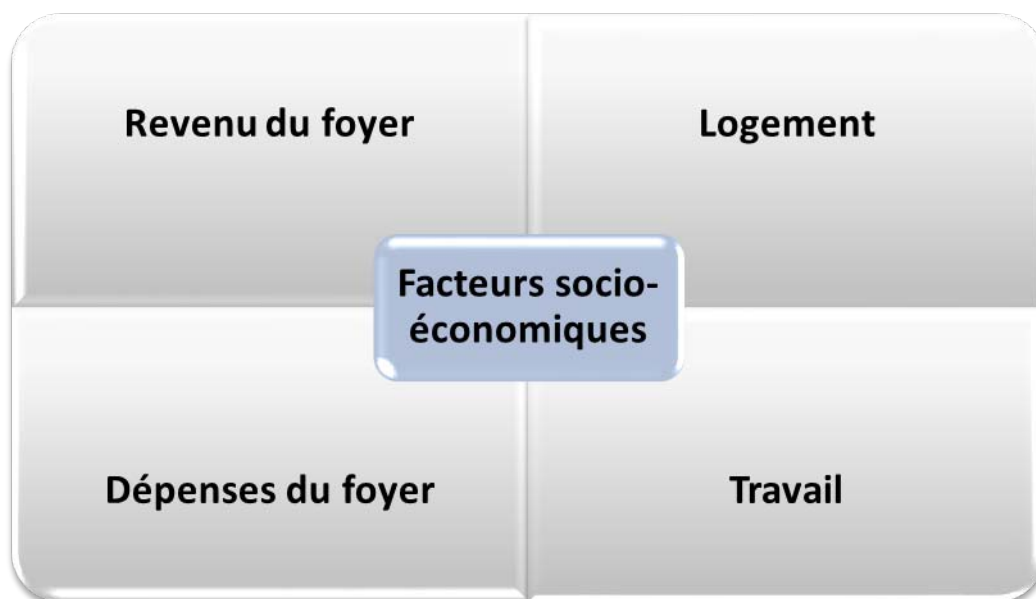


Figure 25 : Facteurs socioéconomiques liés à l'observance

La présence de problèmes considérés comme prioritaires (logement, alimentation problèmes financiers, soutien familial) va modifier l'importance attribuée à la maladie. De plus, l'activité professionnelle peut engendrer des contraintes d'horaires, et le stress lié au boulot lui-même compliquant ainsi la prise médicamenteuse.

8.3. La maladie

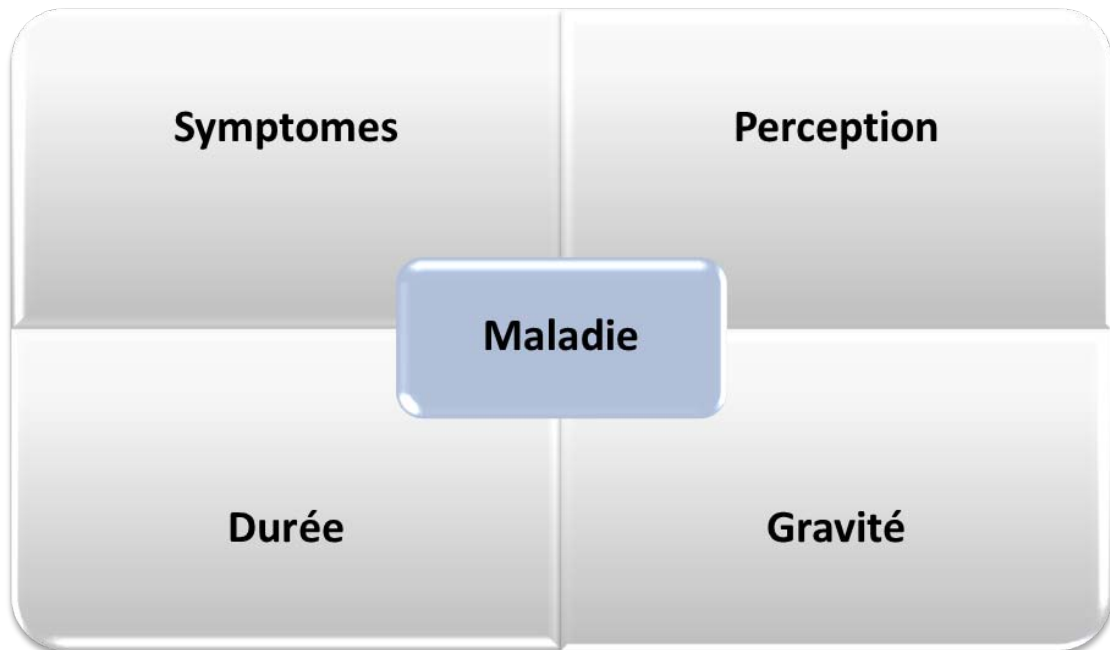


Figure26 : Facteurs de l'observance liés à la maladie

L'observance est plus difficile si la maladie est asymptomatique, comme c'est souvent le cas lors du diagnostic du diabète de type 2. De plus, dans les pathologies chroniques, l'observance a tendance à diminuer avec le temps, pour plusieurs raisons : par lassitude, par la lenteur ou la difficulté d'obtention d'un résultat jugé peu satisfaisant, par sentiment d'échec et autres.

8.4. Le traitement

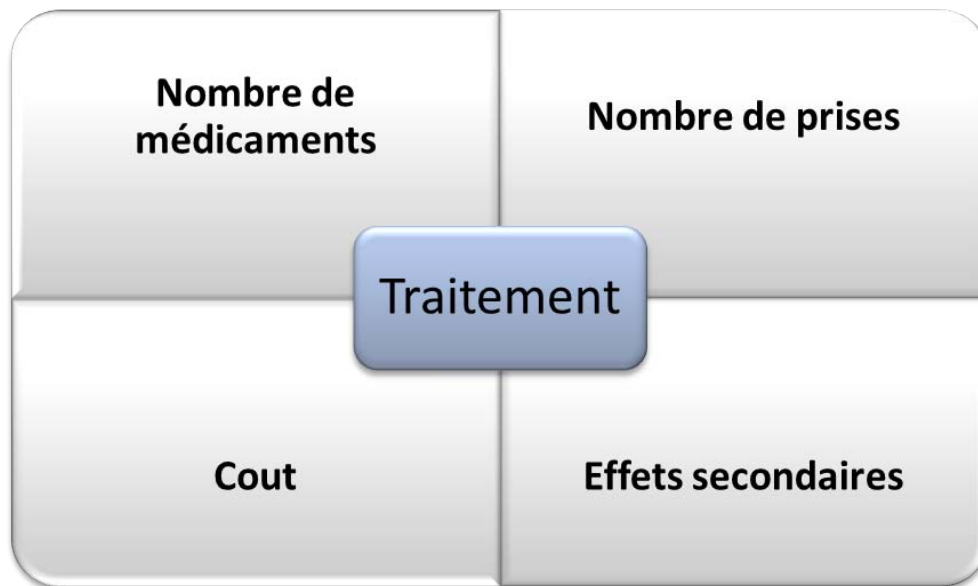


Figure 27 : Facteurs de l'observance liés au traitement

Différents critères ont un impact négatif sur l'observance médicamenteuse des patients du patient: le nombre total de médicaments à prendre par jour, la nécessité d'adapter les doses en fonction d'événements quotidiens, la fréquence des prises, les contraintes de prises (voie d'administration, horaires précis, influence de l'alimentation, spécificités de stockage...).

8.5. La relation médecin-malade

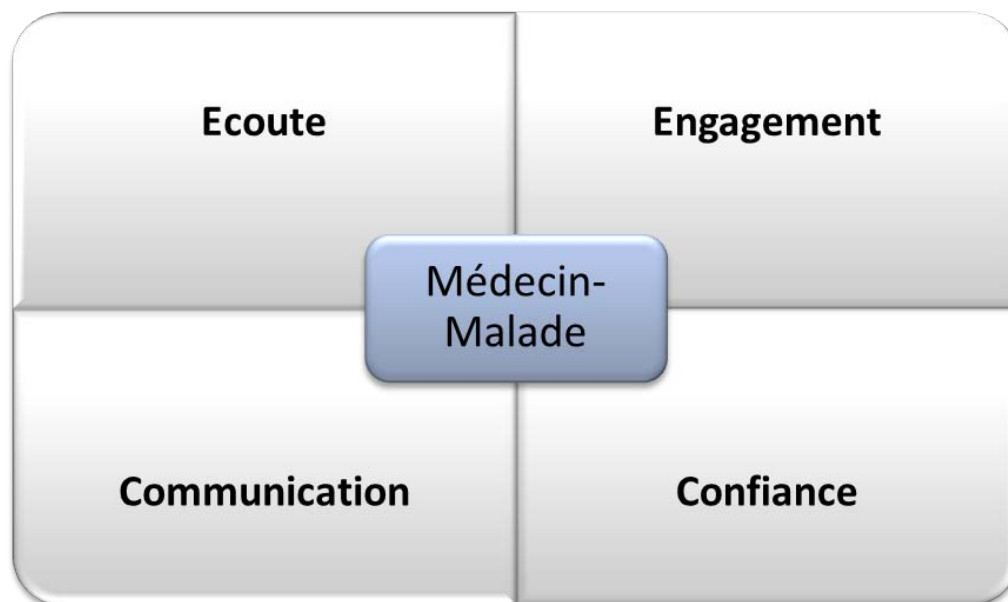


Figure 28 : Les facteurs de l'observance liés à la relation médecin-malade

La qualité de la relation patient-soignant représente un facteur d'influence primordial de l'adhésion au traitement médicamenteux. Les différentes études explorant le rôle de la relation patient-soignant sur l'adhésion au traitement médicamenteux ont identifié différentes dimensions cognitives et émotionnelles ayant un impact sur la qualité de cette relation: La confiance accordée au soignant par le patient, l'expression d'un intérêt pour l'expérience personnelle du patient, la prise en compte de ses préoccupations, l'expression d'empathie, de respect et d'honnêteté, une communication d'informations claires et précises, l'établissement d'un partenariat, d'un partage des décisions.

III. Mesure de l'observance thérapeutique :

« Phénomène complexe et difficile à prévoir » (Michaud et col. 1991)

Mesurer le taux d'observance soulève beaucoup de difficultés puisque généralement, consciemment ou inconsciemment, le patient dissimule son non observance. Il est possible d'utiliser des méthodes :

- **Directes** : se basent sur des critères médicaux objectifs tels que les marqueurs spécifiques pour chaque traitement. ANKRI. J et col [31] soulignent que les méthodes directes sont souvent utilisées dans un contexte expérimental d'essais cliniques de nouveaux produits. La mesure de l'observance ainsi objectivée, donne des éléments d'interprétation des résultats cliniques.
- **Indirectes** : correspondent plus à un recueil des déclarations des patients au moyen de questionnaires (en auto-évaluation ou hétéro-évaluation) ou d'entretiens semi-directifs. Chacune de ces méthodes permet d'évaluer dans des conditions plus ou moins bonnes, l'observance des patients. Aujourd'hui, les méthodes directes sont souvent accompagnées de méthodes indirectes [32].

1. Les moyens directs :

Ils sont représentés par :

1.1. Les dosages plasmatiques, urinaires ou salivaires :

Plusieurs types de mesures sont possibles, définies selon l'écart entre la dernière prise et le moment du prélèvement et selon la molécule dosée. Ces méthodes sont coûteuses, ne détectent pas les modalités et les fluctuations de la prise. De plus, les variations interindividuelles du métabolisme des médicaments ne permettent pas de s'assurer avec fiabilité des prises médicamenteuses et de leur chronologie. Cette méthode est finalement mal adaptée aux traitements chroniques au cours desquels, le patient à l'approche de sa visite de contrôle

peut, pour de multiples raisons, modifier et améliorer son observance, comme elle n'est possible à réaliser que pour quelques médicaments [33].

1.2. La vérification de chaque prise par le personnel soignant :

L'observation directe de la prise médicamenteuse par le personnel de santé est fiable mais non applicable en médecine générale, elle va en effet contre le principe d'autonomie du patient et peut mettre en doute la confiance médecin-patient.

1.3. Mesure de l'effet biologique ou thérapeutique du médicament:

Cette méthode mesure l'effet attendu clinique ou biologique du médicament. Par exemple, la baisse de l'HbA1C pour les traitements hypoglycémiants, ou la mesure de la CRP et de la VS dans le suivi des maladies rhumatismales inflammatoires. Cette mesure de l'observance dépend cependant des variations inter et intra-individuelles de réponse au médicament. Une glycémie peut être insuffisamment contrôlée malgré un traitement hypoglycémiant bien conduit.

2. Les moyens indirects :

« Vérité pénible à dire ou difficile à entendre » (Alvin, 1997)

La plupart des moyens utilisés couramment sont indirects :

2.1. L'interrogatoire du patient :

Informel ou à l'aide d'un questionnaire structuré, l'interrogatoire est une méthode couramment utilisée. Les demandes portent sur la réalité des prises, leurs horaires, et la fréquence des oublis. Des questions plus indirectes estiment les difficultés que le malade ressent pour adhérer au traitement, le bénéfice ou les effets indésirables qu'il en ressent, sa volonté de le poursuivre ou de l'interrompre en fonction de son état de santé perçu, les circonstances où la prise le gêne. Cette méthode nécessite du personnel disponible pour rencontrer les patients. FISCHER et col [34] regrettent que les questionnaires proposés ne fassent pas référence à des

modèles théoriques. Ils suggèrent également qu'une certaine superficialité des réponses rend difficile la mise en évidence des véritables déterminismes psychosociaux.

2.2. La tenue d'un agenda des prises :

Sa vérification facilite l'historique des prises, mais n'est pas exempte d'erreurs, et ne reflète pas la réalité.

2.3. La vérification du renouvellement des ordonnances :

Dans certains pays, le renouvellement est vérifiable par des moyens informatisés. Les pharmaciens qui délivrent le traitement assurent un suivi des ordonnances, contrôlent ainsi le délai entre les renouvellements d'ordonnance afin de donner une estimation de la non-observance.

2.4. Décompte des comprimés («pill-count» en anglais):

Le décompte des comprimés restants dans les boîtes, est une simple en pratique. Il révèle même une non-observance plus importante qu'avec un auto-questionnaire mais il comporte de nombreux biais [35]. Le patient doit rapporter la boîte chez son médecin traitant, cette demande peut modifier le comportement habituel du patient et rien ne prouve que les médicaments aient été effectivement pris.

2.5. Auto-questionnaire:

Plus standardisé que le simple interrogatoire du patient ou de sa famille, l'auto-questionnaire interroge les patients sur leur prise médicamenteuse habituelle.

Certains questionnaires sont simples et courts comme le questionnaire de Morisky(disponible en annexe 2) initialement validé dans une étude menée sur l'observance des antihypertenseurs [36], puis traduit en langue française par Gierard (disponible en annexe 3). Il est utilisé pour l'évaluation des traitements oraux dans d'autres maladies. Les auto-questionnaires ont l'avantage de canaliser les réponses des patients et d'établir un score

d'observance. Ils ont moins tendance à surestimer l'observance des patients qu'un simple interrogatoire (par peur de déplaire au médecin ou par oubli de leur non-observance).

Nous avons utilisé chez nos patients, l'interrogatoire comme moyen d'évaluation de l'observance thérapeutique en s'aidant d'un questionnaire structuré, avec le plus souvent des questions à réponses directes, qui recherchent à évaluer la manière de prise de médicament par le patient. Cette méthode a tendance à surestimer l'observance du fait que quelques fois, le patient ne dit que ce que le médecin veut entendre.

L'effort d'objectivation est indispensable à la démarche scientifique et en particulier à la recherche médicale, c'est pour cela qu'on a essayé au maximum d'aborder le sujet d'observance avec le patient de façon très délicate car la méthode « policière » tend en effet à transformer tout malade «non répondeur » au traitement en suspect potentiel.

IV. La non-observance thérapeutique

La non-observance thérapeutique se définit comme un phénomène complexe qui dépasse le simple cadre du médicament [35]. Elle peut être globale ou focalisée sur un des aspects du traitement. Elle peut fluctuer dans le temps. Elle peut enfin s'étendre à la ponctualité aux rendez-vous, aux recommandations hygiéno-diététiques ou aux modifications de mode de vie demandées au patient.

Selon l'OMS, la non-observance est un "problème d'une magnitude frappante", dont l'impact s'accroît avec la croissance moderne des maladies chroniques. Les conséquences de cette non-observance sont, en deux mots, une mauvaise santé et des coûts accrus. L'OMS considère que l'efficacité des interventions favorisant l'observance peut avoir un impact bien plus important que n'importe quelle découverte médicale [95].

1. Non-observance médicamenteuse

C'est le type de non-observance le plus « classique », le plus étudié, et le premier qui vient à l'esprit!

A côté de la non prise du médicament et des oublis, les comportements de non observance incluent la surconsommation médicamenteuse, rarement étudiée, mais qui a d'importantes conséquences en terme de morbidité (surdosages, interactions médicamenteuses) et de consultations aux urgences [37, 38]. Exemple : Prednisone 60 mg/j soit 3 Cp de 20 mg en prise unique matinale, au lieu de prendre que les 3 comprimés le matin, le patient va prendre la même dose matin, midi et soir.

Tableau XXXIV : Les différentes formes de non observance médicamenteuse,
tiré de Munzenberger et al.

Gradation de la non observance	Caractéristiques
Les arrêts définitifs	Forme de non-observance la plus aiguë Comportements non observants les plus visibles : « perdus de vue »
Les arrêts momentanés	Comportements décidés par les patients (par exemple pendant quelques semaines) Plus difficile à mesurer pour le médecin
Les oublis	Comportements les plus fréquents et difficilement visibles pour le médecin La quasi-totalité des patients avoue oublier fréquemment ou occasionnellement leurs médicaments
Les prises groupées	Comportements moins fréquents Prise de la totalité des médicaments en une ou deux prises par jour au lieu de trois

2. Non-observance aux mesures hygiéno-diététiques

La non-observance aux mesures hygiéno-diététiques est tout aussi importante que la non-observance médicamenteuse. Elle a des conséquences tout aussi graves. Le traitement de nombreuses maladies chroniques nécessite souvent de suivre des mesures hygiéno-diététiques parfois lourdes ou difficiles. C'est le cas des régimes alimentaires des patients diabétiques ou des régimes hyposodés de l'insuffisant rénal et l'insuffisant cardiaque.

3. Non-observance au suivi

La non-observance au suivi est moins étudiée que les précédentes. Ce concept regroupe:

- L'assiduité et la ponctualité aux rendez-vous de consultation [39].
- L'écart entre la date prévue pour la consultation et sa date effective [39].
- La réalisation des contrôles sanguins ou de tout autre examen prescrit, que le patient est sensé ramener à la consultation [39].

Les auteurs se sont intéressés à un aspect particulier de la non-observance au suivi. Il s'agit de la rupture thérapeutique, situation fréquente en pratique [40]. Certains parlent de rupture à partir de trois rendez-vous manqués, d'autres attendent huit rendez-vous manqués d'autres, ne parlent de rupture qu'après une période de quatre mois voire une année. Ils insistent sur ses conséquences en termes de morbidité et de ré-hospitalisation d'urgence, surtout dans la prise en charge des maladies chroniques comme le diabète (fréquence d'admission aux urgences des acidocétoses diabétiques). Les auteurs nous invitent à ne pas confondre la « rupture thérapeutique », c'est à dire l'arrêt définitif des soins, et les « rendez-vous manqués », même répétitifs, situation permettant bien Souvent le maintien du lien thérapeutique.



V. Discussion de nos résultats :



«Le malade ne recouvrera pas la santé et il peut arriver qu'il soit malade par sa faute en menant une vie de désordres et en n'obéissant pas aux médecins. C'est autrefois qu'il lui était possible d'éviter la maladie ; mais une fois qu'il s'est laissé aller, il est trop tard. De même qui lance une pierre ne peut plus la rattraper. Toutefois il était en son pouvoir de la jeter ou de la laisser tomber, car cela dépendait de lui. »

Aristote, Ethique de Nicomaque

1. Taux de l'observance thérapeutique

1.1. Les antidiabétiques oraux (ADO)

L'adhésion au traitement médicamenteux est sous-optimale chez les personnes atteintes de différentes maladies chroniques incluant le diabète [41]. Di Matteo et coll ont publié une méta-analyse incluant 569 études publiées entre 1948 et 1998 pour décrire l'adhésion aux recommandations médicales couvrant 17 maladies y compris le diabète [42]. Parmi ces études, 328 avaient pour objectif d'évaluer l'observance du traitement médicamenteux avec différentes méthodes de mesure (décompte de pilules restantes, dispositifs électroniques et auto-rapports). Les auteurs ont observé que le niveau moyen d'adhésion au traitement médicamenteux était globalement de 79,4 %. Il n'y a pas eu une mesure globale spécifique de l'adhésion au traitement médicamenteux pour chacune des maladies étudiées dans cette méta-analyse [42].

En revanche, dans une revue de littérature analysant 20 études publiées entre 1966 et 2003, Cramer et coll. ont rapporté des données quantitatives sur l'adhésion au traitement médicamenteux chez les personnes atteintes de diabète de type 2[43]. Parmi les études analysées, il y avait 11 études rétrospectives utilisant les dossiers de pharmacie des patients pour mesurer l'adhésion aux antidiabétiques oraux et cinq études prospectives utilisant un dispositif électronique pour mesurer l'adhésion aux antidiabétiques oraux. Selon les études, l'observance variait globalement de 36 % à 93 % chez des personnes suivis sur une période de 6 à 36 mois. Pas loin des résultats rapportés dans la littérature, le taux d'observance des ADO chez nos patients, toute classe confondue (Métformine, Sulfamides hypoglycémiantes, analogues GLP1) était de 54% reflétant ainsi le niveau médiocre de suivi des instructions médicales chez les patients diabétiques marocains.

Le résumé de ces revues et de la méta-analyse montre que les valeurs d'observance des ADO sont largement variables chez les personnes atteintes du diabète de type 2. Cette grande variabilité des résultats pourrait s'expliquer, en partie, par les variabilités méthodologiques des études, le stade d'utilisation du médicament chez les patients inclus, c'est-à-dire l'ancienneté du diabète, la méthode de mesure, et la durée de la période de mesure. Bien que ces synthèses de littérature indiquent globalement que l'observance des ADO est sous optimale.

Tableau XXXV : Le taux d'observance des ADO selon les études publiées

Etude	Taux d'observance des ADO (%)
Cramer et coll	36 % à 93 % ⁴³
Odegard et all	31-87% (études rétrospectives) / 53-98% (études prospectives) ¹⁷
Etude ENTERED	39% ⁵¹
Ben Hamida et all	47,5% ⁷²
Ntyonga-Pono et all	60,2% ¹⁵²
Hind El Aassri et all	87% ⁵¹
Notre étude	54%

1.2. L'insuline

Malgré le rôle crucial de l'adhésion à l'insuline pour atteindre des objectifs thérapeutiques chez les patients diabétiques, peu d'études ont évalué l'adhésion à l'insuline et ses facteurs associés.

Les études publiées à ce sujet ont confirmé une faible observance du traitement par insuline chez les patients atteints de diabète de type 2. En 2007, Donnelly et al ont rapporté une pauvre adhésion chez 1099 patients atteints de diabète de type 2, à travers l'exploitation des registres et des enregistrements de pharmacie sur une période de 7 ans ils ont révélé une adhérence moyenne à l'insuline de 70,6% chez les patients suivis [46]. De même, les résultats de l'étude menée chez les patients porteurs d'un DT2 et publiée en 2003 par Cramer et al a révélé un taux d'observance de 77% [45]. Ces constatations semblent légèrement plus élevées que dans l'étude de Rajagopalan et al qui ont signalé un taux d'observance de l'insulinothérapie de 63% chez les patients diabétiques de type 2.

M. Peyrot et al ont évalué l'observance de l'insuline chez les patients diabétiques de type 1 et ont trouvé des signes d'une mauvaise adhésion à l'insulinothérapie chez cette catégorie de patients. Ils ont noté que 28% des patients ont obtenu moins d'insuline par rapport à leur dose prescrite [44], un taux de non-conformité à la prescription médicale remarquablement inférieure avec ceux constatés chez les patients diabétiques type 2.

Les résultats de notre travail rapportent un taux d'observance aux injections d'insuline de 64% constatations pratiquement identiques à ceux rapportées par Rajagopalan et al et indiquent que les participants ayant un diabète de type 2 ont une mauvaise observance aux injections d'insuline. Ce taux d'observance semble inférieure à celle observée dans le diabète type 1, ceci peut être liée à la compréhension de ces patients du rôle crucial de l'injection d'insuline pour le contrôle de la glycémie et une plus grande possibilité d'événements mortels en raison de l'omission d'insuline par rapport aux patients atteints de diabète de type 2 qui ont des sécrétions d'insuline résiduelles.

En plus des autres facteurs classiquement liés à l'inobservance thérapeutique, on a exploré chez nos patients l'impact du nombre d'injections journalières d'insuline sur le processus d'observance, paramètre qui n'a pas été étudié au cours des études sus citées. On a constaté qu'il existe une différence significative entre le taux d'observance rapporté avec le schéma de 2 injections qui est de 69,16% et ceux rapportés avec les autres schémas d'insulinothérapie, on a expliqué ce résultat par la disponibilité de l'insuline mixte classiquement utilisée au cours des schémas à 2 injections au centre de santé et l'accessibilité qui est plus facile que les autres variétés d'insuline qui coutent plus cher et qui ne sont pas disponibles au centre de santé.

Tableau XXXVI : Le taux d'observance d'insuline selon les études publiées

Etude	Taux d'observance de l'insuline (%)
Donnelly et al	70,6% ⁴⁶
Cramer et all	77% ⁴⁵
Rajagopalan et al	63%
M. Peyrot	28% des patients utilisent moins d'insuline que les doses prescrites. ⁴⁴
Notre étude	63%

1.3. Les antihypertenseurs

Les patients diabétiques ont une rigidité artérielle accrue par rapport aux patients non diabétiques [47], la traduction clinique de cette rigidité artérielle accrue est une pression artérielle systolique plus difficile à contrôler.

Plusieurs méta-analyses ont montré qu'il était rare que les cohortes de patients diabétiques de type 2 inclus dans des essais thérapeutiques évaluant des antihypertenseurs aient une pression artérielle systolique moyenne inférieure à 140 mmHg [48]. On considère qu'environ 50 % des diabétiques présentent une hypertension artérielle et ont donc une indication à l'instauration d'un traitement antihypertenseur.

Il est clairement démontré que ce risque peut être réduit par le traitement antihypertenseur. Dans la méta-analyse Cochrane regroupant 15 études randomisées ayant

porté sur un total de 24 055 diabétiques hypertendus de plus de 60 ans, le traitement antihypertenseur réduit la mortalité totale de 10 %, et l'ensemble mortalité totale et morbidité cardiovasculaire de 28 % [49].

Il est nécessaire de dépister une mauvaise observance au tout début de la prise en charge et tout au long du processus de suivi du patient. Plus de la moitié des patients diabétiques de type 2 présentant une hypertension artérielle supposée résistante sont non observant [50].

60% des patients de notre échantillon ne se conformaient pas à leur traitement antihypertenseur, un chiffre considérablement supérieur à celui observé avec les antidiabétiques oraux ou encore avec l'insuline. Une étude intitulée (Patients diabétiques de type 2 hypertendus: préfèrent-ils traiter le diabète ou l'hypertension artérielle?) menée en 2013 au service d'endocrinologie au CHU de Marrakech a rapporté un taux d'observance au traitement antihypertenseur de 40%, une valeur inférieure à celle rapporté dans notre étude mais qui reste aussi médiocre [51].

Cette observance très insuffisante du traitement antihypertenseur chez les patients diabétiques de types 2 hypertendus constatée au niveau de deux hôpitaux différents dans la ville de Marrakech, est expliquée dans notre contexte par le taux élevé de l'analphabétisme et la pauvreté, le surcoût du traitement, le nombre élevé des médicaments, mais aussi par le fait que le médecin traitant se donne plus de temps, au cours de l'entretien médicale, pour parler du diabète, du poids, des règles hygiéno-diététiques et donne plus d'importance au contrôle du diabète (HbA1C, Cycle glycémique), comparativement au temps consacré à parler de l'HTA et sur les bienfaits de l'équilibre tensionnel sur le risque cardio-vasculaire.

Une autre étude réalisée en Côte d'Ivoire [153], avait montré que l'observance thérapeutique, chez une population de diabétiques hypertendus, est mauvaise dans leur contexte. L'indigence, et le surcoût des médicaments, comme dans notre contexte, étaient les principales causes identifiées responsables de l'élévation du taux des patients non observant.

Une étude européenne a relevé des résultats meilleurs, compte tenu des conditions sociales et économiques dont ils se disposent, cette étude a rapporté un taux de 66% de bonne observance, 26% d'observance partielle et uniquement 8% de non observance [154].

Tableau XXXVII : Le taux d'observance des antihypertenseurs selon les études publiées

Etude	Taux d'observance des antihypertenseurs(%)
Adoubi KA	32.5% ¹⁵³
Blacher J et all	50% ⁵⁰
Girerd X	66% (Bonne) 26% (Partielle) % ¹⁵⁴
Hind El Aassri et all	60% ⁵¹
Notre étude	40%

1.4. Les hypolipémiants

Les dyslipidémies, l'hypertension artérielle, le diabète, l'obésité, la sédentarité et le tabagisme constituent les principaux facteurs de risque de MCV [52]. Quatre-vingt pour cent des adultes présenteraient au moins un de ces facteurs et 10% en cumuleraient plus de trois[53].

Chez les patients dyslipidémiques, les inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase, ou statines, constituent l'outil thérapeutique le plus fréquemment utilisé. Les statines modifient le profil lipidique en jouant principalement sur la réduction du cholestérol LDL, un marqueur intermédiaire de maladie athérosclérotique [54].

De nombreuses études cliniques ont prouvé que les statines diminuaient l'incidence d'événements cardiovasculaires et la mortalité chez les patients les ayant utilisés pendant au moins une année [55]. Malheureusement, plusieurs études mesurant la persistance et l'adhésion au traitement avec les statines signalent que ces médicaments ne sont pas utilisés de façon optimale dans la population [56].

Les résultats des études observationnelles concernant l'observance des statines restent très hétérogènes et très variables d'une étude à l'autre (Tableau) pour plusieurs raisons: grande diversité des profils parmi les populations étudiées, variation dans la durée et le design des études, définitions et méthodes de mesure d'adhésion multiples.

Une étude prospective et observationnelle a été conduite dans le service d'endocrinologie de l'hôpital Saint Antoine en France et qui a évalué l'observance du traitement hypolipémiant chez 100 patients diabétiques de type 2 et qui a rapporté que 12 % des patients ne prennent pas

leur traitement régulièrement et 46 % des patients avouent avoir déjà oublié de prendre leur traitement hypolipémiant occasionnellement [57].

Chez nos patients on a constaté un taux d'inobservance aux hypolipémiants très élevé, de 75%, avec 15 % des patients chez qui on a prescrit une statine qui ne l'ont pas pris dès le début du traitement. La majorité des patients sont polymédicamentés et ne comprennent pas toujours les intérêts de chacune des thérapeutiques qui leur sont prescrites. Il faudrait dans l'application des objectifs de traitement reconsidérer l'importance du traitement hypolipémiant par rapport au diabète et se donner plus de temps pour en expliquer l'intérêt aussi bien au moment de l'entretien médical que dans le cadre de programmes d'éducation bien structurés. Souvent, ces patients prennent leur insuline et sont conscients de l'importance de son bon usage, mais sont moins informés et moins adhérents au traitement de leur dyslipidémie.

Tableau XXXVIII : Taux d'observance des statines selon les études publiées

Premier auteur	Année	Localisation	Population étudiée	Durée (mois)	Adhésion aux statines (%)	Design	Age (années)
En prévention primaire							
Jackevicius ¹⁴⁰	2002	Ontario	85 020	24	25,4	Rétrospective	≥ 66
Benner ¹⁴¹	2002	New Jersey	34 501	60	26	Rétrospective	≥ 65
Grant ¹⁴²	2004	Boston	5488	12	68	Prospective	Moyenne 52,7
En prévention secondaire							
Jackevicius ¹⁴⁰	2002	Ontario	22 379	24	40,1	Rétrospective	≥ 66
Simpson ¹⁴³	2003	Canada	2970	12	79,7	Rétrospective	≥ 65
Kopjar ¹⁴⁴	2003	Canada, Etats-Unis	8768	18	71,2	Rétrospective	Tous
Blackburn ¹⁴⁵	2005	Canada	1221	12	60,3	Rétrospective	Tous
				60	48,8	Rétrospective	
Gislason ¹⁴⁶	2006	Danemark	18 350	12	85	Rétrospective	≥ 30
				60	82	Rétrospective	
Ho ¹⁴⁷	2007	Colorado	13 596	52	74	Rétrospective	Moyenne 65,9
Rasmussen ¹⁴⁸	2007	Ontario	14 345	12	80,5	Rétrospective	> 66
Rodriguez ¹⁴⁹	2013	44 pays	25 737	12	74,3	Rétrospective	> 45
				48	76,7	Rétrospective	
Shah ¹⁵⁰	2009	Minnesota	292	12	79	Prospective	Moyenne 65
				36	44	Prospective	

1.5. L'auto-surveillance glycémique

De nombreuses publications démontrent que la pratique de l'auto-surveillance glycémique (ASG) chez les sujets diabétiques est loin d'être optimale.

Dans le diabète de type 2, 67 % des patients traités par des antidiabétiques oraux mesurent au moins une fois par jour leur glycémie, rapportent Karter AJ et al [58]. Dans une autre étude, menée par Franciosi M et al, 14 % des patients mesuraient leur glycémie moins d'une fois par semaine, et 38 % ne pratiquaient pas d'ASG [60]. Lecomte P et al rapportent

que 10 % des patients diabétiques de type 2 traités par insuline, et 74 % des patients traités par antidiabétiques oraux ne mesurent pas leur glycémie tous les jours [61].

Harris MI et al, selon une étude menée chez 2405 patients diabétiques de type 2 montre que 29 % des patients traités par insuline, 65 % des patients traités par des antidiabétiques oraux et 80 % des patients traités par régime seul ne mesurent pas ou mesurent moins d'une fois par mois, leur glycémie [59]. Cette étude a mis en évidence l'association de cette mauvaise pratique de l'ASG avec un âge plus avancé, le fait d'être traité seulement par antidiabétiques oraux, mais aussi le fait d'avoir un faible niveau d'études, de ne pas avoir bénéficié d'éducation thérapeutique.

62% de nos patients pratiquaient l'auto-surveillance glycémique avec en moyenne 1,34 contrôles par semaine. Ils estimaient qu'il était nécessaire, en théorie, d'en réaliser 6,34 par jour. Cette pratique n'est décrite comme utile que par la moitié des patients. Les patients sous 2 injections quotidiennes d'insuline et plus étaient classés les meilleurs à surveiller leur glycémie capillaire (75%) avec une moyenne de 2 contrôles par semaine, moyenne qui reste très inférieure aux recommandations, comparativement aux patients avec une seule injection par jour dont 25% seulement s'auto-surveillaient avec un rythme de 0,78 contrôles par semaine, et Les patients sous ADO seuls qui étaient 38,55% à pratiquer l'auto-surveillance glycémique avec 1,24 contrôle par semaine. Les principaux facteurs entravant cette pratique dans notre population étaient le coût, le non remboursement des bandelettes de glycémie capillaire par les organismes de couverture sociale, 12% n'en pratiquent pas parce qu'ils se sentaient bien, mais également le fait d'avoir peur des résultats et la douleur occasionnée par la piqure pour une minorité de patients. La réalité de la pratique de l'ASG pourrait en fait être pire, si on tient compte du fait que les patients parfois inventent et rapportent dans leur carnet des mesures qu'ils n'ont pas faites. Ceci a été observé dès les années 80 [62], une étude plus récente a montré que les données sont soit manquantes, soit trompeuse chez la moitié des patients parce qu'ils ou bien ils n'apportent ni leur carnet de surveillance, ni leur appareil de lecture à la consultation, ou bien parce que les résultats rapportés sont inexacts [63].

Tableau XXXIX : Le taux d'observance de pratique de surveillance glycémique selon les études publiées.

Etude	Taux d'observance de l'auto-surveillance glycémique (%)
Karter AJ et all	67 % des patients traités par des ADO mesurent au moins une fois par jour leur glycémie ⁵⁸
Harris MI et all	29 % des patients DT2 traités par l'insuline, 65 % des patients traités par des ADO et 80 % des patients traités par régime seul ne mesurent pas leur GC. ⁵⁹
Franciosi M et all	14 % des patients mesuraient leur glycémie moins d'une fois par semaine, et 38 % ne pratiquaient pas d'ASG. ⁶⁰
Lecomte P	10 % des patients diabétiques de type 2 traités par insuline et 74 % des patients traités par antidiabétiques oraux ne mesurent pas leur glycémie tous les jours. ⁶¹
Notre étude	29% des patients ne pratiquaient pas d'ASG, 38,55% des patients sous ADO seuls pratiquaient l'ASG avec 1,24 contrôle par semaine, 75 % des patients sous au moins 2 injections d'insuline mesuraient leur GC à raison de 2 fois par semaine.

2. Facteurs liés à l'observance thérapeutique

Les facteurs de mauvaise observance peuvent être regroupés en quatre grands chapitres, selon qu'ils sont liés, au sujet lui-même, au traitement, à la maladie, et à la relation médecin-malade.

2.1. Facteurs liés au patient

Le patient est le maître de l'observance et sa vision des différents facteurs conditionne ses actions.

a. L'âge :

Les particularités de l'adolescence :

Concernant les adolescents, l'observance thérapeutique est fortement influencée par les particularités de cette période en matière de subjectivations, de sexualisation et

d'autonomisation [64]. Cette question a émergé depuis deux décennies environ et demeure toujours délicate à analyser [65], surtout devant la complexité de l'interaction des patients jeunes, qui fluctuent entre la révolte contre la maladie, un passage dépressif quasi constant et un sentiment de culpabilité vis-à-vis des parents et du personnel soignant [66]. Trois types d'adolescents non compliant sont décrits dans la littérature [65]:

- L'accidentel, qui oublie son traitement
- L'invulnérable, qui pense que l'oubli ou l'arrêt de son traitement n'aura pas de conséquences sur lui
- Le décidé, chez qui la non-observance résulte d'un choix volontaire et conscient. Cela implique une prise en charge personnalisée qui doit tenir compte du niveau d'adhésion parentale qui conditionne impérativement, et en grande partie l'observance chez cette tranche d'âge.

Cela implique une prise en charge personnalisée qui doit tenir compte du niveau d'adhésion parentale qui conditionne impérativement, et en grande partie l'observance chez cette tranche d'âge [67]. Cette implication ne doit pas être très rigide ou intrusive comme elle ne doit pas virer vers la négligence.

Les particularités du sujet âgé :

Après 65 ans, on est plus concerné par les maladies chroniques. Celles-ci touchent 57 % des personnes âgées de 65 à 74 ans et environ 70 % des personnes âgées de 75 ans et plus [68]. A 75 ans, les personnes déclarent avoir eu 5,8 maladies différentes au cours de l'année hors troubles visuels et problèmes dentaires [69].

LEGER S. et coll [30] ont montré dans leur enquête sur les sujets âgés que 29% des personnes interrogées pensent consommer trop de médicaments, 62% suffisamment et 2% souhaitent en absorber davantage. H. Lamiaa et coll [70] ont rapporté que les patients diabétiques type 2 non observants étaient plus âgés (30 % ont plus de 65 ans). Dans notre étude, il s'est avéré que les sujets âgés sont les moins observants. Cette situation est justifiable par le taux d'analphabétisme très élevé de cette tranche d'âge de notre échantillon et à la comorbidité et par

le fait que les personnes âgées sont plus susceptibles d'éprouver certaines difficultés lors de la prise du traitement en ce qui concerne la mémorisation des prescriptions, les horaires des prises, la lecture des étiquettes et des notices ainsi qu'à la manipulation des flacons et des comprimés.

b. Le sexe :

Le diabète a un genre, pas l'observance, rapportent Vincent BILDSTEIN et coll [71] qui ont mené une étude sur plus de 70 000 patients français permettant d'apprécier l'observance médicamenteuse dans le diabète de type 2 et qui n'a pas mis de différence significative entre femmes et hommes au sujet de l'observance. Contrairement à Ben Hamida et coll [72] qui ont rapporté une observance meilleure chez les femmes diabétiques par rapport aux hommes de même âge, ce dernier constat est réconforté par nos résultats qui indiquent un taux d'observance de 66% chez les femmes, versus 58% chez les hommes, ceci peut être expliqué par le fait que les femmes sont plus régulières en matière de prise médicamenteuse, plus attentives et plus patientes pour les résultats thérapeutiques, mais aussi parce que dans le contexte marocain c'est l'homme qui doit quitter le foyer pour aller travailler ailleurs, et donc ses prises médicamenteuses seront plus interrompues par les horaires et les contraintes du travail.

c. Le statut marital :

Certaines études comme celle de Baldwin [73], ont établi que le fait de vivre en couple était un facteur favorisant l'observance thérapeutique, entraînant une observance augmentée d'un facteur de 1,8. En revanche, l'isolement dans un contexte de veuvage, de divorce ou du célibat limite l'adhésion thérapeutique selon l'étude de Zaghoul [74]. Ceci a été également remarqué au sein de notre échantillon.

d. Les niveaux socio-économiques et d'éducation :

Il a été démontré que plus le patient a conscience de ses troubles, meilleure est son observance. Cela ne suffit pas à la maintenir à un bon niveau, mais il est indispensable pour l'enclencher.

Parmi les facteurs socio-économiques, on retrouve dans la littérature, l'influence du lieu de naissance, de celui de la résidence, du niveau d'études et de la profession. Pour Baldwin [73], un niveau d'éducation élevé est un facteur favorisant l'observance thérapeutique alors que la précarité sociale joue un rôle freinateur. De même H. Lamiaa et coll [70] ont rapporté que les patients diabétiques de type 2 mal observant avaient un taux d'analphabétisme plus élevé (80 %) et un niveau socio-économique bas (60 %). Dans notre étude, les niveaux d'études secondaires et universitaires sont distingués par un taux d'observance élevé. Dans le même sens, on signale l'effet positif d'un bon niveau socioéconomique.

2.2. Facteurs liés au traitement :

a. Le nombre de médicaments par prescription :

La polymédication est considérée comme une source majeure d'échec d'une bonne observance [75]. Il semblerait que pour maintenir un taux d'observance satisfaisant, le nombre de médicaments ne doit pas dépasser quatre, au-delà, elle diminue [76].

L'exemple des patients diabétiques de type 2 est flagrant. Entre les antidiabétiques oraux, les antihypertenseurs, les statines et les antiagrégants plaquettaires, ces patients prennent quotidiennement, et en accord avec les recommandations, de nombreux traitements.

Dans une étude effectuée avec l'assurance maladie chez 197 patients diabétiques de type 2 tirés au sort, le nombre moyen de traitements était de 6,3 médicaments par jour [75]. Parmi les 2920 sujets écossais de l'étude DARTS (Diabetes Audit Research in Tayside Scotland), il y avait une relation inverse très significative entre le nombre de médicaments et l'observance (calculée par le rapport du nombre de comprimés délivrés sur ceux prescrits). Dans cette même étude, une adhésion au traitement de 90 % a été observée chez 34 % des patients dont le diabète était traité par metformine seule, 31 % de ceux recevant une sulfonylurée seule et 13 % seulement de ceux traités par bithérapie [77]. Chez nos patients, le nombre des médicaments par prescription variait de 1 à 6, avec une moyenne de 2,69. On a constaté que la moyenne du nombre des médicaments pris par les observants (1,36) est inférieure à celui pris par les non observants

(3,19). De même on a remarqué que le meilleur taux d'observance est obtenu avec la monothérapie (89%), or le fait d'avoir plus de 3 traitements est un facteur aggravant reconnu du point de vue de l'inobservance thérapeutique [78].

b. Le nombre des prises quotidiennes :

Le nombre de prises médicamenteuses quotidiennes est un facteur important de non observance. Plus le nombre de prises est important, moins l'observance est bonne [79]. Cette relation inverse a bien été montrée pour le traitement de plusieurs pathologies chroniques [80]. Ainsi, l'observance (mesurée par le nombre de jours où le traitement est pris en totalité) est de 75 % dans les schémas de traitement à deux prises quotidiennes et chute à 59 % à trois prises [81]. Cette observation est aussi valable dans le diabète de type 2. Paes et al ont confirmé ce lien entre le nombre de prises et l'observance chez 91 patients diabétiques de type 2 avec un taux d'observance qui s'échelonnait de 79 % pour une prise médicamenteuse quotidienne à 66 % pour deux prises et 38 % pour trois prises quotidiennes [82]. L'omission de l'ingestion des antidiabétiques oraux diminue significativement avec le nombre de prises. Toutefois, à contrario, cette étude a mis en évidence une hyperconsommation chez les patients traités par une prise quotidienne, principalement en raison du doute du patient sur la réalité de la prise matinale. L'impact de cette hyperconsommation sur l'équilibre du diabète et la fréquence des effets indésirables n'ont pas été évalués, mais cet inconvénient potentiel de la monoprise quotidienne doit être gardé en mémoire [83]. Dans cette même étude, les patients ayant des schémas thérapeutiques à trois prises quotidiennes ont moins de « vacances de médicaments » (définie par l'absence totale de prise du médicament pendant trois jours) que les patients ayant une ou deux prises quotidiennes. La conséquence néfaste de ces « vacances thérapeutiques », plus fréquentes lors de schémas en monoprise, a été montrée dans une étude sur l'HTA.

Concernant nos patients dont la majorité d'entre eux avaient trois prises journalières (62%), on a remarqué que l'observance médicamenteuse baisse de façon proportionnelle avec l'augmentation des prises quotidiennes, et passe de 79,50% en cas de monoprise, à 34% si trois

prises par jour. Le schéma en monoprise peut être adapté pour le traitement antihypertenseur ainsi que pour les statines, mais ceci reste difficile pour certains antidiabétiques (glinides et inhibiteurs de l'alpha-glucosidase) dont le mode d'action impose une prise avec chaque repas.

c. La Connaissance du traitement :

Une bonne connaissance des médicaments comme l'écrit LEGRAIN [84] est un facteur de bonne observance retrouvé également dans notre étude. Il s'agit de savoir à quoi sert le médicament que le patient prend, quels sont les risques s'il l'arrête, s'il existe des interactions avec l'alimentation ou d'autres médicaments, dans quelles situations la tolérance du médicament peut être modifiée, si le médicament est remboursé par les assurances maladies. Cette connaissance dépend du niveau cognitif de la personne, mais aussi, de la relation avec les professionnels de santé, à titre indicatif on peut citer que 10% seulement des patients qui prennent les sulfamides hypoglycémiantes savent qu'ils peuvent entraîner une hypoglycémie [85].

d. Les effets secondaires du traitement :

Souvent mis en avant, Les traitements qui comportent le plus d'inconvénients étant naturellement les plus mal suivis par les patients. La peur de survenue d'un effet indésirable est aussi susceptible d'être un frein à l'observance thérapeutique.

L'utilisation des agents antidiabétiques oraux est souvent associée à des effets indésirables qui peuvent parfois être graves et peuvent imposer l'arrêt de l'agent antidiabétique oral [86]. Dans une étude menée à Fès et qui s'est intéressée au Profil épidémiologique des effets indésirables des antidiabétiques oraux, Sur le total des patients recrutés, 50 % des patients ont présentés au moins un effet indésirable, dont 95 % sont liés à la métformine. Dans 2 % des cas l'effet indésirable a nécessité l'arrêt de l'ADO en cause, Les hypoglycémies graves sous sulfamides hypoglycémiantes ont été moins fréquentes (0,5 %) et elles étaient liés à la modification de l'horaire du antidiabétiques oraux [86]. Dans notre étude, la survenue d'effets secondaires est un facteur de mauvaise observance thérapeutique qui est important : Six patients ont interrompu leur traitement par la métformine à cause des effets secondaires, Le ¼

de nos patients signalaient ne pas suivre correctement le traitement à cause de la survenue d'effets secondaires, dont l'hypoglycémie rapportée par 34,5% des patients non observants.

e. Le coût du traitement :

Le coût a son importance [87]. Il peut expliquer qu'un certain nombre de prescriptions ne soit pas honoré. Il est surtout engendré par une longue ordonnance. Ce constat est surtout rapporté dans les pays en voie de développement tel le cas de nos patients, chez qui on a noté que l'observance est inversement proportionnelle au coût du traitement.

Le patient doit avoir donc les moyens d'accomplir ce qui lui a été prescrit. Ceci explique l'effet manifeste de la précarité sociale sur la prise médicamenteuse chez les DT2 [88] ou encore sur l'auto-surveillance glycémique [58].

2.3. Facteurs liés au système de soin :

a. La relation médecin malade :

La qualité de la relation patient-soignant représente un facteur d'influence primordial de l'adhésion au traitement médicamenteux [89]. Cette relation est conditionnée par plusieurs déterminants que nous décrivons comme suit :

a.1. Insuffisance d'écoute:

« On ne prescrit pas en 10 min un traitement qui durera toute une vie ! » Leonard D

La plupart des critiques des malades à l'encontre des médecins ne concernent pas leur compétence en termes de savoir médical, mais leur incapacité à écouter les patients et leur manque de compassion [90]. Dans l'étude de Beckman H.B, les patients étaient interrompus par les médecins en moyenne 18 secondes après qu'ils aient commencé à exposer leur problème [91]. Les personnes âgées interrogées par BAYADA J. M. et coll [92] sont d'autant plus observantes qu'elles considèrent leur médecin comme étant disponible pour les écouter (69% contre 35%).

a.2. Défaut d'information du malade:

La non-observance traduit souvent un manque d'explication de la part du médecin. La cause de cette information insuffisante des patients n'est probablement pas uniquement due à une absence de délivrance des messages par le médecin car on sait que moins de 50% uniquement des informations apportées lors de la consultation médicale sont retenues par les patients d'où l'intérêt de revoir les connaissances des patients périodiquement.

a.3. Incommunicabilité:

Parfois la représentation du monde médical insiste essentiellement sur les signes et les symptômes de l'affection, tandis que le patient se représente davantage la maladie en fonction des activités qu'elle lui autorise ou qu'elle lui interdit. Il en est de même pour les motivations et les buts de la prise en charge qui peuvent générer une profonde incompréhension entre le patient et le soignant. Comme l'expliquent Gagnaire et d'Ivernois, il existe deux maladies et deux santés : celle que vit le patient, et celle que conçoit le soignant, et si le médecin n'en prend pas conscience, cela peut donner lieu à une certaine incommunicabilité [93]. Il est en de même concernant ce que les Anglo-saxons ont qualifié de relations instables, au sein desquelles le patient est pris en charge non pas par un praticien déterminé et identifié comme « son médecin », mais par une « équipe », constituant vis-à-vis du patient un interlocuteur anonyme, ce qui réduit la confiance au sein des relations.

Dans notre étude, le temps que se donne le médecin pour l'explication de la maladie et le traitement était un facteur favorisant important pour l'observance thérapeutique, on a remarqué qu'il existe une évolution exponentielle de l'observance en fonction de la durée de l'entretien médicale. En effet, on est allé plus loin et on a interrogé les patients non observants sur ce qui leur empêchait d'aborder les différents points qui se rapportent à leur état de santé y compris les problèmes d'observance, c'étaient essentiellement la gêne en présence du médecin rapportés par 67% des non observant, dont plus que les 2/3 sont des femmes, et pour 37% parce qu'ils avaient peur de décevoir le médecin, et pour 28 % qu'ils étaient insuffisamment écoutés et que la durée de l'entretien est insuffisante , ceci nous amène à penser que pour une

grande partie de nos patients la relation médecin-malade est unidirectionnelle et confère au médecin un rôle autoritaire et imposant. La relation médecin-patient peut se construire sur un « modèle paternaliste ou directif » dans lequel le médecin adopte une position de maître ou au contraire sur un « modèle de décision partagée » dans lequel médecin et patient discutent du traitement. Ces formes de relation, vécues de manière plus ou moins satisfaisante par le patient, le conduisent à ressentir souvent une insatisfaction liée au manque d'information sur les médicaments ou sur leurs effets indésirables. Alors que le médecin s'intéresse à la maladie, le patient âgé est essentiellement préoccupé par les effets secondaires, le délai d'action du médicament et son coût [94].

Le besoin d'avoir confiance dans le médecin est essentiel et l'effet du médicament semble étroitement lié à la confiance portée au médecin.

b. Rôle de l'équipe paramédicale :

Les autres professionnels de santé sont aussi cités comme étant déterminants, même si leurs rôles sont plus diversifiés en fonction des systèmes de santé. Cependant, il est intéressant de noter que, les questions liées aux professionnels paramédicaux de santé ne font que rarement l'objet d'études spécifiques sachant qu'ils sont les plus proches des patients, et les plus présents dans les services concernés. Ils peuvent ainsi, détecter des difficultés d'observance, un refus de la maladie ou des comportements à risque, desquels peuvent informer le médecin responsable, comme ils peuvent entretenir le patient avec un langage plus compréhensible. On note l'impact de communication avec le personnel médical à travers nos résultats, 16% de nos patients ont déclaré l'infirmier ou le diététicien être la première personne à qui ils ont recours pour se renseigner sur le diabète.

c. Le système d'éducation thérapeutique :

En s'appuyant sur un texte de 1998 élaboré par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [95]. Les objectifs de l'éducation thérapeutique dans le champ des maladies chroniques ont été largement définis : « aider les patients à acquérir ou à maintenir les compétences dont ils

ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ». Il s'agit donc d'acquérir des compétences d'auto-soins, de les maintenir et de favoriser la mobilisation de compétences d'adaptation.

Le diabète, en raison de la longue période sans symptôme, provoque un décalage entre la nécessité pour le patient de prendre un traitement de fond et les bénéfices futurs sur son état de santé, vue sous cet angle l'éducation thérapeutique est l'un des moyens efficaces pour améliorer la prise en charge du diabète en faisant du patient un proactif aux soins et en luttant contre l'inertie thérapeutique des soignants induite en grande partie par les mauvais comportements et la faible capacité d'autogestion des patients [96]. L'éducation thérapeutique permet de construire une relation soignant-soigné qui est la clé de l'observance [97]. Dans notre étude on a constaté que l'observance thérapeutique est plus importante (71,22%), chez les patients qui ont reçu au moins une séance d'éducation thérapeutique, comparativement aux patients qui n'ont pas reçu d'ETP (38,5%). Au-delà de la prévention des complications vasculaires et de l'amélioration de l'observance du traitement l'éducation thérapeutique du patient diabétique a pour finalité l'amélioration ou le maintien d'une qualité de vie subjectivement optimale.

2.4. Facteurs liés à la maladie:

a. La perception personnelle de la maladie :

Une représentation ou une perception est constituée de différentes croyances permettant au patient d'expliquer un phénomène [98]. Le patient perçoit la réalité à travers ses différentes représentations. Les représentations sont utilisées pour interpréter la réalité, prendre des décisions et communiquer avec les autres. Les représentations liées à la maladie et aux médicaments d'un patient sont façonnées par la maladie elle-même (croyances quant à l'origine de la maladie, sa temporalité par rapport à la vie du patient, les manifestations cliniques et conséquences induites au quotidien), par le parcours de vie du patient, l'histoire de son entourage familial, les expériences vécues avec son environnement. Pour mieux comprendre toutes ces variations de perception de la maladie et ce qu'elle engendre comme suivi

thérapeutique, nous rappelons que l'annonce d'une maladie chronique tel que le diabète signale la perte de l'état de santé antérieure et l'entrée dans un avenir incertain à plus ou moins long terme. Cette nouvelle situation embarrassante pour le patient, l'entraîne dans le domaine des représentations mentales et celui des croyances dans lequel il résiste à l'apprentissage spécifique ce qui constitue un obstacle à l'observance. Suivant ce concept, C. Herzlich [99] définit 3 types de perception sociale de la maladie :

- 1- La maladie « destructrice » qui exclue le malade, lui faisant perdre tout rapport avec autrui. Le patient, dans ce cas, ne voit pas de solution pour combattre la maladie et adopte une attitude de déni ou de passivité, refusant de consulter un médecin, allant même jusqu'à cacher sa maladie, ou en atténuer la gravité, pas mal de patients circulent en disant «j'ai un petit diabète, je n'ai pas besoin de consulter un médecin».
- 2- La « maladie libératrice » qui va libérer l'individu des contraintes liées à la vie en société. La maladie développe chez le patient une « personnalité exceptionnelle », liée au caractère exceptionnel de la maladie. Si l'entourage réagit de façon positive à cette situation, alors la condition de « malade » pour le patient sera bénéfique.
- 3- La « maladie métier », où le patient mène une véritable lutte contre la maladie. Cette maladie est alors acceptée dans le but de pouvoir lutter pour la guérison. « Santé et maladie se présentent donc comme mode de rapport de l'individu à la société ». Dans cette approche, un individu peut se sentir en bonne santé alors qu'il est malade et inversement se sentir malade alors qu'il est en bonne santé. Dans cette catégorie sont classés 48,33% de nos patients, qui sont arrivées à accepter leur maladie et qui font tous pour vivre avec, chez qui on note un taux d'adhésion au traitement satisfaisant (71,2%), comparativement aux patients qui sont toujours dans le déni, qui représentent plus de la moitié de la population étudiée et qui présentent un taux d'observance d'uniquement 31%.

b. La compréhension de la maladie :

Elle est nécessaire pour adhérer au traitement. Dans notre étude, il a été bien démontré que les patients qui ont compris leurs pathologies sont beaucoup plus observants. Autrement, l'observance est moindre surtout lorsque le malade n'intègre pas l'idée de la chronicité, le caractère asymptomatique de la maladie à une certaine période d'évolution de la maladie et les facteurs aggravants.

La qualité de la compréhension de la maladie dépend en grande partie de ce que nous enseignons aux patients. Ce sont des connaissances incomplètes, souvent éparses, incertaines et abstraites pour le malade, extraites de l'ensemble des connaissances que nous avons, faisant partie de notre réseau sémantique, et qui doivent ensuite aller s'intégrer différemment dans le réseau des connaissances du patient [100].

La compréhension de la maladie ne se limite pas à des connaissances théoriques. Connaître sa maladie c'est savoir vivre avec, en ayant une qualité de vie optimale, la réalisation de gestes techniques comme une injection d'insuline, couper des comprimés, surveiller sa glycémie capillaire va mobiliser différents niveaux d'habiletés chez le patient qui auront un impact sur l'adhésion au traitement médicamenteux.

c. Comorbidités ou maladies associés

La présence de comorbidités est un élément influençant l'observance au traitement qui a été soulevé dans notre étude, on a constaté que le taux d'observance des ADO passe de 64,8% si il n'y a pas de maladies associées au diabète à 38,5% si le patient présente 2 maladies associées. De même les auteurs ont évalué la persistance aux ADO chez une cohorte rétrospective de 13 943 sujets diabétiques type 2 traités par ADO en scindant les patients en 2 groupes, patients qui ont présenté un cancer associé au cours de l'évolution de leur diabète et patients n'ayant pas présenté de cancer et ont prouvé que les patients ayant présenté un cancer étaient plus à risque de non-persistance aux ADO [102].

Nous proposons, en synthèse de cette réflexion, une figure récapitulant les déterminants de l'adhésion des patients au traitement médicamenteux catégorisés en 5 dimensions illustrés par des exemples issus d'une étude multicentrique publiée en 2007, chez des patients diabétiques de type 2 menée dans 7 pays européens [103].

<p>Maladie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Présence de troubles cognitifs, visuels, de la personnalité - Absence de symptômes - Présence d'addictions - Présence d'un état dépressif <p>« Difficulté d'appréciation de la progression de leur état de santé car absence de symptômes »</p> <p>« Ne perçoivent pas leur état de santé comme grave tant que les complications ne sont pas apparues »</p> <p>« pas l'impression d'être malade c'est pourquoi l'annonce du diagnostic représente un vrai choc »</p>	<p>Traitement Médicamenteux</p> <ul style="list-style-type: none"> - Complexité du traitement - Temps quotidien dédié au traitement - Modalités d'administration - Durée de traitement <p>« Plus les activités quotidiennes sont modifiées par la prise des médicaments plus c'est difficile »</p>
<p>Patient et/ou Entourage</p> <ul style="list-style-type: none"> - Savoirs théoriques - Savoirs-pratique, savoir-faire, compétences d'auto-soins et Méta-savoirs <p>« Les patients n'ont pas conscience de leur manque de connaissances », « les effets des traitements ne sont pas compris »</p> <p>« perception de leur corps quand visualisant des effets du traitement »</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expériences antérieures - Représentations liées à la maladie et aux médicaments - Emotions <p>« Sentiment d'être différent des autres et que cette différence induit des réactions de la part d'autre personnes, en société et au travail »</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ressources externes <p>« impact des événements sociaux comme un repas de famille, le fait de cuisiner des plats spéciaux pour son mari »</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ressources internes <p>« Intention du patient de s'adapter aux habitudes alimentaires du reste de la famille ou d'introduire ces besoins en diététique »</p>	

Figure23 : Déterminants de l'adhésion des patients au traitement médicamenteux selon les 5 dimensions illustrés par des exemples retrouvés chez des patients diabétiques de type 2

<p>Facteurs démographiques et socioéconomiques</p> <ul style="list-style-type: none">- Caractéristiques démographiques- Stabilité familiale- Ressources matérielles- Précarité sociale, sans domicile, statut d'immigré- Coût lié à la prise en charge et accessibilité aux soins- Appartenance ethnique, culturelle <p>« coût du traitement », « possibilités de prise en charge »</p>	<p>Système de soins</p> <ul style="list-style-type: none">- Qualité de la relation thérapeutique patient-soignant <p>« les patients en surpoids se sentent jugés, « mal aimés » par leur médecin » / « vécu du diagnostic difficile car le patient a le sentiment que ce n'est pas la préoccupation du médecin » « les patients expriment le fait que les soignants ne comprennent pas ni n'acceptent les difficultés qu'ils vivent avec leur diabète »</p> <ul style="list-style-type: none">- Organisation des soins <p>« quantité d'informations données par les soignants vécue comme trop importante, des informations incompréhensibles, difficilement mémorisables, ne concernant pas le patient et souvent à des moments inadaptés »</p>
---	---

Figure23 : Déterminants de l'adhésion des patients au traitement médicamenteux selon les 5 dimensions illustrés par des exemples retrouvés chez des patients diabétiques de type 2 « Suite »

3. Interventions visant à améliorer l'observance thérapeutique

Nous avons vu qu'adhérer et maintenir son engagement dans la prise en charge de ses médicaments au quotidien représente un défi pour les patients et que de multiples facteurs cognitifs, affectifs, psychosociaux et comportementaux peuvent influencer cette adhésion au traitement médicamenteux. En regard de ces facteurs, des stratégies d'interventions ont été envisagées par les professionnels de santé. Elles reposent sur des actions pratiques, comme la simplification des prescriptions, la proposition d'un plan de suivi, la mise à disposition de piluliers, et sur des interventions de type éducatives et/ou motivationnelles. Aborder le patient dans ses différentes dimensions, le situer dans son processus d'adaptation à l'événement « maladie chronique » vont permettre aux professionnels de santé de mieux appréhender son comportement d'adhésion au traitement médicamenteux et, ainsi, adapter leur offre éducative. Nous proposons donc de synthétiser les interventions décrites dans la littérature, au regard des 5 dimensions influençant l'adhésion du patient au traitement médicamenteux.

3.1. Interventions visant à améliorer la relation médecin-malade

Le médecin est encouragé à développer dans sa relation avec le patient une implication affective, où la compréhension, le non-jugement, la non-moralisation, l'écoute et l'encouragement sont essentiels. Il cherchera à mettre en place une coopération négociée qui aboutira à un contrat d'observance. Celui-ci élargira l'alliance thérapeutique, qui peut s'accompagner d'une démarche d'éducation thérapeutique, impliquant davantage le patient [104].

On peut distinguer quatre types de relations classiques :

- **La relation ancienne** : paternaliste, déterminée par le devoir de bienfaisance du médecin, infantilisant son patient.
- **La relation moderne** : objectivante, qu'il s'agisse de l'objectivation scientifique ou mieux informative. Elle suscite en retour l'objectivation des soignants par les patients, traitant les médecins en simples prestataires et offreurs de soins. Cette

mise à distance pudique doit également être respectée [130] car un patient peut préférer ne pas révéler les traits et parfois les failles de son moi émotionnel.

- **La relation post moderne** : à l'opposé des relations ancienne et moderne, ce courant met le patient en position d'expert qui rencontre un autre expert.
- **La relation médecin-malade idéale** : est celle de l'alliance thérapeutique. C'est une relation égalitaire mais asymétrique, où le patient vient chercher chez le médecin, d'une part, la compétence, d'autre part, l'aide au changement, ceci dans un rapport adulte-adulte, et grâce à l'éducation thérapeutique, le malade peut prendre en partie la place du médecin, et grâce à l'empathie, le médecin peut prendre en partie la place du malade. Ainsi, ce changement de position permet au malade de se décharger quelque peu du fardeau de la gestion de sa maladie chronique en transférant la responsabilité au médecin.

Face à toutes ces possibilités, on doit reconnaître que l'adhésion au traitement n'est pas acquise une fois pour toutes, et demande une vigilance tout au long de la prise en charge du patient. Il est important de la préparer dès les premiers contacts avec le patient, puis de la consolider dans les moments difficiles.

a. L'adhésion au traitement se prépare :

Il est important pour le médecin traitant de prendre conscience de la souffrance du patient et de ne pas la sous-évaluer. Le médecin doit chercher à comprendre la demande du patient [105]. Il ne s'agit pas forcément de la disparition des lésions mais parfois d'autre chose comme la disparition du prurit ou simplement une écoute [105]. L'écoute du patient doit permettre de comprendre sa conception de la maladie [106]. Une conception qui peut apparaître sous trois cas de figure :

- Dans le premier cas, le patient attribue sa maladie au destin et l'observance est en général médiocre [107].

- Dans le deuxième, il confère aux autres un pouvoir sur sa maladie qui sera un frein à l'observance pour des soins qui devront l'impliquer fortement lui-même.
- Dans le troisième cas, le malade se sent responsable de sa santé et pense pouvoir agir sur elle, par conséquent, l'observance sera alors meilleure.

L'annonce du diagnostic d'une maladie chronique tel que le diabète avec tout ce que la chronicité va impliquer dans sa vie quotidienne sont rarement d'emblée bien compris par le malade. Ce dernier peut, en effet, refuser de manière plus ou moins inconsciente, une vie avec la maladie. Ce refus compréhensible a souvent pour conséquence le manque d'observance thérapeutique et le « nomadisme », à la recherche d'un traitement « miracle » immédiat et définitif. Il est donc essentiel d'inscrire l'annonce du diagnostic dans une perspective thérapeutique intégrant ses limites et sa durée : c'est un équilibre glycémique optimal et non pas la guérison.

b. L'adhésion au traitement s'entretient :

Le patient attend du médecin qu'il l'aide à choisir la stratégie de traitement la plus prometteuse pour lui. Pour cela, il est nécessaire de l'informer sur le rapport bénéfices/risques. En effet, l'explication au patient du traitement et de ses risques concourt à améliorer l'observance. Le praticien doit accompagner le patient dans une évaluation personnalisée de la prescription, tenant compte de sa vie quotidienne. La relation médicale doit être basée sur un partage de compétences entre le médecin porteur d'un savoir-faire et le patient qui a l'expérience de vivre sa maladie. Il est utile de savoir parfois accepter les initiatives du patient qui a besoin de faire ses propres expériences par rapport au traitement, mais aussi d'entendre ses propositions de traitement.

c. L'adhésion au traitement se consolide :

Le médecin doit aider le patient à renforcer ses nouveaux comportements en le valorisant, et en reconnaissant les obstacles qu'il rencontre dans sa vie quotidienne, et les efforts qu'il fournit. Ces attitudes d'encouragement au cours desquelles le médecin peut aider le patient à prendre conscience du chemin à parcourir auront un effet positif sur l'observance [108].

3.2. Interventions visant le traitement médicamenteux

Concernant la complexité du traitement médicamenteux, des actions simples visant le médicament ont été proposées et permettent de favoriser l'adhésion au traitement médicamenteux:

- Rationaliser les prescriptions, c'est-à-dire diminuer le nombre total de médicaments sur l'ordonnance.
- Diminuer la fréquence de prises journalière (passage de 2 prises par jour à une prise journalière) [109].
- Choisir selon les spécialités existantes, des médicaments ayant une cinétique à libération prolongée afin de diminuer la fréquence des prises et le risque d'effets indésirables [110].

Cependant, la diminution de la fréquence des prises en une prise unique quotidienne n'apporte pas systématiquement un effet positif sur l'adhésion chez tous les patients. Richter et al ont défini les caractéristiques d'un médicament pouvant être « candidat » à une prise unique journalière : longue durée d'action sans augmentation des effets indésirables en prise unique, contrôle des symptômes suffisant avec une dose unique, risque de résistance et/ou de progression de la maladie si oublis, si polymédication et/ou que le patient souffre de troubles cognitifs et/ou physiques [111]. Pour certains patients, la prise unique journalière sera même contre indiquée comme, par exemple, chez les métaboliseurs rapides ou lents. L'amélioration de la fréquence de prises est intéressante pour les patients oubliant des prises mais ne sera pas un argument pour les patients qui, notamment, choisissent de prendre ou non certains médicaments de leur ordonnance.

Les peurs et les difficultés de prises du patient inhérentes à la forme galénique du médicament sont des facteurs à ne pas sous-estimer concernant l'adhésion au traitement médicamenteux. Trouver une forme galénique adaptée, facilitant la prise des médicaments aura un impact positif sur cette adhésion. Par exemple, devant une résistance et/ou une difficulté de prises de comprimés, de gélules pour certains patients, les formes buvables peuvent être une alternative.

Différents dispositifs ont été proposés afin d'aider le patient à reconnaître ses médicaments et à les prendre selon les conditions de prises préconisées (jour et horaire) :

- Réalisation de plans de prise adaptant les prises journalières de médicaments aux habitudes de vie et aux horaires du patient (certains pouvant intégrer les photos des médicaments pour faciliter la reconnaissance)
- Utilisation de conditionnements unitaires (mentionnant le nom du médicament, le jour de prise et l'heure)
- Utilisation de piluliers automatisés intégrant un système de rappel avertissant le patient du moment de la prise des médicaments (jour et horaire).

3.3. Interventions visant l'éducation du patient et de son entourage

Le soignant éducateur vise l'acquisition par le patient de compétences lui permettant de réagir face à certaines circonstances, situations posant problème en adoptant une conduite adéquate. Pour y parvenir, le soignant a pour objectif de doter le patient de « matériaux de construction » desquels il pourra se servir au moment opportun pour élaborer sa stratégie d'action. Ces matériaux correspondent aux connaissances, ou habiletés et compétences, à l'image du patient de ses attitudes et de ses motivations.

L'acquisition de connaissances théoriques sur la maladie et les traitements par le patient représente le point de départ incontournable du processus d'apprentissage. Même si une intervention éducative ne se limite pas à une simple transmission d'informations, cette première étape est nécessaire pour engager le patient dans une démarche d'apprentissage et favoriser l'adhésion au traitement médicamenteux [112].

Les séances de formation ciblant une transmission d'informations au patient utilisent le plus souvent un modèle frontal, par l'intermédiaire d'un exposé ou un exposé conduit sous forme interrogative quand le patient a déjà des notions (jeu de questions-réponses). Dans l'étude de Sackett, 1975, les thèmes abordés lors d'une séance de formation étaient par exemple, la physiopathologie de l'hypertension, les effets sur les organes cibles, la santé,

l'espérance de vie, l'intérêt des traitements antihypertenseurs et de leurs prises régulières et des conseils de prises [113].

Lors de cette transmission d'informations, il est nécessaire d'accorder du temps et de l'attention aux émotions du patient qui sinon, risque de diminuer ses capacités de concentration et de compréhension.

Gérer une maladie chronique au quotidien peut nécessiter pour le patient l'apprentissage en plus des informations théoriques, de certains gestes de soins, comme la prise de comprimés, l'injection de certains médicaments, la réalisation d'une nébulisation, l'utilisation d'un spray ou d'un inhalateur de façon adaptée, la réalisation d'une auto-surveillance biologique et/ou clinique.

Les interventions d'éducation thérapeutique individuelle ou de groupe visent à permettre au patient d'augmenter ses connaissances, de tester ses savoir-faire et à acquérir des compétences d'auto-soins et d'adaptation. Deux types d'interventions d'éducation thérapeutique visant à améliorer l'adhésion au traitement médicamenteux peuvent être identifiés : des séances de « counseling » et des offres de programmes éducatifs structurés [114].

Les séances de « counseling » ont été initiées dans le domaine du VIH [115], puis ont été proposées et développées dans le cadre des maladies chroniques en général (asthme, hypertension, diabète, dépression, schizophrénie, ulcère à *Helicobacter Pylori*, patients traités par anticoagulants oraux). Ces séances individuelles ou de groupe, visent l'acquisition de compétences ciblant les médicaments et le comportement d'adhérence médicamenteuse le plus souvent associés à un suivi téléphonique (1 appel 3 jours après la séance de counseling ou 2 appels) ou des séances de renforcement (en institution ou à domicile). Elles sont réalisées par des infirmières ou des pharmaciens et abordent différentes thématiques en utilisant différentes techniques [116].

Des programmes d'éducation thérapeutique structurés, composés de différents modules visant l'acquisition de compétences d'auto-soins, ont été évalués dans différents domaines comme la diabétologie [117], le VIH, l'asthme, la BPCO, la schizophrénie. Ces programmes abordent différentes thématiques (dont la problématique des médicaments) en lien avec les compétences d'auto-soins. Ces programmes sont construits par des équipes

multiprofessionnelles (médecin, pharmacien, infirmier, diététicienne, psychologue, travailleurs sociaux ...) et les séances de groupe, composées de 4 à 8 patients par groupe, peuvent être animées par chacune des professions représentées (en fonction des thématiques par exemple), seule ou en binôme. Un membre de l'entourage du patient peut être convié à ce type de séance sans que l'objectif de la séance en lui-même cible les familles et/ou le rôle de l'entourage.

3.4. Interventions visant la motivation du patient

L'association de techniques motivationnelles à une démarche d'éducation thérapeutique représente un levier puissant à développer. Le modèle allostérique en 5 dimensions décrit récemment appuie ce positionnement [118]. Les objectifs des interventions basées sur une approche motivationnelle seront d'identifier les déclencheurs potentiels de la motivation, lutter contre les résistances reliées aux patients, à son entourage, aux soignants et soutenir la motivation afin de faciliter le maintien au long cours du comportement d'observance.

Les auteurs proposent d'explorer et de travailler sur l'ambivalence du patient face à des événements en lien avec ses médicaments en utilisant la technique de l'entretien motivationnel (par exemple en utilisant des échelles motivationnelles) [119]. Les actions seront adaptées aux différents stades de changement décrit par le modèle transthéorique du changement de Prochaska et Di Clemente.

Une attention particulière sera accordée aux résistances pouvant être liées à l'entourage qui sera ou non soutenant dans le projet du patient d'intégrer ses médicaments à ses habitudes de vie. Le soignant devra essayer de comprendre avec le patient ce que son implication dans la prise de ses médicaments va avoir comme impact sur son entourage, sur ses habitudes de vie et celles de sa famille. Le soignant identifiera les « aidants », les « saboteurs » et les « observateurs » (qui se positionnent en retrait ou refusent de s'impliquer du moins à un moment donné) qui gravitent autour du patient et l'importance que le patient apporte à leur soutien et à leur avis.

VI. Perspectives

1. Stratégies de rappel du patient:

A ce propos, nous citons :

1.1. Pilulier :

Cet outil est largement utilisé pour les personnes âgées et toutes les études en confirment la pertinence. Il peut se présenter sous une forme journalière, hebdomadaire voire mensuelle. Les limites sont liées au remplissage des cases et à l'identification des jours.



1.2. Rappel automatique par téléphone :

Certains chercheurs ont voulu mettre en place cette procédure pour rappeler aux patients l'heure de prise des produits. Ce système a été évalué positivement aux Etats Unis [120].



1.3. Autres interventions :

GOZLAN M [121] a décrit de nombreux systèmes, développés aux Etats Unis pour améliorer l'observance thérapeutique à type de montres programmables, qui peuvent sonner à l'heure de la prise en affichant un message qui indique le médicament à prendre, et des flacons munis d'une horloge qui émet une alarme ou un flash lumineux aux heures de prises.



Le dispositif Compu-Med® permet de présenter automatiquement sept compartiments de médicaments (préalablement assortis par un tiers) correspondant à chacun des jours de la semaine. Le patient est averti de l'heure de la prise par un signal visuel ou sonore.



Il existe d'autres méthodes sophistiquées, non reproductibles en pratique courante, mise en œuvre dans le cadre d'essais cliniques comme les consultations gratuites audio- visuelle, et les rappels automatiques des rendez-vous. On propose qu'à la fin de chaque consultation les

malades suivis en consultation qui ne se sont pas présentés à leur rendez-vous soient rappelés par téléphone pour se renseigner des raisons de leur absence, et les inciter par la même occasion de reconsulter dans de brefs délais.

2. La simulation:

Avant d'exposer le patient à sa première rencontre avec le(s) médicament(s), une simulation permet de traverser les doutes, les peurs et déjoue en elle-même beaucoup d'anxiété et de stress [122]. On propose lors d'une première consultation que le patient rapporte ses médicaments à la deuxième consultation ou d'avoir des prototypes des médicaments les plus utilisés en consultation sur place pour réaliser ensemble les premières expériences avec la prise de traitement et expliquer la technique d'application, donner au patient une idée sur la dose nécessaire.

3. Compagnes :

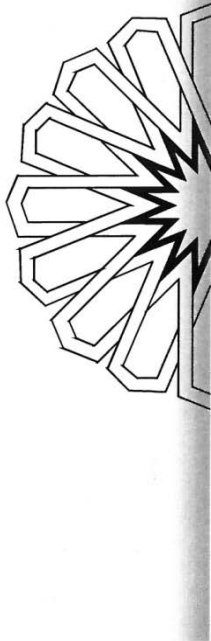
Des campagnes de communication auprès du public, que ce soit de manière directe ou par l'intermédiaire des médecins, des pharmaciens, des caisses de couverture médicale et des associations devraient également être menées dans le but d'aborder le danger de la non observance médicale.

VII. Limites de notre étude

La limite principale de cette étude tient à notre mode d'investigation, un questionnaire simplifié, qui conduit probablement à surestimer l'observance.

La seconde limite tient à l'échantillon, qui n'est pas randomisé, mais sur la base d'une participation volontaire, ce qui limite l'extrapolation au plus grand nombre.

Pour ces différentes raisons, nous considérons nos résultats comme préliminaires. Il serait donc souhaitable de compléter cette étude par une véritable enquête épidémiologique.



CONCLUSION

La question de l'observance thérapeutique dans le cadre de la maladie chronique est complexe et subtile, ses dégâts doivent être pris en compte, d'ailleurs l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a déclaré qu'« optimiser l'observance médicamenteuse aurait plus d'impact en termes de santé mondiale que le développement de nouveaux médicaments » [95].

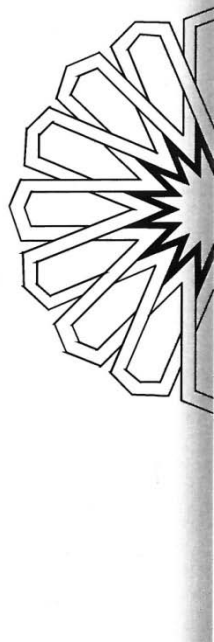
Sa mesure reste subjective dans notre contexte, elle doit être jugée séquentiellement pour dépister les premiers dérapages thérapeutiques.

Une bonne observance dépend de plusieurs facteurs : cognitifs, émotionnels, comportementaux, sociaux et relationnels. Cela signifie que le patient va plus ou moins bien suivre son traitement, en fonction notamment des informations qu'il possède sur sa maladie, de la manière dont il se sent, de la manière dont il a intégré les prises de traitement dans sa vie quotidienne, du degré de soutien social dont il bénéficie et de la qualité de la relation qu'il entretient avec les soignants.

De plus en plus les facteurs liés à l'observance sont relevés, dans notre contexte ceux qu'on a retenus sont le niveau d'étude, le niveau socioéconomique, le nombre des médicaments prescrits, le nombre de prises quotidiennes, le degré de compréhension du traitement, le degré d'explication de la maladie, ainsi que la qualité de la relation médecin-malade.

Ces facteurs doivent être ciblés au cours de la prise en charge par des démarches qui doivent être entreprises pour aider le patient à adhérer à son traitement. Pour faire face à la non-observance Les devises sont : expliquer, être précis, montrer de l'intérêt et regarder le patient droit dans les yeux!

Il est également essentiel grâce à des séances de débriefing, des jeux de rôles, des réflexions sur les attitudes et les contre-attitudes médicales, d'amener les étudiants en médecine à trouver le chemin de l'empathie, en développant une médecine authentiquement centrée sur le patient [35]. Car Il n'y a pas de solution miracle au point que Haynes [123] conclut que même dans l'essai le plus effectif, l'amélioration de l'observance n'apparaît pas majeure, et il invite les médecins à innover pour aider les patients à suivre leurs prescriptions.



ANNEXES

Annexe 1:

Questionnaire adapté pour notre étude

1. Age : Ans

2. Sexe : ♂ ♀

3. Poids : Kg

4. Taille : Cm

5. Status marital:

Célibataire	Marié (e)	Divorcé (e)	Veuf (ve)
-------------	-----------	-------------	-----------

6. Niveau socioéconomique:

Bon	Modéré	Bas
-----	--------	-----

7. Vie sociale :

Seule	En famille
-------	------------

8. Niveau d'étude :

Aucun	Elémentaire	Secondaire	Etudes universitaires
-------	-------------	------------	-----------------------

9. Durée d'évolution du diabète:ans.....mois

10. Pathologies associées:.....

11. Êtes-vous suivis par un seul ou plusieurs médecins :

1 seul	2 médecins	3 ou plus
--------	------------	-----------

12. Combien de médicaments prenez-vous:.....

13. Combien de prises par jour :

Monoprise	2 prises	3 prises et plus
-----------	----------	------------------

14. Quel est le rythme de vos consultations :.....

15. Quelle est la durée de l'entretien médicale :.....

16. Votre diabète, est-il traité

par :

Comprimés <input type="checkbox"/>				
Insuline et nombre d'injections <input type="checkbox"/>	1 injection	2 injections	3 injections	4 injections

17. Prenez-vous le traitement contre le diabète tel qu'il est prescrit par le médecin?

OUI

NON

18. Quels sont les éléments qui vous empêchent de suivre la prescription médicale ?

Liés aux médicaments :

Forme galénique

Effet secondaire

Le nombre des médicaments

Le nombre des prises journalières

Le cout

Liés aux médecins :

Bénéficiez-vous de séances d'éducation OUI NON

Votre médecin est- il empathique et se prête à votre écoute OUI NON

Liés à la maladie:

Avez-vous le sentiment de comprendre votre maladie OUI NON

19. Pratiquez-vous l'auto-surveillance glycémique capillaire: OUI NON

Si OUI: Nombre de contrôles glycémiques en moyenne par semaine :.....

A votre avis, combien de glycémies capillaires sont nécessaires par semaine :

Pour quelle (s) raison (s)?

Utile	Douleur	Inutile	Cher	Peur du résultat
-------	---------	---------	------	------------------

20. Le médecin vous a-t-il prescrit un traitement pour le cholestérol? OUI NON

Le prenez-vous? OUI NON

Avez-vous des oublis au cours des 30 derniers jours ? OUI NON

21. Le médecin vous a-t-il prescrit un traitement pour la tension artérielle? OUI NON

Le prenez-vous? OUI NON

Avez- vous eu des oublis au cours des 30 derniers jours?

OUI NON

22. Avez-vous une relation de confiance avec le médecin vous permettant d'aborder facilement les problèmes d'oubli ou de non prise des traitements ?

OUI NON

Si NON pourquoi ?

Peur de décevoir

Gêne

Le médecin ne m'écoute pas assez longuement

Consultation trop courte

23. Avez-vous le sentiment d'avoir suffisamment d'informations sur vos traitements?

OUI NON

24. Après de quelle source vous tournez-vous pour obtenir des informations sur votre maladie et votre traitement?

Médecin traitant

Pharmacien

Diététicien/Infirmier

Internet

Famille

Annexe 2:

Morisky Medication-Taking Adherence Scale: MMAS (8-item)

Yes/No

1. Do you sometimes forget to take your pills?
2. People sometimes miss taking their medications for reasons other than forgetting. Thinking over the past two weeks, were there any days when you did not take your medicine?
3. Have you ever cut back or stopped taking your medicine without telling your doctor because you felt worse when you took it?
4. When you travel or leave home, do you sometimes forget to bring along your medicine?
5. Did you take all your medicine yesterday?
6. When you feel like your symptoms are under control, do you sometimes stop taking your medicine?
7. Taking medicine everyday is a real inconvenience for some people. Do you ever feel hassled about sticking to your treatment plan?
8. How often do you have difficulty remembering to take all you medicine?
 - A. Never/rarely
 - B. Once in awhile
 - C. Sometimes
 - D. Usually
 - E. All the time

Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an out patient setting. *Journal of clinical hypertension* 2008; 10 : 348-54. 4.

Annexe 3:

Le questionnaire de Morisky–Green, adapté en français par Girerd :

Comment répondre : Les questions qui suivent portent sur votre connaissance de vos médicaments et de votre santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux identifier les contraintes liées à votre traitement.

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

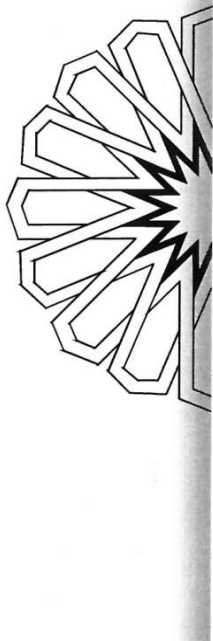
Compter un point par réponse positive.

–bonne observance : score=6

–faible observance : score 4 ou 5

–non-observance : score<= 3.

Girerd X, Hanon O, Anagnostopoulos K. Evaluation de l'observance du traitement anti-hypertenseur par un questionnaire : mise au point et utilisation dans un service spécialisé. Presse médicale. 2001 ; 30 : 1044–48 .



RESUMES

Résumé

L'observance thérapeutique se définit comme la capacité à prendre correctement son traitement, tel qu'il est prescrit par le médecin. Le but de notre étude est d'évaluer l'observance thérapeutique chez les patients suivis en consultation de médecine à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech pour DT2 et de rechercher les facteurs liés à une mauvaise observance, à travers une étude incluant 180 patients suivis pour DT2 depuis au moins une année, l'étude s'est déroulée durant la période allant d'Octobre 2016 en Mars 2017.

L'évaluation de l'observance s'est faite essentiellement à l'aide d'un entretien et les facteurs liés à l'observance ont été recherchés par un questionnaire. 54 % des patients prenaient correctement leurs antidiabétiques oraux, le taux d'observance de l'insuline était de 64%, 40% d'observance aux antihypertenseurs et uniquement 25% d'observance aux statines chez les diabétiques type 2 dyslipidémiques. La mauvaise observance était associée à un niveau socio-économique et d'étude bas, à une vie solitaire, aux effets secondaires et au coût élevé des traitements, à la polymédication, à des prises quotidiennes multiples, à une connaissance faible de la maladie et des traitements, et à un entretien médical insuffisant. Les facteurs de mauvaise observance peuvent être regroupés en cinq grands chapitres selon qu'ils sont liés au sujet lui-même, à son environnement, à la maladie, au traitement et à la relation médecin malade. Le taux d'observance retrouvé dans notre étude est un taux médiocre selon les données de la littérature, notre étude a confirmé certains facteurs connues et a mis le point sur d'autres facteurs peu étudiés tel l'intérêt du personnel paramédical et infirmier.

Cette analyse de la fréquence de ce phénomène et des facteurs essentiels qui l'influencent permet de cibler la prise en charge à travers une personnalisation de l'entretien médical, une adaptation du suivi au contexte de nos patients et à la nature de notre institution de santé. L'observance thérapeutique est une question cruciale dans la stratégie thérapeutique. Il est important de la préparer dès les premiers contacts avec le patient, puis de la consolider tout au long du suivi.

Summary

Adherence is defined as the ability to take his treatment, as prescribed by the doctor. The objective of our study is to evaluate the compliance to therapeutics of patients followed for type 2 diabetes in medical department at the Avicenne hospital of Marrakech, and to investigate the factors associated with poor adherence through a study including 180 patients followed for at least one year. The study took place during the period from October 2016 to March 2017.

The assessment of compliance is made essentially with the maintenance and adherence factors have been investigated by a questionnaire. 54% of our patients took correctly their oral antidiabetic drugs, the insulin compliance rate was 64%, 40% adherence to antihypertensive and only 25% statin adherence in type 2 diabetic and dyslipidemic patients. 62% of patients were self-monitoring with an average of 1.34 while 38% did not. Poor adherence was associated with low socioeconomic status, low life expectancy, solitary living, side effects and high cost of treatments, multiple drugs, and multiple daily intakes, poor knowledge of the disease and the treatment, and inadequate medical attention. Poor adherence factors can be grouped into five main chapters as they are related to the subject itself, its environment, disease, treatment and doctor-patient relationship. Compliance rate found in our study is a poor rate according to data from the literature. Our study confirmed some known factors and put the point on other factors little studied as the interest of the pharmacist's role.

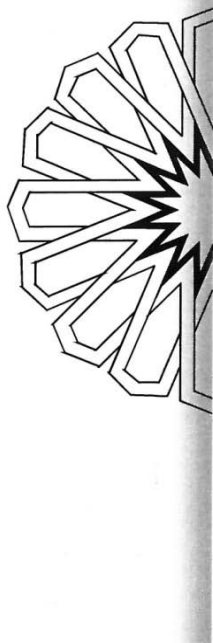
This analysis of the frequency of this phenomenon and critical factors that influence can target support via a personalization of the medical interview, an adaptation of the context of our patients and the nature of our institution health. Adherence is a crucial question in the therapeutic strategy. It is important to prepare the first contacts with the patient and to consolidate along follow-up.

ملخص

يعرف الالتزام بالوصفة الطبية بقدرة المريض على اتباع علاجه على النحو الذي حدده الطبيب، ويبقى هذا المفهوم موضوع جدال واختلاف كبيرين. قمنا بدراسة تقييمية لامتنال المرضى المصابين بداء السكري من النوع 2 الذين تتم متابعتهم بالمستشفى العسكري ابن سينا بمراكش بوصفاتهم الطبية و ذلك من اجل الوقوف على العوامل المؤثرة والمساهمة في انخفاض مستوى الالتزام. أجريت الدراسة خلال الفترة الممتدة بين أكتوبر 2016 و مارس 2017.

من خلال دراسة وصفية و إحصائية لعينة المرضى تبين ان نوعية الالتزام تتأثر سلبا مع انخفاض المستوى الثقافي و الاجتماعي و طول مدة التتبع وارتفاع تكاليف العلاج و قلة الشروح المقدمة للمرضى بخصوص حالاتهم. نسبة الامتنال لدى مرضانا تقدر بـ 54% بالنسبة للأقراص الخافضة لتحلون الدم، 64% هو معدل الامتنال للأنسولين، 40% بالنسبة للأدوية الخافضة للضغط الدموي و 25% فقط من الالتزام بالنسبة للعقاقير المخفضة للكوليسترول.

نسب الالتزام بالوصفة الطبية لدى مرضانا تعتبر ضعيفة بالمقارنة مع الاعمال التي تطرقت للموضوع و تبقى قابلة للتحسين من خلال تبني اسلوب التخصيص والتعامل حالة بحالة مع المرضى مع تعزيز وسائل وطرق المتابعة.



BIBLIOGRAPHIE

1. **Blackell B.**
Patient compliance
New Engl J Med 1973; 2: 249–52.
2. **Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL.**
Compliance in health care.
Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press; 1979, p. 1–15.
3. **Moreau A, Queneau P.**
La décision thérapeutique personnalisée. Observance médicamenteuse.
Rev Prat 2005;55:899–902.
4. **World Health Organization.**
Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action. 2003
5. **Cotton S, Antill JK, Tarquinio C, Fischer GN.**
Dimensions conceptuelles et facteurs psychosociaux de la compliance.
Cah Int Psycho Soc 2001; 49 : 1 5–33.
6. **Vervloet D.**
Education thérapeutique du patient asthmatique.
Rev Mal Respir 2002 ; 1 9 : 29–32.
7. **Assal JP.**
Traitement des maladies chroniques de longue durée : de la phase aiguë au stade de la chronicité.
EncyclMédChir, Thérapeutique 25- 005-A-1 0, 1 996, 1 –18.
8. **Loren Bellamy.**
L'observance thérapeutique : Mesurer, comprendre, intervenir Original Research Article
Revue de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique, Volume 96, Issue 1 ,Supplement 2
August 2010, Pages 8–11.
9. **M. Baudrant-Boga, A. Lehmann, B. Allenet.**
Penser autrement l'observance médicamenteuse : d'une posture injonctive à une alliance
thérapeutique entre le patient et le soignant – Concepts et déterminants
Annales Pharmaceutiques Françaises, Volume 70, Issue 1 ,January 2012.
10. **Britten N.**
Patient's demands for prescriptions in primary care.
Br Med J 1995;310:1 084–5.

11. **Sullivan S.D, Kreling D.H, Hazlet T.K.**
Non compliance with medication regimens and subsequent hospitalizations: a literature analysis and cost of hospitalization estimate.
Res Pharm Eco 1990; 2: 19–33.
12. **Kulkarni S.P, Alexander K.P, Lytle B, Heiss G, Peterson E.D.**
Long-term adherence with cardiovascular drug regimens.
Am Heart L 2006 ; 1 51 : 185–1 91.
13. **Cotton S, Antill JK.**
Dimensions conceptuelles et facteurs psychosociaux de la compliance.
Cah Int Psycho Soc 2001 ; 49 : 1 5–33.
14. **Van Dulmen S, Sluijs E, Van Dijk L, de Ridder D, Heerdink R, Bensing J.**
Patient adherence to medical treatment: a review of reviews
BMC HealthServ Res 2008; 27: 47.
15. **Claxton A.J, Cramer J, Pierce C.**
A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance.ClinTher 2001 ; 23 : 1 296–1 310.
16. **Holman RR, Paul SK, Bethel MA, et al.**
10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes.
N Engl J Med 2008;359:1577–89.
17. **Odegard P.S, Capoccia K.**
Medication taking and diabetes: a systematic review of the literature.
The diabetes Educator. 2007;33 (6);1014–1029.
18. **Haynes RB.**
Determinants of compliance : the disease and the mecanism of treatment. Compliance in health care.
John Opkins university press, Baltimore, 1979.
19. **Scheen A, Giet D.**
Non-observance thérapeutique: causes, conséquences, solutions.
2010. Disponible : <http://orbi.ulg.ac.be/handle/2268/70194>.

20. **NKRI J, LE DISERT D, HENRARD J.C.**
Comportements individuels face aux médicaments de l'observance thérapeutique à l'expérience de la maladie, analyse de la littérature.
Santé publique 1995 ; 4 : 427-441.
21. **Sackett DL, Haynes RB, Gibson ES et al.**
Randomised clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension.
Lancet 1975;1:1205-7.
22. **LACROIX A, ASSAL J.P.**
L'éducation thérapeutique des patients. Nouvelles approches de la maladie chronique.
Paris : VIGOT, 1 998, p. 1 0.
23. **A. Abelhauser, A. Lévy, F. Laska, S. Weill-Philippe.**
Le temps de l'adhésion (2001).
24. **Weinreb RN, Khaw PT.**
Primary open-angle glaucoma.
Lancet, 2004;363:1 71 1- 20.
25. **Kass MA, Meltzer DW, Gordon M.**
A miniature compliance monitor for eyedrop medication.
Arch Ophthalmol, 1 984;1 02:1550-4.
26. **Scheen A.J.**
A propos de l'inertie et de la non observance thérapeutiques .
Rev Med Suisse 201 0 ; 6 : 1 571 -1 572.
27. **DAHAN R, DAHAN A, CADRANEL J, CAULIN C.**
La compliance : mesure de l'adhérence au traitement et au suivi thérapeutique.
THERAPIE, vol. 40, 1 985, p. 1 7- 23.
28. **BERGMANN J.**
Méthodologie de l'évaluation thérapeutique.
Paris : MASSON, 1 993, p. 42-50.
29. **BARBEAU G, GUIMOND J, MALLER C.**
Observance du régime médicamenteux.
Médicaments et personnes âgées. Paris : MALOINE, 1 991, 576 p.

30. **LEGER S, BEDOUCH P, ALLENET B, CALOP J.**
Culture pharmaceutique, perception du traitement.
31. **ANKRI J, LE DISERT D, HENRARD J.C.**
Comportements individuels face aux médicaments. De l'observance thérapeutique à l'expérience de la maladie. Analyse de la littérature.
SANTÉ PUBLIQUE, 1995/12, vol. 7, p. 427-441.
32. **Krejci-Manwaring J et al.**
Stealth monitoring of adherence to topical medication: adherence is very poor in children with atopic dermatitis.
Am AcadDermatol 2007 ; 56 : 211 -216 1 995/12, vol. 7, p. 427-441.
33. **BARBEAU G, GUIMOND J, MALLER C.**
Observance du régime médicamenteux.
Médicaments et personnes âgées. Paris : MALOINE, 1 991, 576 p.
34. **FISCHER G. N, TARQUINIO C.**
Les aspects psychosociaux dans les méthodologies en psychologie de la santé.
PRATIQUES PSYCHOLOGIQUES, vol. 4, 1999, p. 31 -43-2641.
35. **Reach G.**
Clinique de l'observance : l'exemple des diabètes.
Paris : John LibbeyEurotext, 188 p, 2006.
36. **Morisky DE, Green LW, Levine DM.**
Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence.
Medical care. 1986 Jan ; 24(1) : 67-74.
37. **BREEN R, THORHNILL JT.**
Noncompliance with medication for psychiatrie disorder
CNS Drugs 1998 ; 9 (6) : 457-471.
38. **SALZMAN c.**
Medication Compliance in the Elderly.
ClinPsychiatr1995 ; 56 (suppl 1) : 18-23.
39. **DAHAN R, DAHAN A, CADRANEL J, CAULIN c.**
La compliance : mesure de l'adhérence au traitement et au suivi thérapeutique
Thérapie 1985 ; 40 : 17-23.

40. **DEYO RA, INUI TS.**
Dropouts and broken appointments: a literature review and agenda for futur research
MedCare 1980; 18: 1146–1157.
41. **Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, et al.**
Interventions for enhancing 168, medication adherence.
Cochrane Database Syst Rev 2014; 11: Cd000011.
42. **DiMatteo MR.**
Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of
50 years of research.
Med Care 2004; 42(3): 200–9.
43. **Cramer JA.**
A systematic review of adherence with medications for diabetes.
Diabetes Care 2004; 27(5): 1218–24.
44. **M. Peyrot, R.R. Rubin, D.F. Kruger, L.B. Travis.**
Correlates of insulin injection omission .
Diabetes Care 33 (2010) 240–245.
45. **Cramer JA, M.J. Pugh.**
The influence of insulin use on glycemic control.
Diabetes Care 28 (2005) 78–83.
46. **Donnelly LA.**
Adherence to insulin and its association with glycaemic control in patients with type 2
diabetes (2007) 345–50.
47. **Kim EJ, Park CG, Park JS et al.**
Relationship between blood pressure parameters and pulse wave velocity in normotensive
and hypertensive subjects: invasive study.
J Hum Hypertens 2007 ; 21 : 141–8.
48. **Mancia G, Grassi G.**
Systolic and diastolic blood pressure control in antihypertensive drug trials.
J Hypertens 2002 ; 20 :1461–4.
49. **Musini VM, TejaniAM, Bassett K, Wright JM.**
Pharmacotherapy for hypertension in the elderly.
Cochrane Database Syst Rev 2009 : CD000028.

50. **Blacher J, Halimi JM, Hanon O et al.**
Société française d'hypertension artérielle. Management of arterial hypertension in adults: 2013 guidelines of the French Society of Arterial Hypertension.
Presse Med 2013 ; 42 : 819–25.
51. **Hind El Aassri et all.**
Patients diabétiques de type 2 hypertendus: préfèrent-ils traiter le diabète ou l'hypertension artérielle?
The Pan African medical journal 2014; 17:193.
52. **Schnohr, P., Jensen, J. Scharling, H., et al.**
Coronary heart disease risk factors ranked by importance for the individual and community. Eur Heart J 2002; 23(8): 620–6.
53. **Fondation des maladies du Coeur du Canada.**
Le fardeau croissant des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada, 2003 Ottawa.
Canada, 2003. 1–89624–32–4.
54. **Sacks, f.M., Pfeffer, M.A., Moye, L.A., et al.**
The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels. Cholesterol and Recurrent Events Trial investigators.
N Engl J Med 1996; 335(14): 1001–9.
55. **Hebert, P, Gaziano, J, Chan, K, et al.**
Cholesterol lowering with statin drugs, risk of stroke, and total mortality.
JAMA 1997; 272(4): 313–321.
56. **Beimer, J.\$., Glynn, R.J, Mogun, H, et al.**
Long-term persistence in use of statin therapy in elderly patients.
JAMA 2002; 288(4): 455–61.
57. **J. LAPALU et all.**
Évaluation de l'atteinte des objectifs du traitement hypolipémiant et de l'observance chez 100 patients atteints de diabète de type 2.
J Pharm Clin 2007; 26 (2): 91–100.
58. **Karter AJ, Ferrara A, Darbinian JA et al.**
Self-monitoring of blood glucose: language and financial barriers in a managed care population with diabetes.
Diabetes Care 2000;23:477–83.

59. **Harris MI.**
National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). Frequency of blood glucose monitoring in relation to glycemic control in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2001; 24:979–82.
60. **Franciosi M et al.**
The impact of blood glucose self-monitoring on metabolic control and quality of life in type 2 diabetic patients: an urgent need for better educational strategies. *Diabetes Care* 2001;24:1870–7.
61. **Lecomte P, Romon I, Fosse S et al.**
Selfmonitoring of blood glucose in people with type 1 and type 2 diabetes living in France: the EntredStudy 2001. *Diabetes Metab* 2008;34:21926.
62. **Mazze RS Shamon H, Pasmantier R et al.**
Reliability of blood glucose monitoring by patients with diabetes mellitus. *Am J Med* 1984;77:211–7.
63. **Kazlauskaitė R, Soni S, Evans AT et al.**
Accuracy of self-monitored blood glucose in type 2 diabetes. *Diabetes Technol Ther* 2009;111:385–92.
64. **Courtecuisse V.**
Les adolescents et la maladie chronique : symptômes et besoins .
Journées parisiennes de pédiatrie Paris: Flammarion médecine et sciences (1 985). 267–272.
65. **Rianthavorn P, Ettenger R.B.**
Medication non-adherence in the adolescent renal transplant recipient: a clinician's viewpoint *Pediatr Transplant* 2005 ; 9 : 398–407.
66. **Marcelli D.**
l'observance bien tempérée, entre la soumission et la révolte.
Entretiens de Bichat 1 997. TR. Expansion scientifique française 1997, Paris: 6–9.
67. **Parsons RJ, Wright ND, Wilson LS.**
Evaluation of patients' compliance with medical practitioners' prescriptions: university health center experience.
J Am Coll Health Assoc 1 980;28:342– 5.

68. **DRESS.**
L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique Rapport 2009–2010.
69. **SECRETARIAT GENERAL DU HCAAM.**
Annexes accompagnant la note « Vieillesse longévité et assurance maladie » 2006.
70. **Lamiaa. H et all.**
Observance thérapeutique chez le diabétique type 2 Résultats préliminaires.
2011. Elsevier Masson SAS.
71. **Vincent BILDSTEIN et all.**
Observance thérapeutique : des leviers pour agir. 2017.
72. **Ben Hamida. S et all.**
Observance thérapeutique chez les patients diabétiques types 2.
2016. Elsevier Masson SAS.
73. **Baldwin HE.**
Tricks for improving compliance with acne therapy.
Dermatol Ther 2006;19:224–36.
74. **Zaghloul S.S, David M.J, Goodfield M.J.D.**
Objective Assessment of compliance with psoriasis treatment.
Arch Dermatol 2004; 140: 408–414.
75. **Kleinclauss C, Penfornis A.**
Observance en pratique médicale et courante.
EMC – Traité de Médecine Akos 2013;8(4):1–6 [Article 1–0030].
76. **Meyer TJ, Van Kooten D, Marsh S, Prochazka AV.**
Reduction of polypharmacy by feedback to clinicians.
J Gen Intern Med 1991;6: 133–6.
77. **Donnan PT, MacDonald TM, Morris AD.**
Adherence to prescribed oral hypoglycaemic medication in a population of patients with Type 2 diabetes: a retrospective cohort study. Diabet Med 2002;19: 279–84.
78. **Chapman RH et all.**
Predictors of adherence with antihypertensive and lipid lowering therapy
JS 2005.

79. **Le Bot M.**
Observance.
Rev Prat Med Gen 1999;13:1335-48.
80. **Waeber B, Burnier M, Brunner HR.**
Compliance with antihypertensive therapy.
ClinExpHypertens 1999;21:973-85.
81. **Eisen SA, Miller DK, Woodward RS, Spitznagel E, Przybeck TR.**
The effect of prescribed daily dose frequency on patient medication compliance.
Arch Intern Med 1990;150:1881-4.
82. **Paes AH, Bakker A, Soe-Agnie CJ.**
Impact of dosage frequency on patient compliance.
Diabetes Care 1997;20:1512-7.
83. **Penfornis A.**
Drug compliance in type 2 diabetes: role of drug treatment regimens and consequences on their benefits.
DiabetesMetab, 2003;29:S31-7.
84. **LEGRAIN S.**
Du bon usage des médicaments au cours du vieillissement.
Extrait de : Vieillir en bonne santé.
85. **Browne DL, Avery L, Turner BC, Kerr D, Cavan DA.**
What do patients with diabetes know about their tablets?
Diabet Med 2000;17:528-31.
86. **F. Ajdi et all.**
Profil épidémiologique des effets indésirables des antidiabétiques oraux.
2017. Elsevier surmai 30.
87. **Warino L, Balkrishnan R, Feldman S.R.**
Clobetasol propionate for psoriasis: are ointments really more potent?
Drugs Dermatol 2006 ; 5 : 527-532.
88. **Wamala S, Merlo J, Bostrom G, Hogstedt C, Agren G.**
Socioeconomic disadvantage and primary non-adherence with medication in Sweden.
Int J Qual Health Care 2007;19: 134-40.

89. **Harrington J, Noble LM, Newmann SP.**
Improving patients' communication with doctors: a systematic review.
Pat Educ and Counsel 2004;52:7-16.
90. **Weatherall D J.**
The inhumanity of medicine. Time to stop and think.
Br Med J 1994;309:1 671 -2.
91. **Beckman H.B. Frankel R.M.**
The effect of physician behaviour on the collection of data.
Ann Intern Med 1984;1 01 :692-6.
92. **BAYADA J. M, PRAS P, BERTRAND F, SANANES G, BABEAU P.**
Observance médicamenteuse : enquête réalisée auprès de 170 patients de plus de 65 ans et analyse de la littérature.
LA REVUE DE GERIATRIE, tome 1 0, n°1 0, 1985/1 0, p. 459- 324.
93. **Ivernois J.F, Gagnaire R.**
Apprendre à éduquer le patient, Approche pédagogique.
Éditions Vigot, 1995.
94. **Ensuring safe and effective medicines for an ageing population:**
Workshop Proceedings 22-23 March 2012:European Medicines Agency, 7 Westferry Circus, Canary Wharf, London, UK Intervention de J.P. Bayens.
95. **OMS, Bureau régional pour l'Europe, Éducation thérapeutique du patient.**
Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques, Copenhague, OMS, 1998, 88 p.
96. **Grant R, Adams AS, Trinacty CM, et al.**
Relationship between patient medication adherence and subsequent clinical inertia in type 2 diabetes glycemic management.
Diabetes Care, 2007;30:807-12.
97. **Gagnayre R.**
L'éducation est possible en ambulatoire avec un patient volontaire.
Concours Méd 2008;130:925-7.
98. **Richard C, Lussier M.T.**
La communication professionnelle en santé.
Bibliothèque nationale du Québec. ISBN 2-7613-1518-9.

- 99. Herzlich C.**
Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale.
Eds l'école des hautes études en sciences sociales, 1992 :121.
- 100. Kant.**
Réflexions sur l'éducation, Traduction A. Philonenko, 1 996.
Editions Vrin, Paris:116-19.
- 101. CDC Diabetes Cost-Effectiveness Group.**
Cost-effectiveness of intensive glycemic control, intensifid hypertension control, and serum cholesterol level.
- 102. L. Létinier et all.**
Impact d'un diagnostic de cancer sur l'observance aux antidiabétiques oraux en France.
2017. Elsevier.
- 103. Vermeire E, Hearnshaw H, RätsepA et al.**
Obstacles to adherence in living with type-2 diabetes: An international qualitative study using meta-ethnography (EUROBSTACLE).
Primary Care Diabetes 2007; 1:25-33.
- 104. Chiffres du Réseau de Santé Paris-Nord**
« Comment favoriser l'observance dans le diabète de type 2 ? » 2006.
- 105. Osterberg L, Blaschke T.**
Adherence to medication
N Engl J Med 2005 ; 353 : 487-497
- 106. Julius R.J, Novitsky M.A, Dubin W.R.**
Medication adherence: a review of the literature and implications for clinical practice
J PsychiatrPract 2009 ; 15 : 34-44
- 107. Consoli S.**
Et pourquoi pas aussi « un sens de la non observance ? »
Sci Soc Sante 2007 ; 25 : 37-41
- 108. La relation médecin-malade.**
L'annonce d'une maladie grave. La formation du patient atteint de maladie chronique. La personnalisation de la prise en charge médicale.
Annales de Dermatologie et de Vénérologie Vol 1 30, N° SUP 10 – octobre 2003 pp. 9-12.

109. **Portsmouth SD, Osorio J, McCormick K et al.**
Better maintained adherence on switching from twice-daily to once-daily therapy for HIV.
110. **Brown BG, Bardsley J, Poulin D et al.**
Moderate dose, three-drug therapy with niacin, lovastatin, and colestipol to reduce low-density lipoprotein cholesterol.
111. **Richter A, Anton SE, Koch P et al.**
The impact of reducing dose frequency on health outcomes.
Clinical Therapy 2003;25- 2307-2335.
112. **Ivernois JF.**
L'éducation du patient chronique.
Santé mentale, 2000, n°46.
113. **Sackett DL, Haynes RB, Gibson ES et al.**
Randomised clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension.
Lancet 1975;1:1205-7.
114. **Tourette-Turgis C.**
Le counseling.
Collections Que sais-je? N°3133, 1996:24-25.
115. **Knobel H, Carmona A, Lopez LJ et al.**
Adherence to very active antiretroviral treatment: impact of individualized assessment.
Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica 1999;17:78-81.
116. **Peveler R, George C, Kimmonth AL et al.**
Effect of antidepressant drug counselling and information leaflets on adherence to drug treatment in primary care: a randomized controlled trial.
BMJ 1999;319(7210):612-5.
117. **Deakin T, McShane CE, Cade JE et al.**
Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus.
Cochrane Database Syst Rev 2005; CD 003417.
118. **G. Lagger, A. Giordan, M. Chambouleyron et al.**
Education thérapeutique. 2ème partie : Mise en pratique des modèles en 5 dimensions.
Médecine 2008 : 269-73.

119. **Miller W, Butler C, Rollnick S.**
Motivational interviewing in health care: helping patients change behaviour.
Ed Guilford 2007.
120. **Information des patients : recommandations destinées aux médecins.**
ANAES, 2000/03, 4 p.
121. **Critères de qualité des documents d'information aux patients.**
LA REVUE PRESCRIRE, tome 1 9, n°200, 1 999/11 , p. 788–791.
122. **C. Tourette–Turgis, M. Rébillon.**
Mettre en place une consultation d'observance aux traitements contre le VIH/SIDA, De la théorie à la pratique.
Ed. Comment Dire (2002).
123. **Haynes RB, McKibbin KA, Kanani R.**
Systematic review of randomised trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications.
Lancet : 1996 ;348383–386.
124. **Dew M.A, Roth L.H, Thompson M.E et al.**
Medical compliance and its predictors in the first year after heart transplantation.
Journal of Heart and Lung transplantation 1996;15:631–45.
125. **Chisholm MA.**
Renal transplant patient compliance with free immunosuppressive medications.
Transplantation 2000,70(8):1240–44.
126. **Tahri N.**
Observance thérapeutique et maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.
Presse Med. 2007 ;36 :1236–43.
127. **Weiden PJ, Olfson M.**
Cost of relapse in schizophrenia.
Schizophr Bull.1995;3:419–29
128. **Charpentier. A, Goudemand M, Thomas P.**
L'alliance thérapeutique, un enjeu dans la schizophrénie.
L'Encéphale. 2009, 55(1) :80–89.

129. **Epstein SW, Manning CP, Ashley MJ et al.**
Survey of the clinical use of pressurized aerosol inhalers.
Can Med Assoc J. 1979; 120(7):813–6.
130. **Sublett JL, Pollard SJ, Kadlec GJ et al.**
Non-compliance in asthmatic children: a study of theophylline levels in a pediatric emergency room population.
Ann Allergy. 1979 ;43(2):95–7.
131. **Smith MC.**
Predicting and Detecting Noncompliance In Social and behavioural aspects of pharmaceutical care.
Pharmaceutical Products Press, NewYork,1996; Chap 13: 340.
132. **Torgerson DJ, Bell-Syer Sem.**
Hormone replacement therapy and prevention of nonvertebral fractures/ a meta-analysis of randomised trials.
Journal of the American Medical Association 2001;285(22):2891–2897.
133. **Fordham J.**
Treatment of established osteoporosis.
Pharmaceutical Journal 2000; 264:593–596.
134. **Buck D, Jacoby A, Baker GA et al.**
Factors influencing compliance with antiepileptic drug regimes.
Seizure 1997;6:87–93.
135. **Vrijens B, Vincze G, Kristanto P et al.**
Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories.
BMJ. 2008;336(7653):1114–7.
136. **Harvey KM, Carrington D, Duncan J et al.**
Evaluation of adherence to highly active antiretroviral therapy in adults in Jamaica.
West Indian Med J. 2008;57(3):293–7
137. **Partridge AH, Avorn J, Wang PS et al.**
Adherence to therapy with oral antineoplastic agents.
Journal of the National Cancer Institute 2002;94(9): 652–661.

138. **orne R, Summer S, Jubraj B et al.**
Haemodialysis patients' beliefs about treatment: implications for adherence to medication and fluid-diet restrictions.
International Journal of Pharmacy Practice 2001;9:169-175.
139. **Bernardini J, Piraino B.**
Compliance in CAPD and CCPD patients as measured by supply inventories during home visits.
American Journal of Kidney Diseases 1998;31(1):101-107.
140. **Jackeviciusca, Mamdani M.**
Adherence with statin therapy in elderly patients with and without acute coronary syndromes.
Jama 2002;288:462-7.
141. **benner Js, Glynnrj, Mogun h, et al.**
long-term persistence in use of statin therapy in elderly patients.
Jama 2002;288: 455-61.
142. **Grant rW, o'leary KM, WeilburgJb, singer de, Meigs Jb.**
Impact of concurrent medication use on statin adherence and refill persistence.
Arch Intern Med 2004; 164:2343-8.
143. **simpson e, beck c, richard h, eisenberg MJ, Pilote I.**
drug prescriptions after acute myocardial infarction: usage, compliance, and persistence. am heart J 2003;145: 438-44.
144. **Kopjar b, sales ae, Pinerossi, et al.**
adherence with statin therapy in secondary prevention of coronary heart disease in veterans administration male population. am J cardiol 2003;92:1106-8.
145. **blackburndf, dobsonrt, blackburnJl, et al.**
adherence to statins, beta-blockers and angiotensin-converting enzyme inhibitors following a first cardiovascular event: a retrospective cohort study.
can J cardiol 2005;21:485-8.
146. **GislasonGh, rasmussenJn, abildstromsZ, et al.**
Long term compliance with betablockers, angiotensin-converting enzyme inhibitors, and statins after acute myocardial infarction.
Eur heart J 2006;27:1153-8.

147. **Ho PM, MagiddJ, shetterlysM, et al.**
Medication nonadherence is associated with a broad range of adverse outcomes in patients with coronary artery disease.
Am heart J 2008;155:772–9.
148. **Rasmussen Jn, chong a, alter da.**
Relationship between adherence to evidence-based pharmacotherapy and longterm mortality after acute myocardial infarction.
JaMa 2007;297:177–86.
149. **Rodriguez f, cannoncP, steg PG, et al.**
Predictors of long-term adherence to evidence-based cardiovascular disease medications in outpatients with stable atherothromboticdisease: findings from the reach registry.
clincardiol 2013; 36:721–7.
150. **Shah nd, dunlaysM, ting hh, et al.**
Long term medication adherence after myocardial infarction: experience of a community.
Am J Med 2009; 122:961.e7– 13.
151. **M Tiv et all.**
Observance thérapeutique des patients diabétiques de type 2 (DT2), étude Entred2010.
DiabetesMetab 2010, 36, A1–A27.
152. **M.P. Ntyonga–Pono.**
L'observance du traitement antidiabétique chez les patients diabétiques au Gabon : données préliminaires.
Médecine des maladies Métaboliques – Mars 2015 – Vol. 9 – N°2
153. **Adoubi KA, Diby KF et al**
Facteurs de la mauvaise observance : therapeutique de l'hypertendu en cote d'ivoire.
Rev Int Sc Méd. 2006 ; 8(2):18.
154. **Girerd X, Radaceau A, Achard JM, et al.**
Evaluation de l'observance par l'interrogatoire au cours du suivi des hypertendus dans des consultations spécialisées.
Arch MalCoeurVaiss. 2001 ; 94(8): 839.

قسم الطبيب

أقسِمُ بِاللَّهِ الْعَظِيمِ

أَنْ أُرَاقِبَ اللَّهَ فِي مِهْنَتِي.

وَأَنْ أَصُونَ حَيَاةَ الْإِنْسَانِ فِي كَافَّةِ أَطْوَارِهَا فِي كُلِّ الظُّرُوفِ

وَالْأَحْوَالِ بَازِلَةً وَسَعِي فِي انْقَاذِهَا مِنَ الْهَلَاكِ وَالْمَرَضِ

وَالْأَلَمِ وَالْقَلْقِ.

وَأَنْ أَحْفَظَ لِلنَّاسِ كِرَامَتَهُمْ، وَأَسْتُرَ عَوْرَتَهُمْ، وَأَكْتُمَ سِرَّهُمْ.

وَأَنْ أَكُونَ عَلَى الدَّوَامِ مِنْ وَسَائِلِ رَحْمَةِ اللَّهِ، بَازِلَةً رِعَايَتِي الطَّبِيبَةَ لِلْقَرِيبِ وَالْبَعِيدِ،

لِلصَّالِحِ وَالطَّالِحِ، وَالصَّدِيقِ وَالْعَدُوِّ.

وَأَنْ أَثَابِرَ عَلَى طَلْبِ الْعِلْمِ، وَأَسْخِرَهُ لِنَفْعِ الْإِنْسَانِ لَا لِأَذَاهِ.

وَأَنْ أُوَقِّرَ مَنْ عَلَّمَنِي، وَأُعَلِّمَ مَنْ يَصْغُرُنِي، وَأَكُونَ أَخْتًا لِكُلِّ زَمِيلٍ فِي الْمِهْنَةِ

الطَّبِيبِيَّةِ مُتَعَاوِنِينَ عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى.

وَأَنْ تَكُونَ حَيَاتِي مِصْدَاقَ إِيمَانِي فِي سِرِّي وَعَلَانِيَتِي، نَقِيَّةً مِمَّا يُشِينُهَا تَجَاهَ

اللَّهِ وَرَسُولِهِ وَالْمُؤْمِنِينَ.

وَاللَّهُ عَلَى مَا أَقُولُ شَهِيدًا

الإلتزام بالعلاجات في الأمراض المزمنة دراسة الوضع الحالي و المحددات مثال : السكري من النوع 2

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 23 / 06 / 2017
من طرف

السيدة عيدة الفقير

المزداة في 01 يناير 1991 بالصويرة

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

إلتزام- إمتثال- داء السكري من النوع 2- محددات.

اللجنة

الرئيسة

المشرف

الحكام

السيدة

السيد

السيد

السيد

السيد

ل. السعدوني

أستاذة في الطب الباطني

ح. قاصف

أستاذ مبرز في الطب الباطني

م. زياني

أستاذ مبرز في الطب الباطني

هـ. بيزري

أستاذ مبرز في طب الغدد

ن. زمراوي

أستاذ مبرز في طب الكلي

