

UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
FES



Année 2013

Thèse N° 010/13

L'OBSERVANCE THERAPEUTIQUE EN DERMATOLOGIE DANS LES MALADIES CHRONIQUES (A propos de 200 cas)

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 10/01/2013

PAR

Mme. AMRAOUI NISSRINE

Née le 04 Novembre 1985 à Guercif

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Observance thérapeutique - Dermatose chronique - Analyse statistique
Déterminants - Contexte Marocain

JURY

M. BELAHSEN MOHAMMED FAOUZI.....	PRESIDENT
Professeur de Neurologie	
Mme. MERNISSI FATIMA ZAHRA.....	RAPPORTEUR
Professeur de Dermatologie	
M. SQALLI HOUSSAINI TARIK.....	} JUGES
Professeur agrégé de Néphrologie	
Mme. EL RHAZI KARIMA.....	
Professeur agrégé de Médecine communautaire	
M. GALLOUJ SALIM.....	MEMBRE ASSOCIE
Professeur assistant de Dermatologie	

PLAN

I-Introduction	8
II-Objectifs	10
III-Définitions	11
1- L'observance :	11
2- La compliance :.....	13
3-L'adhérence et l'adhésion ;	13
4-Persistance :	15
5-L'inertie thérapeutique :	15
6-L'alliance thérapeutique :.....	16
7-Définition du seuil de l'observance :.....	16
IV-Patient et méthodes	18
A-Patient :.....	18
1. critères d'inclusion.....	18
2. critères d'exclusion.....	18
B-Méthodes.....	18
1 -Information et consentement :	18
2 - Outils de mesure :	19
3 -Analyse statistique :.....	24
V-Résultats	26
A- Résultats descriptifs :.....	26
1- Caractéristiques épidémiologiques socio démographiques	26
1.1 L'âge :	26
1.2. Le sexe	27
1.3. La situation familiale	28
1.4. Le niveau d'étude :	29

1.5. La profession :	30
1.6. La couverture sociale :	32
1.7. Le niveau socio économique :	34
1.8. L'addiction :	35
1.9. L'habitat :	37
1.10. Difficultés d'accès aux soins:	38
2- Caractéristiques cliniques :	38
2.1. Maladie dermatologique:	38
2.2. Explication de la maladie:	39
2.3. Compréhension de la maladie:	40
2.4. visibilité des lésions:	41
2.5. Retentissement sur la qualité de vie:	42
2.6. Handicap physique:	43
2.7. Maladies associées:	44
3- Caractéristiques thérapeutiques :	45
3.1. L'observance thérapeutique :	45
3.2. Durée de suivi:	46
3.3. Nombre total des médicaments par malade :	46
3.4. Nombre total des médicaments topiques par malade :	47
3.5. Nombre de médicaments pris par voie orale par malade :	48
3.6. Nombre total des médicaments injectables par malade :	50
3.7. Complexité de l'ordonnance :	51
3.8. Éventuel traitement traditionnel :	52
3.9. Explication du traitement :	53
3.10. Compréhension du traitement :	54
3.11. Langue d'explication :	55

3.12. Durée d'entretien :	56
3.13. Satisfaction par rapport au traitement :	57
3.14. Crainte des effets secondaires :	58
3.15. Effets secondaires des traitements :	59
3.16. Le coût du traitement:	60
3.17. Type de suivi :	61
3.18. Le coût de la consultation:	62
3.19. Estimation de l'aide du pharmacien par malade :	63
B-résultats analytiques :	64
∅ Analyse univariée :	64
1-Facteurs de l'observance liés au sujet :	64
1.1 L'âge :	64
1.2. Le sexe	65
1.3. La situation familiale	65
1.4. Le niveau d'étude :	66
1.5. La profession :	66
1.6. la couverture médicale :	67
1.7. Le niveau socio économique :	67
1.8. L'addiction :	68
1.9. L'habitat :	69
2-Facteurs de l'observance liés à la maladie :	70
2.1. Maladie dermatologique:	70
2.2. Compréhension de la maladie:	71
2.3. visibilité des lésions:	71
2.4. Retentissement sur la qualité de vie:	72
2.5. Handicap physique:	73

2.6. Maladies associées:.....	74
3-Facteurs de l'observance liés à la relation médecin malade :	74
3.1. Explication de la maladie:	74
3.2. Explication du traitement :	75
3.3. Durée d'entretien :.....	76
4-Facteurs de l'observance liés au traitement :.....	77
4.1. Nombre total des médicaments par malade :.....	77
4.2. Nombre total des médicaments topiques par malade :	77
4.3. Nombre de médicaments pris par voie orale par malade :.....	78
4.4. Nombre total des médicaments injectables par malade :	78
4.5. Complexité de l'ordonnance :	79
4.6. Compréhension du traitement :	80
4.7. Satisfaction par rapport au traitement :.....	80
4.8. Effets secondaires des traitements :.....	81
4.9. Crainte des effets secondaires :	81
4.10. Éventuel traitement traditionnel :	82
4.11. Le coût du traitement:	82
4.12. Type de suivi :	83
4.13. Durée de suivi:	83
4.14. Le coût de la consultation:	84
5-Facteurs de l'observance liés à l'environnement :.....	84
5.1- Estimation de l'aide du pharmacien par le malade :	84
5.2- Vivre seul :.....	85
5.3- Difficulté d'accès :	85
6-Résumé des résultats de l'analyse univariée :.....	86
Ø Analyse multivariée :.....	87

VI-Discussion	89
1- Données épidémiologiques :.....	89
2- Mesure de l'observance thérapeutique :.....	92
2.1- moyens directs :	92
a) la vérification de chaque prise du médicament devant un tiers :.....	92
b) l'usage de piluliers électroniques :	93
c) Les dosages plasmatiques, urinaires ou salivaires :.....	94
d) Comptage des comprimés restants et de conditionnements :.....	94
e) Observation de l'effet thérapeutique et pharmacologique cliniques ou biologiques :.....	95
f) Observation des effets secondaires :	95
2.2-Les moyens indirects :.....	96
a) L'interrogatoire du patient :.....	96
b) L'entretien :	96
c) La tenue d'un agenda des prises : 	97
d) La vérification du renouvellement des ordonnances :	97
e) La grille de qualité de vie :	97
f) La Ponctualité au rendez vous	97
3) Facteurs de l'observance thérapeutique :.....	100
3.1- Déterminants liés au traitement :.....	100
3.1.1-Les effets secondaires des médicaments :	100
3.1.2-La Connaissance du traitement	103
3.1.3-Le coût du traitement :	104
3.1.4- Complexité de l'ordonnance :.....	104
3.1.5-Durée du traitement :.....	106
3.1.6-La formule galénique adaptée :.....	107
3.1.7-L'hospitalisation :	109

3.1.8-La Poly médication :.....	110
3.1.9-L'Automédication :	110
3.1.10-L'Amélioration des symptômes sous traitement :	111
3.1.11- traitement traditionnel associé :.....	112
3.2- Déterminant liés à la relation médecin-malade :	112
3.2.1-Insuffisance d'écoute	112
3.2.2-Défaut d'information du malade :	113
3.2.3-Incommunicabilité :	114
3.3-Les déterminants liés à l'environnement :	115
3.3.1-l'environnement socio-familial direct du patient :	115
3.3.2-l'environnement médical :	116
3.4- Déterminants liés à la maladie elle-même :	118
3.4.1-La compréhension de la maladie :.....	118
3.4.2-Le caractère visible des symptômes cutanés :.....	119
3.4.3-Retentissement sur la qualité de vie:.....	119
3.4.4-La maladie en cause :	120
3.4.5-Maladie associée :.....	121
3.5-Les déterminants liés au sujet :	121
3.5.1-l'âge :	121
3.5.2-Le sexe :.....	123
3.5.3-Le statut marital :	123
3.5.4-Les conduites addictives :	123
3.5.5-les niveaux socioculturels et d'éducation :.....	124
3.5.6-L'exercice d'une activité professionnelle :.....	124
3.5.7-Personnalité du patient :	125
4) Prise en charge :	128
4.1- Amélioration de la relation médecin - malade :	129

4.2-Vérification que l'information donnée est comprise :	139
4.3- Évaluer l'impact des prescriptions sur la vie quotidienne :	141
4.4-la simplification de l'ordonnance :	141
4.5-combattre les effets secondaires :	143
4.6-Ordonnance efficace mais la moins chère :.....	143
4.7-couverture médicale :.....	144
4.8-Rôle de l'entourage :.....	144
4.9 Consultations rapprochées :	146
4.10-Perspectives :	146
4.11-Modalités de suivi de la maladie chronique à l'adolescence :.....	152
4.12-Amélioration de l'observance des sujets âgés :.....	154
VII-Conclusion.....	156
VIII-Résumé	158
XI-Bibliographie	163

I-Introduction

La peau est un organe privilégié de la vie de relation. Parfumée, maquillée, adoucie, épilée, et bronzée, la peau est destinée à être regardée et touchée, participant ainsi à la séduction. Elle exprime les émotions. Elle porte les marques du temps et les transformations corporelles qui en découlent, mais aussi les signes de l'identité du sujet.

Par conséquent, son atteinte bouleverse l'image de l'individu envers lui-même et implique que devant une maladie cutanée, le patient s'acharne pour restaurer son image. Mais quand il s'agit d'une maladie cutanée chronique, cette volonté peut manquer pour différentes raisons et le suivi thérapeutique peut être semé d'obstacles.

« 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

Dès l'Antiquité, et précisément il y a plus de 2500ans avec Hippocrate la question de l'observance se posait dans la pratique médicale. Mais ce n'est que depuis le dix neuvième siècle, et notamment depuis la révolution pastoriennne, l'apparition de la tuberculose, les avancées thérapeutiques et l'émergence de traitements efficaces, 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). 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, surtout que la proportion de malades chroniques qui respectent leur traitement n'est estimée dans diverses études qu'à 50 %. L'observance qui porte aussi bien sur la prise des traitements prescrits que sur les comportements d'hygiène de vie, s'échelonne entre la bonne observance et la non observance totale, en passant par différents niveaux d'observance partielle. (1), (2), (3). Ces difficultés sont fréquentes mais sont encore méconnues dans notre spécialité avec des conséquences vraisemblablement sous-estimées telles :

- la diminution de l'efficacité du traitement.
- le risque de complications, de rechutes plus graves et de contamination de l'entourage dans les maladies infectieuses.
- le développement de résistance aux antibiotiques et aux traitements de première ligne.
- un coût supplémentaire pour le système de santé, pour lequel l'observance constitue un moyen de réduire les facteurs de morbidité et de mortalité.

II-Objectifs :

Le but de notre étude est de :

- 1- Evaluer le niveau d'observance thérapeutique chez un échantillon de patients suivis au service de dermatologie et de vénérologie de CHU HASSAN II de FES pour une affection dermatologique chronique.
- 2- Rechercher les facteurs qui influencent l'observance thérapeutique.
- 3- Sensibiliser les équipes soignantes à l'importance de l'observance thérapeutique.
- 4- Proposer des prises en charge adaptées à notre contexte permettant de renforcer l'observance de nos patients, afin de réduire la morbidité et la mortalité liées à une mauvaise observance.

III-Définition :

Nous observons de plus en plus de travaux aux origines linguistiques variables, qui font mention d'un panel de mots qui semble pourtant désigner une même pratique celle de suivre les prescriptions médicales en se qui concerne :



- la prise du traitement médicamenteux avec le respect des posologies, du nombre et des horaires de prises ou d'application.
- l'aptitude au suivi médical, c'est-à-dire à se rendre aux rendez-vous de consultation et à la réalisation des examens complémentaires demandés.
- le respect des règles hygièno diététiques.

L'observance, adhérence, adhésion, et compliance sont souvent usités 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-observance :

Le terme "observance" de par ses connotations religieuses à l'origine ou juridiques dans son usage contemporain, pose question. Certains auteurs n'hésitent d'ailleurs pas à utiliser les termes de fidélité et d'infidélité pour qualifier l'observance et son non respect(4).



A ce titre, l'expression " observance thérapeutique " en spécifiant le domaine dans lequel cette observance s'inscrit vient la détacher de la sphère juridique ou religieuse.

Selon l'héritage anglo-saxon, l'observance thérapeutique se définit comme la capacité à prendre correctement son traitement, c'est-à-dire tel qu'il est prescrit par

le médecin. (5-6), c'est une pratique dynamique dans le temps et face aux événements de la vie rencontrés par les patients, qui oscille entre la polarité d'observance et celle de non observance.

Par ailleurs, la non-observance thérapeutique se définit comme le manque « d'adéquation entre les comportements des patients, et les prescriptions médicales »

(6). On en distingue :

- La non-observance qui correspond à la non-prise du traitement prescrit.
- La sous-observance qui consiste à réduire les prises ou à interrompre de manière prématurée le traitement.
- L'observance variable qui est la modification quotidienne par le sujet des prises en fonction de son état.
- Et la sur-observance indiquant un respect excessif des prescriptions pouvant aller jusqu'à l'anticipation des prises de traitement ou la majoration des doses.

Elle peut : être globale, intéressant l'ensemble du traitement, ou être focalisée sur un de ses aspects, varier dans le temps, être intentionnelle ou non, intéresser le fait d'entreprendre ou de poursuivre un traitement.

De même il y a des auteurs qui dénie ce terme, Ce qui existe pour eux, ce sont des difficultés d'observance ou des ruptures d'observance.

2-La compliance :

La compliance(5) 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.

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.

Dans la tradition française, nous employons sans véritable distinction le terme d'observance thérapeutique et compliance. 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 notre langage, « 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 member ship [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(7) 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"(7). 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.

Il faut savoir que l'observance est la pratique comportementale et l'adhésion la partie intériorisée, intrinsèque (8).

Ainsi, selon que l'on s'intéresse aux facteurs psychosociaux impliqués dans les conduites de soins ou aux conduites effectives des patients, on parlera d'adhésion thérapeutique (9) ou d'observance aux traitements(10), (11), (12).

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. (13), (14), (15).



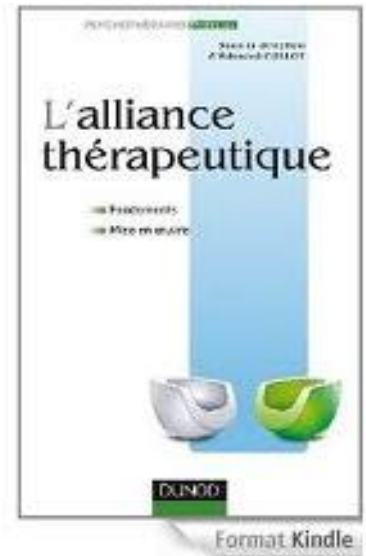
Une persistance plus longue a l'avantage : de diminuer l'impact financier lié aux changements de traitements, avec des consultations moins fréquentes, d'où un meilleur effet bénéfique d'emblée sur le contrôle de la maladie (13), (16), (17).

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 connu (18).

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 considère comme observant parfait les patients qui prennent plus de 80% de leur traitement (19), 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. (20) 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. (21) 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. (22) considèrent comme observant les patients qui ne modifient jamais leur traitement, et qui l'oublie ou le refusent moins d'une fois par semaine.

ANKRI J. et coll. (23) 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, du patient lui-même, mais également du seuil de tolérance du prescripteur.

On voit 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 les comparaisons souvent délicates.

VI-Patients et méthodes :

Notre étude est une étude prospective étalée sur une période de 9 mois allant de Septembre 2011 au Juin 2012.

A- Patients :

1-Critères d'inclusion :

Sont inclus dans ce travail 200 patients âgés de plus de 12ans suivis au service de dermatologie vénérologie du CHU HASSAN II de FES pour dermatose évoluant depuis au moins 6mois qui se sont présentés en consultation durant la période de l'étude.

2-Critères d'exclusion :

- Refus du patient.
- Maladie aigue.
- Patients âgés de moins de 12ans.



B- Méthodes

1 -information et consentement :

A l'accueil des patients en consultation de dermatologie, on les informe sur l'étude et sur son intérêt. Un consentement verbal était nécessaire pour inclure les malades dans l'étude.

L'accord des parents a été sollicité pour les patients de moins de 18ans.

2 - Outils de mesure :

L'observance thérapeutique de nos patients a été jugée par des méthodes directs et indirectes, ainsi le patient était classé en observant ou non observant selon le degré de conformité à la prescription qui lui a été remise.

Ensuite chaque patient a été invité à remplir un questionnaire, qui évalue les différents facteurs qui peuvent avoir influé sur son observance en précisant les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, sociales et thérapeutiques.

Ci-dessous le questionnaire rempli par les patients inclus dans l'étude :

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES CAUSES DE NON OBSERVANCE DES MALADIES

CHRONIQUES EN DERMATOLOGIE

Numéro d'ordre: |_|_|_|_|.....

Quel est votre âge ? |_|_| ans

Quel est votre sexe ? Masculin féminin

Quel est votre niveau d'étude?

Analphabète Primaire Secondaire Universitaire

Quelle est votre profession ?

Quelle est votre situation familiale ?

Célibataire marié(e) divorcé(e) veuf (ve)

Quel est votre niveau socio économique :

Bas moyen bon

Où est ce que vous habitez ?.....

Est-ce que vous vivez seul ?

Non oui

Combien avez-vous d'habitudes addictives et lesquelles:

.....

Est-ce que votre travail requiert des déplacements fréquents ?

Non oui

Bénéficiez-vous d'une assurance maladie?

Non oui

Si oui laquelle :.....

Utilisez-vous un certificat d'indigence ?

Non oui

Quelle est la maladie dermatologique dont vous souffrez ?

.....

Depuis quand êtes vous suivi pour cette pathologie? [][] semaines

Est-ce que les lésions cutanées que vous présentez sont affichantes ?

Non Moyennement Oui

Est-ce que cette pathologie cutanée retentit sur votre qualité de vie :

Non un peu moyennement beaucoup

Votre traitement se prend par voie ?

Orale topique injectable

Combien de médicaments vous prenez au total ? [][]

Est que vous prenez des traitements traditionnels pour cette pathologie ?

Non Oui

Est-ce que vous pensez que le traitement que vous prenez est efficace? :

Non moyennement Oui

Comment trouvez-vous le coût de votre traitement ? :

Cher un peu cher pas cher

Est-ce qu'on vous a bien expliqué votre maladie ?

Non un peu Oui

Est-ce qu'on vous a bien expliqué votre traitement

Non un peu Oui

Est-ce que vous avez bien compris votre maladie?

Non un peu Oui

Est-ce que vous avez bien compris votre traitement ?

Non un peu Oui

Quel était la langue utilisée pour donner les explications?

- Arabe français les 2

Est-ce que vous trouvez que le temps d écoute accordé par votre médecin au cours de la consultation est suffisant ?

- Non Oui

Est-ce que vous trouvez que votre ordonnance est difficile à suivre?

- Non Oui

Est-ce que vous souffrez d'effets secondaires dus au traitement?

- Non Oui

Si oui lesquels :.....

Si oui, est ce qu'ils retentissent sur la prise du traitement ?

- Non Oui

Si non avez-vous des craintes des effets secondaires ?

- Non Oui

Si oui, est ce qu'ils retentissent sur la prise du traitement ?

- Non Oui

Êtes-vous suivi en?

- Hospitalier consultation

Est-ce que vous avez un handicap physique qui gêne la prise du traitement ?

(visuel, auditif, manuel ou autres)

- Non Oui

Si oui lequel :.....

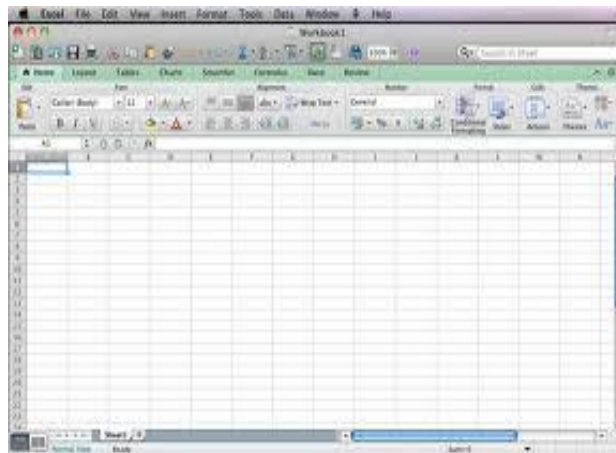
Est-ce que vous êtes suivi pour une autre pathologie :

- Non Oui

Si oui laquelle :.....

3-Analyse statistique :

La saisie des données a été effectuée à l'aide du logiciel Microsoft Office Excel 2008.

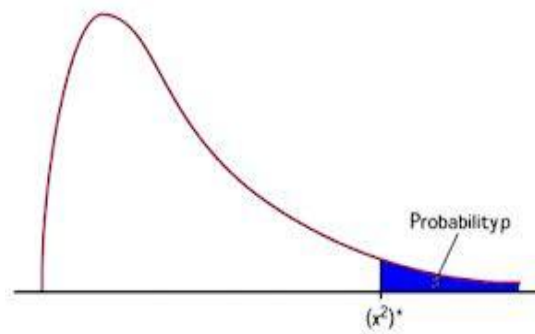


Dans une première étape nous avons procédé à une description de notre population selon les différentes caractéristiques. Dans une deuxième étape nous avons recherché les différents facteurs de risque de l'observance thérapeutique.

Cette analyse statistique a été réalisée en se basant sur le logiciel Epi-info dans sa septième version. Les variables continues ont été exprimées en moyenne \pm l'écart-type et les variables discontinues ou discrètes en pourcentage.



Pour déterminer les facteurs pouvant influencer l'observance, la comparaison entre les 2 groupes "bonne observance" et "mauvaise observance" a été réalisée par un test de Chi carré pour les variables qualitatives et par une analyse des variances (ANOVA) pour les variables quantitatives.



Pour déterminer les facteurs prédictifs de la non observance, une analyse multi variée réalisée en collaboration avec le service d'épidémiologie et de recherche clinique par régression logistique a été effectuée avec toutes les variables pour lesquelles $p < 0,05$ au cours de l'analyse uni variée.

V-Résultats :

A-Résultats descriptifs :

1- Caractéristiques épidémiologiques socio démographiques

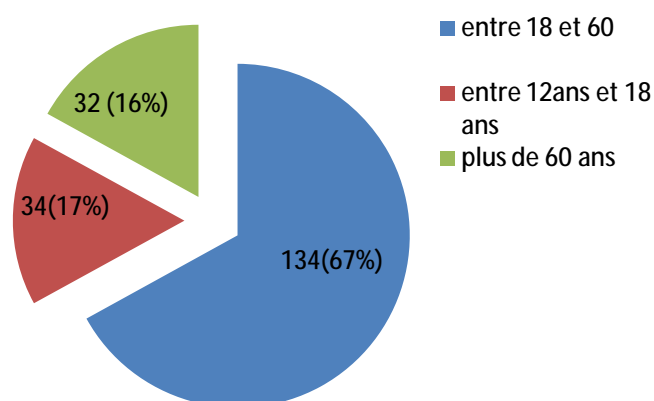
1.1- L'âge :

Nos patients (N=200) avaient une moyenne d'âge de 41.44 ans avec un écart type de 17.75, un minimum de 12ans, un maximum de 82 ans et une médiane de 41,5ans.

Une distribution selon des tranches d'âge émane du fait que chaque catégorie qu'on a distingué présente des particularités qui peuvent influencer l'observance thérapeutique.

Tableau 1: répartition de la population selon les tranches d'âge

Age	Nombre de malades	Pourcentage
12 ans à 18 ans	32	16.00%
18 ans à 60 ans	134	67.00%
Plus de 60 ans	34	17.00%
Total	200	100%



Distribution des malades selon l'âge

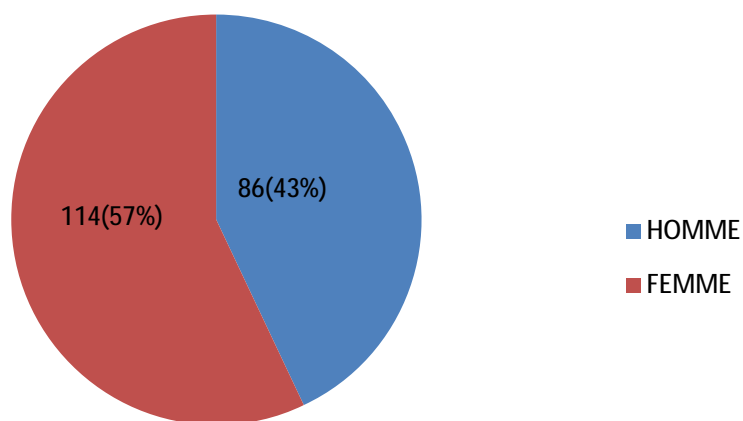
1.2. Le sexe :

Notre échantillon se composait de 57% (N=86) de patients de sexe féminin et de 43% (N=114) de sexe masculin.



Tableau 2: distribution des malades selon le sexe

Sexe	Nombre de malades	Pourcentage
Homme	86	43.0%
Femme	114	57.00%
Total	200	100%



Distribution des malades selon le sexe

1.3. La situation familiale

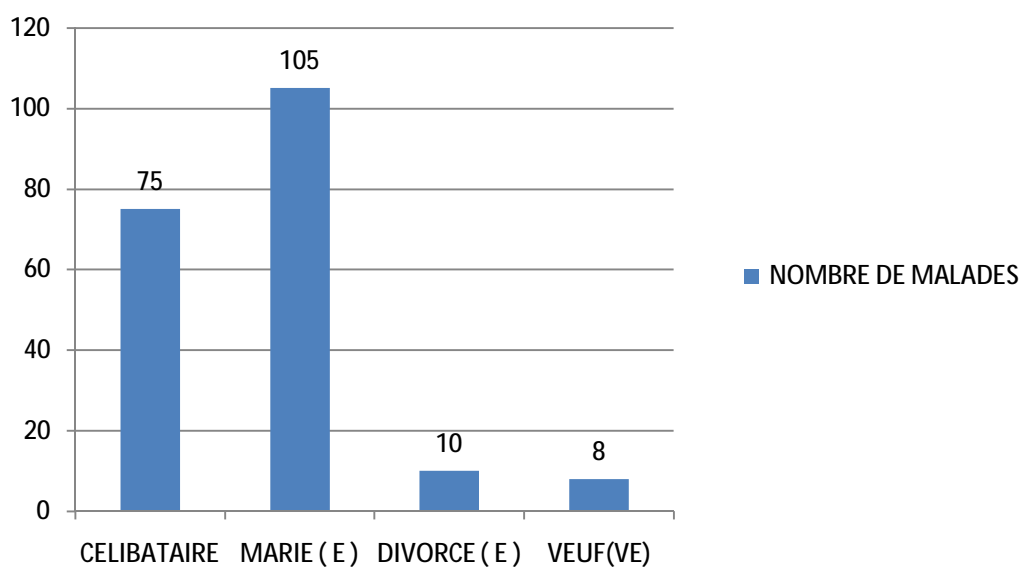
53% des malades de notre échantillon étaient mariés, 37,50% célibataires, 4% veufs et 5% divorcés.

De plus l'entretien a révélé que 12.50% des malades vivaient seuls.



Tableau 3: distribution des malades selon la situation familiale

Situation familiale	Nombre de malades	Pourcentage
Célibataire	75	37,50%
Marié(e)	105	53,50%
Divorcé(e)	10	5,00%
Veuf (ve)	8	4,00%
Total	200	100%



DISTRIBUTION DES MALADES SELON LA SITUATION FAMILIALE

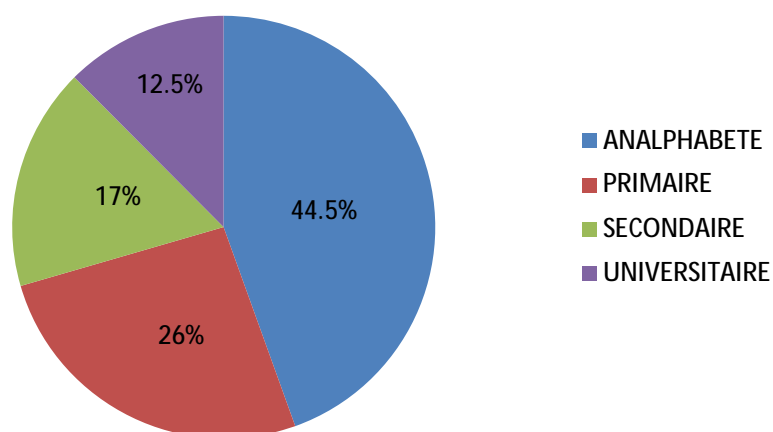
1.4. Le niveau d'étude :

44,50% de nos patients étaient non scolarisés, et uniquement 12,50% ont fait des études universitaires.



Tableau 4: distribution des malades selon le niveau d'étude

Le niveau d'étude	Nombre de malades	Pourcentage
Analphabète	89	44,50%
Primaire	52	26,00%
Secondaire	34	17,00%
Universitaire	25	12,50%
Total	200	100%



Répartition des patients selon le niveau d'étude

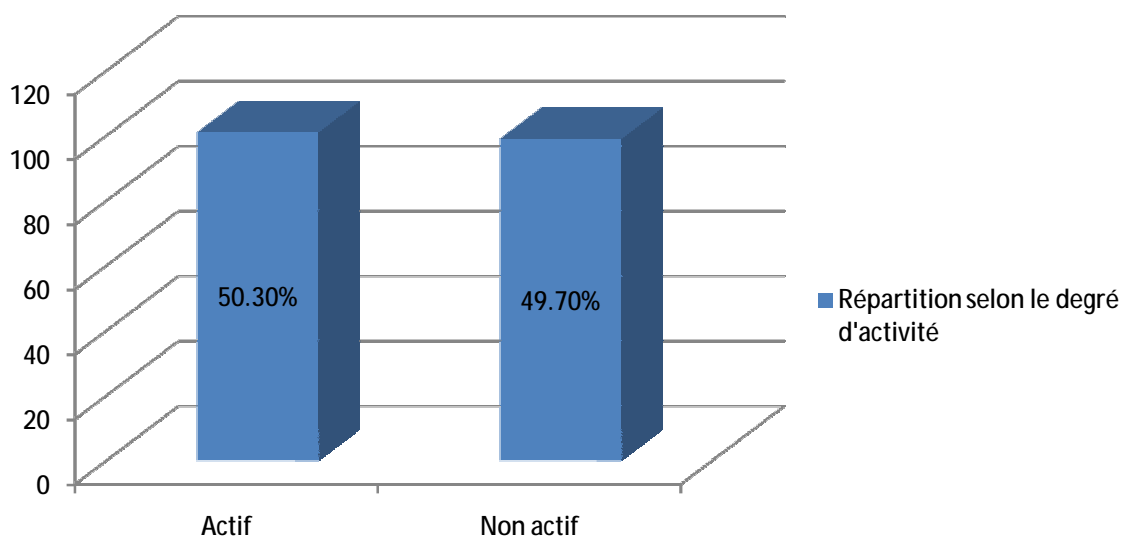
1.5. La profession :

50,30% de nos patients étaient actifs professionnellement, avec une majorité masculine. Les professions retrouvées chez nos patients sont listées dans le tableau 6.



Tableau 5 : distribution de la population selon le degré d'activité

Activité	Nombre de malades	Pourcentage
Actif	101	50.30%
Non actif	99	49.70%
TOTAL	200	100%



Répartition des patients selon le degré d'activité

Tableau 6 : distribution de la population selon les catégories professionnelles

Profession	Nombre de malades	Pourcentage
Agriculteurs	7	3,50%
Commerçants	6	3,00%
Administratifs	8	4,00%
Professions intermédiaires	1	0,50%
Employés	21	10,50%
Ouvriers	19	9,50%
Retraités	17	8,50%
Sans activité professionnelle	85	42,50%
Etudiants	36	18,00%
Total	200	100,00%

Certaines professions imposent un déplacement permanent, cette notion a été recherchée chez nos patient et retrouvée chez 7,50% des patients.

Tableau 7: distribution de la population selon la nécessité ou non du déplacement
lié à leur travail

Travail requérant le déplacement	Nombre de malades	Pourcentage
Non	185	92.50%
Oui	15	7.50%
Total	200	100%

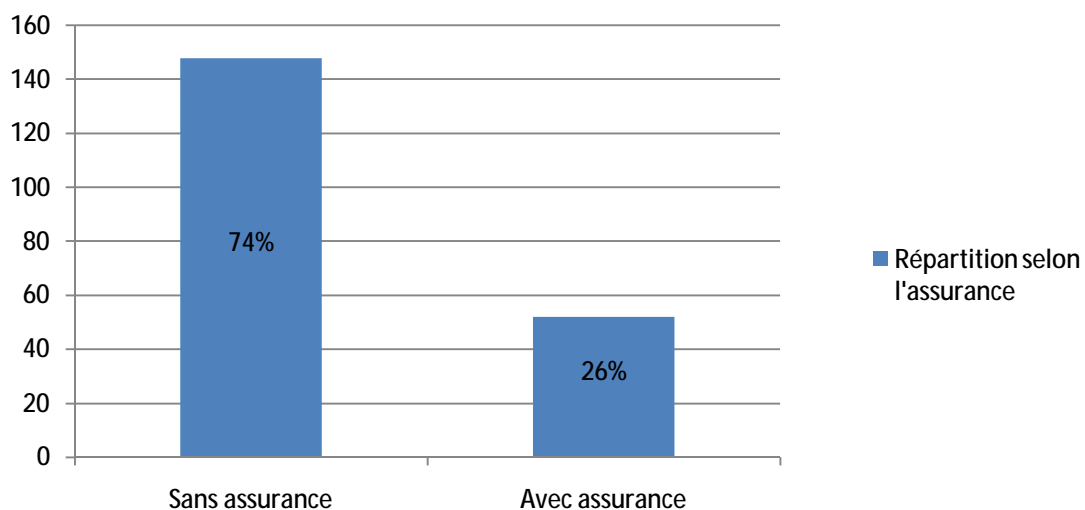
1.6. La couverture médicale :



Uniquement 26% de nos patients bénéficiaient d'une couverture médicale, le reste des malades utilisaient un certificat d'indigence qui prend en charge uniquement le patient au cours de son hospitalisation, après sa sortie la prise en charge médicale (bilans, consultations, traitements) est au dépend du malade lui-même.

Tableau 8: distribution de la population selon la couverture médicale :

La couverture médicale	Nombre de malades	Pourcentage
Sans	148	74.00%
Avec	52	26.00%
Total	200	100%



Répartition des patients selon l'assurance

Ce tableau décrit les différentes assurances auxquelles nos malades sont affiliés.

Tableau 9: distribution de la population selon le type d'assurance

Assurance	Nombre de malades	Pourcentage
Sans	148	74,00%
CNOPS	30	15,00%
Mutuelle des FAR	13	6,50%
CNSS	9	4,50%
Total	200	100%

FAR : forces de l'armée royale.

CNOPS : Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale.

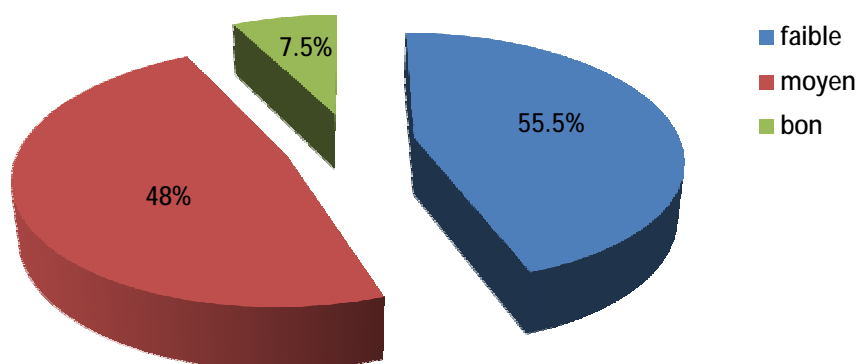
CNSS : caisse nationale de sécurité sociale.

1.7. Le niveau socio économique :

Le niveau socio économique était faible chez 44.50% des patients, moyen chez 48.00% et bon chez 7.50% des patients.

Tableau 10: distribution de la population selon le niveau socio économique

Niveau socio économique	Nombre de malades	Pourcentage
Faible	89	44.50%
Moyen	96	48.00%
Bon	15	7.50%
Total	200	100%



Répartition de la population selon le niveau socio économique

1.8. L'addiction :

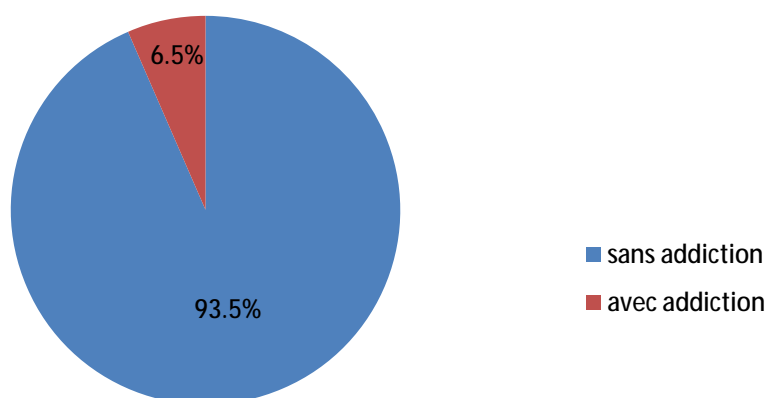
On a étudié chez nos patients des éventuelles habitudes addictives, ils ont été retrouvées chez 13 de nos patients : 11 patients étaient tabagiques et 5 alcooliques.



Tous les patients présentant des habitudes addictives étaient des hommes.

Tableau 11: distribution des malades selon les habitudes additives

Habitudes addictives	Nombre de malades	Pourcentage
Non	187	93.50%
Oui	13	6.50%
Total	200	100%



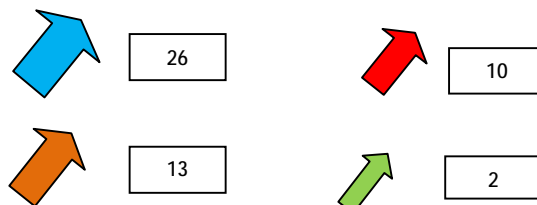
Distribution des malades selon les addictions

1.9. L'habitat :

Les malades qu'on a recrutés habitaient FES dans 67,0% des cas. En plus, on draine également et essentiellement des malades de la région de Taza.

Tableau 12: distribution de la population selon l'habitat

Villes	nombre de malades	Pourcentage
Fès	134	67,0%
Oujda/Rachidia/Nador	10	5,0%
Environ	15	7,5%
Région de Taza	26	13,0%
Région de Meknès	13	6,5%
Salé	2	1,0%
Total	200	100,0%



1.10. Difficultés d'accès:

On a recueilli chez nos patients les difficultés d'accès à la consultation. Les causes citées étaient en premier lieu le coût du déplacement et même la difficulté de trouver un moyen de transport surtout pour les malades qui habitent les environs de FES. Puis en second lieu, l'éloignement du centre hospitalier de l'habitat de certains patients qu'on recrute qui vivent dans d'autres villes et même des malades qui résident à Fès.

2 malades ont affirmé avoir des difficultés pour se déplacer, vu l'âge et l'handicap physique que ça crée. Un seul patient a rapporté qu'il doit adapter son déplacement à son programme scolaire pour éviter toute obligation d'interrompre ses études.



Tableau13 : distribution de la population selon le nombre de difficulté d'accès par malade

Difficultés d'accès	Nombre de malades	Pourcentage
Pas de difficultés d'accès	110	55,00%
Présence de difficultés d'accès	90	45,00%
Total	200	100%

2- Caractéristiques cliniques :

2.1. Maladie dermatologique:

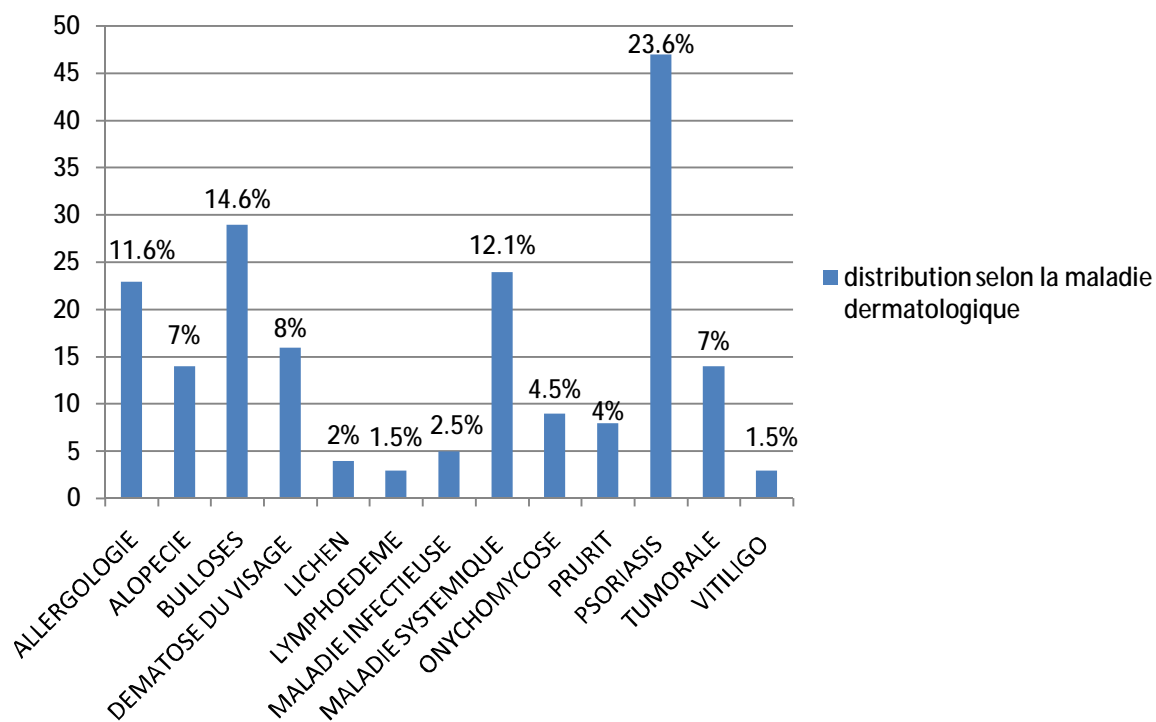
Dans ce tableau sont listées, les différentes maladies dermatologiques des patients qu'on a recrutés et qu'on a regroupés par catégories pour faciliter l'analyse. Les maladies les plus retrouvées sont le psoriasis, les dermatoses bulleuses et les maladies de système.



Photos extraites de la bibliographie du service de dermatologie du CHU Hassan II de Fès représentant à gauche un lymphome cutané et à droite une dermatose bulleuse

Tableau14: distribution de la population selon la maladie dermatologique.

Maladie dermatologique	Nombre de malades	Pourcentage
Allergologie	23	11,5%
Alopécie	14	7,0%
Bulloses	29	14,5%
Dermatose du visage	16	8,0%
Lichen	4	2,0%
Lymphoedeme	3	1,5%
Maladies infectieuses	15	7,5%
Maladies systémiques	24	12,%
Prurit chronique	8	4,0%
Psoriasis	47	23,5%
Tumorale	14	7,0%
Vitiligo	3	1,5%
Total	200	100,0%



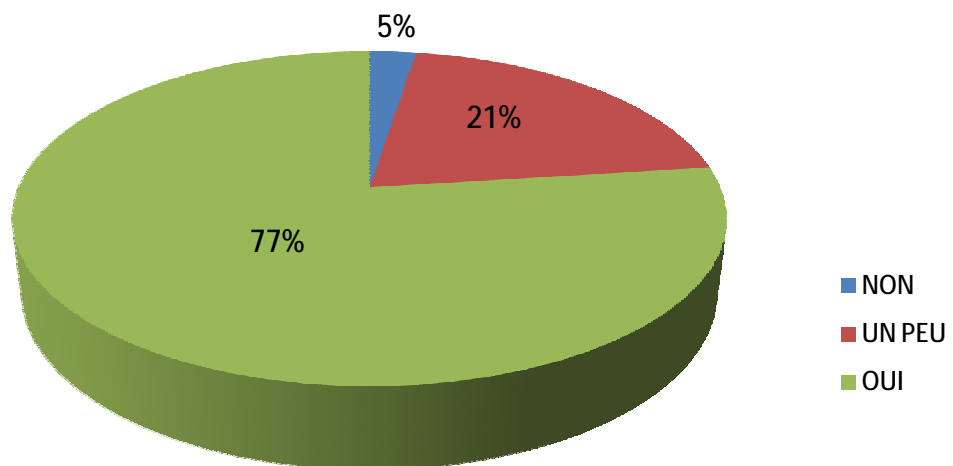
Distribution selon la maladie dermatologique

2.2. Explication de la maladie:

77% des patients ont déclaré avoir bénéficié d'explications nettes sur leur maladie par le médecin responsable, un patient a même fait la remarque qu'il y a beaucoup de répétitions à chaque consultation. Par contre, un malade a rapporté que les bilans demandés ne sont pas expliqués.

Tableau15: distribution de la population selon la satisfaction des patients des explications du médecin sur leurs maladies

Explication de la maladie	Nombre de malades	Pourcentage
Non	5	2.50%
Un peu	41	20.50%
Oui	154	77.00%
Total	200	100%



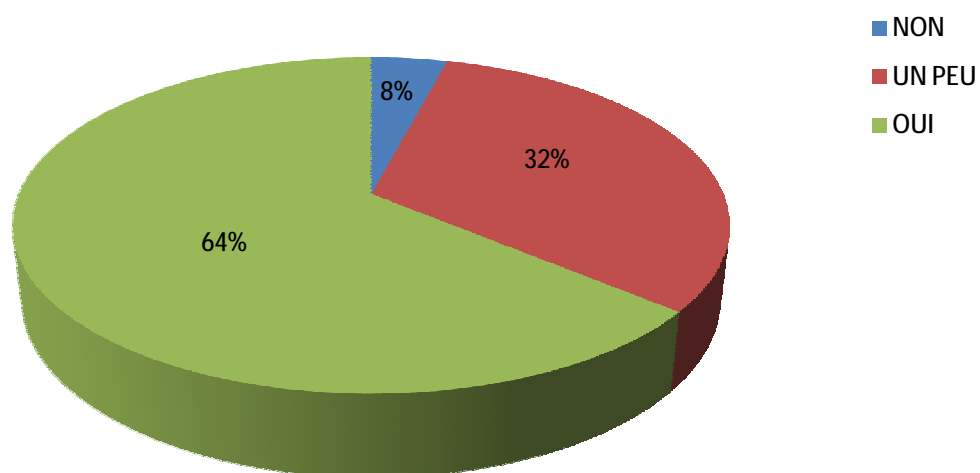
Distribution selon les explications de la maladie par les medecins

2.3. Compréhension de la maladie:

64.00% des patients ont déclaré avoir bien compris leur maladie. 32.00% l'ont moyennement comprise et 8 malades affirment, que malgré les explications, ils ne pensent pas avoir compris la pathologie pour laquelle ils sont suivis.

Tableau16: distribution de la population selon la compréhension de la maladie par le patient.

Compréhension de la maladie	Nombre de malades	Pourcentage
Non	8	4.00%
Un peu	64	32.00%
Oui	128	64.00%
Total	200	100%



Distribution de la population selon la compréhension de la maladie par le patient

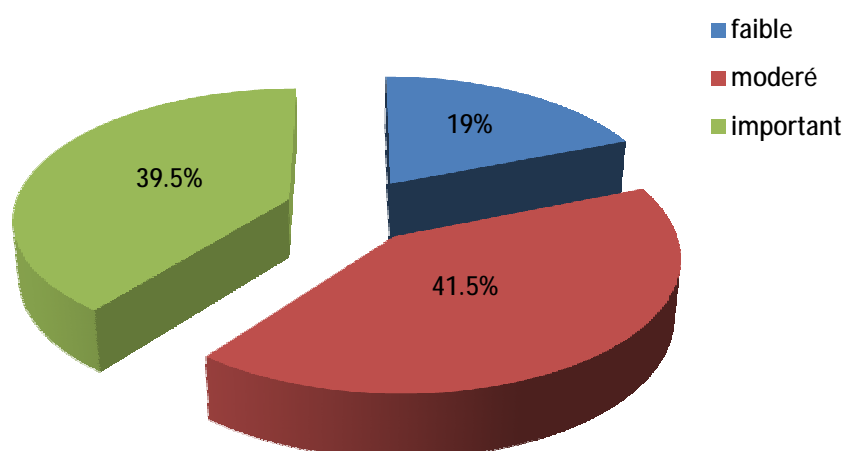
2.4. visibilité des lésions:

Plus de la moitié de nos patients trouvaient leurs lésions affichantes.



Tableau17: distribution de la population selon le degré de visibilité des lésions

Visibilité des lésions	Nombre de malades	pourcentage
Faible	38	19.00%
Modérée	83	41.50%
Importante	79	39.50%
Total	200	100%



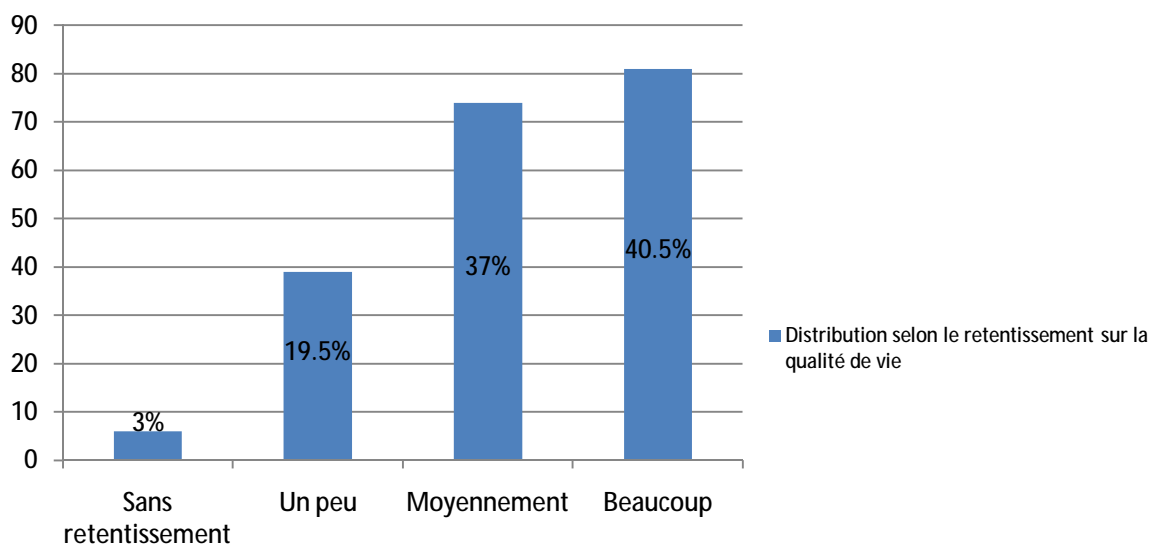
Distribution selon le degré d'affichage des lésions

2.5. Retentissement sur la qualité de vie:

Le retentissement sur la qualité de vie a été évalué subjectivement en demandant au patient directement l'impact de cette dermatose sur sa vie quotidienne, de couple éventuellement, et sur son sommeil.

Tableau18: distribution de la population selon le degré de retentissement des lésions sur la qualité de vie

Retentissement sur la qualité de vie	Nombre de malades	Pourcentage
Non	6	3,00%
Un peu	39	19,50%
Moyennement	74	37,00%
Beaucoup	81	40,50%
Total	200	100%



Distribution des patients selon le retentissement sur la qualité de vie

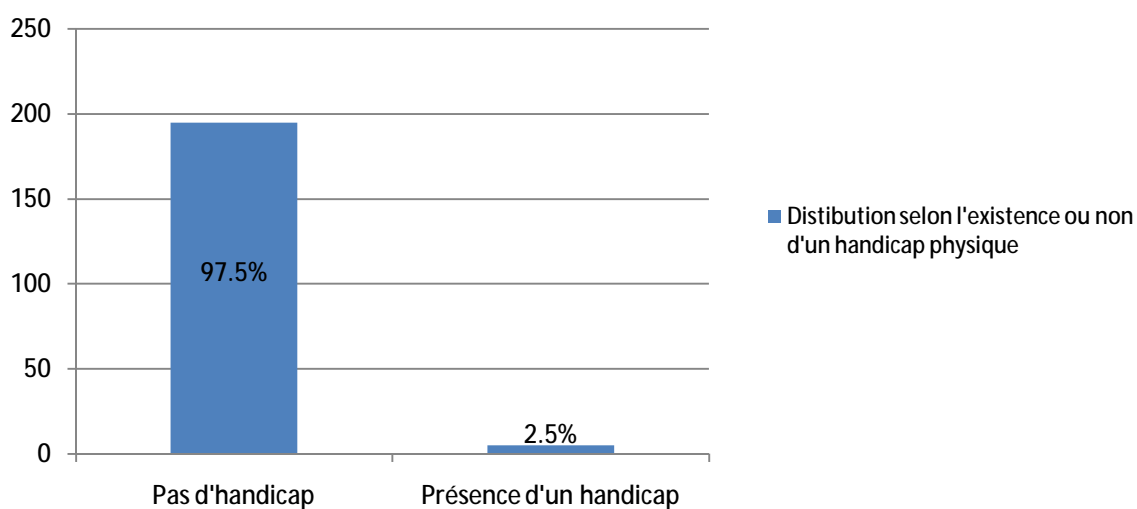
2.6. Handicap physique:

5 patients dans notre échantillon présentaient un handicap physique.



Tableau19: distribution de la population selon L'existence ou non d'un handicap physique

Handicap physique	Nombre de malades	Pourcentage
Pas d handicap physique	195	97.50%
Présence d'un handicap physique	5	2.50%
Total	200	100%



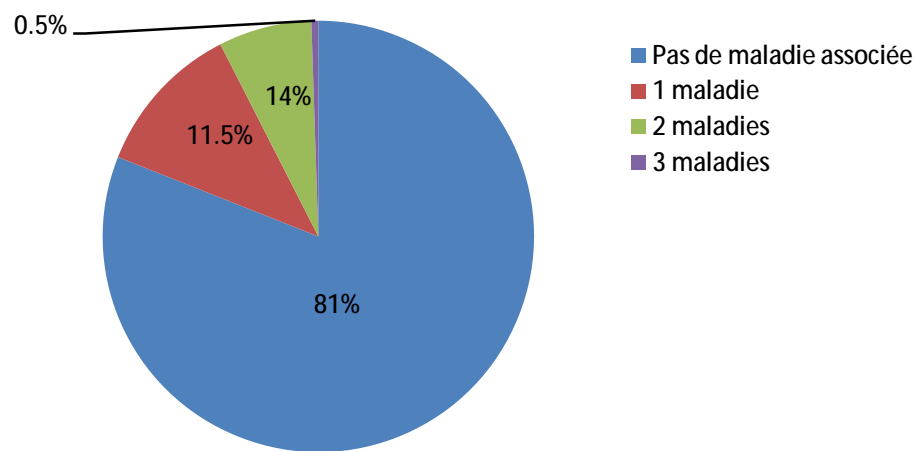
Distribution des patients selon l'existence ou non d'un handicap physique

2.7. Maladies associées:

38 malades de notre échantillon présentaient des maladies associées à type de diabète, de troubles thyroïdiens, d'ostéoporose, d'hypertension artérielle, d'asthme et de sciatalgies.

Tableau20: distribution de la population selon les maladies associées.

Nombre de maladies associées	Nombre de malades	Pourcentage
0	162	81,00%
1	23	11,50%
2	14	7,00%
3	1	0,50%
TOTAL	200	100%



Distribution de la population selon les maladies associées

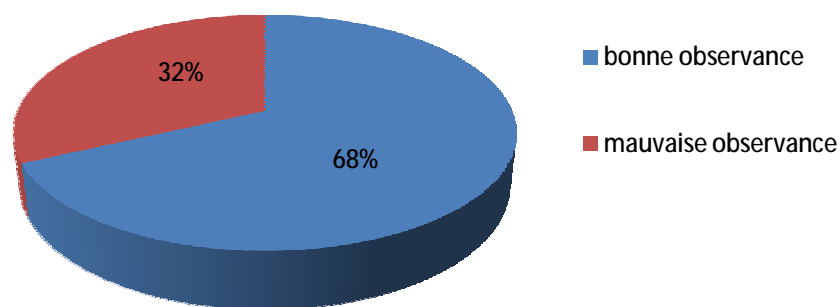
3- Caractéristiques thérapeutiques :

3.1. L'observance thérapeutique :

Le taux d'observance dans notre échantillon était de 68.00%

Tableau21: distribution de la population selon l'observance thérapeutique.

L'observance	Nombre de malades	Pourcentage
Bonne observance	136	68.00%
Mauvaise observance	64	32.00%
Total	200	100%



Distribution selon l'observance

3.2. Durée de suivi:

La durée de suivi allait de 6 mois (étant d'ailleurs un critère d'inclusion) à 102 mois avec une durée moyenne de suivi de 15.39+/-14.36 mois et une médiane de 10.50.

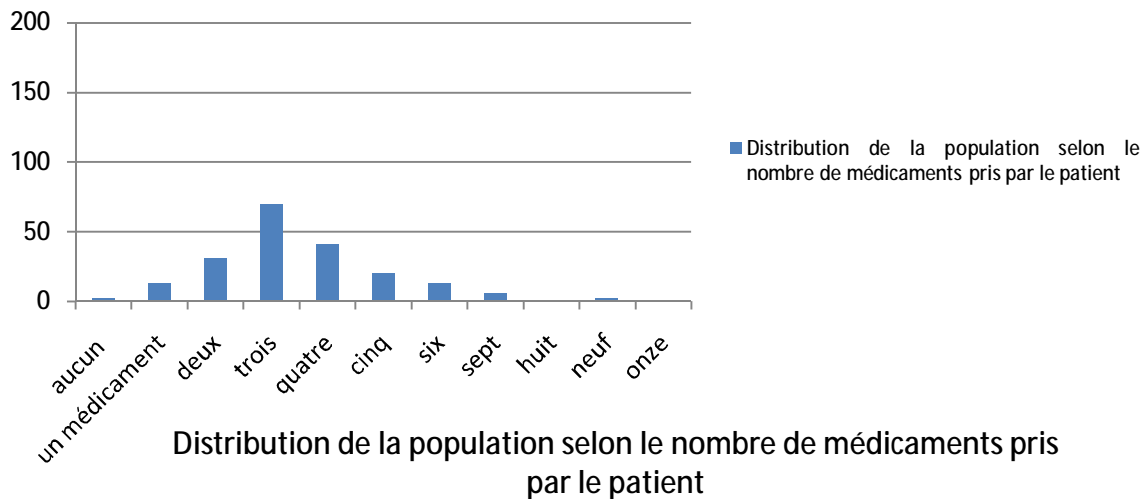
3.3. Nombre total des médicaments par malade :

Ce nombre variait de 0 à 11 médicaments avec une médiane de 3.53%, une moyenne de 3.5+/- 1,64 et un mode de 3.



Tableau22: Distribution de la population selon le nombre de médicaments pris par le patient.

Nombre de médicaments	Nombre de malades	Pourcentage
0	2	1,00%
1	13	6,50%
2	31	15,50%
3	70	35,00%
4	41	20,50%
5	20	10,00%
6	13	6,50%
7	6	3,00%
8	1	0,50%
9	2	1,00%
11	1	0,50%
TOTAL	200	100,00%



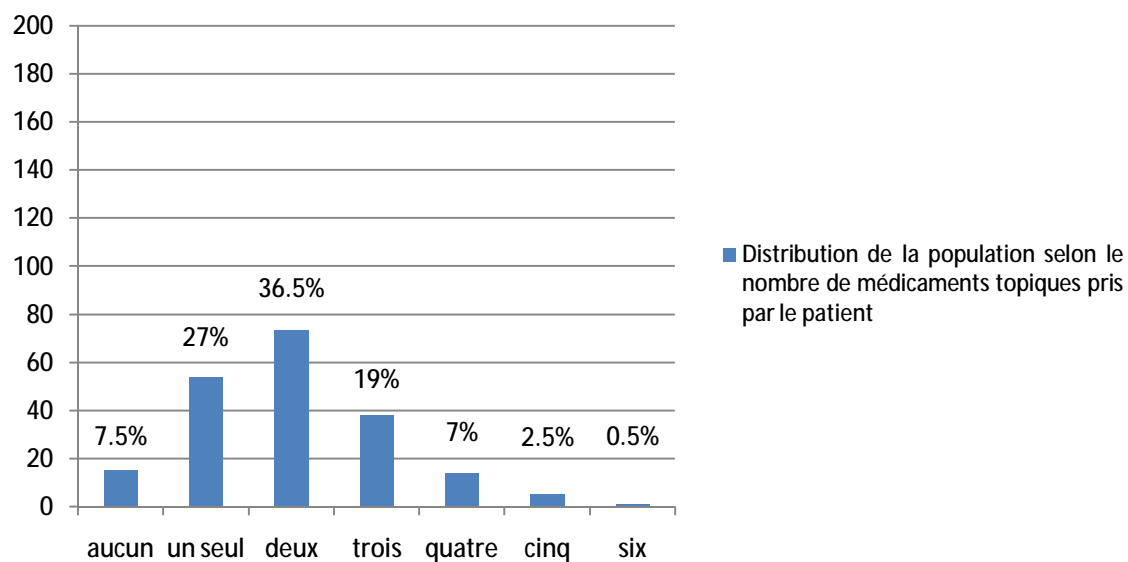
3.4. Nombre total des médicaments topiques par malade :

Le nombre de médicaments topiques par patient oscillait entre 0 à 6 avec un mode de 2 et une moyenne de $2.00 \pm 1,16$.



Tableau23: Distribution de la population selon le nombre de médicaments topiques pris par le patient

Nombre de médicaments	Nombre de malades	Pourcentage
0	15	7,50%
1	54	27,00%
2	73	36,50%
3	38	19,00%
4	14	7,00%
5	5	2,50%
6	1	0,50%
TOTAL	200	100,00%



Distribution de la population selon le nombre de médicaments topiques pris par le patient

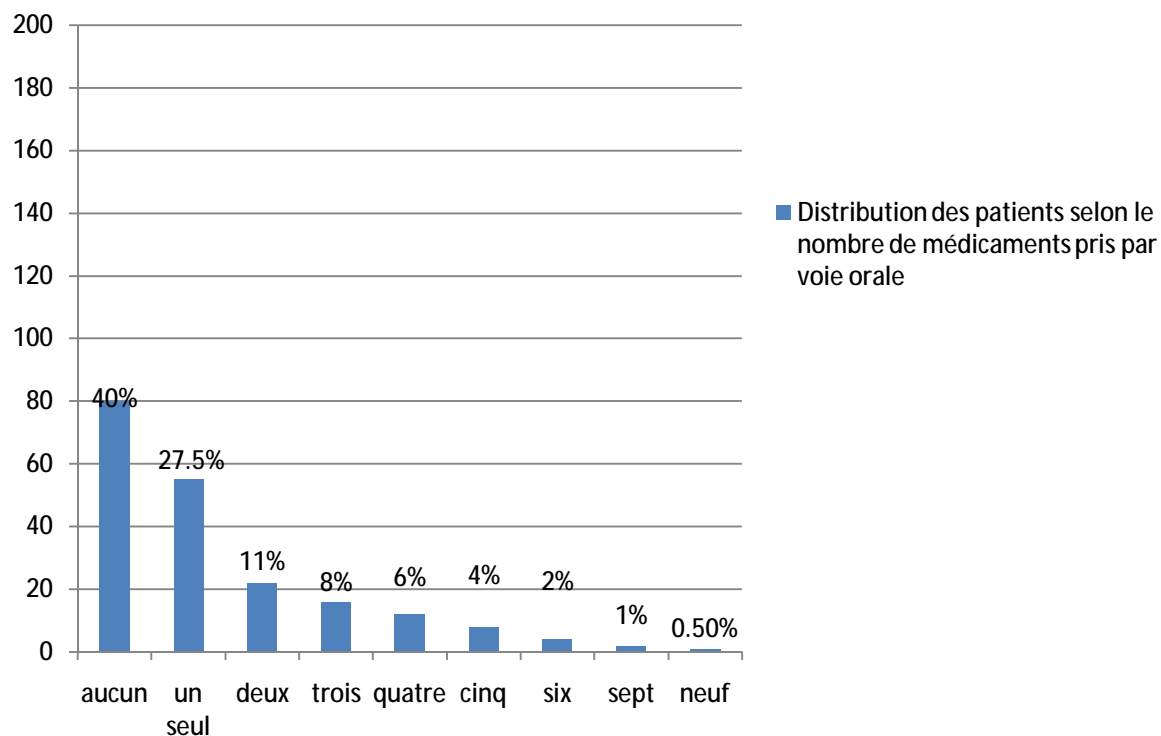
3.5. Nombre de médicaments pris par voie orale par malade :



La moyenne des traitements par voie orale était de 1.41 +/- 1,74 avec des extrémités variant de 0 à 9 et une médiane de 1.

Tableau24: Distribution de la population selon le nombre de médicaments pris par voie orale par le patient.

Nombre de médicaments	Nombre de malades	Pourcentage
0	80	40,00%
1	55	27,50%
2	22	11,00%
3	16	8,00%
4	12	6,00%
5	8	4,00%
6	4	2,00%
7	2	1,00%
9	1	0,50%
TOTAL	200	100,00%



Distribution des patients selon le nombre de médicaments pris par voie orale

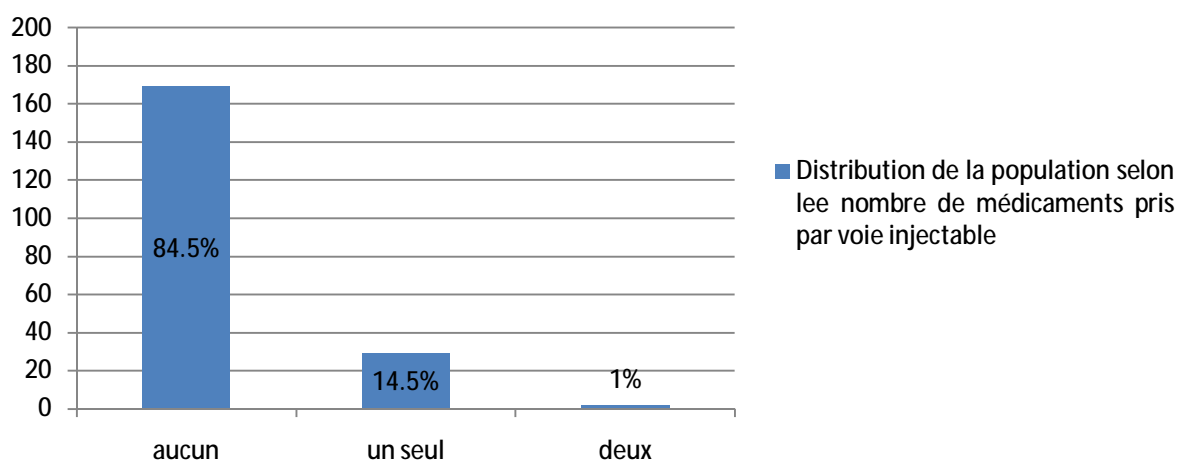
3.6. Nombre total des médicaments injectables par malade :



La moyenne des traitements par voie injectable était de 0.165 +/- 0.15 avec des extrémités variant de 0 à 2 et une médiane de 0.

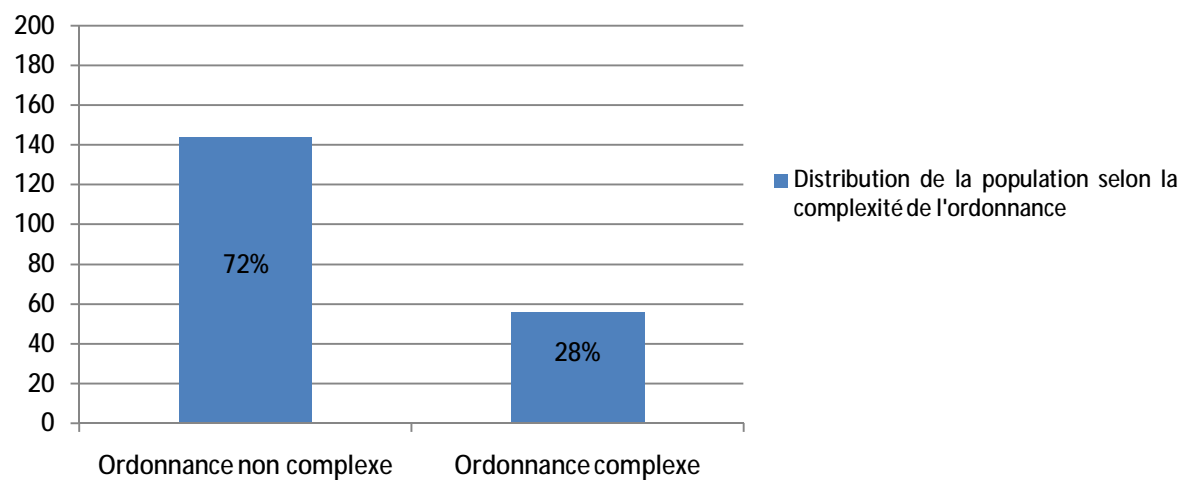
Tableau25: Distribution de la population selon le nombre de médicaments pris par voie injectable par le patient.

Nombre de médicaments	Nombre de malades	Pourcentage
0	169	84,50%
1	29	14,50%
2	2	1,00%
TOTAL	200	100,00%



Distribution de la population selon le nombre de médicaments pris par voie injectable

3.7. Complexité de l'ordonnance d'après les patients :



Distribution de la population selon la complexité de l'ordonnance

28% des malades jugeaient que leur ordonnance étaient complexe.



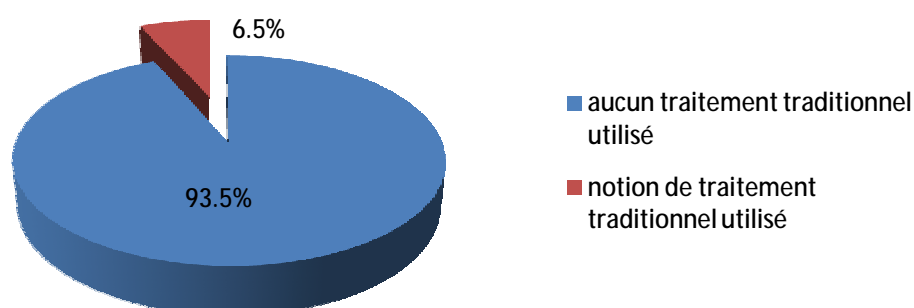
3.8. Éventuel traitement traditionnel :

13 patients utilisaient un traitement traditionnel soit en parallèle soit après arrêt de la prescription médicale.



Tableau26: Distribution de la population selon l'utilisation de traitements traditionnels par les patients

Traitement traditionnel	Nombre de malades	Pourcentage
Non	187	93.50%
Oui	13	6.50%
Total	200	100%



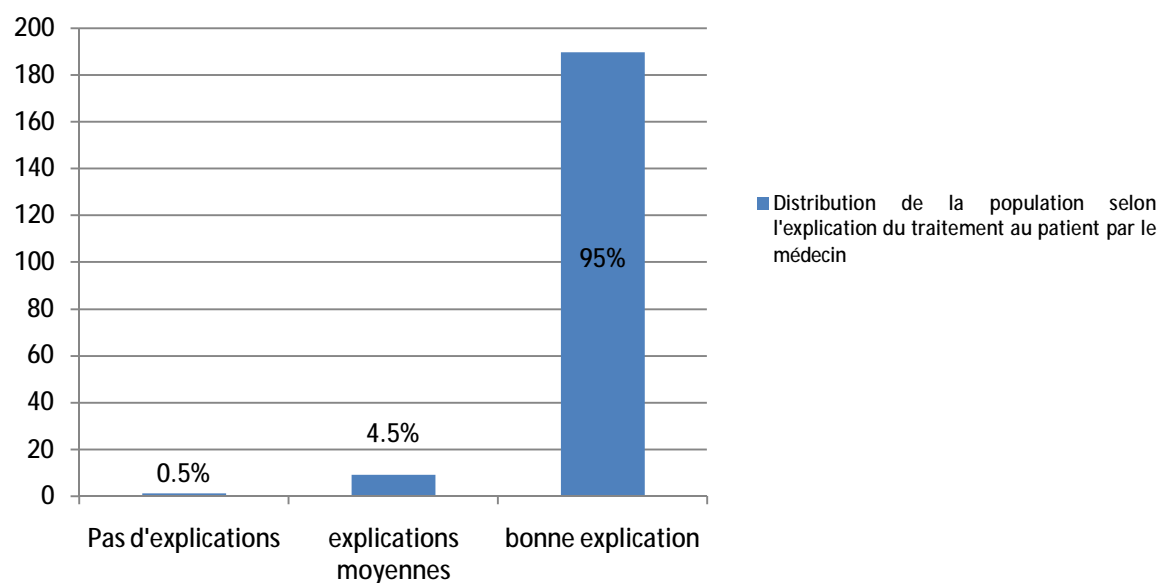
Distribution de la population selon l'utilisation de traitements traditionnels

3.9. Explication du traitement :

L'explication du traitement a été jugée bonne par 190 patients.

Tableau27: Distribution de la population selon l'explication du traitement au patient par le médecin.

explication du traitement	Nombre de malades	Pourcentage
Non	1	0.50%
Moyennement	9	4.50%
Oui	190	95.00%
Total	200	100%



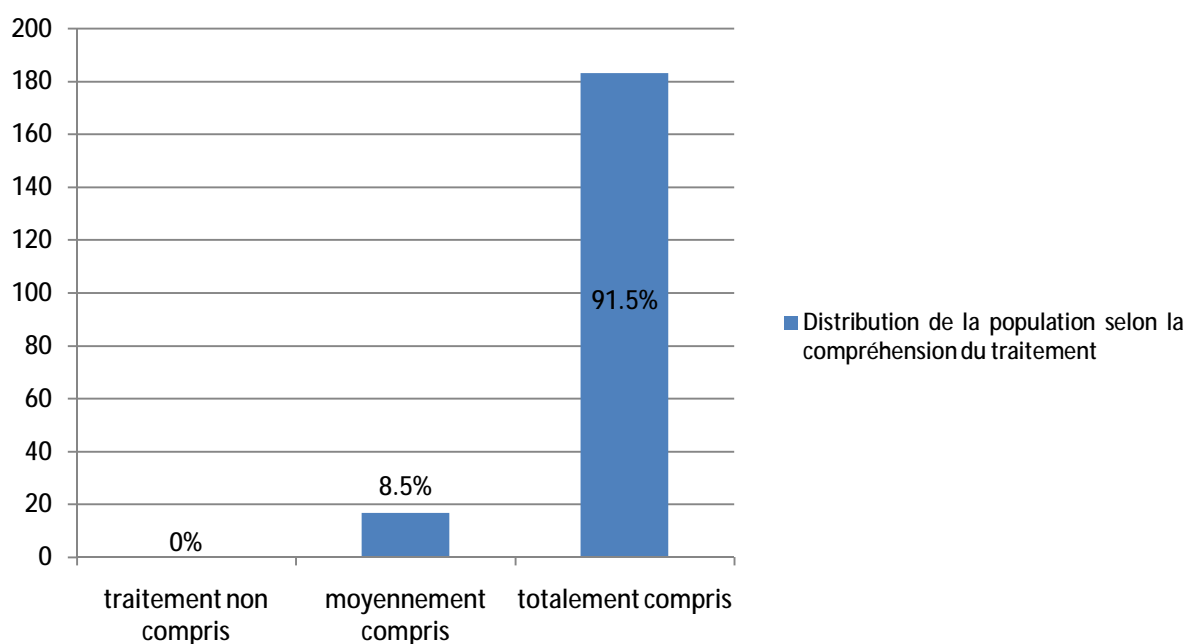
Distribution de la population selon l'explication du traitement au patient par le médecin

3.10. Compréhension du traitement :

Tableau28: Distribution de la population selon La compréhension du traitement par le patient.

Compréhension du traitement	Nombre de malades	Pourcentage
Non	0	0.00%
Un peu	17	8.50%
Oui	183	91.50%
Total	200	100%

91.50% des patients déclaraient avoir bien compris leur traitement.



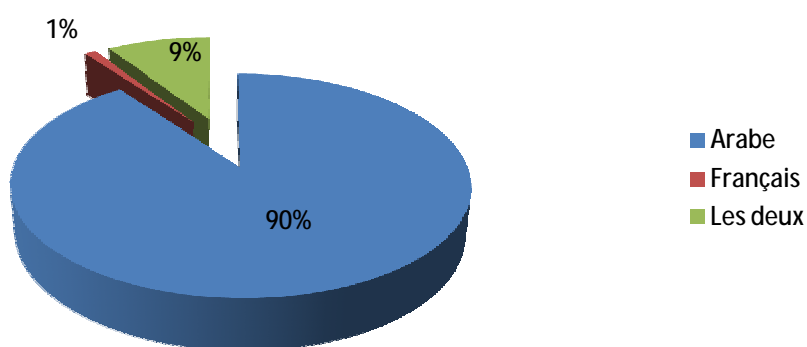
Distribution de la population selon la compréhension du traitement

3.11. Langue d'explication :

Les explications étaient données en arabe (arabe dialectal) chez 180 patients, en associant les 2 langues arabe et français chez des patients qui sont bilingues et en français chez 2 patients de l'Afrique subsaharienne.

Tableau29: Distribution de la population selon la langue d'explication aux patients.

Langue d'explication	Nombre de malades	Pourcentage
Arabe	180	90,0%
Français	2	1,0%
Les 2	18	9,0%
Total	200	100,0%



Distribution de la population selon la langue d'explication

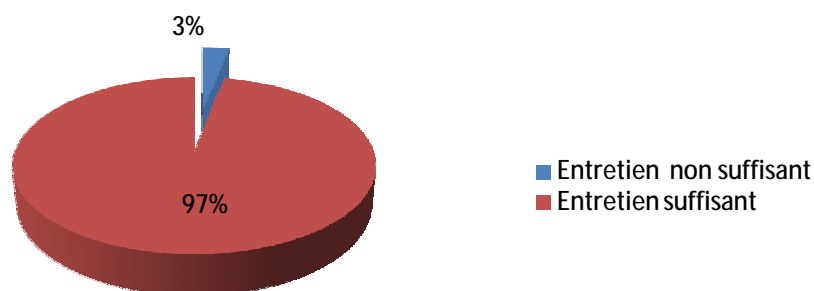
3.12-Durée d'entretien :

S'intéresser aux explications de la maladie et du traitement nous amène à discuter le temps d'entretien qui était jugé suffisant par 97.00% des malades.



Tableau30: Distribution de la population selon la durée de l'entretien.

Entretien suffisant	Nombre de malades	Pourcentage
Non	6	3.00%
Oui	194	97.00%
Total	200	100%



Distribution de la population selon la durée de l'entretien

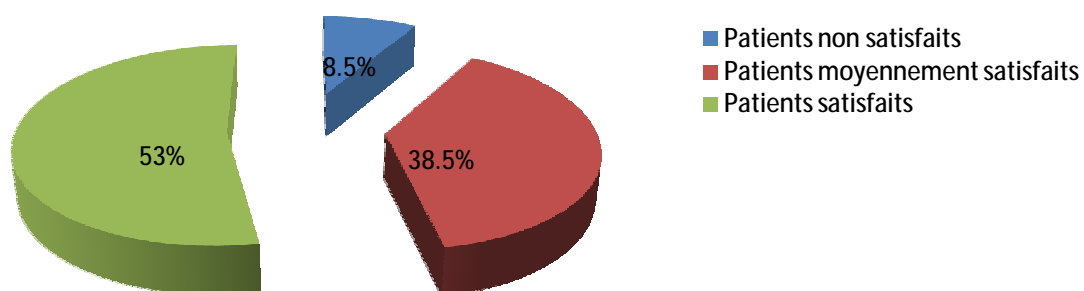
3.13-Satisfaction par rapport au traitement :

Plus de la moitié des patients jugeaient leur traitement efficace, 38,5% le trouvaient moyennement efficace et 8,5% le jugeaient inefficace.



Tableau 31: Distribution de la population selon La satisfaction des patients par rapport au traitement.

Efficacité	Nombre de malades	Pourcentage
Nulle	17	8.50%
Moyenne	77	38.50%
Bonne	106	53.00%
Total	200	100%



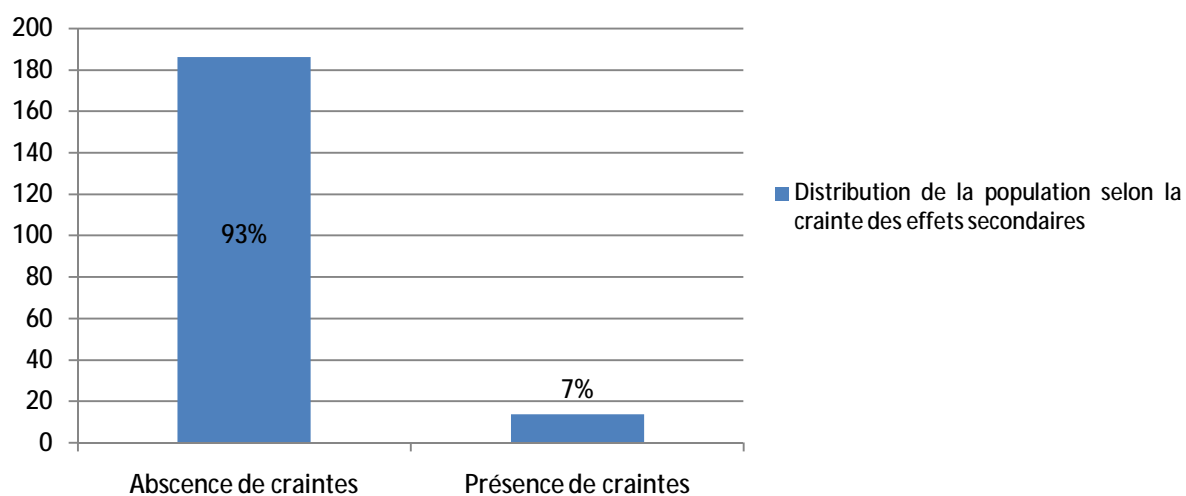
Distribution de la population selon la satisfaction des patients par rapport au traitement

3.14-Crainte des effets secondaires :

Uniquement 14 patients rapportaient une crainte des effets secondaires des médicaments. Cette crainte des effets secondaires retrouvée chez 14 patients n'a pas retentit sur la prise médicamenteuse selon les dires de nos malades.

Tableau32: Distribution de la population selon La crainte des effets secondaires.

Crainte des effets secondaires	Nombre de malades	Pourcentage
Non	186	93,0%
Oui	14	7,0%
Total	200	100,0%



Distribution de la population selon la crainte des effets secondaires

3.15-Effets secondaires des traitements :

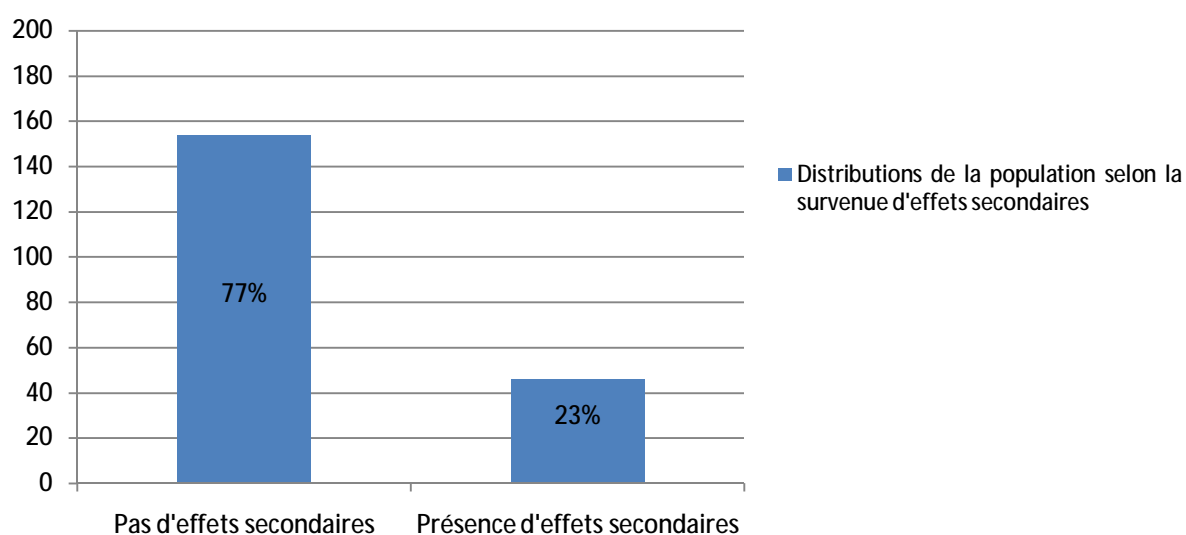
Des effets secondaires ont été retrouvés chez nos malades avec un minimum de 0 et un maximum de 4 avec une moyenne de $0,36 \pm 0,78$.

Les effets secondaires les plus retrouvés étaient les atteintes oculaires, le diabète cortisonique, les épigastalgies, l'HTA, et l'aspect cushinoïde.

5 patients rapportaient avoir interrompu leur traitement à cause des effets secondaires.

Tableau33: Distribution de la population selon la survenue d'effets secondaires.

Effets secondaires des traitements	Nombre de malades	pourcentage
Absents	154	77,0%
Présents	46	23,0%
Total	200	100,0%



Distributions de la population selon la survenue d'effets secondaires

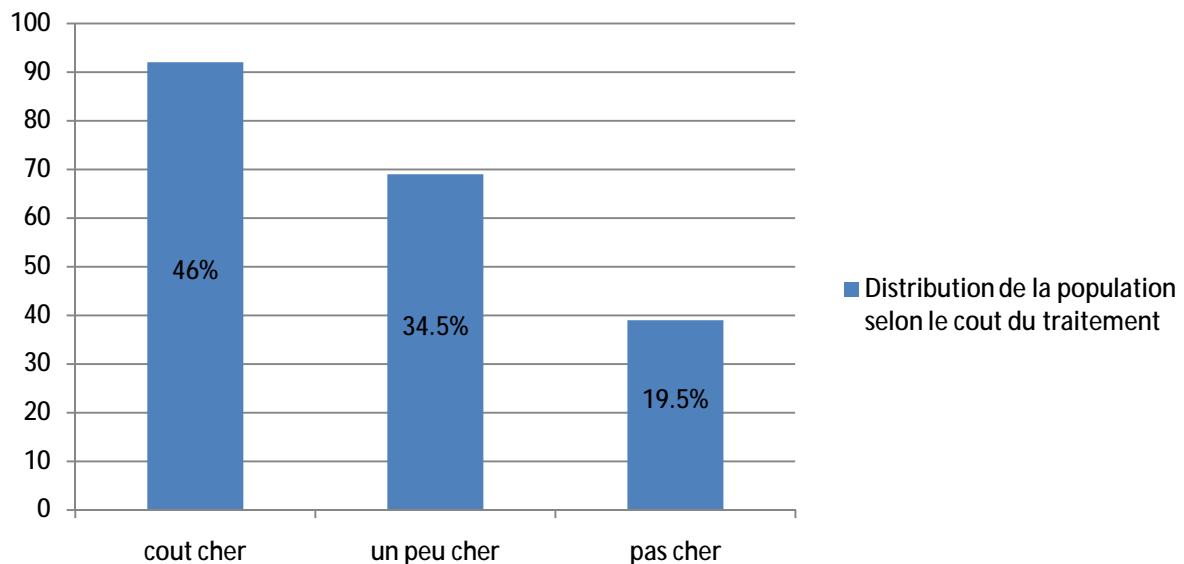
3.16. Le coût du traitement:

Presque la moitié des patients trouvaient que les médicaments prescrits sont chers surtout ceux qui ne bénéficiaient pas d'une couverture sociale.



Tableau34: distribution de la population selon le coût du traitement.

Le coût du traitement	Nombre de malades	Pourcentage
Cher	92	46,00%
Un peu cher	69	34,50%
Pas cher	39	19,50%
Total	200	100%



Distribution de la population selon le coût du traitement

3.17. Type de suivi :

Les malades ayant bénéficié d'une hospitalisation sont suivis après leur sortie au sein d'une consultation qui se fait jeudi matin au service, un cadre dans lequel ils se sentent à l'aise puisqu'ils reconnaissent les lieux et le personnel. Ils bénéficient de décisions thérapeutiques prises par tous le staff médical du service.

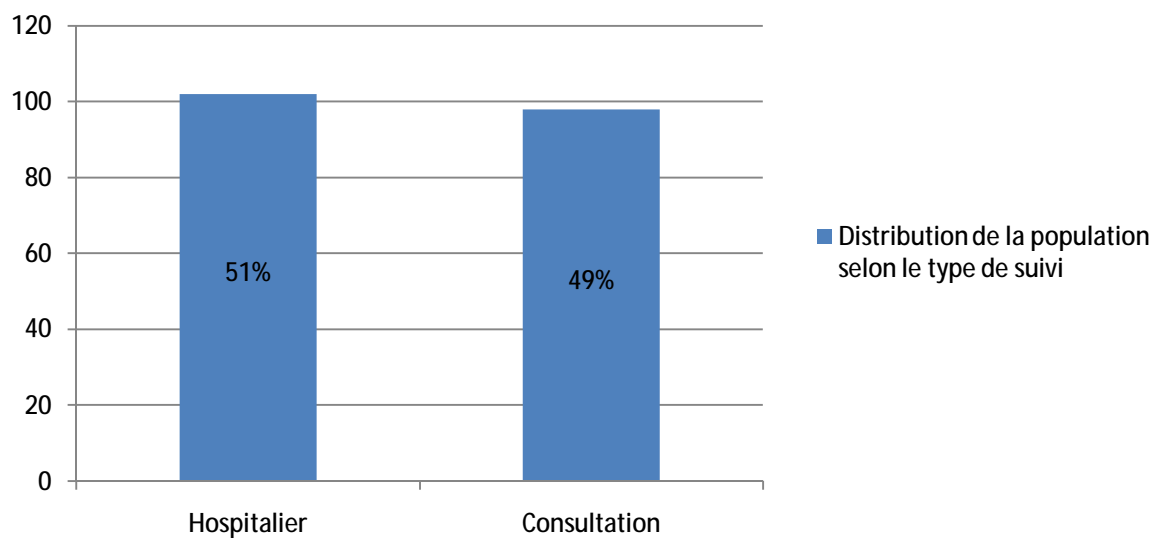
Le reste des malades sont suivis en consultation par un médecin responsable et peuvent choisir le jour qui leur convient à part le jeudi matin.

On dispose également de consultations spécialisées pour la dermato pédiatrie, les troubles pigmentaires, le psoriasis et l'oncodermatologie qui permettent à des patients atteints de la même pathologie de faire connaissance et d'échanger des expériences.



Tableau35: Distribution de la population selon le type de suivi.

Le type de suivi	Nombre de malades	Pourcentage
Hospitalier	102	49.00%
Consultation	98	51.00%
Total	200	100%



Distribution de la population selon le type de suivi

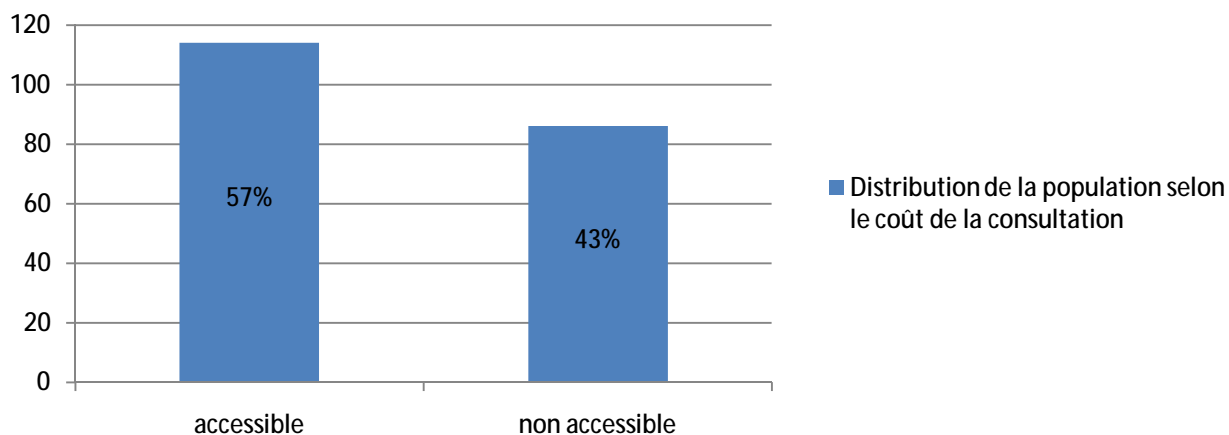
3.18-Le coût de la consultation:

Le coût de la consultation était jugé plutôt accessible par plus de 50% des malades.



Tableau36: Distribution de la population selon le coût de la consultation.

Coût de la consultation	Nombre de malades	Pourcentage
Accessible	114	57.00%
Non accessible	86	43%
Total	200	100%



Distribution de la population selon le cout de la consultation

3.19. Estimation de l'aide du pharmacien par malade :

95 patients jugeaient que l'aide du pharmacien était importante, 54 l'avaient considérée comme modérée et 50 l'avaient qualifiée de négligeable.



Tableau38: Distribution de la population selon l'estimation de l'aide du pharmacien.

Aide du pharmacien	Nombre de malades	Pourcentage
Négligeable	50	25,00%
Modérée	54	27,00%
Importante	95	47.50%
Non nécessaire	1	0.50%
Total	200	100%

B-Résultats analytiques

Dans ce chapitre on fera une analyse statistique des différents facteurs de risque qui peuvent être liés à l'observance.

Ø Analyse univariée :

1-Facteurs de l'observance liés au sujet :

1.1- L'âge :

Dans notre étude, la moyenne d'âge chez les observants était inférieure à la moyenne d'âge chez les non observants avec un p de 0.14.

Tableau39: L'observance thérapeutique en fonction de la moyenne d'âge.

Observance	Moyenne d'âge	p
Observants	40,16+/- 17,75	0.15
Non observants	44,14+/- 17,57	

L'âge avancé (≥ 60 ans) pourrait être un facteur favorisant la non observance, quoique c'est un résultat qui n'est pas statistiquement significatif ($p=0.057$).



Tableau40: L'observance thérapeutique en fonction des tranches d'âge.

Age	Observants	Non observants	p
Entre 12 ans et 18ans	78,13	21,87	
Entre 18 et 60 ans	69,4	30,6	0.057
Plus de 60 ans	52,9	47,1	

1.2- Le sexe :

Dans notre échantillon Les femmes avaient un taux d'observance (71,9%) plus important que les hommes (62,8%) mais ce résultat n'est pas statistiquement significatif ($p=0,17$).



Tableau41: L'observance thérapeutique en fonction du sexe.

Sexe	Observants	Non observants	P
Masculin	62.8%	37,2%	0.17
Féminin	71,9%	28,1%	

1.3- La situation familiale :

Les patients mariés étaient plus observants avec un p de 0,71%. Pour les patients qui ne vivaient pas en couple, les célibataires étaient plus observants que les divorcés et les veufs.

Tableau42: L'observance thérapeutique en fonction de la Situation familiale.

Situation familiale	Observants	Non observants	P
Célibataire	66,7	33,3	
Marié(e)	70,1	29,9	0,71
Divorcé(e) ou veuf(ve)	61,1	38,9	

1.4- Le niveau d'étude :

Le niveau d'étude est un facteur de risque de l'observance, en effet l'observance était proportionnelle au niveau d'étude avec un p de 0,0032.

Tableau43: L'observance thérapeutique en fonction du niveau d'étude.

Niveau d'étude	Observants	Non observants	P
Analphabète	56,2	43,8	0,0032
Primaire	69,2	30,8	
Secondaire	88,2	11,8	
Universitaire	80,0	20,0	

1.5- La profession :

L'observance était plus importante chez les sujets actifs mais ce résultat n'était pas statistiquement significatif. Le taux d'observance le plus élevé a été retrouvé chez les cadres administratifs puis les étudiants, alors que le moins élevé a été observé chez les fermiers.

Tableau44: L'observance thérapeutique en fonction de l'activité professionnelle.

Activité professionnelle	Observants	Non observants	P
Non	63,0%	37,0%	0.14
Oui	72,7%	27,3%	

Certaines professions nécessitent des déplacements fréquents, ce facteur a été étudié et les résultats ont montré que : 80,0% des patients qui vivaient une stabilité étaient observants par rapport à 67,0% des patients qui vivaient en déplacement, mais ce résultat n'étaient pas statistiquement significatif p =0,23.

Tableau45: L'observance thérapeutique en fonction du déplacement.

Déplacement	Observants	Non observants	P
Oui	67,0	33,0	0.23
Non	80,0	20,0	

1.6. La couverture médicale :

L'absence de couverture médicale augmente le risque de non observance avec un p de 0,10.



Tableau46: L'observance thérapeutique en fonction de couverture médicale.

Couverture médicale	Observants	Non observants	P
Sans couverture	64,9%	35,1%	0,10
Avec couverture	76,9%	23,1%	

1.7. Le niveau socio économique :

Le niveau socio économique est un facteur de risque puissant de l'observance thérapeutique avec un p de 0.0001.



Tableau47: L'observance thérapeutique en fonction du niveau socio économique.

Niveau socio économique	Observants	Non observants	P
Bas	53,9%	46,1%	0,0001
Bon	79,3%	20,7%	

Il existe un gradient qui fait que l'observance s'améliore avec l'amélioration du niveau socio économique.

Tableau48: L'observance thérapeutique en fonction du niveau socio économique.

Niveau socio économique	Observants	Non observants
Bas	53,9	46,1
Moyen	77,1	22,9
Bon	93,3	6,7

1.8-L'addiction :

68,4% des patients ne présentant pas d'addiction étaient observants, par rapport à 61,5% des patients qui présentaient une addiction, notre p est calculé à 0,4.



Tableau49: L'observance thérapeutique en fonction de l'addiction.

ADDICTION	Observants	Non observants	p
Absence d'addiction	68,4%	31,6%	0,4
Présence d'addiction	61,5%	38,5%	

1.9. L'habitat :

L'observance thérapeutique était plus importante chez les sujets qui résidents Fès. Le taux d'observance le plus faible était retrouvé chez les patients habitants Taza et ses régions. Deux malades qu'on a reçu de SALE étaient observants à 100%

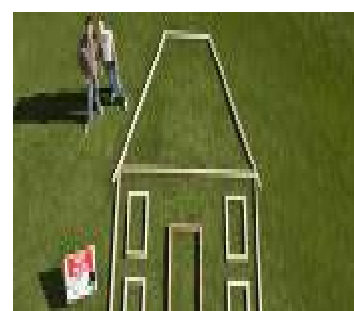


Tableau50: L'observance thérapeutique en fonction de la ville d'origine.

Ville	Observants	Non observants
Fès	70,9%	29,1%
Oujda/Rachidia/Nador	60,0%	40,0%
Environs de Fès	64,3%	35,7%
Taza et environ	51,9%	48,1%
Meknès	69,9%	30,1%
Salé	100,0%	0,0%

2-Facteurs de l'observance liés à la maladie :

2.1. Maladie dermatologique:

L'observance était différente d'une maladie dermatologique à l'autre. Le taux de mauvaise observance le plus élevé était de 58,6%, retrouvé dans les dermatoses bulleuses.

Tableau51: L'observance thérapeutique en fonction de la maladie dermatologique.

Maladie dermatologique	Observants	Non observants
Allergologie	73,9	26,1
Alopécie	78,6	21,4
Bulloses	41,4	58,6
Dermatose du visage	81,3	18,8
Lichen	75,0	25,0
Lymphoedeme	66,7	33,3
Maladies infectieuses	86,7	13,3
Maladies systémiques	66,7	33,3
Prurit chronique	50,0	50,0
Psoriasis	59,6	40,4
Tumorale	100,0	0,0

2.2. Compréhension de la maladie :

L'observance thérapeutique était plus importante chez les patients qui ont compris leur maladie, ce résultat est statistiquement significatif.



Tableau52: L'observance thérapeutique en fonction de la compréhension de la maladie.

Compréhension de la maladie	Observants	Non observants	p
Non comprise	47,2	52,8	0.000003
Comprise	79,7	20,3	

2.3. Visibilité des lésions:

Le degré de visibilité des lésions est proportionnel à l'observance allant de 57,9% pour les lésions non affichantes à 79,7% pour les lésions très affichantes avec un (p=0,01).



Photo extraite de la bibliothèque de service de dermatologie du CHU Hassan II de Fès qui représente une chéilite dans le cadre d'un pemphigus vulgaire

Tableau53: L'observance thérapeutique en fonction de la visibilité des lésions.

Visibilité des lésions	Observants	Non observants	p
faible	57,9%	42,1%	
Moyenne	61,4%	38,6%	0.01
importante	79,7%	20,3%	

2.4. Retentissement sur la qualité de vie:

Les résultats sur la qualité de vie ont objectivé une observance moins importante chez les patients qui jugeaient que leur maladie ne retentit que moyennement sur leur qualité de vie. L'observance était plus importante, chez les patients avec une qualité de vie détériorée ou peu touchée (p à 0,37).

Tableau54: L'observance thérapeutique en fonction de la qualité de la vie.

Retentissement sur la qualité de la vie	Observants	Non observants	P
Leger	73,3	26,7	
Modéré	62,2	37,8	0,37
Important	70,4	29,6	

2.5. Handicap physique:

L'handicap physique expose au risque de mauvaise observance avec un p de 0,01.



Tableau55: L'observance thérapeutique en fonction de l'handicap physique.

Handicap physique	Observants	Non observants	p
Pas d'handicap physique	69,2	30,8	
Présence d'un handicap physique	20,0	80,0	0.01

2.6. Maladies associées:

L'observance thérapeutique diminue avec l'existence d'une maladie associée mais ce résultat n'est pas statistiquement significatif ($p = 0,27$)

Tableau56: L'observance thérapeutique en fonction des maladies associées.

Autres maladies	Observants	Non observants	p
Pas de maladie associée	69.8	30.2	0.27
Présence de maladies associées	60.5	39.5	

La valeur de l'observance passe de 69,8% si il n'y a pas de maladies associées à 42,9% si le patient présente 2 maladies associées.

Tableau57: L'observance thérapeutique en fonction des maladies associées.

Nombre de maladies associées	Observants	Non observants	p
0	69,8	30,2	0.22
1	69,6	30,4	
2	42,9	57,1	

3-Facteurs de l'observance liés à la relation médecin malade :

3.1. Explication de la maladie:

L'explication de la maladie est un facteur favorisant important pour l'observance thérapeutique avec un p de 0,00005.



Tableau58: L'observance thérapeutique en fonction de l'explication de la maladie.

Explication de la maladie	Observants	Non observants	p
Maladie non expliquée	43,5	56,5	0,00005
Maladie expliquée	75,2	24,8	

3.2. Explication du traitement :

L'explication du traitement est un facteur favorisant l'observance avec un p de 0,058.

Tableau59: L'observance thérapeutique en fonction de l'explication du traitement.

Explication du traitement	Observants	Non observants	p
Non expliqué	40,0	60,0	0.058
Bien expliqué	69,5	30,5	

3.3. Durée d'entretien :

L'observance était beaucoup plus importante chez les patients qui jugeaient que la durée de l'entretien médical était suffisante avec un p de 0,08.



Tableau60: L'observance thérapeutique en fonction de la durée de l'entretien.

Entretien suffisant	Observants	Non observants	p
Non	33,3%	66,7%	0.08
Oui	69,1%	30,9%	

4-Facteurs de l'observance liés au traitement :

4.1. Nombre total des médicaments par malade :

La moyenne du nombre de traitements pris par les observants était inférieure à celle retrouvée chez les non observants avec un p de 0,01.



Tableau61: L'observance thérapeutique en fonction du nombre total des médicaments par malade :

Observance	Nombre moyen de traitement	p
Observants	3,31+/-1,49	0.01
Non observants	3,98+/-1,86	

4.2. Nombre total des médicaments topiques par malade :

Les observants avaient une moyenne de nombre de traitements topiques supérieure à celle retrouvée chez les non observants mais ceci n'est pas statistiquement significatif (p de 0.38).

Tableau62: L'observance thérapeutique en fonction du nombre moyen de traitement topique.

Observance	Nombre moyen de traitements topiques	p
Observants	2,06+/-1,23	0.38
Non observants	1,87+/- 0.98	

4.3. Nombre total de médicaments par voie orale par malade :

Les observants avaient une moyenne de nombre de traitements pris par voie orale inférieure à celle retrouvée chez les non observants avec un p de 0,04.

Tableau63: L'observance thérapeutique en fonction du nombre moyen de traitement oral.

Observance	Nombre moyen de traitement oral	p
Observants	1,16+/-1,43	0.04
Non observants	1,93+/- 2,18	

4.4. Nombre total des médicaments injectables par malade :

Les observants avaient une moyenne de nombre de traitements injectables inférieure à celle retrouvée chez les non observants mais ce n'est pas statistiquement significatif p =0,19.

Tableau64: L'observance thérapeutique en fonction du nombre moyen de traitement injectable.

Observance	Nombre moyen de traitement injectable	p
Observants	0,13+/-0,36	0.19
Non observants	0,21+/- 0,45	

4.5. Complexité de l'ordonnance d'après les patients :

Une ordonnance simple est un facteur favorisant de l'observance thérapeutique avec un p de 0,00018.



Tableau65: L'observance thérapeutique en fonction de la complexité de l'ordonnance.

Ordonnance complexe	Observants	Non observants	P
Non	75,7%	24,3%	0.00018
Oui	48,2%	51,8%	

On a noté chez nos malades, que plus le nombre de médicaments totaux est important, plus l'ordonnance est jugée complexe.

4.6. Compréhension du traitement

68,3% des patients qui ont compris leurs traitements étaient observants par rapport à 64,7% des patients qui n'ont pas compris leur traitement avec un p de 0.67.

Tableau66: L'observance thérapeutique en fonction de la compréhension du traitement.

Compréhension du traitement	Observants	Non observants	P
Traitement non compris	64,7%	35,3%	0.67
Traitement compris	68,3%	31,7%	

4.7. Satisfaction par rapport au traitement

L'observance est proportionnelle à l'efficacité du traitement avec un p de 0,01.

Tableau67: L'observance thérapeutique en fonction de l'efficacité du traitement.

Efficacité du traitement	Observants	Non observants	p
Pas ou légère efficacité	47,1	52,9	0.01
Efficacité moyenne	61,0	39,0	
Efficacité importante	76,4	23,6	

4.8. Effets secondaires des traitements :

74,7% des patients qui ne souffraient pas d'effets secondaires étaient observants par rapport à 45,7 des patients qui rapportaient ces effets secondaires avec un p de 0.00021.

Tableau68: L'observance thérapeutique en fonction des effets secondaires.

Effets secondaires	Observants	Non observants	p
Pas d'effets secondaires	74,7	25,3	0.00021
Présence d'effets secondaires	45,7	54,3	

4.9. Crainte des effets secondaires :

Les patients qui avaient des craintes des effets secondaires étaient également moins observants avec un p de 0,01.



Tableau69: L'observance thérapeutique en fonction du nombre moyen de traitement topique.

Crainte des effets secondaires	Observants	Non observants	p
Non	70,4	29,6	0.01
Oui	35,7	64,3	

4.10- L'utilisation d'éventuel traitement traditionnel :

69,5% des patients qui n'utilisaient pas de traitement traditionnel étaient observants par rapport à 46,2% des patients qui l'utilisaient, mais ce résultat n'est pas statistiquement significatif p de 0,07.



Tableau70: L'observance thérapeutique en fonction du traitement traditionnel.

Traitement traditionnel	Observants	Non observants	p
Non	69,5	30,5	0.07
Oui	46,2	53,8	

4.11- Le coût du traitement:

L'observance est inversement proportionnelle au coût du traitement avec un p de 0,0006.



Tableau71: L'observance thérapeutique en fonction du coût du traitement.

Coût du traitement	Observants	Non observants	p
Très cher	54,3	45,7	
Moyennement cher	78,3	21,7	0.0006
Accessible	82,1	17,9	

4.12- Le type de suivi :

Les malades suivis en consultation étaient plus observants avec un p de 0.02.

Tableau72: L'observance thérapeutique en fonction du type de suivi.

Type de suivi	Observants	Non observants	p
Hospitalier	60,8%	39,2%	0.02
Consultation	75,5%	24,5%	

4.13- La Durée de suivi:

Les observants avaient une moyenne de durée de traitement inférieure à celle retrouvée chez les non observants, ce résultat était statistiquement significatif avec un p de 0,009.

En d'autres termes, plus la durée du suivi se prolonge, plus le risque de mauvaise observance augmente.

Tableau73: L'observance thérapeutique en fonction de la durée moyenne du traitement.

Observance	Durée moyenne du traitement	p
Chez les observants	13.29+/-11.17	0.009
Chez les non observants	19.85+/- 18.83	

4.14- Le coût de la consultation:

L'observance était meilleure chez les sujets pour qui le coût de la consultation était accessible $p= 0,28$ mais la différence n'était pas significative.

Tableau74: L'observance thérapeutique en fonction du coût du traitement.

Coût de la consultation	Observants	Non observants	p
Cher	64,9	35,1	0.28
Pas cher	72,1	27,9	

5-Facteurs de l'observance liés à l'environnement

5.1- Estimation de l'aide du pharmacien par le malade :

Les patients qui jugeaient que le pharmacien les aidait à suivre le traitement étaient plus observants que les patients qui n'étaient aidés par le pharmacien que modérément avec un p de 0,57.

On compte par contre dans notre échantillon, une catégorie de patient qui jugeaient qu'ils n'avaient pas besoin de l'aide du pharmacien, et qui étaient plus observant, ceci a été retrouvé surtout chez les patients suivis pour une longue durée, il est possiblement dû aux explications répétées à chaque consultation du contenu de l'ordonnance.



Tableau75: L'observance thérapeutique en fonction de l'aide du pharmacien.

Aide du pharmacien	Observants	Non observants	p
Négligeable	72.5%	27.5%	0,57
modérée	63.0%	37.0%	
importante	68.4%	31.6%	

5.2- Vivre seul :

Le fait de vivre seul est un facteur de mauvaise observance avec un p de 0,0002.

Tableau76: L'observance thérapeutique en fonction de la solitude.

Vivre seul	Observants	Non observants	p
Non	72,6%	27,4%	0.0002
Oui	36,0%	64,0%	

5.3- Difficulté d'accès

L'observance est inversement proportionnelle aux difficultés d'accès aux soins avec un p de 0.0002.

Tableau77: L'observance thérapeutique en fonction des difficultés d'accès.

Difficultés d'accès à la consultation	Observants	Non observants	p
Pas de difficulté d'accès	79,1	20,9	0.0002
Présence de difficulté d'accès	54,4	45,6	

Tableau78: L'observance thérapeutique en fonction du nombre moyen de traitement topique.

Nombre de difficulté d'accès a la consultation	Observants	Non observants
0	79,1	20,9
1	60,0	40,0
2	37,5	62,5

6-Résumé des résultats de l'analyse univariée :

D'un point de vue analytique, l'étude univariée a permis de retenir comme variables statistiquement significatives le niveau socio économique et culturel pour les facteurs liés au sujet, le degré de compréhension de la maladie, la visibilité des lésions et l'handicap physique pour les paramètres liés à la maladie, la qualité des explications en ce qui concerne la relation médecin malade, les difficulté d'accès et l'isolement pour les facteurs liées à l'environnement.

Par rapport au traitement, les déterminants retenus sont l'efficacité, la simplicité de l'ordonnance délivrée, le coût de la prescription, les effets secondaires des médicaments et la durée du suivi.

Un taux d'observance non significatif statistiquement mais plus important a été retrouvé chez les femmes, les sujets mariés, jeunes, professionnellement actifs, qui possèdent une couverture médicale, sans habitudes toxiques ni maladies associées, qui n'utilisent pas de traitement traditionnel et qui ont bénéficié d'un entretien suffisant.

Ø Analyse multivariée :



Une analyse multivariée par régression logistique a été effectuée avec toutes les variables pour lesquelles le p est inférieur à 0,05 au cours de l'analyse univariée.

Les facteurs qui ont été retenus comme prédictifs d'une mauvaise observance étaient:

- La durée de suivi, l'efficacité et le coût des traitements, l'handicap physique, et le degré d'explication de la maladie et les difficultés d'accès.

En effet, Un bon niveau socio économique est deux fois plus prédictif d'une bonne observance. L'observance est 3,8 fois plus importante si le traitement est efficace, et 4,4 fois meilleure si le coût de traitement n'est pas cher.

L'handicap physique entrave l'observance avec un facteur de risque de 0,037, auquel se surajoutent les difficultés d'accès aux soins qui dégradent 2,4 fois plus le taux d'observance.

Une maladie bien expliquée augmente l'observance par un facteur de 3,9.

La durée de suivi est également un facteur indépendant influençant l'observance qui va diminuer chaque mois par un facteur de 1,027.

Tableau79: Régression logistique des facteurs liés à la mauvaise observance

Facteurs	Odds ratio	Intervalle de confiance (95%)	P
Niveau socio économique	2,333	1,096- 4,966	0,28
Efficacité du traitement	3,849	1,122-13,197	0,74
coût du traitement	4,499	1,536-13,177	0,008
Handicap physique	0,037	0,003- 0,396	0,07
Explication de la maladie	3,995	1,783 -8,952	0,001
Durée de suivi	1,027	1,004-1,051	0,021
Difficultés d'accès aux soins	2,445	1,211-4,569	0,02

VI-Discussion :



1-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 (24) mettaient en lumière la faible observance dans les maladies chroniques. Elle était inférieure à 70% En Europe en 2002 (25). Selon un rapport de l'inspection générale des affaires sociales françaises (2), 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 (26).

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 %(27).

L'Observance thérapeutique des personnes de 70 ans toutes affections confondues, est de 65 % (intervalle de confiance à 5 %). Près d'un tiers de ces patients (35%) témoigne ne pas prendre régulièrement les traitements prescrits (28), (29).

En 1990 Sullivan et col (30) 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 (31) déclaraient 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 [24]. 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 (32) 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 retrouvés pour les maladies respiratoires, le diabète et les difficultés de sommeil. Ce « classement » ne confirmait cependant pas celui proposé par Claxton et col. (33) 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 (33) avec un taux de mauvaise d'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 notre spécialité peu d'études ont été réalisées. Elles n'étudient pas l'observance thérapeutique en général mais dans certaines pathologies précises, à part une étude danoise, qui a pu montrer qu'après une première prescription en dermatologie, 30,7% des 322 patients étudiés ne sont pas allés acheter leurs médicaments (34)!

Plusieurs études ponctuelles ont été réalisées, nous citons dans ce cadre l'étude de Dreno et Col, qui a montré que chez environ 50% des patients acnéiques,

il y a un risque de mauvaise observance documenté (35). Une autre étude sur l'observance dans le psoriasis a fait beaucoup parler d'elle en 2004, celle de Zaghoul et Goodfield(36). Dans ce travail prospectif sur 294 patients, l'observance a été évaluée à 12 semaines. Les auteurs ont d'abord noté que seulement 68% des patients se sont présentés en temps voulu au deuxième rendez-vous qui avait été fixé. Le taux moyen d'observance était de $60,6\% \pm 33\%$, qui est proche de celui de notre échantillon qui est de 59,6%.

En ce qui concerne notre échantillon de patients, l'observance globale a été estimée à 68.00%. Ce taux est proche des taux qui ont été retrouvés dans la littérature dans d'autres spécialités.

Les problèmes de mauvaise observance concernent essentiellement le non respect des rendez-vous, des erreurs dans l'application des prescriptions surtout la dégression de la corticothérapie, l'élimination par le patient de certains médicaments de lui-même vu le manque de moyen, et le non respect des mesures d'hygiène.

Toutefois, l'idée d'obtenir une observance de plus de 90% n'est simplement pas raisonnable. Il suffit de penser à l'auto application des antifongiques dans les intertrigos inter-orteils par les dermatologues eux-mêmes pour se donner une idée des attentes raisonnables que peut avoir le prescripteur.

Quantifier la mauvaise observance, c'est tenter d'appréhender ce qui justement échappe au prescripteur. Même en faisant appel à des méthodes sophistiquées, parfois peu adaptées à la pratique courante, on ne peut que voir la partie émergée de l'iceberg.

2-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 : qui se basent sur des critères médicaux objectifs tels que les marqueurs spécifiques pour chaque traitement.

ANKRI. J et col (24) 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(37).

2.1- Les moyens directs :

Ils sont représentés par :

- a) la vérification de chaque prise du médicament devant un tiers :

Elle n'empêche pas d'éventuelles dissimulations ou rejets volontaires du produit, elle est surtout utilisée dans le cadre des protocoles de traitements

antituberculeux et plus particulièrement dans les pays en développement. Il ne s'agit plus d'une mesure de l'observance mais d'une contrainte à celle-ci !



b) l'usage de piluliers électroniques :

Ces appareils enregistrent chaque prise et son horaire, Il en existe deux systèmes disponibles : MEMS (Medication Event Monitoring System) et EDEM monitor (Expectation-Driven Event Monitoring). Les piluliers sont constitués de bouchons électroniques qui affichent l'heure et la date de la dernière prise. Ce système, très coûteux, permet d'apprécier le rythme quotidien de prise mais reste difficile à intégrer dans le mode de vie des patients. Il n'est pas utilisable chez l'enfant avant l'âge de six ans, les formes liquides étant recommandées.

Ce dispositif ne contrôle que les ouvertures et non l'administration du médicament. Dans ce cadre, Les personnes peuvent parfois être victimes d'une phobie de vérification compulsive, ouvrant le pilulier pour en vérifier le contenu sans l'absorber, d'autres par curiosité ou pour vérifier qu'il est bien fermé.



c) 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 ne peut être faite que par échantillonnage, elle 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. (38)



d) Comptage des comprimés restants et des conditionnements :

Compter les comprimés qui restent peut être utile pour identifier la quantité globale du produit présumé absorbé. Pour BARBEAU G. et coll (21) cette méthode a l'avantage de permettre un contact direct avec le patient, d'avoir des informations complémentaires et une image plus complète du profil de la médication avec détection des erreurs possibles. Les inconvénients sont que cette technique doit

s'étaler sur une longue période et ne garantit pas que les médicaments soient effectivement pris, ni pris aux bons horaires.

Selon BERGMANN J. F. (20) cette technique est limitée par le fait que les patients ne rapportent pas toujours leurs boîtes.



Les méthodes directes reposent aussi sur des paramètres indirects, à savoir :

e) Observation de l'effet thérapeutique et pharmacologique cliniques ou biologiques :

Cette observation (39) porte directement sur les effets recherchés par le traitement. C'est une méthode subjective qui a l'inconvénient de reposer sur l'évaluation de la réponse thérapeutique. Elle est très influencée par la réactivité du patient au produit et à son efficacité. Un certain nombre de facteurs sont susceptibles de fausser le jugement du praticien à savoir: les durées variables d'amélioration, l'échappement thérapeutique indépendant du niveau d'observance, et l'aggravation en rapport avec des facteurs non identifiés.

f) Observation des effets secondaires :

On cite à titre d'exemple le faciès cushingoïde secondaire à une corticothérapie au long cours, l'atrophie cutanée après utilisation chronique des dermocorticoïdes.

Beaucoup de ces méthodes directes sont du domaine de la recherche et ne sont pas applicables en pratique courante. Leur aspect, pouvant être vécu comme coercitif, pourrait avoir un effet contre-productif.

2.2- Les moyens indirects :

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

La plupart des moyens utilisés couramment sont indirects :

a) L'interrogatoire du patient :

Informel ou à l'aide d'un questionnaire structuré l'interrogatoire est couramment utilisé. 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. (40) 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.

b) L'entretien :

Il permet (40), en dépassant l'étude des faits objectifs, d'appréhender les processus sociocognitifs, d'explorer les états émotionnels des patients et de rendre compte des systèmes de représentation, des normes et des croyances et,

finalement, du sens des conduites individuelles et sociales liées aux concepts de santé. Il est fréquemment associé à d'autres techniques comme le questionnaire.



c) La tenue d'un agenda des prises :

Sa vérification facilite l'historique des prises, mais n'est pas exempte d'erreurs.



d) 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.



e) La grille de qualité de vie :

La qualité de vie est un critère d'évaluation des thérapeutiques médicamenteuses. Elle se mesure par des échelles.

f) La Ponctualité au rendez vous :

Selon Postel Vinay et col (39), la ponctualité au rendez-vous est un témoin utile pour étudier l'observance thérapeutique.

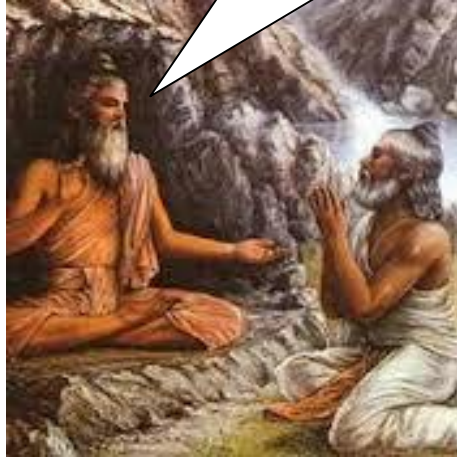
Nous avons utilisé chez nos patients, l'interrogatoire comme moyen d'évaluation de l'observance thérapeutique, avec le plus souvent des questions à réponses directes, qui recherchent le nombre de médicaments non pris et la période où le traitement a été négligé.

Cette méthode a tendance à surestimer l'observance du fait que quelques fois, le patient ne dit que ce que le médecin veut entendre. C'est pour l'éviction de ce biais, que nous avons également utilisé d'autres moyens indirects comme le renouvellement de l'ordonnance, le nombre de tubes utilisés si le patient les garde, le respect des différents rendez-vous depuis le début du suivi, ainsi que l'interprétation de la réponse thérapeutique.



L'effort d'objectivation est indispensable à la démarche scientifique et en particulier à la recherche médicale, c'est pour cela qu'il faut l'aborder 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. Cette méthode n'a pas que des inconvénients pour le patient, elle transforme aussi le médecin en gendarme, ce qui n'est, faut-il le rappeler, ni sa fonction ni sa vocation.

« Les malades mentent souvent lorsqu'ils disent qu'ils prennent leurs médicaments » (Hippocrate).



La question clé est donc ici de savoir comment connaître la vérité. Et pourquoi est-il si difficile au malade de la dire ? N'est-ce pas d'abord parce que le malade pense que c'est une vérité difficile à entendre par le médecin ? Il est donc essentiel que le thérapeute fasse bien comprendre à son patient que cette vérité est facile à entendre pour lui, et qu'il considère comme normal qu'il puisse avoir des difficultés à suivre son traitement et oublier parfois ses comprimés. La question posée par le médecin ne peut donc pas être « respectez-vous très exactement votre ordonnance ? » mais plutôt « oubliez-vous de prendre vos comprimés deux fois par semaine ou seulement une fois, ou une fois par quinzaine ? », supposant par là-même qu'il est normal d'oublier de temps à autre de prendre ses comprimés... même lorsqu'il s'agit d'une maladie grave ! Même quand le traitement est vital ! Même quand le malade est lui-même médecin.

3-Facteurs de l'observance thérapeutique :



« 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

L'observance est un phénomène complexe, multifactoriel, impliquant de nombreux déterminants ; elle est dynamique, marquée par l'absence de stabilité dans le temps, et n'est pas dichotomique de type « tout ou rien », mais souvent partielle et évolutive.

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

3.1- Déterminants liés aux traitements :

3.1.1-Les effets secondaires des médicaments :

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 susceptible d'être un frein à l'observance thérapeutique (41). Dans le cadre des traitements locaux, cette problématique est surtout rapportée en cas de prescription de dermocorticoïdes.

L'étude d'Aubert-Wastiaux et col a établi que 80,7% des patients souffrants de dermatite atopique éprouvaient une crainte vis à vis des dermocorticoïdes et que 36% d'entre eux admettaient une inobservance thérapeutique (42). Les traitements anti acnéiques sont également susceptibles d'entraîner des effets tels que des irritations, des brûlures ou un prurit pouvant limiter l'observance en raison du découragement.

On cite l'exemple de quelques médicaments très utilisés en dermatologie et dont les effets secondaires sont parfois la source d'inobservance.

-Les Corticoïdes :

Les principales complications de la corticothérapie générale sont soit :

Générales : citons pour mémoire la survenue de diabète ou d'hypertension artérielle cortico induite, l'ostéoporose, les complications psychiatriques^[43 et 44] , ces effets secondaires sont lourds à prendre en charge et nécessitent généralement l'administration d'autres médicaments qui alourdissent encore plus l'ordonnance. Les patients les considèrent parfois comme plus graves que leur pathologie cutanée, et peuvent ainsi arrêter le traitement.

Locale : à type d'acné, infections cutanées diverses, purpura, ecchymoses, pseudocicatrices spontanées stellaires, télangiectasies, atrophie épidermique, dermique ou hypodermique, vergetures, troubles de la pilosité, de la pigmentation, et retard de la cicatrisation(45). Ces complications, tout comme le syndrome de Cushing, augmentent en effet l'atteinte de l'image de soi d'un malade souffrant parfois déjà d'une maladie affichante. Le dommage esthétique éprouvé alors par le malade peut pousser celui-ci à l'inobservance(46),(47).

-Isotrétinoïne :

Constitue un progrès considérable, en particulier pour le traitement des acnés nodulokystiques graves ou résistantes aux traitements classiques. Mais l'isotrétinoïne n'est pas dénuée d'effets secondaires importants, dans ce cadre on rapporte : l'effet tératogène, ostéo tendineux, l'aggravation de l'acné, des troubles psychiatriques ont également été attribués aux traitements par l'isotrétinoïne (48,49,50) Sa prescription si le patient craint ces différents effets secondaires peut être à l'origine d'une mauvaise observance avec diminution de l'efficacité thérapeutique voire un arrêt du traitement par le patient lui-même s'il remarque le moindre changement d'humeur.

Dans notre étude, la survenue d'effets secondaires est un facteur de mauvaise observance thérapeutique qui est important : cinq patients ont interrompu leur traitement complètement à cause des effets secondaires, la crainte des effets secondaires a été signalée uniquement chez 14 patients, ceci est peut être dû à la nature souvent locale des traitements qui inspire un sentiment d'innocuité mais cette crainte est considérée comme un facteur de mauvaise observance thérapeutique même si nos patients déclarent que cette crainte ne retentit pas directement sur la prise médicamenteuse, elle porte surtout sur le risque de diabète induit et d'ostéoporose pour la corticothérapie, de troubles hépatiques en cas de traitement par les antifongiques par voie orale, et de somnolence pour les anti-histaminiques.

Les études récentes ont montré que l'opinion du patient sur son traitement, sa croyance subjective en son efficacité, peuvent supplanter la gêne des effets secondaires et que l'observance thérapeutique d'un traitement topique serait meilleure que celle d'un traitement par voie orale en raison de la crainte moins importante de survenue d'effets indésirables graves (51,52).



3.1.2-La Connaissance du traitement

Une bonne connaissance des médicaments comme l'écrit LEGRAIN S. (53) est un facteur de bonne observance retrouvé également dans notre étude. Il s'agit de savoir à quoi sert le médicament que la patient prend, quels sont les risques s'il s'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.

3.1.3-Le coût du traitement :

Le coût a son importance (54,55). Il peut expliquer qu'un certain nombre de prescriptions ne soit pas honoré. Il est surtout engendré par une longue ordonnance ou par les traitements locaux, sachant que la plupart des topiques, et en particulier les émoullients ne



sont pas remboursables avec pour conséquence un risque de réduction de l'observance.

Ce constat est surtout rapporté dans les pays anglo-saxons et en voie de développement (56) tel le cas de notre échantillon, où le coût des traitements est un facteur qui entrave l'observance. Cette dernière diminue avec l'augmentation du prix de l'ordonnance.

Le coût de la consultation est également considéré comme un fardeau par 43% de nos patients. Ces derniers sont moins observants que les patients qui trouvent que le coût de la consultation est accessible.

3.1.4- Complexité de l'ordonnance d'après les patients :

« Je viens d'apprendre (...) qu'on se moque ici de mes ordonnances... C'est une action exorbitante ! Un attentat énorme contre la médecine ! Un crime de lèse-faculté qui ne peut assez se punir ! » (Molière, le medecin malgré lui, 1673, III, 5).

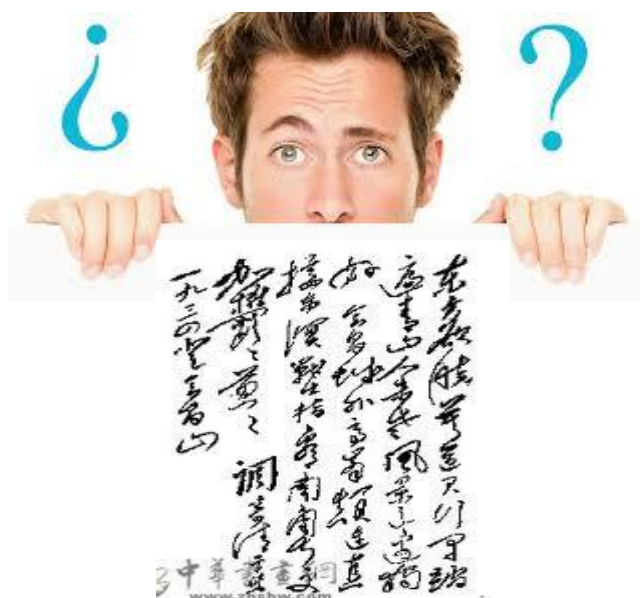
Le respect de l'ordonnance est inversement proportionnel à sa complexité^[54,55]. Plus une ordonnance est simple, mieux elle sera suivie(54,55). En effet, un topique prescrit sur une surface très étendue, ou dans une zone difficile d'accès comme le dos, ou encore à une fréquence trop grande ne sera jamais correctement appliqué(57) et des médicaments avec des prises multiples et un nombre important au delà de trois influencent de manière négative l'observance qui diminue significativement. En effet Claxton et col. (58) ont montré que pour une

prise quotidienne, l'observance était de 79 %, qu'elle tombait à 69 % pour deux prises, à 65 % pour trois prises et 51 % pour quatre prises.

Récemment il a été montré que près des deux tiers de la prescription d'actualité ne sont pas suffisamment écrites et ne comprennent pas les informations requises pour améliorer l'observance (58), alors que la clarté de l'ordonnance, et les explications associées sur les horaires de prise ont un effet positif⁵⁷.

Bewley A et coll notent qu'un traitement compliqué en particulier chez les patients ayant des difficultés à comprendre le libellé des prescriptions, constitue un frein à l'observance thérapeutique (58,59,60) en particulier chez les personnes âgées qui sont parfois confronté aux troubles de la vision ou à des troubles mnésiques fréquents, inhérents à l'âge, qui favorisent les oublis ou à l'inverse les surconsommations médicamenteuses. (61), (62).

Dans notre spécialité et chez nos patients, les ordonnances sont souvent longues, ce qui peut décourager le patient dès le début du traitement surtout que parfois, il y a des changements du rythme de la prise et de la dose par période, essentiellement en matière de corticothérapie orale et topique. La dégression des corticoïdes est souvent mal comprise, et donc non respectée par les patients notamment ceux qui présentent un niveau d'étude bas ou qui viennent de commencer leur traitement.



Ce facteur ressort comme un déterminant de l'observance dans notre étude statistique, et nécessite une attention particulière pour ne pas encombrer l'ordonnance.

3.1.5-Durée du traitement :

Il a été établi que l'observance d'un traitement topique diminuait en cas de traitement prolongé, notamment dans l'étude de Carroll et col qui a montré que l'observance diminue chez les psoriasiques après 8 semaines de traitement (63,36). En effet, dans notre échantillon, l'observance était moindre chez les patients avec de longues périodes de suivi, parfois dans les dermatoses bulleuses ou le psoriasis, les malades savent que les lésions vont récidiver s'ils arrêtent leur traitement, mais pour différentes raisons l'interrompent sachant qu'ils seront obligés de le reprendre un jour. Ils se détachent du fardeau de la médication pendant un moment puisqu'ils vont le reprendre dans tous les cas ! Mais ils omettent les graves conséquences telles poussées nécessitant des hospitalisations supplémentaires ou le retour à des doses plus importantes de traitement, ce qui représente un coût supplémentaire et expose à plus de risques secondaires, et peut faire rentrer le patient dans un cercle de non observance.

Des études par mesure avec la capsule électronique MEMS (Medication Event Monitoring System) montrent une diminution très claire de l'observance avec le temps après deux mois de suivi, alors que les patients déclarent poursuivre leur traitement de façon identique. L'étude de Carroll a aussi mis en évidence un très net effet « blouse blanche », c'est-à-dire la reprise du traitement à la fréquence prescrite quelques jours avant le rendez-vous de consultation, et ceci à quatre reprises pendant la période de mesure[63].

Hol. k a objectivé dans son étude européenne qui étudie l'opinion des patients psoriasique que l'une des principales raisons de non-observance du traitement topique dans le cadre du psoriasis est la lassitude (21%) (64).

Cela justifie la réalisation de visites régulières, d'autant qu'il a été établi que l'observance était meilleure au cours des périodes qui précédaient et qui suivent les consultations, et qu'elle diminue considérablement au bout de 30 jours (65).

3.1.6-La formule galénique adaptée :

Il a été établi que la formulation galénique était un facteur qui jouait un rôle dans l'observance thérapeutique.

LEGER S. et coll.22 ont noté les appréciations subjectives des formes galéniques orales : 80% sont favorables aux formes solides, par rapport à 20% pour les formes liquides. Les difficultés et les désagréments rencontrés lors des prises médicamenteuses sont le goût (66%), les difficultés liées au conditionnement (55%), et la grosseur des comprimés (50%).

En matière de traitement local, les patients préfèrent les traitements faciles à appliquer, (59,63,66). Dans ce sens l'étude Europso a établi que les patients psoriasiques, reprochaient aux traitements par les topiques d'être trop contraignants, inconfortables et souvent trop « gras » (67). Ce qui a induit, selon une étude Danoise 95% des patients à utiliser une quantité inférieure à celle qui est prescrite (34).

Toujours dans le volet des médicaments topiques, Brown K.K a montré que les effets désagréables d'ordre cosmétique, en particulier les taches sur les vêtements et les draps, sont susceptibles d'être un frein à l'observance thérapeutique (68). Il en est de même pour un nombre d'application trop important selon une étude de Hol K intéressant 438 patients, réalisée dans 5 pays européens (69).

Dans un autre cadre, plusieurs études (70-71) ont soulevées les difficultés retrouvées par les patients âgés à manipuler les conditionnements surtout lorsqu'il s'agit de rompre des cachets, de lire les notices et d'ouvrir des flacons.



Chez nos patients, la forme topique pose des difficultés diverses, elle est souvent considérée comme difficile par les malades. Son application nécessite de lui procurer du temps. On a remarqué également, que c'est une voie sous estimée, par rapport à la voie orale voir injectable surtout que cette dernière est jugée selon les croyances de nos malades plus efficace.

Notre étude a retenu qu'un nombre augmenté de traitement administré par voie orale est un facteur de risque de l'observance thérapeutique.



3.1.7-L'hospitalisation :

L'hospitalisation surtout chez les sujets âgés peut entraver l'observance thérapeutique car elle implique une modification du traitement déjà suivi en ambulatoire avec parfois introduction de nouveaux produits une fois le malade est en milieu hospitalier. Ce résultat a été noté au décours de plusieurs études, notamment celle d'A Heidelberg, NIKOLAUS T et coll. (70) ayant chiffré uniquement à 39% le taux de patients qui gardent un régime thérapeutique stable entre l'admission et la sortie.

On rapporte également, à la sortie de l'hôpital, une réduction des connaissances du traitement mise d'une part, selon FANELLO S et coll (72), sur le compte d'une assistance excessive à la médication en milieu hospitalier n'encourageant pas l'effort de mémorisation, et d'autre part, selon LEGER S. et coll. (22), à un déficit d'éducation thérapeutique du patient, en effet des antécédents d'hospitalisation pour psoriasis ne modifiaient pas le niveau de connaissance du patient. (73).

Dans notre étude, les patients qui ont bénéficié d'au moins une hospitalisation étaient moins observants que ceux suivis en ambulatoire. Ce résultat n'est pas statistiquement significatif dans la mesure où les malades qu'on a hospitalisés étaient souvent poly tarés, présentaient des pathologies astreignantes qui nécessitent souvent une prise en charge lourde aussi bien au cours de leur séjour hospitalier que dans le suivi en consultation.

3.1.8-La Poly médication :

L'un des déterminants de la mauvaise observance thérapeutique cité par tous les auteurs est le grand nombre de médicaments prescrits. Cette poly médication pose des questions de mémorisation, mais aussi de difficultés pratiques de mise en œuvre. Aux Etats Unis, l'étude de GERMAN.P a montré que l'observance passe de 75% lorsqu'un seul produit est prescrit à 40% pour 4 produits ou plus (74).

Dans notre échantillon, plus le nombre de médicaments augmente plus l'observance diminue.



3.1.9-L'Automédication :

La définition de l'automédication est telle que la définit le Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé (75) :

"Consiste à faire devant la perception d'un trouble de santé, un auto-diagnostic et à se traiter sans un avis médical." Elle semble être influencée par la publicité, l'existence d'une pharmacie familiale, et par le conseil des amis(76).

Elle joue un rôle nocif, mais elle n'est pas toujours considérée comme une non observance. Son chiffrage est très aléatoire, il repose sur la déclaration plus ou moins spontanée du patient.

Selon QUENEAUP. (76), on distingue deux types d'automédication :

- L'automédication peu dangereuse, avec des produits conçus pour cet usage ou conseillés par le pharmacien et
- L'automédication dangereuse par recours à la pharmacie familiale ou aux conseils de l'entourage et qui peut nuire au suivi de l'ordonnance.

Cette situation a été observée également chez nos patients, qui changent un médicament par un autre, souvent moins cher, sous le prétexte qu'ils sont similaires, ou ajoutent un médicament conseillé par un ami à leur ordonnance sans se soucier des interactions possible.

Cette attitude est actuellement entrain de se corriger, du fait que nos malades demandent de plus e plus conseils auprès de leurs médecins avant de changer l'ordonnance.



3.1.10-L'Amélioration des symptômes sous traitement :

Il était démontré grâce aux travaux de Gao X et coll (77) et BAYADA J. M. et coll. (78) que le premier motif d'arrêt du traitement en France est l'amélioration des symptômes (28%). Il en est de même en Allemagne avec un taux inférieur (13%) (70).

Dans notre étude, nous avons constaté que l'efficacité du traitement est un facteur de bonne observance, qui donne plus de confiance au malade pour le suivi thérapeutique. Ce résultat qui rejoint celui de l'étude Fortune DG(79) sur le

psoriasis, implique la nécessité d'éclaircissements concernant le mode d'action des médicaments prescrits ainsi que la durée approximative de traitement nécessaire pour une réponse thérapeutique favorable.

3.1.11- traitement traditionnel associé :

13 de nos patients déclarent utiliser un traitement traditionnel en parallèle avec le traitement prescrit. Le taux d'observance chez cette catégorie est très diminué, calculé à 46,2% sans que ce dernier soit statistiquement significatif.

Ce facteur n'a jamais été étudié auparavant mais il doit être pris en considération surtout dans notre contexte et recherché systématiquement lors de l'entretien des patients qui peuvent dissimuler cette pratique car souvent considérée comme une infidélité vis-à-vis de leur médecin.

Les femmes, les personnes d'âge moyen, les sujets exerçant une profession « Intermédiaire » et qui vivent surtout dans les milieux ruraux, sont les plus concernés. Ils tendent vers la médecine parallèle, dans le but de multiplier les chances de guérison particulièrement après une expérience heureuse d'un membre de l'entourage. Cette pratique, habitude pour certains, met en question le degré de la confiance qui règne entre le médecin et son malade et représente pour ce dernier un coût supplémentaire.

3.2- déterminants liés à la relation médecin malade :

La relation médecin malade est franchement conditionnée par plusieurs déterminants que nous décrivons comme suit :

3.2.1-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 terme de savoir médical, mais leur incapacité à écouter les patients et leur manque de compassion (80, 81).

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 (82).

Les personnes âgées interrogées par BAYADA J. M. et coll.78 sont d'autant plus observantes qu'elles considèrent leur médecin comme étant disponible pour les écouter (69% contre 35%).



3.2.2-Défaut d'information du malade:

Lanigan et coll. ont construit un questionnaire évaluant le niveau de connaissance des patients psoriasiques sur leur maladie (83). L'étude des réponses à ce questionnaire menée auprès de 52 psoriasiques adultes a montré que le niveau d'information des patients n'était pas satisfaisant. A titre d'exemple, près de 40% des patients ne savaient pas que les émoullients font partie du traitement du psoriasis. Un patient sur deux n'était pas informé de la possibilité d'aggravation du psoriasis par certains médicaments, et 60% ne savaient pas que les corticoïdes locaux forts peuvent être dangereux en cas d'utilisation de grandes quantités.

Lorsqu'on interroge les patients psoriasiques sur ce qu'ils ressentent dans leur relation avec le thérapeute, les critiques qui reviennent fréquemment sont : le faible

intérêt manifesté par le médecin pour leur psoriasis et l'absence de réponse aux messages négatifs qui émanent de leur entourage : « Il n'y a pas de traitement », « Il faut apprendre à vivre avec », «C'est d'origine psychologique» (19).

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 p. 100 des informations apportées lors de la consultation médicale sont retenues par les patients d'où l'intérêt de revoir les connaissances des patients périodiquement.



3.2.3-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 (84).

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. Ce phénomène semble très important, si bien qu'il apparaîtrait utile qu'il puisse être considéré dans l'organisation des soins.

Dans notre étude, l'explication de la maladie est un facteur favorisant important pour l'observance thérapeutique avec un p de 0,00005, l'explication du traitement l'est également. En effet, nos patients considèrent pour plus de 97% que la durée de l'entretien est suffisante pour discuter les différents points qui se rapportent à leur état de santé, ce qui est un gain très important pour la réussite thérapeutique.

3.3-Les déterminants liés à l'environnement

3.3.1-l'environnement socio-familial direct du patient :

C'est difficile pour le patient de se retrouver isolé, face à sa maladie. En effet l'entourage semble déterminant. JEANDEL C. et coll. (64) montrent que la présence du conjoint ou d'un tiers fait passer l'observance de 41,5% (seul à domicile) à 66,7% (tierce personne à domicile).

BAYADA J. M. et coll. (78) montrent que vivre seul à domicile augmente la probabilité de non observance.

Les résultats de notre étude vont dans ce sens. Cependant, BOT M. (85) note le rôle néfaste de l'entourage quant celui-ci affiche des croyances qui vont à l'encontre du traitement souhaitable, en proposant d'autres traitements ou en banalisant la pathologie cutanée poussant ainsi le malade à la non observance.



3.3.2-L'environnement médical :

a) Accessibilité :

L'environnement médical intervient tant du point de vue des structures, l'éloignement des centres de consultations, et les délais de rendez-vous trop longs.

En matière de consultations, et au sein de notre service, les dates des rendez-vous sont discutées avec les malades dans la mesure du possible jusqu'à arriver à un compromis qui les arrangent sans être à l'encontre des buts thérapeutiques. En plus, les rendez-vous sont proches, vu la disponibilité de deux salles de consultations de dermatologie par jour au centre des consultations. Nos patients sont incités à consulter en urgence, si un problème se présente.

Pour ce qui est de l'emplacement du CHU Hassan II loin du centre ville de Fès, les malades résidents à Fès sont obligés d'emprunter au moins un moyen de transport pour y parvenir, une seule ligne de bus arrive jusqu'à l'hôpital.

Cet accès est plus difficile pour les personnes habitant les environs de Fès, et très contraignant pour ceux originaires d'autres villes qui doivent souvent prévoir un lieu d'hébergement.

Dans notre échantillon, ces difficultés d'accès ont été retrouvées chez la moitié des patients.



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.



c) rôle du pharmacien:

Nécessite une attention particulière, Il est crucial mais peu étudié. Lors de la revue de la littérature c'est surtout Le « clinical pharmacist » américain qui est investi dans plus de responsabilités en matière de prescription et son rôle est souligné par de multiples auteurs. Dans une étude cas-témoin, son intervention après hospitalisation a permis de diminuer les oublis de prise de médicaments de 23% à 8%. Une autre étude a montré toujours aux Etats Unis que le risque de non observance était multiplié par 3,6 lorsque le patient âgé avait recours à deux pharmacies au lieu d'une pour la dispensation (86).

BAYADA J. M. et coll.78 montrent que l'observance est meilleure si le patient est directement en contact avec le pharmacien (47%), et non une tierce personne (31%).

Une étude menée sur l'ensemble de la clientèle des pharmacies lyonnaises (45) a montré que 23 cas d'inobservance pouvant présenter un danger ont été dépistés lors du renouvellement de l'ordonnance. Cette même enquête montre que 75% des cas d'inobservance sont liés à une incompréhension de la prescription ou une sous-estimation de la gravité un point que le pharmacien peut élucider.

Dans notre étude, le rôle des pharmaciens a été souligné, en effet les malades qui se procurent leur médicaments dans certaines pharmacies où le pharmacien est présent par ses conseils et ses explications, étaient plus observants.

A noter que certains de nos patients suivis pour une longue durée habitués au contenu de leur ordonnance, réguliers dans leur suivi thérapeutique déclarent ne pas avoir besoin des explications des pharmaciens.

3.4- Déterminants liés à la maladie elle-même :

3.4.1-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, l'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 [87].

3.4.2-Le caractère visible des symptômes cutanés :

La représentation clinique de la plupart des dermatoses affecte l'image propre du malade et sa relation avec l'autre. Cela se traduit par une souffrance immédiate qui devrait théoriquement favoriser le suivi des prescriptions (88 89).

Le caractère visible des lésions a été retenu dans notre étude comme un facteur primordial qui pousse les patients à s'acharner avec leurs maladies.



3.4.3-Retentissement sur la qualité de vie:

Les dermatoses sont souvent considérées comme des maladies bénignes parce qu'elles paraissent limitées à la surface du corps. Mais elles altèrent de manière très significative la qualité de vie des patients, autant que d'autres affections réputées plus sévères comme les cancers et certaines affections neurologiques(89).

L'importance du retentissement sur la qualité de vie aura un impact net sur l'adhésion au traitement (15) .Cette adhésion est médiocre pour les dermatoses qui retentissent peu sur la qualité de vie. Elle est meilleure lorsqu'elles sont responsables d'une altération modérée .Paradoxalement, elle est diminuée lorsque l'altération de la qualité de vie est très importante [100],en effet une étude a montré

que les psoriasis les plus étendus et ceux qui touchent le visage sont ceux où l'observance est la moins bonne (90, 91, 92, 93).

Ce résultat n'est pas retrouvé dans notre étude mais ceci est peut être dû au fait que la qualité de vie a été jugée subjectivement, prospectivement et grâce au score SKINDEX qui a été traduit et validé par notre service ce facteur va être jugé à chaque consultation plus objectivement ce qui permettra une vision plus concrète et approfondie.

3.4.4-La maladie en cause :

A travers la revue de la littérature, nous avons constaté que les études réalisées dans notre spécialité sont des études ponctuelles qui s'intéressent à une seule pathologie, alors que la notre se caractérise par sa globalité. Selon nos résultats, une attention particulière doit être attribuée aux malades suivis pour psoriasis, dermatoses bulleuses, et prurigo qui affichent les taux les plus bas d'observance.



Photos extraites de la bibliographie du service de dermatologie du CHU Hassan II de Fès représentant des lésions de psoriasis

3.5-Les déterminants liés au sujet :

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

3.5.1-l'âge :

a) 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 (94-95). Cette question a émergé depuis deux décennies environ et demeure toujours délicate à analyser (96 et 97) surtout devant la complexité de l'interaction des patients jeunes, qui fluctue 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 (98-99).

Trois types d'adolescents non compliants sont décrits dans la littérature (96):

- 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 (100 ,101). Cette implication ne doit pas être très rigide ou intrusive comme elle ne doit pas virer vers la négligence.

Les études confirment les difficultés de la prise en charge des adolescents, en effet l'étude de Parsons.RJ a montré une observance de 12,5 % chez les adolescents qui souffrent d'acné (100) avec vingt pour cent de patients acnéiques qui refusent de se rendre à la consultation de suivi (101).

Dans notre étude le taux d'observance le plus élevé a été retrouvé chez les patients âgés de 12ans à 18ans, ceci peut être dû au fait que tous nos patients bénéficient d'un encadrement parentale et les maladies les plus en cause sont l'alopécie et les dermatoses du visage qui sont des pathologies affichantes pour lesquelles le taux d'observance est important.

b) Particularités du sujet âgé :

Les personnes âgées sont scrupuleuses dans le suivi de leur traitement tant que leurs facultés le permettent.

Toutefois, ils peuvent 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.



Les hommes âgés paraissent mieux observant que les femmes âgées (102-64).

MORROW D. et coll(103) parlent de dysobservants « intentionnels » qui refusent leur traitement parce qu'ils se considèrent comme sur-médiqués ou victimes d'effets secondaires.

LEGER S. et coll.22 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.

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 de notre échantillon, l'absence d'activité professionnelle, de couverture médicale, et à la comorbidité.

3.5.2-Le sexe :

Zaghloul et col. (36) ont rapporté une meilleure observance chez les femmes qui souffrent de psoriasis, les femmes font environ deux fois mieux que les hommes, ce résultat est réconforté par notre étude ce qui n'a pas été confirmé dans l'étude de Baldwin et Gokdemir (104,90). Mais généralement les femmes sont plus régulières en matière de prise médicamenteuse et plus patientes pour les résultats thérapeutiques.

3.5.3-Le statut marital :

Certaines études comme celle de Baldwin, ont établi que le fait de vivre en couple était un facteur favorisant l'observance thérapeutique (104), 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 Zaghloul en matière de psoriasis, et de Gupta dans l'acné (36,51).



Ceci a été également remarqué au sein de notre échantillon sans être statistiquement significatif.

3.5.4-Les conduites addictives :

Les conduites addictives (notamment l'intoxication éthylique chronique) sont susceptibles de limiter l'observance thérapeutique (51). Dans ce cadre on rapporte les résultats de l'étude de Zaghloul (36) concluant à une observance 1,9 fois meilleure chez les non fumeurs et 1,8 fois meilleure chez les non alcooliques.

Cette constatation a été mise en évidence au décours de notre travail sans qu'elle soit significative d'un point de vue statistique.

3.5.5-les niveaux socioculturels et d'éducation :

Il a été démontré sans aucun résultat significatif (88), 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, un niveau d'éducation élevé est un facteur favorisant l'observance thérapeutique (104) alors que la précarité sociale joue un rôle freinateur (105).

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 socio économique.

3.5.6-L'exercice d'une activité professionnelle :

L'observance thérapeutique est plus importante chez les personnes ayant une activité professionnelle que chez ceux qui sont au chômage ou qui ont une mutation professionnelle (104).

L'optimisation de l'observance thérapeutique nécessite de prendre en compte également le type d'activité professionnelle et la gêne susceptible d'interférer avec le travail, liée en particulier à la formulation galénique en cas de prescription de traitements locaux (105).



3.5.7-Personnalité du patient :

La personnalité du patient va avoir une influence sur son comportement face aux traitements prescrits. En consultation, le médecin serait confronté à plusieurs profils de malades:

- anxieux et phobiques : chez qui l'inobservance s'explique par la peur des médicaments.



- malades hystériques : caractérisés par le nomadisme médical et qui recherchent inconsciemment la mise en échec du médecin.



- patients obsédés : mettent au premier plan la maîtrise et le contrôle des situations en acceptant mal toutes choses venant de l'extérieur.



- patients névrosés : connus pour des échecs répétés dans les différents domaines de l'existence (106).
- sujets avec des traits dépressifs : Malgré les efforts, passés et actuels, le patient a douloureusement conscience de ne pas réussir à être comme les autres. Des sentiments de honte sont fréquents (99).



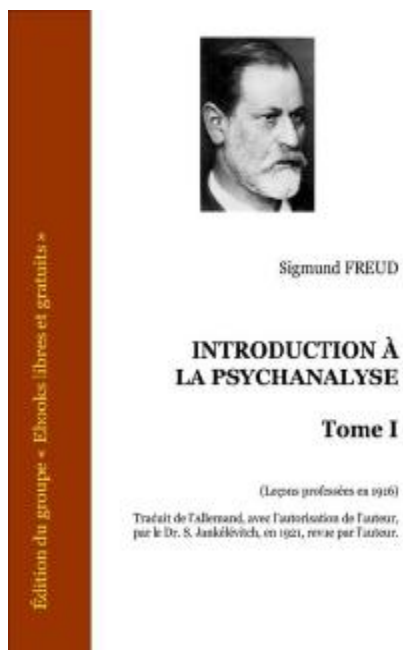
Pour mieux comprendre toutes ces variations de perception de la maladie et ce qu'elle engendre comme suivi thérapeutique, nous rappelons que la survenue d'une dermatose chronique signale la perte de l'état de santé antérieure et l'entrée

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. (107)

En effet, on ne peut bien accepter un traitement et bien se traiter que si l'on a accepté sa maladie. Si non, le patient réagit par le déni et se refuge dans des pensées magiques perturbant de cette manière la qualité de sa prise en charge.

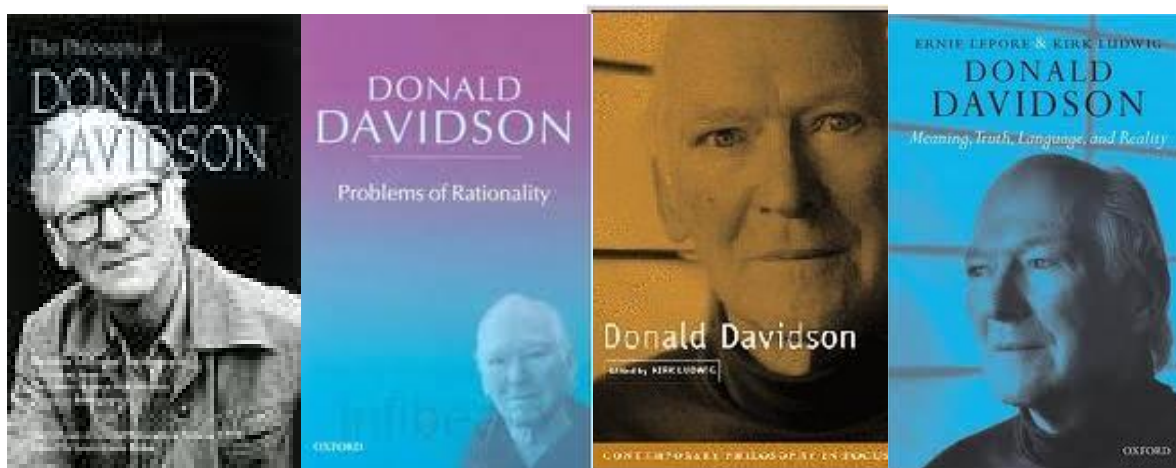
La place de la maladie dans l'histoire du patient aura aussi un impact sur la manière dont il va se traiter(19). Il est parfois difficile pour le patient de renoncer à la maladie car elle constitue une trace très signifiante pour lui : se traiter c'est perdre quelque chose de soi. Dans la même perspective, la maladie peut fournir des bénéfices secondaires au patient : la persistance des symptômes peut permettre, par exemple, d'éviter des situations difficiles, de rester dans un état de dépendance vis-à-vis d'un parent, de maintenir une relation avec le médecin, ou encore de soulager une culpabilité.

Grâce à l'apport de la psychanalyse, il importe de reconnaître la notion d'action et d'habitude d'action, qui met en clair l'existence de 2 moments ou le phénomène d'observance thérapeutique a des chances de se manifester : d'abord au quotidien au moment où le patient accomplit le geste thérapeutique, puis secondairement, lorsque le patient décide volontairement de prendre l'habitude de le faire. Dans les deux temps, cette pratique obéit beaucoup plus à l'expérience du malade, fruit de la religion, les traditions culturelles et les théories populaires, qu'aux règles théoriques qu'on lui a recommandées, par exemple



lorsqu'on donne un conseil à un patient, il répond : « oui, mais si je prends cet anti histaminique je vais avoir une somnolence », ce qui suggère qu'il utilise son expérience plutôt que des règles théoriques.

D'où l'intérêt, afin d'inciter le malade à l'observance et au contrôle du soi, des programmes éducatifs et des explications des différents rôles thérapeutiques de chaque médicament de son ordonnance, pour que chacune de ses actions soit appuyée par une raison favorable : c'est la théorie causale de l'action de Donald Davidson (108-109) qui a proposé que la cause d'une action, est une pro-attitude qui est toujours faite de l'association d'un désir et d'une croyance, de ce fait le patient doit souhaiter guérir et doit croire que l'observance d'un tel traitement permet de réaliser ce souhait.



4- prise en charge :

Ce n'est qu'au début des années 60 qu'un enseignement en psychologie médicale fut introduit dans les études de médecine, à un moment où se sont développés d'importants succès de la biomédecine. Ce tournant est venu de l'intérieur même de la médecine, des psychiatres, en particulier ceux formés à la psychanalyse. Ces praticiens spécialisés dans la souffrance mentale ont dénoncé les limites de la médecine d'organe centrée sur la maladie, et ont mis en évidence la

nécessité de s'intéresser non seulement à la maladie, mais aussi à son porteur et une attention particulière a été accordée à l'attitude professionnelle du médecin, à savoir sa perception du malade considéré dans son histoire et son vécu, et pas seulement dans ses organes, ce qui suppose une relation faite d'écoute et de compréhension du sujet au lieu d'une relation de savoir à ignorance.

De ce principe, l'observance thérapeutique dépend de plusieurs facteurs : cognitifs, émotionnels, comportementaux, sociaux et relationnels(110).

4.1- Amélioration de 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 scellera l'alliance thérapeutique, qui peut s'accompagner d'une démarche d'éducation thérapeutique, impliquant d'avantage le patient (111).



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

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.

4.1.1-L'adhésion au traitement se prépare :

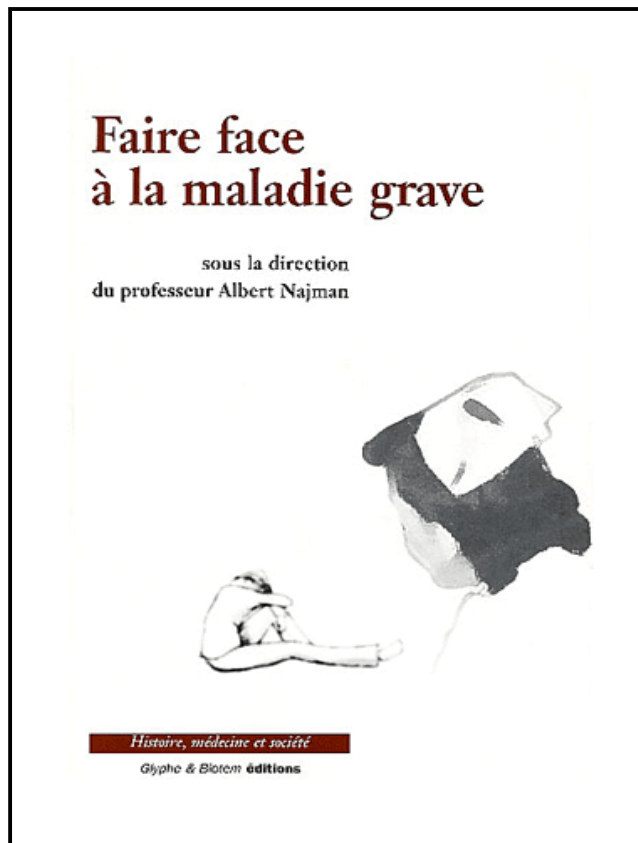
Il est important pour le dermatologue de prendre conscience de la souffrance du patient et de ne pas la sous-évaluer. Le médecin doit chercher à comprendre la demande du patient(112). Il ne s'agit pas forcément de la disparition des lésions mais parfois d'autre chose comme la disparition du prurit ou simplement une écoute(113). L'écoute du patient doit permettre de comprendre sa conception de la maladie(114). 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 ;

- 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 d'un diagnostic grave tel un mélanome nécessite une explication minutieuse. Le praticien devra moduler l'angoisse induite par l'annonce du diagnostic en fonction du pronostic évalué de la lésion. Dans le cas d'un mélanome par exemple de faible épaisseur, le bon pronostic après traitement chirurgical devra être souligné. En revanche, le risque de récurrence des mélanomes devra être précisé.

L'annonce du diagnostic d'une dermatose chronique et de 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 la rémission et non la « guérison » qui est l'objectif proche. C'est particulièrement vrai dans des maladies comme le psoriasis, la dermatite atopique, le lupus, la dermatomyosite ou le pemphigus, qui outre leur caractère chronique, ont en commun de lourdes contraintes thérapeutiques(115).



4.1.2-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 (57). 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(113,57).

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, même si parfois elles peuvent paraître aberrantes [116]. On peut alors essayer de comprendre les raisons sous-jacentes à ces propositions,

comme par exemple, repérer le rôle d'une personne de l'entourage qui a une influence importante sur lui.

De même il n'est jamais inutile de comprendre ce qui a conduit un patient à refuser un traitement ou à changer de médecin pour mieux cerner la demande et éviter les mêmes malentendus (113). Le dermatologue doit éviter dans ce sens, une position autoritaire de toute puissance, de savoir absolu et doit savoir faire des concessions tout en restant dans une position médicale(47), laissant au patient un espace de liberté et une certaine maîtrise dans le soin (112,116,47).



4.1.3-L'adhésion au traitement se consolide :

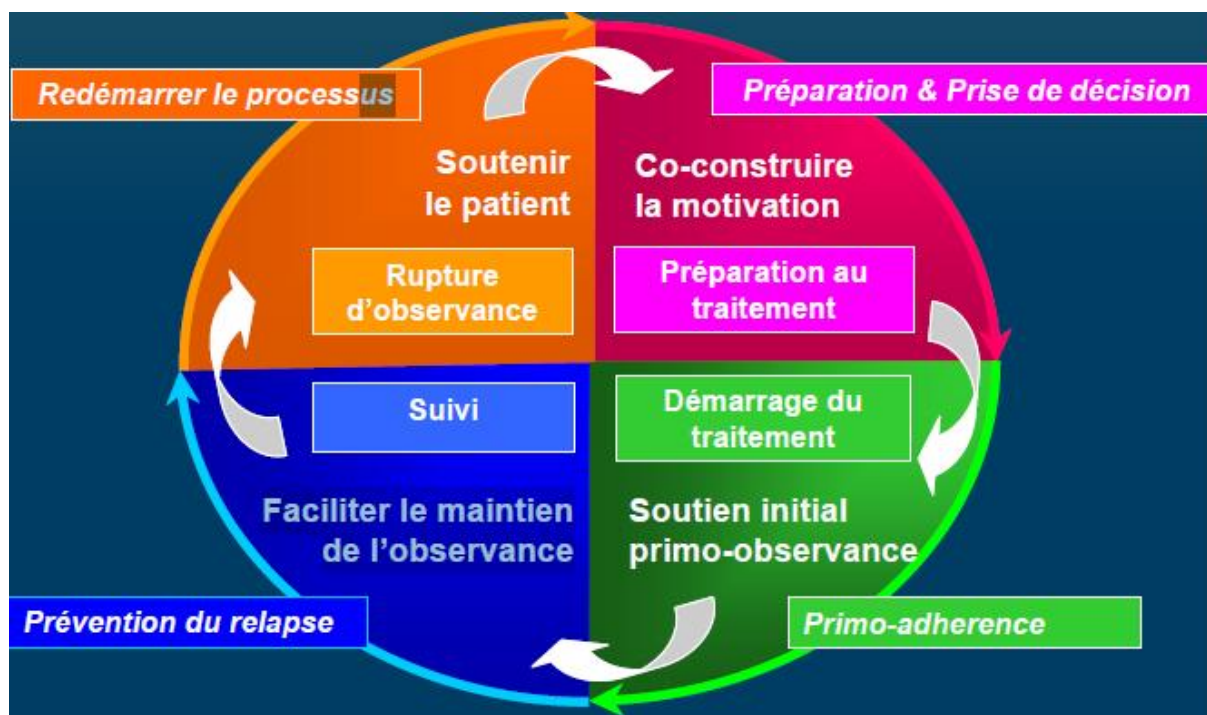
Le médecin doit aider le patient à renforcer ses nouveaux comportements en le valorisant, et en reconnaissant les obstacles qu'il rencontre dans sa vie quotidienne, et les efforts qu'il fournit bien qu'incomplets. Ces attitudes d'encouragement au cours desquelles le médecin peut aider le patient à prendre conscience du chemin à parcourir auront un effet positif sur l'observance (113).

Une dermatose chronique induit souvent chez les patients une attitude de régression qui renvoie à l'enfance (47). Il est souhaitable que le médecin accepte cette période de dépendance (nécessaire pour tout apprentissage), avant de pouvoir

négocier une prise d'autonomie. Le patient comme le médecin doivent accepter comme normaux les périodes d'inobservance.

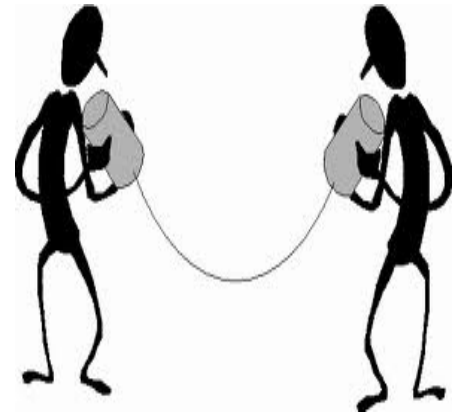


Ainsi une prise en charge d'une maladie chronique passe par plusieurs étapes qu'on schématise come suit :



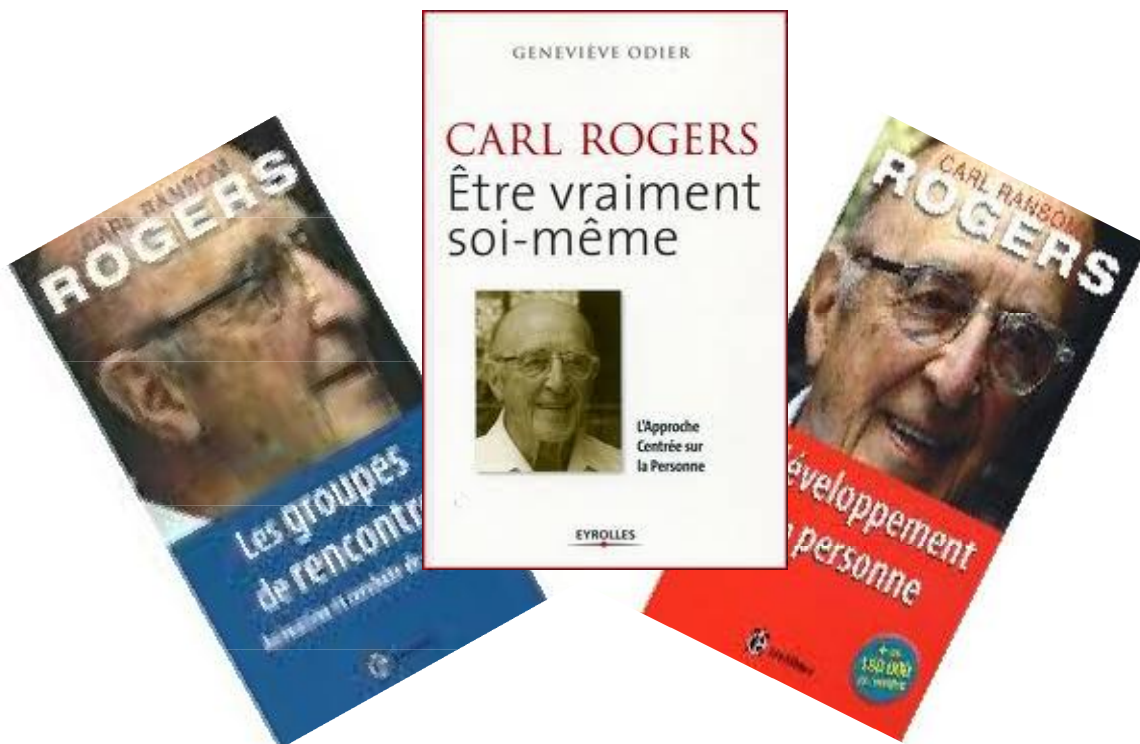
4.1.4-Intérêt de l'entretien médical :

Permet une meilleure connaissance des malades et de leur famille : leurs perceptions, leurs conceptions, leurs peurs et leurs motivations. Composé d'une série de questions ouvertes, l'entretien permet d'effectuer un certain nombre d'investigations tout en évitant l'assimilation désagréable de l'entretien à un interrogatoire,



le médecin doit adapter son langage à celui du patient en tenant compte de son vocabulaire, de son origine ethnique et de son niveau socio culturel, en effet « proposer un traitement est un acte de communication » affirment Postel-Vinay et Ménard (39).

Carl Rogers, dans sa démarche psychanalytique insiste sur l'attention qu'il faut prêter aux problèmes rapportés par le patient pour parvenir à comprendre ses dires et pouvoir appréhender son univers privé (118-119).



a) Le principe de l'entretien non directif :

L'entretien non directif permet à l'interlocuteur d'exposer son point de vue sans interférence avec celui du médecin : écoute attentive, absence d'idée préconçue et désir authentique de comprendre doivent se conjuguer. Selon Rogers, cinq « principes » doivent être mis en œuvre dans l'entretien non directif :

- Attitude d'accueil et de réceptivité face au malade.
- Centration sur le vécu : sur ce qui est vécu par le patient et non sur les « faits objectifs ».
- Centration sur la personne et sur le sens qu'elle accorde à son « problème », plus qu'au problème lui-même.
- Respect du sujet : manifester au patient une considération réelle, respect pour sa manière de voir, de vivre ou de comprendre.
- Facilitation de la communication : effort pour permettre au patient d'améliorer sa capacité de communiquer et de formuler son problème.

b) Les clefs de l'entretien non directif:

La reformulation dynamique :

Il s'agit de la technique de base de l'entretien non directif selon Rogers. D'un point de vue pratique, au cours de l'entretien, la reformulation consiste à redire en d'autres termes et d'une manière plus concise et plus explicite ce que le patient exprime. Si on considère la déclaration suivante : « Je suis complètement découragé, je n'en peux plus » elle sera reformulée de la façon suivante : « Vous vous sentez à bout ».

Pour une bonne reformulation, le médecin doit respecter 3 points :

- Ne rien introduire d'extérieur à ce que l'interlocuteur apporte (sinon il s'agira d'une interprétation).

- Amener le patient au sentiment de se faire comprendre et ainsi l'inciter à s'exprimer davantage.
- Faire preuve de comprendre ce que le patient a dit.

Cette technique permet d'instaurer une réelle relation d'échange dans laquelle le patient se livre plus facilement, et le médecin apprend à mieux écouter.

Ne pas contredire directement le patient :

L'une des réactions les plus fréquentes du médecin, surtout lorsqu'il est confronté à des croyances erronées, est d'essayer de convaincre le patient qu'il a tort en lui expliquant rationnellement pourquoi. Un individu a tendance à percevoir un message comme plus acceptable si celui-ci est en accord avec ses opinions : c'est ce qu'on appelle l'« effet d'assimilation ». À l'inverse, si le message est en désaccord avec ses opinions, il sera jugé très négativement : c'est l'« effet contraste » (117). Afin d'éviter cet écueil, il est possible d'utiliser cette croyance pour délivrer un message éducatif, de la contourner ou encore d'en utiliser une autre (repérée chez le patient) plus propice à améliorer l'observance.

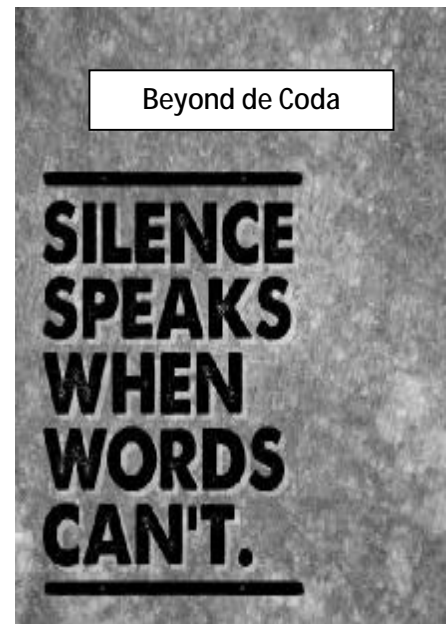
L'écoute, et la réception du sens :

« Les médecins savent parler mais pas écouter » Nanni Moretti Journal intime 1993

Dans son cursus médical, le médecin se doit d'agir : observer, décrire, examiner, prescrire, faire. On lui enseigne rarement qu'écouter c'est faire quelque chose. Pour instaurer une bonne écoute, il est essentiel de ne pas se laisser prendre par l'action du dialogue. Écouter c'est autre chose qu'entendre ; entendre c'est aller vers l'extérieur, écouter c'est aller vers l'intérieur. Il faut donc s'abandonner, se vider de son propre moi.

Le silence, et l'établissement du lien :

Parfois lorsqu'un patient révèle un secret, annonce une décision ou confie un élément de sa vie, l'accueillir par un silence a une fonction de dramatisation. Ce silence va permettre de prendre en considération ce qui vient d'être dit. Mieux : ce silence va conférer un espace aux dires de l'interlocuteur. Plutôt que de le combler immédiatement par des mots stériles, offrir un champ d'accueil à la parole de l'autre s'avère efficace. Il est essentiel d'éviter un silence s'il cautionne ou corrobore quelque chose que l'on ne peut accepter.



La neutralité, c'est le cadre de l'entretien :

La notion de neutralité est certainement une des notions à la fois des plus complexes et des plus importantes pour obtenir un entretien satisfaisant. On sait à quel point le respect des dires du malade et de ses jugements favorise une relation de confiance et un transfert positif essentiel. S'il suffisait de se taire, ce serait très simple ; s'il suffisait de ne pas juger, ce serait pratique ; s'il suffisait d'écouter, ce serait entend.

c) Aborder l'observance thérapeutique au cours de l'entretien avec le patient :

Souvent délicat, voici certains discours pratiques qui peuvent aider le soignant à approcher le sujet de l'observance thérapeutique :

« Beaucoup de personnes éprouvent des difficultés à prendre leur traitement, par exemple il peut leur arriver d'oublier de le prendre ou de n' avoir pas pu le prendre dans une situation déterminée, j'aimerais qu' on fasse le point ensemble

sur comment les choses se passent pour vous, je vous propose de remplir d'abord ce mini questionnaire et qu'ensuite ensemble on explore les situations que vous aurez rencontrés, je voudrais simplement qu'on puisse optimiser votre traitement , en fonction de votre situation on trouvera toujours une réponse adaptée à vos besoins, préférez vous le remplir maintenant ou la prochaine fois ? »

Ou alors :

« Je n ai jamais pris le temps de faire avec vous le point sur la manière dont vous prenez votre traitement, c est une question qui n'est pas toujours facile à aborder mais de plus en plus de patients et de médecins en parlent ensemble pour résoudre et anticiper des difficultés qui peuvent apparaitre, je pense que c'est important qu'on voit nous aussi cela ensemble, en fonction de votre situation nous trouverons toujours une réponse adaptée à vos besoins, qu'en pensez vous ? »

d) La marque de compréhension de l'autre à la fin de l'entretien :

La fin de l'entretien est un moment particulièrement délicat, le médecin doit formuler, voire reformuler ce qui a été échangé sous forme d'une synthèse intuitive, en y ajoutant une interprétation, afin de communiquer au patient la compréhension globale de son histoire. Ainsi, la fin de l'entretien est amorcée.

A noter qu'au cours de l'entretien médical il faut aborder les inconvénients de la poly médication, des traitements traditionnels associés, et essayer de combattre les habitudes toxiques du patient.

Il faut prendre également en considération les maladies associées au problème dermatologique, pour lesquelles le patient est suivi afin de l'aider à respecter les deux ordonnances.

4.2-Vérification que l'information donnée est comprise :

L'information du patient sur sa maladie est le premier pas pour mettre en place une bonne observance. Elle doit se faire en termes simples et

compréhensibles. Elle doit porter sur la pathologie et ses risques évolutifs, sur les objectifs thérapeutiques, notamment les bénéfices attendus, mais aussi les risques et les effets secondaires du traitement. Elle doit se faire si possible auprès de la famille et de l'entourage afin de favoriser leur implication dans le projet thérapeutique.

Toutefois, le professionnel ne peut pas se contenter de délivrer une information médicale, une prescription et des recommandations. Il doit aussi explorer la perception du patient sur celles-ci et évaluer ce qu'il a retenu de l'information qu'il a reçue.

Certaines questions sont incontournables : que comprend le patient de sa pathologie et de son niveau d'atteinte ? Est-il d'accord sur le coût bénéfices/risques de son futur traitement ? Connait-il les risques d'une mauvaise observance ? Connait-il les mécanismes d'action des médicaments qui lui sont prescrits ? A-t-il bien compris les modalités et les contraintes des prises ?

Une seule consultation peut ne pas être suffisante pour intégrer ces données surtout dans notre contexte où la moitié des patients sont analphabètes, d'où l'intérêt de programmer une deuxième consultation dans un délai rapide pour que le malade acquière les différentes connaissances nécessaires pour combattre sa maladie.



Il faut s'acharner à expliquer et réexpliquer à chaque consultation en prenant en compte le niveau cognitif du patient et en s'aidant par des schémas. Cette

méthode est très intéressante car elle suscite la mémoire visuelle également, facile en matière d'onychomycose, d'acné et de psoriasis

4.3- Évaluer l'impact des prescriptions sur la vie quotidienne :

Pour obtenir une guérison, et bien avant une bonne observance, surtout dans le cadre d'une dermatose chronique, on ne peut pas proposer à un patient des contraintes thérapeutiques quotidiennes qui altèrent trop sa vie présente. On doit éviter, dans la mesure du possible, que le traitement affecte son alimentation, son sommeil et son attention.



4.4- La simplification de l'ordonnance : (*Less medicine is best medicine*)

On peut recommander :

- La combinaison de molécules,
- La réalisation de préparations groupées,
- De privilégier, lorsque cela est possible, les produits à longue durée de vie (forme retard) capables de mieux amortir, si ce n'est les oublis, du moins les irrégularités d'horaire.



Lorsque l'enjeu est important alors que le risque de non- observance est élevé, il peut être recommandé de préférer une voie transcutanée, ou une injection réalisée par une infirmière garantissant la prise thérapeutique.



Il est souhaitable d'éviter les horaires contraignants en discutant avec le patient son emploi de temps, surtout la prise de midi qui est gênante pour les personnes qui passent leur journées au travail, et d'alléger l'ordonnance au début du suivi jusqu'à ce que le patient s'habitue avec l'essentiel de ces médicaments.

Si le patient est disponible, on pourrait au lieu d'écrire une ordonnance avec plusieurs phases de dégression de la corticothérapie par exemple, le revoir après une première dégression et lui expliquer l'étape suivante.

Puis, on insistera sur la lisibilité de l'ordonnance pour qu'un patient non alphabète ou ses proches puissent se référer à l'ordonnance pour suivre le traitement.

N° ~~23111~~ 23111/90
Vasoline. A d
de, Mo 20
Hydroxyquinolone 200
Lecteur S. 1200
Moujmal
4

Fès le : 12/11/12

1) Vaseline blanche :

1 application par jour sur les
jambes le soir pendant
1 mois.

Docteur Amraoui Nissrine

4.5-combattre les effets secondaires :

Pour combattre la non observance liée aux effets secondaires il est nécessaire d' :

- Utiliser les médicaments avec le moins d' effets secondaires.
- Expliquer les effets secondaires des traitements pour que le patient ne soit pas surpris par un effet secondaire ce qui pourrait le pousser à interrompre son traitement alors que cet effet est passager voir attendu.
- Insister sur la prévention pour éviter ces effets indésirables,
- Combattre les effets secondaires même s'ils sont minimes pour assurer une qualité de vie qui nous aidera pour l'observance.
- Insister sur la nécessité de consulter si le patient présente des effets secondaires, sans attendre le prochain rendez-vous, mesure que nous avons adopté dans notre service. En effet, si un patient déjà hospitalisé suivi en consultation accuse un effet secondaire il peut consulter immédiatement. Il est vu par le medecin de garde qui essaye de répondre à sa plainte souvent après avis d'un seignor ceci afin d'encourager le patient à suivre son traitement.

4.6-Ordonnance efficace mais la moins chère :

Les médecins sont invités à prescrire les médicaments les moins chers selon les capacités financières du patient. Il faut toujours discuter les prix avec le malade pour amortir le coût de l'ordonnance et lui éviter d'être obligé d'éliminer, de lui-même, certains produits de la liste de médicaments qui peuvent être les plus importants.

Avec nos malades, on discute toujours les prix pour rédiger une ordonnance qui répondra à l'exigence d'efficacité et qui pourra être honorée au long cours par le malade. Dans le même sens, les consultations qu'on propose doivent suivre un rythme favorable au suivi du traitement, sans qu'elles constituent un fardeau de plus pour les malades à risque d'inobservance.

4.7- couverture médicale :



Vue l'amélioration et l'extension de la couverture médicale qui constitue l'un des piliers du développement humain et social, et contribue à une bonne observance, nous proposons à nos patients une affiliation à des assurances maladie pour la prise en charge des maladies chroniques. Au Maroc, le régime d'assistance médicale pour les économiquement démunis (RAMED), créé en 2002, et mis en place en 2011, cible 8,5 millions de Marocains, parmi les plus démunis, soit 28% de l'ensemble de la population.

ce régime est applicable dans les hôpitaux publics, les centres de santé et les structures sanitaires étatiques, il propose le même panier de soins couvert par l'Assurance maladie obligatoire (AMO), portant sur l'hospitalisation, les consultations spécialisées externes et de médecine d'urgence, les analyses de biologie et l'imagerie médicale (sauf scannographie). S'y ajoutent les prestations relatives à l'exploration fonctionnelle(120).

Mais une généralisation de la couverture médicale est nécessaire dans le futur pour permettre l'accès aux soins et pour éliminer un des grands obstacles de l'observance thérapeutique qui est le manque de ressources financières.

4.8-Rôle de l'entourage :

4.8.1 Rôle de la famille du patient :

Obtenir leur adhésion permet de soutenir l'observance de nos patients, ceci peut être particulièrement utile chez les personnes âgées et les adolescents qui sont dans notre contexte généralement accompagnés. Il faut dans ces cas essayer d'intégrer cette tierce personne dans la prise en charge tout en étant capable de la mettre à l'écart si ses idées sont néfastes pour la santé du patient.



4.8.2-Rôle du personnel infirmier et des pharmaciens :

Dans cette mission d'éducation, l'aide procurée par un personnel infirmier pourra être très utile. Celui-ci aura en effet la possibilité de réitérer les explications, et de vérifier directement si la technique est bien suivie. Dans notre contexte, il faut les interpeller surtout au cours de l'hospitalisation pour qu'ils aident les patients à se familiariser avec leur nouvelle ordonnance ainsi que pour faire des simulations.

Pour les pharmaciens, des efforts considérables doivent être réalisés pour les intégrer dans la prise en charge du patient en les sensibilisant aux risques et conséquences de la non observance des malades. Pour nos patients, on conseille qu'ils fassent leurs provisions en médicaments chez le même pharmacien pour créer une relation entre les deux intervenants, qui pourrait être positif pour le suivi thérapeutique. On essaye également d'utiliser des carnets personnels de prescription pour que les ordonnances ne soient pas perdues, que l'historique du patient soit connu et que le pharmacien puisse s'y retrouver.



4.9- Consultations rapprochées :

Les patients se brossent souvent les dents avant d'aller voir le dentiste, c'est l'effet brosse à dents (121). En effet, l'observance s'améliore avant la visite médicale d'où l'intérêt de consultations rapprochées au cours desquelles on n'hésitera pas à fournir voire répéter en fonction des besoins, toutes les informations nécessaires.

En plus, des consultations rapprochées permettent de maintenir et d'enrichir un lien entre le médecin et le patient, tout en stimulant à chaque fois l'adhésion au traitement. Pour cela on propose un planning thérapeutique, avec une fiche d'évaluation de l'observance et une autre de suivi de cette évaluation avec une prise en charge psychologique. On peut informer les malades des nouvelles avancées thérapeutiques qui concernent leurs maladies voir essayer de nouvelles thérapies, ceci permettra de relancer l'observance. Le médecin ne doit pas se laisser lui-même de ces malades et les éviter, au contraire c'est à lui de leur redonner espoir.

4.10-Perspectives :

4.10.1- Stratégies de rappel du patient:

A ce propos, nous citons :



a) 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.



b) 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 (122).



c) Autres interventions :

GOZLAN M. (123) 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.



Le Dosing Partners® permet, via un micro-processeur, intégré au flacon connecté à Internet de transmettre chaque nuit à un ordinateur central, les données enregistrées au cours de la journée. Si le malade a oublié de prendre son médicament ou a exagérément différé la prise, une infirmière l'appelle pour lui en parler ou lui conseiller de trouver des astuces pour mieux respecter les horaires.

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.

4.10.2-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(124). 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 .

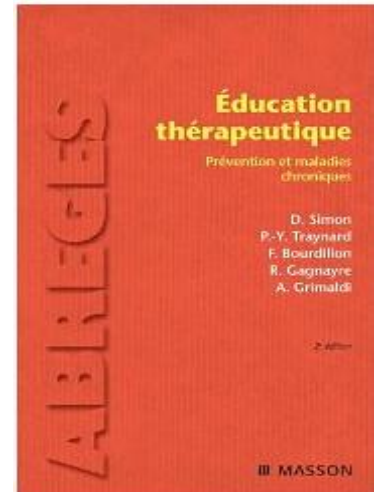


4.10.3-Compagnes :

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.

4.10.4-L'éducation thérapeutique :

L'éducation thérapeutique, représente un niveau dans la promotion de la santé qui concerne tout particulièrement les dermatoses chroniques à forte implication sur la qualité de vie tel : l'acné, l'herpès, l'eczéma, l'urticaire, et le psoriasis. Elle s'intègre totalement dans la prise en charge des maladies chroniques de la peau pour plusieurs raisons :



- D'abord le traitement local qui reste à la base du traitement de la majorité des dermatoses affichantes chroniques, demande du patient des compétences d'auto-évaluation et d'auto soins ;
- Puis les échecs thérapeutiques qui sont liées aux difficultés d'observance, sont souvent en rapport avec la difficulté pour le malade de gérer sa maladie.

La revue de littérature, à propos de ce sujet, nous montre l'effet positif qu'a l'éducation thérapeutique sur l'amélioration de l'observance et la régularité des soins. En effet des résultats démonstratifs de l'impact de l'éducation sur la gravité de la dermatite atopique, la consommation de corticostéroïdes, et la qualité de vie ont été rapportés dans plusieurs expériences Nord Européennes : Suède, Danemark, Angleterre France mais surtout en Allemagne(125, 126,127).

Il s'agit d'un processus continu, qui comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement et l'ensemble des soins prescrits, qui se pratiquent en premier lieu dans les centres hospitaliers, mais également dans des réseaux de soins, visant à rendre le patient aussi autonome que possible dans la gestion de sa vie avec sa maladie.(128 , 129)

Les « écoles » ou espaces d'éducation sont une des réponses apportée à ce besoin déclaré par les patients. L'équipe chargée de l'éducation est pluri professionnelle, elle intègre des compétences médicales, infirmières, diététiques et même psychologiques, en effet une consultation psychologique spécialisée sur le programme d'une maladie chronique a un effet bénéfique qui vient d'être démontré dans une étude contrôlée réalisée chez des patients psoriasiques (117).

Les animateurs de ces groupes doivent posséder une compétence double à la fois biomédicale et pédagogique. L'entretien initial prolongé, individualisé, souvent réalisé en binôme médecin-infirmière permet de réaliser un diagnostic éducatif et de définir des objectifs pédagogiques simples et un projet partagé : « être capable d'adapter ses soins à son état cutané » ou bien « être capable d'effectuer son traitement sans l'aide d'autrui... ». Parallèlement des ateliers interactifs sont proposés aux patients sur des thèmes précis. (130 131).

4.10.4- Quel profil viser en urgence ?

Si certaines mesures pour améliorer l'observance paraissent difficiles à appliquer pour la totalité des patients dans notre contexte, on propose de guetter dans un premier temps les patients qui ont ce profil particulier qui rassemble plusieurs facteurs de non observance, ces sujets doivent bénéficier d'une attention et prise en charge particulière car ils présentent les facteurs qu'on a relevés dans notre étude comme étant prédictifs de troubles de l'observance. Le profil d'un patient non observant dans notre contexte est un :

- Ancien patient,
- De bas niveau socio économique,
- Présentant un handicap physique,
- Avec une ordonnance chère,
- Et des difficultés d'accès,

- Victime d'échecs thérapeutiques multiples.

4.11-Modalités de suivi de la maladie chronique à l'adolescence :

Il existe de multiples outils et programmes destinés à améliorer l'observance thérapeutique à l'adolescence, qui intègrent des approches médicales, éducatives, psychologiques et sociales (132, 133, 134, 135 et 136), dont l'efficacité est difficile à prouver. Nous soulignons dans ce cadre quelques points spécifiques concernant les adolescents atteints de dermatose chronique chez qui le cadre de soins doit respecter leur confidentialité (139, 140, 141, 142, 137 et 138) :

Concernant le traitement, il importe de limiter au maximum le nombre de comprimés et de prises, de choisir la voie la moins douloureuse, et de réduire les contraintes thérapeutiques associées.

Pour ce qui est des hospitalisations, il est très bénéfique de les programmer au cours des vacances scolaires pour éviter toute interruption scolaire possible.

La prépondérance à cet âge du temps présent doit être soulignée, ce qui doit inciter à mobiliser les jeunes sur des objectifs à court terme, dont ils peuvent eux-mêmes constater les bénéfices, plutôt que d'invoquer un futur plus lointain et hypothétique.

L'adolescent doit bénéficier d'une évaluation médicale globale, qui permet d'une part de faire le point sur l'ensemble de ses besoins de santé en terme de croissance, puberté, image corporelle, scolarité, relations familiales, sexualité, hygiène de vie, et conduites à risques, et d'autre part, d'articuler et négocier les exigences thérapeutiques avec la manière dont il hiérarchise ses priorités dans les autres domaines (physique, psychologique et social).

Dans les allers-retours entre l'enfance et l'autonomie, la solidité des adultes, parents et soignants, et leur capacité de négociation sont déterminantes pour la

qualité de la transition et la réappropriation par le jeune de sa maladie et des contraintes thérapeutiques. Il y a un travail important à faire avec les parents, d'écoute et de soutien, pour qu'ils accompagnent ce mouvement, qui se passe rarement comme ils l'auraient souhaité [142]. Il faut les aider à prendre de la distance, qu'ils puissent se dégager de la culpabilité et éviter les pièges de l'hyper contrôle ou de l'abandon. Ils doivent être associés à la réflexion sur le projet de vie du jeune. Les soignants sont également concernés par ce travail de dégagement de liens souvent très serrés tissés dans l'enfance : tant vis-à-vis des adolescents que des parents.

Il faut également surveiller et annoncer à l'avance le passage de la médecine pédiatrique vers la médecine d'adulte. C'est une étape essentielle vers l'avenir qui se construit et non pas un deuil du suivi pédiatrique. (143-144)

Les pairs sont pour les adolescents - malades ou bien portants - une référence identitaire essentielle. Dans le cadre de la maladie chronique, le groupe dans lequel chacun partage la même condition rassure et reconforte, en réinscrivant les adolescents dans une certaine normalité. Il offre aux patients des représentations de ce qu'ils vivent, les aidant à nommer ce qu'ils ressentent et à identifier des objectifs, dégagés de la relation duelle avec le médecin. Cet outil ne devrait pas être réservé aux situations les plus lourdes, car il est au contraire plus fécond quand le groupe est hétérogène. Les groupes de parents apportent à ceux-ci un soutien face à leur vécu difficile, permettant à la fois des échanges personnels et le partage d'informations concrètes. Les groupes de soignants sont également d'une grande utilité pour éviter le rejet. En partageant leurs expériences, les soignants peuvent faire le tri nécessaire entre leur ressenti personnel et leurs fonctions professionnelles, et se dégager, le cas échéant, de situations difficiles (145).

Enfin, nous jugeons important de rappeler les recommandations d'Alvin [146] en matière de prescription médicamenteuse en médecine de l'adolescent :

- l'adolescent doit s'associer comme partenaire actif avec un espace de choix, un droit de négociation de contre-argumentation et d'erreur.
- Il est plus facile d'adopter une nouvelle habitude que de changer une ancienne, loin de tout contexte de peur et de menace.
- L'intelligence d'un adolescent n'est pas forcément synonyme d'une bonne attitude thérapeutique. Dans le même sens, une bonne connaissance de la maladie n'équivaut pas toujours un bon comportement avec le traitement.
- le comportement du patient, ne doit pas être jugé face à un seul médicament ou une seule mesure.
- En cas de non observance, le patient ne doit pas être blâmé, il doit être suivi attentivement.

Le respect de ses différents points, constitue un facteur de bonne observance et assure l'épanouissement de la relation médecin - malade dans des conditions saines.

4.12-Amélioration de l'observance des sujets âgés :

« Je suis tombé par terre c'est la faute aux effets secondaires. Me suis trouvé en surdosage c'est la faute à mon grand âge ». *Gerontoche la revue prescrire* 1984



VII-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 » [42].



La prise en compte de l'inobservance est relativement récente en dermatologie ce qui explique le nombre limité de travaux sur cette thématique dans notre discipline. 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 liée à l'observance sont relevés, dans notre contexte ceux qu'on a retenu sont la durée de suivi, l'efficacité et le coût des traitements, l'handicap physique, le degré d'explication de la maladie, ainsi que les difficultés d'accès aux soins.

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 les patients droit dans les yeux!

Il est également essentiel grâce à des séances de débriefing, des jeux de rôles, des réflexions sur 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. (149) Car Il n'y a pas de solution miracle au point que Haynes (150) 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.

VIII-Résumé :

L'observance thérapeutique se définit comme la capacité à prendre correctement son traitement, tel qu'il est prescrit par le médecin. Elle est peu étudiée en dermatologie.

Le but de notre étude est d'évaluer l'observance chez les patients suivis au service de dermatologie du CHU Hassan II de Fès pour une dermatose chronique et de rechercher les facteurs liés à une mauvaise observance à travers une étude incluant 200 patients suivis depuis au moins 6 mois de septembre 2011 à juin 2012.

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.

68% de nos patients étaient observants, la mauvaise observance était associée à un niveau socio économique et d'étude bas, à une vie solitaire, à une durée de suivi longue, aux effets secondaires et au coût élevé des traitements, à l'absence d'efficacité, à une faible visibilité des lésions, à une ordonnance complexe, à une explication faible de la maladie, à des difficultés d'accès à la consultation.

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 satisfaisant selon les données de la littérature, notre étude a confirmée certaines facteurs connues et a mis le point sur d'autres facteurs peu étudiés tel un traitement traditionnel associé, la part de chaque forme de traitement dans le respect de l'ordonnance, les dermatoses les plus touchées par les difficulté d'observance a savoir les dermatoses bulleuses et le psoriasis, l'intérêt du pharmacien.

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.

ABSTRACT:

Adherence is defined as the ability to take his treatment, as prescribed by the doctor. It is little studied in dermatology.

The objective of our study is to evaluate the compliance of patients followed for chronic dermatosis at the Department of Dermatology CHU Hassan II, and to investigate the factors associated with poor adherence through a study including 200 patients followed for at least 6 months between September 2011 and juin 2012.

The assessment of compliance is made essentially with the maintenance and adherence factors have been investigated by a questionnaire.

68% of our patients were compliant. Poor adherence was associated with socioeconomic and study level down, to a solitary life , side effects and high cost of treatment, lack of therapeutic efficacy, low visibility of lesions, an order complex, low explanation of the disease, difficulties of access to the consultation.

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 satisfactory rate according to data from the literature. Our study confirmed some known factors and put the point on other factors little studied as traditional treatment associated, the share of each form of treatment to respect the order, dermatitis most affected by the difficulties of observance to know bullous dermatoses and psoriasis, and 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 باعتبار قلة الاعمال التي تطرقت له. و في هذا الاطار قمنا بدراسة تقييمية لامثال مرضى مصلحة الجلد بالمستشفى الجامعي لفاس المصابين بامراض مزمنة بوصفاتهم الطبية و ذلك من اجل الوقوف على العوامل المؤثرة و المساهمة في انخفاض مستوى الالتزام خلال الفترة الممتدة بين شتنبر 2011 و يونيو 2012.

من خلال دراسة وصفية و احصائية لعينة المرضى تبين ان نوعية الالتزام تتاثر سلبا مع انخفاض المستوى الثقافي و الاجتماعي , و طول مدة التتبع, وارتفاع تكاليف العلاج و قلة الشروح المقدمة للمرضى بخصوص حالاتهم, اضافة الى صعوبة ولوج المؤسسات الصحية و تاخر تحسن الحالة المرضية التي غالبا ما تكون غير واضحة على المستوى المرئي.

68 في المئة هي نسبة الامثال لدى مرضانا, نسبة تعتبر مشجعة بالمقارنة مع الاعمال التي تطرقت للموضوع و تبقى قابلة للتحسين من خلال تبني اسلوب التخصيص و التعامل حالة بحالة مع المرضى, مع تعزيز وسائل وطرق المتابعة.

XI-Bibliographie :

- 1) Blackell B : Patient compliance. *New Engl J Med* 1973 ; 2 : 249-52.
- 2) Blackell B : Compliance. *Psychother Psychosom* 1992 ; 58 : 161-9.
- 3) A. Desbrus-Qochih, P. Cathébras : Obéir ou adhérer ? L'observance thérapeutique en question Review Article *Médecine & Longévité*, In Press, Corrected Proof, 8 November 2012
- 4) Tarquinio C, Fisher GN, Barrache C : Compliance et relation médecin-patient. In Fischer GN. *Traité de psychologie de la santé*. Dunod, Paris 2002 : 227-44.
- 5) LACROIX A, ASSAL J.-P., L'éducation thérapeutique des patients. *Nouvelles approches de la maladie chronique*. Paris : VIGOT, 1998, p. 10
- 6) Dunbar J: Predictors of patient adherence : Patient characteristics. *The Handbook of Health Behavior Change*, New-York 1990
- 7) A. Abelhauser, A. Lévy, F. Laska, S. Weill-Philippe *Le temps de l'adhésion* (2001).
- 8) Morin M : Prise en charge thérapeutique du sida et observance. *ANRS Info* 1998 ; 24 : 49-52.
- 9) R.B. Haynes, D.W. Taylor , D.L. Sackett (1979). *Compliance in Health Care*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press (pp 1-15).
- 10) Morin M, Moatti JP : Observance et essais thérapeutiques : obstacles psychosociaux dans la recherche sur le traitement de l'infection à VIH. *Nature Sci Soc* 1996 ; 3 : 2-15.
- 11) Munzernberger N, Souville M, Morin M, Moatti JP : Approche psychosociale de l'observance thérapeutique et de l'adhérence aux essais cliniques chez les patients infectés par le VIH. *ANRS Info*. Paris 1996.
- 12) Mehta S, Moore RR, Graham NMH : Potential factors affecting adherence with HIV therapy. *AIDS* 1997 ; 11 : 1665-70.
- 13) Weinreb RN, Khaw PT. Primary open-angle glaucoma. *Lancet*, 2004;363:1711-20.

- 14) Livingston P, McCarty C, Taylo H. Knowledge, attitudes, and self care practices associated with age related eye disease in Australia. *Br J Ophthalmol*, 1998;82:780-5
- 15) Alward PD, Wilenski JT. Determination of Acetazolamide compliance in patients with glaucoma. *Arch Ophthalmol*, 1981;99:1973-6.
- 16) Kass MA, Meltzer DW, Gordon M. A miniature compliance monitor for eyedrop medication. *Arch Ophthalmol*, 1984;102:1550-4.
- 17) Kass MA, Meltzer DW, Gordon M, Cooper D, Goldberg J. Compliance with topical pilocarpine treatment. *Am J Ophthalmol*, 1986;101:515-23.
- 18) Scheen A.J. A propos de l'inertie et de la non observance thérapeutiques *Rev Med Suisse* 2010 ; 6 : 1571-1572 .
- 19) DAHAN R., DAHAN A., CADRANEL J., CAULIN C., La compliance : mesure de l'adhérence au traitement et au suivi thérapeutique. *THERAPIE*, vol. 40, 1985, p. 17-23
- 20) BERGMANN J.-F., Observance. Extrait de : CAULIN C. (Dir), CAHSTANY C. (Dir), OAHAN R. (Dir) *Méthodologie de l'évaluation thérapeutique*. Paris : MASSON, 1993, p. 42-50
- 21) BARBEAU G., GUIMOND J., MALLER C., Observance du régime médicamenteux. Extrait de : *Médicaments et personnes âgées*. Paris : MALOINE, 1991, 576 p.
- 22) LEGER S., BEDOUCH P., ALLENET B., CALOP J., Culture pharmaceutique, perception du traitement
- 23) 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. *SANTE PUBLIQUE*, 1995/12, vol. 7, p. 427-441
- 24) Cotton S, Antill JK : 1984 :In : Tarquinio C, Fischer GN. Dimensions conceptuelles et facteurs psychosociaux de la compliance. *Cah Int Psycho Soc* 2001 ; 49 : 15-33.
- 25) Vervloet D : Education thérapeutique du patient asthmatique. Éditorial. *Rev Mal Respir* 2002 ; 19 : 29-32.

- 26) Assal JP. Traitement des maladies chroniques de longue durée : de la phase aiguë au stade de la chronicité. *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Thérapeutique* 25-005-A-10, 1996, 1-18
- 27) 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.
- 28) 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.*
- 29) Britten N Patient's demands for prescriptions in primary care. *Br Med J* 1995;310:1084-5
- 30) Sullivan S.D., Kreling D.H., Hazlet T.K. Noncompliance with medication regimens and subsequent hospitalizations: a literature analysis and cost of hospitalization estimate *J Res Pharm Eco* 1990 ; 2 : 19-33
- 31) Kulkarni S.P., Alexander K.P., Lytle B., Heiss G., Peterson E.D. Long-term adherence with cardiovascular drug regimens *Am Heart L* 2006 ; 151 : 185-191
- 32) 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 Health Serv Res* 2008 ; 27 : 47 [cross-ref]
- 33) Claxton A.J., Cramer J., Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance *Clin Ther* 2001 ; 23 : 1296-1310
- 34) Storm A., Andersen S.E., Benfeldt E., Serup J. One in 3 prescriptions are never redeemed: primary nonadherence in an outpatient clinic *J Am Acad Dermatol* 2008 ; 59 : 27-33
- 35) Dreno B. et coll., *Int J Dermatol* (avril 2010) 49 : 448-456.
- 36) Zaghoul S.S., David M.J., Goodfield M.J.D. Objective Assessment of compliance with psoriasis treatment *Arch Dermatol* 2004 ; 140 : 408-414

- 37) Krejci-Manwaring J., Tusa M.G., Carroll C., Camacho F., Kaur M., Carr D. , et al. Stealth monitoring of adherence to topical medication: adherence is very poor in children with atopic dermatitis *J Am Acad Dermatol* 2007 ; 56 : 211-216 1995/12, vol. 7, p. 427-441
- 38) BARBEAU G., GUIMOND J., MALLER C., Observance du régime médicamenteux. Extrait de : Médicaments et personnes âgées. Paris : MALOINE, 1991, 576 p.
- 39) POSTEL-VINAY N., MENARD J., Observance en pratique médicale courante. ENCYCLOPEDIE MEDICALE CHIURGICALE, n°1-0030, 1998, 4 p.
- 40) 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
- 41) Carroll C.L., Feldman S.R., Camacho F.T., Balkrishnan R. Better medication adherence results in greater improvement in severity of psoriasis *Br J Dermatol* 2004 ; 151 : 895-897
- 42) Aubert-Wastiaux H., Moret L., Le Rhun A., Fontenoy A.M., Nguyen J.M., Leux C et al. Topical corticosteroid phobia in atopic dermatitis: a study of its nature, origins and frequency *Br J Dermatol* 2011 ; 165 : 808-814
- 43) Klein J.F. Adverse psychiatric effects of systemic glucocorticoid therapy *Am. Fam. Physician* 1992 ; 46 : 1469-1474
- 44) Vanelle J.M., Aubin F., Michel F. Les complications psychiatriques de la corticothérapie *Rev. Prat.* 1990 ; 40 : 556-558
- 45) Dubertret L. *Thérapeutique dermatologique* Paris: Flammarion (1991).
- 46) Charman C.R., Morris A.D., Williams H.C. Topical corticosteroid phobia in patients with atopic eczema *Br. J. Dermatol.* 2000 ; 142 : 931-936
- 47) Ohya Y., Williams H.C., Steptoe A., Saito H., Iikura Y., Anderson R., et al. Psychosocial factors and adherence to treatment advice in childhood atopic dermatitis *J. Invest. Dermatol.* 2001 ; 117 : 852-857

- 48) Barak Y., Wohl Y., Greenberg Y., Barn Dayan Y., Friedman T., Shoval G., et al. Affective psychosis following Accutane (isotretinoin) treatment *Int. Clin. Psychopharmacol.* 2005 ; 20 : 39-41
- 49) Marqueling A.L., Zane L.T. Depression and suicidal behaviour in acne patients treated with isotretinoin: a systematic review *Semin. Cutan. Med. Surg.* 2005 ; 24 : 92-102
- 50) Friedman T., Wohl Y., Knobler H.Y., Lubin G., Brenner S., Levi Y., et al. Increased use of mental health services related to isotretinoin treatment: a 5-year analysis *Eur. Neuropsychopharmacol.* 2006 ; 16 : 413-416
- 51) Gupta G., Malfet P., Kress D.W., Sergeant A. Adherence to topical dermatological therapy: lessons from oral drug treatment *Br J Dermatol* 2009 ; 161 : 221-227
- 52) van de Kerkhof P.C., de Hoop D., de Korte J., Cobelens S.A., Kuipers M.V. Patient compliance and disease management in the treatment of psoriasis in the Netherlands *Dermatology* 2000 ; 200 : 292-298
- 53) LEGRAIN S., Du bon usage des médicaments au cours du vieillissement. Extrait de : Vieillir en bonne santé.
- 54) Warino L., Balkrishnan R., Feldman S.R. Clobetasol propionate for psoriasis: are ointments really more potent? *Drugs Dermatol* 2006 ; 5 : 527-532
- 55) Chesney M. The challenge of adherence *BETA* 1999 ; 12 : 10-13
- 56) Richards HL, Fortune DG, Griffiths CE. Adherence to treatment in patients with psoriasis. *J Eur Acad Dermatol*
- 57) Nicol I., Gaudy C., Gouvernet J., Richard M.A., Grob J.J. Skin protection by sunscreen is improved by explicit labeling and providing free sunscreen *J Invest*
- 58) Claxton A.J., Cramer J., Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance *Clin Ther* 2001 ; 23 : 1296-1310

- 59) Bewley A. Dermatology Working Group Expert consensus: time for a change in the way we advise our patients to use topical corticosteroids. *Br J Dermatol* 2008 ; 158 : 917-920
- 60) Julius R.J., Novitsky Jr M.A., Dubin W.R. Medication adherence: a review of the literature and implications for clinical practice *J Psychiatr Pract* 2009 ; 15 : 34-44
- 61) Ulf E., Maroti M., Kettis-Lindblad A., Kjellgren K.I., Ahlner J., Ring L. , et al. Single application of a fluorescent test cream by healthy volunteers: assessment of treated and neglected body sites *Br J Dermatol* 2007 ; 156 : 974-978
- 62) Wolf J.E. Medication adherence: a key factor in effective management of rosacea *Adv Ther* 2001 ; 18 : 272-281
- 63) Carroll C.L., Feldman S.R., Camacho F.T., Manuel J.C., Balkrishnan R. Adherence to topical therapy decreases during the course of an 8-week psoriasis clinical trial: commonly used methods of measuring adherence to topical therapy overestimate actual use *J Am Acad Dermatol* 2004 ; 51 : 212-216
- 64) JEANDEL C., BARRAT V., PIERSON H., PREISS M. A, MANCIAUX M. A., PENIN F., CUNY G., L'observance médicamenteuse et ses facteurs chez le sujet âgé : enquête portant sur 300 patients hospitalisés. LA REVUE DE GERIATRIE, tome 16, n°7, 1991/09, p. 319-324
- 65) Peck C.L., King N.J. Compliance and the doctor patient relationship *Drugs* 1985 ; 30 : 78-84
- 66) Annales de Dermatologie et de Vénérologie Volume 139, Supplement 1, January 2012, Pages S28-S Observance thérapeutique en dermatologie Réflexions sur la non-observance
- 67) Dubertret L., Mrowietz U., Ranki A., van de Kerkhof P.C., Chimenti S., Lotti T. , et al. European patient perspectives on the impact of psoriasis: the EUROPSO patient membership survey *Br J Dermatol* 2006 ; 155 : 729-736
- 68) Brown K.K., Rehmus W.E., Kimball A.B. Determining the relative importance of patient motivations for nonadherence to topical corticosteroid therapy in psoriasis *J Am Acad Dermatol* 2006 ; 55 : 207-213

69) Hol K. European study into the opinions of psoriasis patients and physicians. 19th Congress of the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV), 6-10 October 2010, Gothenburg, Sweden.(P573).

70) NIKOLAUS T., KRUSE W., BACH M., SPECHT-LEIBE N., OSTER P., SCHLIEF G., Elderly patients' problems with medication. An in-hospital and follow-up study. EUROPEAN JOURNAL OF CLINICAL PHARMACOLOGY, vol. 49, n°4, 1996, p. 255-259

71) ATKIN P. A., FINNEGEAN T. P., IGLE S. J., SHENNFIELD G. M., Functional ability of patients to manage medication packaging : a survey of geriatric in patient. AGE AND AGEING, vol. 23, n°2, 1994/03,

72) FANELLO S., DUTARTRE N., JOUSSET N., DELBOS V., GIRAULT C., Les personnes âgées et leurs médicaments : niveaux de connaissance et influence du séjour hospitalier. LA REVUE DE GERIATRIE, 2000/03, tome 25, n°3, p. 161-167

73) Decker S., Zimmerman G.M. To battle the disease, is to know the enemy

74) GERMAN P. S., KLEIN L; E., MC PHEE S. J. et al., Knowledge of and compliance with drug regimens in the elderly. JOURNAL OF THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, vol. 30, 1982, p. 568-571 [cité par 30]

75) l'automedication et l'observance thérapeutique chez les personnes âgées de plus de 70 ans. Analyse sociologique et repères bibliographiques observatoire regional de la santé franche comté *Septembre 2003*

76) S.FAINZANG S. Médicaments et société, le patient, l'ordonnance et le médecin.Paris : PUF, 2001. 156 p. Collection Ethnologies Controverses

77) Gao X., Nau D.P., Rosenbluth S.A. et al. The relationship of disease severity, health beliefs and medication adherence among HIV patients AIDS Care 2000 ; 12 : 387-398 [cross-ref]

78) 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 10, n°10, 1985/10, p. 459-324

- 79) Fortune DG, Richards HL, Main CJ, Griffiths CEM. What patients with psoriasis believe about their condition. *J Am Acad Dermatol* 1998;39:196- 201.
- 80) Weatherall D;J. The inhumanity of medicine. Time to stop and think. *Br Med J* 1994;309:1671-2.
- 81) Hamon H. *Nos médecins*. Seuil éd. 1994.
- 82) Beckman H.B., Frankel R.M. The effect of physician behaviour on the collection of data. *Ann Intern Med* 1984;101:692-6.
- 83) Lanigan S.W., Wales S., Farber E.M. Patient's knowledge of psoriasis: pilot study. *Cutis* 1990;46:359-61.
- 84) d'Ivernois J.F., Gagnaire R. *Apprendre à éduquer le patient, Approche pédagogique*. Éditions Vigot, 1995
- 85) le bot Dossier observance. *LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE*, 1999/09/20,tome 13, n°469, p. 1335-1348
- 86) COL FANALE J. E., KRONHOLM P., The role of medication non compliance and adverse drug reactions in hospitalizations of the elderly. *ARCHIVES INTERNAL OF MEDECINE*, vol. 150, 1990, p. 841-845
- 87) Kant. *Réflexions sur l'éducation*, Traduction A. Philonenko, 1996, Editions Vrin, Paris:116-19.
- 88) Consoli S.M., Bruckert E., Marcantoni J.P., Clavel T. Facteurs associés à l'opinion des patients hypercholestérolémiques sur la durée de leur traitement. Résultats de l'étude fraction *Presse Med* 2002 ; 31 : 1302-1308
- 89) Wolkenstein P., Consoli S., Roujeau J.C., Grob J.J. 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 *Ann Dermatol Venereol* 2002 ; 129 : 2S7-12S
- 90) Gokdemir G, Ari S, Kosl A. Adherence to treatment in patients with psoriasis vulgaris: Turkish experience

- 91) S.G. Consoli , Réflexions sur la non-observance Original Research Article Annales de Dermatologie et de Vénérologie, Volume 139, Supplement 1, January 2012, Pages S28-S32
- 92) C. Tarquinio, M.-P. Tarquinio L'observance thérapeutique : déterminants et modèles théoriques Original Research Article Pratiques Psychologiques, Volume 13, Issue 1, March 2007, Pages 1-19
- 93) J.-D. Lalau , Observons l'observance: The complications of "compliance" Original Research Article Médecine des Maladies Métaboliques, Volume 5, Issue 6, December 2011, Pages 633-637
- 94) Courtecuisse V. Les adolescents et la maladie chronique : symptômes et besoins Journées parisiennes de pédiatrie Paris: Flammarion médecine et sciences (1985). 267-272.
- 95) Rosen D.S. Pubertal growth and sexual maturation for adolescents with chronic illness or disability Pediatrician 1991 ; 18 : 105-120
- 96) Rianthavorn P., Ettenger R.B. Medication non-adherence in the adolescent renal transplant recipient: a clinical's viewpoint Pediatr Transplant 2005 ; 9 : 398-407
- 97) Berquist R.K., Berquist W.E., Esquivel C.O. , et al. Adolescent non-adherence : prévalence and consequences in liver transplant recipients Pediatr Transplant 2006 ; 10 : 304-310
- 98) Marcelli D. l'observance bien tempérée, entre la soumission et la révolte. Entretiens de Bichat 1997. TR. Expansion scientifique française 1997, Paris: 6-9.
- 99) Oppenheim D. L'enfant et le cancer : la traversée d'un exil Paris: Bayard (1996). p. 198-211.
- 100) Parsons RJ, Wright ND, Wilson LS. Evaluation of patients' compliance with medical practitioners' prescriptions: university health center experience. J Am Coll Health Assoc 1980;28:342- 5.
- 101) Nolan BV, Feldman SR. Dermatologic medication adherence. Dermatol Clin 2009;27:113- 20. review. Dermatology 2011;222:363- 7.

- 102) HUNTER K. A., FLORIO E. R., LANGBERG R. G. Pharmaceutical care for home-dwelling elderly persons: a determination of need and program description. *THE GERONTOLOGIST*, vol. 36, n°4, 1996,p. 543-548
- 103) MORROW D., VON LEIRER, SHEIKH J., Adherence and medication instructions : review and recommendations. *JOURNAL OF THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY*, vol. 36, 1988, p. 1147-1160
- 104) Baldwin HE. Tricks for improving compliance with acne therapy. *Dermatol Ther* 2006;19:224- 36.
- 105) Claxton AJ, Cramer J, Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and. Medication compliance. *Clin Ther* 2001;23:1296- 310
- 106) Zaghloul SS, Gonzalez M, Judohihardjo H, Finlay AY. In psoriasis, the greater the disability, the poorer the topical treatment compliance. *Br J Dermatol* 1999;141:48.
- 107) U LDRY Ch, L EUENBERGER Ph : De l'observance à l'adhésion thérapeutique dans l'asthme. *Méd et Hyg* 1997; 55 :2326-9.
- 108) Davidson D. Actions, raisons et causes, In : Actions et événements, Traduction P. Engel, Collection Epiméthée, Presses Universitaires de France, 1993: 15-36.
- 109) Davidson D. L'agir, In: Actions et événements, Traduction P. Engel, Collection Epiméthée, Presses Universitaires de France, 1993:67-91
- 110) Rapport d'information de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments Mme Catherine LEMORTON, Assemblée nationale avril 2008 *Pediatr Infect Dis J* 1999;18:1085-91.
- 111) Chiffres du Réseau de Santé Paris-Nord « Comment favoriser l'observance dans le diabète de type 2 ? » 2006
- 112) Osterberg L., Blaschke T. Adherence to medication *N Engl J Med* 2005 ; 353 : 487-497

- 113) Julius R.J., Novitsky M.A., Dubin W.R. Medication adherence: a review of the literature and implications for clinical practice *J Psychiatr Pract* 2009 ; 15 : 34-44
- 114) Consoli S. Et pourquoi pas aussi « un sens de la non observance ? » *Sci Soc Sante* 2007 ; 25 : 37-41
- 115) 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 130, N° SUP 10 - octobre 2003 pp. 9-12
- 116) Renzi C., Picardi A., Abeni D., Agostini E., Baliva G., Pasquini P. , et al. association of dissatisfaction with care and psychiatric morbidity with poor treatment compliance *Arch Dermatol* 2002 ; 138 : 337-342
- 117) Exum M.L., Rapp S.R., Feldman S.R., Fleischer A.B., Reboussin D.M., Clark A.R. Psychiatric distress and disability associated with psoriasis: the BGSM study. Abstract. American Academy of Dermatology 1996.
- 118). Rogers C.R. Client-centered therapy. Boston, Houghton Mifflin Co, 1951.
- 119). Rogers C.R. Le développement de la personne. Paris, Dunod eds, 1966.
- 120) 7/4/2012 journal l'opinion.
- 121) CRAMER J.A, SCHEYER R.D, MATTSON R.H. Compliance declines between clinic visits. *Arch intern Med.* 1990 150 : 1509-10. 14
- 122) Information des patients : recommandations destinées aux médecins. ANAES, 2000/03, 4 p.
- 123) Critères de qualité des documents d'information auxpatients. LA REVUE PRESCRIRE, tome 19, n°200, 1999/11, p. 788-791
- [124] 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)..
- 125) broberga kalimo k lindblad b parental education in the traitement of childhood atopic eczema *acta der% venereol*1990

- 126) staab et al evaluation of parental training program for the management of childhood atopic dermatitis. *Pediatric allergy immunol* 2002
- 127) coenradds et al intensive patients education for yong adulte with atopic eczema *hautarzt* 2001
- 128) wolkenstein P, Grob JJ, Bastuji-Garin S, Ruszczynski S, Roujeau JC, Revuz J, Societé Francaise de Dermatologie. French people and skin diseases : results of a survey using a representative sample. *Arch Dermatol* 2003 ; 139 : 1614-9.
- 129) Diepgen TL, Fartasch M, Ring J, Scheewe S, Staab D, Szccepanski R et al. Education programs on atopic eczema. Design and first results of the German Randomized Intervention Multicenter Study. *Hautarzt* 2003 ; 54 : 946-51.
- 130) Chavigny JM, Adiceom F, Bernier C, Debons M, Stalder JF. Ecole de l'atopie, évaluation d'une expérience d'éducation thérapeutique chez 40 malades. *Ann Dermatol Venereol* 2002 ; 129 : 1003-7.
- 131) Boye T, Boralevi F, Buzenet C, Labreze C, Taieb A. Education et dermatite atopique. *Ann Dermatol Venereol* 2003 ; 130 : 285-9.
- 132) Alvin P. La non-compliance thérapeutique : une vérité pénible à dire ou difficile à entendre ? *Arch Pediatr* 1997 ; 4 : 395-397
- 133) Lask B. Motivating children and adolescents to improve adherence *J Pediatr* 2003 ; 143 : 430-433
- 134) Ellis D.A., Frey M.A., Naar-King S. , et al. Use of multisystemic therapy to improve regimen adherence among adolescents with type 1 diabetes in chronic poor metabolic control *Diabetes Care* 2005 ; 28 : 1604-1610
- 135) Lyon M.E., Trexler C., Akpan-Townsend C. , et al. A family group approach to increasing adherence to therapy in HIV-infected youths: results of a pilot project *AIDS Patient Care STDS* 2003 ; 17 : 299-308
- 136) Joffroy Rudzky C. Bénéfices escomptés d'une consultation infirmière sur la compliance thérapeutique de l'adolescent transplanté rénal *Rech Soins Infirm* 2006 ; 84 : 105-117

- 137) Reach G. Peut-on améliorer l'observance thérapeutique ? Rev Prat 2003, 53 : 1109-1112
- 138) Michaud P.A., Suris J.C., Viner R. The adolescent with a chronic condition. Part 2 Arch Dis Child 2004 ; 89 : 943-949
- 139) Rianthavorn P., Ettenger R.B. Medication non-adherence in the adolescent renal transplant recipient: a clinical's viewpoint Pediatr Transplant 2005 ; 9 : 398-407
- 140) Berquist R.K., Berquist W.E., Esquivel C.O. , et al. Adolescent non-adherence : prévalence and consequences in liver transplant recipients Pediatr Transplant 2006 ; 10 : 304-310
- 141) Shemesh E., Shneider B.L., Savitsky J.K. , et al. Medication adherence in pediatric and adolescent liver transplant recipients Pediatrics 2004 ; 113 : 825-832
- 142) Alvin P., Rey C., Frappier J.Y. Compliance thérapeutique chez l'adolescent malade chronique Arch Pediatr 1995 ; 2 : 874-882
- 143) Reiss J., Gibson R. Health care transition: destinations unknown Pediatrics 2002 ; 110 : 1307-1314
- 144) Rosen D.S., Blum R.W., Britto M. , et al. Transition to adult health care for adolescents and young adults with chronic conditions J Adolesc Health 2003 ; 33 : 309-311
- 145) Tubiana-Rufi N., Du Pasquier-Fediaevsky L. Le concept d'adhésion au traitement du diabète revisité Diabetes Metab 1999 ; 25 : 172-176
- 146) ALVIN P. L'adolescent et sa compliance au traitement. *In*: Les médicaments dans la vie de l'enfant. Ed Eres. *Enfance et Psy*, 2005, N ° 25, 46-51.
- 147) ANDEM, Recommandations et références médicales 1994 : Prescription plurimédicamenteuse chez la personne âgée de plus de 70 ans. LE CONCOURS MEDICAL, 1997/12/06, p. 119-139

148) PIGUET V., CEDRASCHI C., DESMEULES J., ALLAZ A. F., KONDO-OESTRAICHER M., DAYER P. Prescription médicamenteuse : les attentes des patients. MEDECINE ET HYGIENE, n°2296, 2000/04/12, p. 814-817

149 Reach G. Clinique de l'observance L'exemple des diabètes Paris: Éditions John Libbey Eurotext (2006).

150) 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.