

Les attitudes d'autonomie dans l'observance thérapeutique d'une cohorte de consommateurs continus de psychotropes

M. BAUMANN⁽¹⁾, M. TRINCARD⁽²⁾

Résumé. Identifier et comparer les pratiques d'autonomie de consommateurs de médicaments psychotropes associées aux attitudes mises en jeu par ceux qui déclarent observer ou non leur traitement est l'objectif de ce travail. L'analyse qualitative des discours est basée sur l'analyse de contenu catégorielle de 46 retranscriptions de 23 femmes et 23 hommes consommateurs continus (prise régulière tous les mois depuis au moins 5 ans), âgés de 50 à 65 ans. La stratégie adoptée autour de la médication relève de l'autonomie d'action. L'intentionnalité, la détermination des conduites et leurs choix dépendent de l'autonomie de volonté. L'analyse de ces autonomies nous a permis de distinguer deux types d'attitudes : les observants pour qui le psychotrope est un soutien face à un mal-vivre et qui s'inscrit dans une habitude cachée des autres, ils respectent les doses ordonnées et ne s'aventurent pas à les modifier, ils ont une confiance totale dans le corps médical ; les non-observants pour qui le psychotrope est une aide, une béquille dont ils se méfient. Conscients des méfaits, ils affirment une intention, une volonté de réguler cette médication. Pour donner sens à l'ordonnance, éviter une trop grande culpabilité, ils légitiment celle-ci par une obligation engendrée par un besoin, par une amélioration de la symptomatologie, minimisent la quantité et les effets de la prise. Ils coopèrent avec le médecin et sont impliqués dans une relation proche « mon médecin ». Ils montrent une certaine familiarité à l'égard du médicament et parlent ouvertement de leur consommation. L'autonomie est un moyen de responsabiliser et de valoriser une partie des patients, notamment ceux qui sont non-observants afin de renforcer leur capacité à gérer au mieux leur santé.

Mots clés : Observance ; Pratiques d'autonomie ; Psychotropes ; Relation patient-praticien.

Autonomy attitudes in the therapeutic observance of continuous psychotropic users of a cohort

Summary. Prescriptions for psychotropic drugs are part of a general practitioner's daily routine. As with all drugs, they need to be controlled by a phenomenon of observance. Respecting prescriptions is in fact a major public health concern. Our problematic is centred on the analysis of the association between observance and autonomy in order to gain a better understanding of the links between the drug, how it is to be taken, and how the patients adapt and control it. Identifying and comparing autonomous practices psychotropic users associated with attitudes put into play by those who claim to observe or not to observe their treatment is the aim of this project. The qualitative analysis of the speech is based on the categorial analysis of the contents of 46 transcriptions of 23 women and 23 men continuous (regular monthly intake for at least 5 years), aged between 50 and 65. The majority live in couples, have professional activities, and are executives. The psychotropes with the largest consumption are : anxiolytics and antidepressors. The average duration of their consumption is more than 17 years. Two types of attitude can be distinguished through the qualitative analyse. The attitudes of non-observers towards the psychotropic drug and dependence show controlled, autonomous acts. Autonomy is an influencing factor in their observation of the prescribed treatment, it is a major component of their non-observance regarding psychotropes ; thus our hypothesis is confirmed. The strategy adopted around the medication arises from autonomy of action. Organising the treatment is seen as a sign of autonomy, as taking an initiative in relation to the medical prescription, and not as rebellious, or carefree behaviour, or as a sign of inconsistency. Non-observers seem more to be involved in a step towards self-regulation. Active « taking » verbs such as « stop, diminish, increase », and success verbs « succeed » the « I » is greatly used, reinforced in some

(1) Maître de conférences des universités en Sociologie de la Santé, Faculté de Médecine, UPRES EA3444, École de Santé publique, Nancy.

(2) Maître en Sciences Sanitaires et Sociales, Mention Santé Publique, cadre chargée d'un Secteur Sanitaire et Social.

Travail reçu le 13 février 2001 et accepté le 17 janvier 2002.

Tirés à part : M. Baumann, Faculté de Médecine, Laboratoire UPRES EA 3444, École de Santé Publique, 9, avenue de la Forêt de Haye, BP 184, 54505 Vandœuvre-les-Nancy cedex

cases by « myself » ; this vocabulary situates the patient as an actor facing the drug and shows that he is capable of action. For observers, taking the drug is qualified as regular and some users categorically refuse to bypass the doctor's advice « never ». Looking for additional information is an act of autonomy. It is found partly with the doctor ; but also from the media, the exchanges with the others and the reading of the notes. But talking to other people and reading the information leaflets are more often done by non-observers. Recognizing oneself in the indications and the dosage marked on the leaflet seems to be the first step to adopting the drug so as to know it better and to gain mastery of it. Autonomy is gained through finding alternative, substitutive or complementary solutions with a large share left to herbal medicine and homeopathy. Non-observers seem to be more active than observers in diminishing or stopping taking psychotropes. Affirming one's autonomy is also shown in the direction given to each person's trajectory of life, behaviour referring to it, the projection into the future, and the dynamics of life. These actions underlie a capacity of resistance, non-observers using evocative terms such as « taking things in hand », recognizing the while, in certain cases, the need to be supported. This capacity of action is far less present in observers who acknowledge their difficulties in facing up to events. The intentionality and the determination of their behaviour and their choices depend on the autonomy of willpower. Adjusting the amount taken is shown by expressions of intention, and justifies self-regulation. Non-observers direct their behaviour towards a reduction in the medication and commit themselves not to go over a certain amount. Stopping usage is declared as « certain », it is planned. On the other hand, it remains unpredictable for observers for whom consumption is linked to the description of a need to have long-lasting health. Observers describe taking their medication as automatic, routine, and easy. A sort of fatality and resignation is attached to the prescription, linked to a negative perception of their health. The medication is at the same time « nourishing and destructive ». The disagreeable sensations caused by its suppression and the secondary effects appear less important than the benefits to be had from it. Autonomy can be recognized in the type of commitment established with the professional. It can be shown around a prescription negotiated for treatment and delivered in mutual agreement. It places the patient in an active partnership. The presence of « I » and of more frequent active verbs in non-observers shows the role played by the patient. His conversation organizes itself round how the medication is to be taken. Systematic use of the prescription reinforces the instrumental recourse to the doctor for a renewal especially for non-observers. For observers, the prescription is followed despite disagreements. The professional is appreciated for his expertise in « advice, how to use the medication ». Confidence results from this know-how. The feeling of fear inspired by the psychotrope puts taking the medication into perspective and removes the « guilt » from non-observance. This process contributes to the patient's carrying on taking the medication. The positive effects found again thanks to the medication strengthen the later's perpetuation. When the patient is asked to participate in the prescription, this participation is described differently in the two groups. In observers, it is understood

from the viewpoint of the doctor-patient association « with, us » and for the other group from the viewpoint of cooperation « I, one ». In non-observers, a type of delegation is highlighted « leave it to be managed », the patient's confidence in the doctor lets him manage his medication « under medical control ». The autonomy of willpower is shown by the degree of openness to the Other Person. Non-observers have quite open and « trendy » character traits and give a rather positive image of themselves. These elements are absent from the speech of observers in favour of a negative self-image. The autonomy of willpower shows up in their free expression within the family, and with friends, the patient is freed from the influence of other people. For non-observers it is admitted « easily ». Observers show reserve through a concern of being discrete ; rules of good behaviour do not allow them to speak about their consumption since it lifts the veil on their person and its affects. Two types of attitude can be distinguished : Observers for whom the psychotrope supports them against an unhappy life and is part of a habit which is hidden from other people, they keep to the prescribed doses and don't try to change them, they have absolute confidence in the medical profession ; non-observers for whom psychotropes are a crutch which they mistrust. They are conscious of the bad effects and state their intention and their will to control this medication by planning on a reduction in, or even an end to, consumption. In order to give a meaning to the prescription and to avoid too great a feeling of guilt, they legitimize the later by an obligation created by a need, and by an improvement in symptomatology, and they minimize the quantity and the effects of taking the medication. They cooperate with the doctor and are involved in a close relationship with « my doctor ». They show a certain familiarity to the medication and talk openly about their consumption. Autonomy is a means to responsabilise and to valorise a part of the patients in particular those which are non-observing so as to strengthen their capacity to manage their health as best they can. It contributes to a better observance of treatment in as much as autonomous patients are more inclined to negotiate with their doctors. Looking for self-regulatory behaviour allows us a better understanding of those patients non-observers who are willing, and helps them to develop their aptitude to face up to their illness.

Key words : Autonomous practices ; Compliance ; Observance ; Patient-practicer ; Psychotropic.

INTRODUCTION

La consommation médicamenteuse générale ambulatoire a subi une forte élévation dans les pays industrialisés au cours des dernières décennies. Au sein de cette croissance globale, une classe médicamenteuse se distingue : les psychotropes, dont les plus utilisés sont les anxiolytiques et les hypnotiques (80 % des ordonnances), en dépit de la percée récente réalisée par les antidépresseurs (15). La consommation française est la plus importante des pays de l'Union européenne (14,19) et détient le deuxième rang des pays de l'Organisation de coopération et développement économique après les États-Unis (2). En

Europe, et plus particulièrement en France, les prescriptions de médicaments psychotropes font partie du quotidien des médecins généralistes (14, 17, 19). Comme tout médicament, sa régulation obéit à un phénomène d'observance. Or le respect des prescriptions est un souci majeur de santé publique. Par ses conséquences, tant au niveau individuel (sur la qualité de vie, la morbidité, la mortalité) que collectif (coût pour la société correspondant aux soins inutiles et aux dépenses de médicaments non utilisés), la non-observance est un phénomène de santé publique d'autant plus fréquent qu'il est associé à une médication de longue durée. L'observance représente l'ensemble du comportement de l'individu : de la prise médicamenteuse (arrêt du traitement, prise groupée, diminution ou augmentation du nombre ou de la quantité des unités thérapeutiques, changement des horaires de prises) au suivi d'un régime ou de modifications du style de vie. Certains auteurs vont jusqu'à considérer ce comportement comme le problème le plus important auquel la pratique médicale moderne doit faire face (16).

L'autonomie du patient est issue d'une relation de confiance établie avec le médecin qui lui confère une capacité à gérer son traitement, elle diverge de l'automédication qui apparaît lorsqu'une personne utilise des médicaments prescrits à un proche ou se traite sans un avis médical (1). L'autonomie est un moyen d'influer sur l'observance lorsque la prescription fait l'objet d'une négociation et que le patient est considéré comme un acteur responsable (13). Dans le système de soins, la reconnaissance de cette autonomie est largement recommandée (20). Or les actes d'autonomie supposent l'existence d'une capacité à comprendre, à entreprendre et à refuser, et s'associent à des pratiques de non-observance thérapeutique. Comment s'expriment-elles dans l'observance thérapeutique des consommateurs de médicaments psychotropes ? En quoi différencient-elles des types d'observance ?

En France, la consommation de psychotropes (14, 19) est plus élevée chez les femmes, et augmente avec l'âge. Plus d'une femme sur 6 se voit prescrire un psychotrope après 50 ans, et un homme sur 6 après 60 ans. Le recours à ce type de médicaments date d'au moins 5 ans pour plus de la moitié des consommateurs, et d'au moins 10 ans pour le tiers (8, 15).

Compliance, observance, adhésion au traitement sont des expressions pour désigner le fait que les patients se conforment à la prescription et aux recommandations médicales. L'observance s'apprécie dans 3 domaines : celui du suivi médical, des règles hygiéno-diététiques, et des prescriptions médicamenteuses (3, 21). Dans les études françaises, les termes observance et adhésion au traitement sont préférés à celui de compliance (2, 16). Le registre social de la compliance fait référence à la soumission, alors que celui de l'observance appelle l'obéissance à une règle qui peut appeler l'approbation, l'appropriation (1) ; c'est le sens qui a été retenu dans ce propos.

L'observance désigne une attitude d'adhésion, s'associe à une idée de participation, suppose un comportement actif du patient dans la démarche thérapeutique, requiert

son acceptation, alors que la *compliance* attribue une valeur injonctive à la prescription (21) et renvoie à l'image de « patients raisonnables » (3, 7). Certains auteurs préfèrent réserver le terme d'observance au respect de la prescription, et celui de compliance à l'acceptation du traitement. Cette distinction montre qu'il existe deux registres de référence. Le premier appartient au champ d'une action programmée, planifiée par le médecin : le patient auto-régule la médication prescrite et/ou l'auto-contrôle (2, 15). Le second va dépendre des conceptions et croyances du patient en matière de santé où le traitement devient un enjeu que le patient négocie avec lui-même et avec les autres (3). La non-observance se traduit alors par le non-respect de la posologie, des horaires, de la durée du traitement prescrit, la prise simultanée d'autres médicaments (2, 7). Peu admis par les prescripteurs, ce second aspect de la non-observance est souvent associé à de la faiblesse, de l'irresponsabilité (3, 21).

Diverses études ont mis en évidence les *facteurs* qui interviennent sur l'observance thérapeutique des patients.

- Facteurs liés aux caractéristiques socio-démographiques (jeune âge ou personne âgée, niveau culturel faible, barrière ethnolinguistique, niveau socio-économique bas, isolement psychosocial, niveau de connaissances, faculté de compréhension, croyances, niveau d'anxiété, soutien de l'entourage, difficulté organisationnelle) (18, 21). Mais ces déterminants ne sont pas toujours corrélés à une mauvaise observance (7).

- Facteurs liés aux caractéristiques de la pathologie (vécu de la maladie, gravité, pronostic, intensité des symptômes, durée, nature, caractère urgent) (16).

- Facteurs liés aux caractéristiques du traitement prescrit (efficacité, forme galénique, effets secondaires, durée du traitement, nombre de prescriptions associées, coût). Le respect de l'ordonnance est inversement proportionnel à sa complexité et à sa clarté. Le traitement est d'autant mieux suivi qu'il fait preuve d'efficacité immédiate. Les prescriptions sont mieux observées en début de traitement. Au-delà de 4 médicaments l'observance diminue (3).

- Facteurs liés à la relation malade-médecin (écart entre les modèles explicatifs de la maladie, modalités de la prise en charge, relation de confiance, satisfaction, qualité de l'information) (2, 16, 18, 21). Une relation prenant en compte l'individualité, la singularité du patient améliore l'observance. De même, un lien existe entre observance thérapeutique et quantité d'informations donnée par le praticien. Une relation malade-médecin qui comporte peu de points de désaccord conditionne une meilleure observance et un sentiment de satisfaction du patient (3).

- Facteurs liés aux représentations sociales (à l'égard du médecin, du médicament, de l'efficacité de la prescription). Les raisons pour accepter ou déroger à la prescription vont au-delà de l'exécution de celle-ci et de l'adoption d'un comportement adapté. Prendre un médicament met en jeu l'histoire culturelle, sociale de la personne et le statut de la maladie (6).

Les mesures pour quantifier le phénomène sont multiples. Une imprécision des termes, une hétérogénéité des modes d'enquêtes et des critères retenus pour définir ce

qu'est une observance rendent difficile la comparaison de ces mesures (4). Des études privilégiant l'approche objective se sont basées sur le dénombrement, elles ont eu recours à l'observation du contenu des armoires à pharmacie familiales, au comptage de la prise par des piluliers munis de bouchon enregistreur, des dosages sanguins des molécules ou de leurs effets (3, 16, 21). Une autre approche est la perception du médecin, mais elle ne suffit pas à l'appréciation de ce comportement. L'éventualité du non-suivi est rarement envisagée en première intention. L'interrogatoire du patient au sujet de la prise médicamenteuse, du renouvellement de l'ordonnance, de l'amélioration de la symptomatologie, de son rétablissement, de son bien-être peut être aussi une approche de l'observance. Bien qu'un même patient puisse adopter des conduites d'observance ou de non-observance selon le lieu et le moment (7), l'observance pour les médicaments psychotropes est décrite comme « médiocre » dans la littérature (19). Nous avons réalisé une étude auprès de 149 personnes de la cinquantaine prenant des psychotropes tous les mois depuis 5 ans. Un consommateur sur deux a déclaré par questionnaire être « tout à fait d'accord » avec le fait que l'on ait besoin du médecin pour modifier les doses. Nous avons cependant constaté que, parmi ces personnes, il y avait deux profils de consommateurs continus. Les premiers se disaient victimes du système, prenaient des psychotropes pour les autres, pour préserver ou maintenir la paix sociale. Ils étaient favorables aux conduites d'automédication afin d'exercer une tentative de contrôle sur leur consommation. Les seconds avaient une confiance totale dans le médicament, le corps médical. L'alchimie heureuse obtenue pour leur vie et pour leur santé était mise en avant. Les psychotropes les aidaient à mieux vivre, à être bien. La dépendance était acceptée et participait à leur équilibre (6). C'est à la suite de ces résultats que nous avons approfondi la question des attitudes d'autonomie à l'égard de l'observance thérapeutique. D'après Gillon, 3 types d'autonomie peuvent être identifiés dans le discours des patients : l'autonomie d'action, de volonté, et plus difficilement l'autonomie de pensée (10). Aussi notre problématique s'est-elle centrée sur l'analyse des associations entre observance et autonomie pour mieux cerner les liens qui s'établissent entre le médicament psychotrope, les modalités de sa prise, l'adaptation et le contrôle exercés par des consommateurs réguliers. Identifier et comparer les pratiques d'autonomie associées aux attitudes mises en jeu par ceux qui déclarent observer ou non leur traitement est l'objectif de ce travail.

MÉTHODOLOGIE

Population

Les consommateurs de psychotropes sont des volontaires âgés de 50 à 65 ans qui participent depuis 1994 à un essai contrôlé prévu sur 8 ans sur la supplémentation en vitamines et en sels minéraux à doses nutritionnelles (Su. Vi. Max de 7 299 français) (11). En 1999, 372 font encore partie de cette cohorte, parmi eux 149 ont une trajectoire

de consommation définie comme continue (prise régulière tous les mois depuis au moins 5 ans). Notre échantillon a été tiré au sort de façon aléatoire parmi ces derniers.

Méthode

Nous avons réalisé 46 entretiens téléphoniques semi-directifs. Le guide d'entretien abordait les thèmes suivants : la perception du médicament psychotrope, l'effet attendu de la thérapeutique, la régulation de la prise, les influences sur la régulation, la dépendance, l'habitude, le regard porté sur une telle consommation, les effets secondaires ressentis, la recherche d'informations (hormis auprès du médecin), les pratiques alternatives, la relation avec le médecin et avec les autres, le discours sur soi et la vie.

Les variables sociodémographiques (sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle, niveau d'études, situation familiale) et les types de psychotropes consommés étaient enregistrés par ailleurs dans le dossier de suivi.

Éthique

Les enregistrements ont été détruits dans les 48 heures. Les entretiens individuels ont fait l'objet de retranscriptions anonymisées.

Analyse qualitative des données

Elle a été abordée par une analyse de contenu thématique catégorielle. Deux analystes ont identifié et distingué les assertions associées aux déclarations d'actes (faire, pouvoir faire), d'intention (aimer, vouloir faire), d'engagement (pronom personnel je). La déduction des items à partir des verbatim issus des discours des consommateurs et la labélisation des catégories regroupant ces items ont été obtenues par les analystes sur le principe du consensus. Les items ont été classés de l'autonomie vers l'entrave, de l'implication vers la passivité. Un item n'a été comptabilisé qu'une fois par retranscription, même s'il réapparaissait plusieurs fois dans le discours de la personne (5).

Analyse statistique

Une analyse comparative des attitudes des observants et des non-observants a été réalisée en fonction des variables sociodémographiques, des types de psychotropes consommés et des items recensés. Le logiciel utilisé pour l'analyse statistique est Epi-info. Le seuil du risque est fixé à 0,05.

RÉSULTATS

Description de l'échantillon

Il se compose de 46 personnes ayant consommé des psychotropes tous les mois depuis 5 ans, âgés d'environ

57 ans, volontaires appartenant à une cohorte et suivis dans le cadre d'un essai d'intervention ; l'échantillon est dès lors non représentatif de la population française. Ses caractéristiques sociodémographiques ne diffèrent pas significativement de la population dont il est issu.

Deux groupes, celui des non-observants (31 consommateurs) et des observants (15 consommateurs), ont été distingués par l'analyse qualitative. Aucune différence significative entre non-observants et observants n'a été mise en évidence en fonction :

- du sexe : 23 femmes (15 non-observants *versus* 8 observants), 23 hommes (16 *versus* 7) ;
- du diplôme : 25 niveau égal ou supérieur au baccalauréat (10 *vs* 15), 21 niveau inférieur au baccalauréat (5 *vs* 16) ;
- de la situation familiale : 36 en couple (13 *vs* 23), 10 seul (4 *vs* 6) ;
- du statut professionnel : 23 cadres (8 *vs* 15), 10 non-cadres (5 *vs* 5), 12 inactifs (4 *vs* 8) ;
- des classes de psychotropes consommés – sachant que certaines personnes consomment plusieurs médicaments – : 25 anxiolytiques (19 *vs* 16), 15 anti-dépresseurs (6 *vs* 9), 9 hypnotiques (5 *vs* 4) ;
- des praticiens consultés : 33 médecins généralistes (24 *vs* 9), 13 psychiatres (7 *vs* 6).

L'âge de la première prise se situe en moyenne vers 38 ans, elle est associée à des difficultés psychologiques, familiales, à des troubles organiques. La durée moyenne de la consommation est d'environ 17 ans et 3 mois.

Comparaison des attitudes des non observants et des observants

Le médicament psychotrope est consommé pour ses effets inducteurs de sommeil et de détente. Dans les deux groupes, de façon assez homogène, le médecin apparaît dans une fonction d'informateur et de guide. Pour plus de la moitié des personnes, les consommations sont jugées de quantité minimale et la confiance à l'égard du médecin est présente.

Pour les non-observants, le psychotrope est une béquille qui apporte un confort, il a permis de « sauver la vie ». L'aménagement de la prescription est stable et tend vers la baisse des doses. Les phrases sont introduites par le pronom « je ». L'auto-contrôle est renforcé par l'usage de locutions adverbiales « moi-même ». Trois quarts d'entre eux essaient de réguler la prise de psychotropes, un quart connaît des échecs et des allers-retours. Les modalités de régulation se manifestent à travers des expressions de volonté, d'intention et de manière progressive, rythmées dans le temps au gré des saisons. La régulation est influencée par les sensations corporelles, les envies personnelles, et à moindre proportion par les informations venant de l'extérieur. Ces items sont 1,3 fois plus présents chez les non-observants.

Les observants parlent d'une prise régulière, se montrent respectueux des prescriptions médicales, aucune

tentative d'autorégulation n'est décrite. S'il y a modification des doses, elle est à l'initiative du praticien, confortée par la locution « jamais par moi-même ». Le psychotrope est une aide dont « on aimerait se passer » ; un tiers le dépeint par des qualificatifs négatifs.

Pour les non-observants, la dépendance, l'habitude au médicament sont mises en exergue avant même que ce thème ne soit abordé par le guide d'entretien. L'arrêt de la consommation est : – soit envisagé ; un tiers utilise le qualificatif « certain » ; – soit impossible, en liaison avec un sentiment d'impuissance face à la maladie. Les effets négatifs de la dépendance sont 2 fois plus cités par les non-observants.

Les observants évoquent la dépendance, l'automatisme de la prise, et la moitié y fait référence dans la première moitié de son discours. L'arrêt est souhaité par un tiers, mais le qualificatif « certain » n'est pas employé. Ils évoquent une continuité de la prise due à l'impression d'un état pathologique permanent. Les items se rapportant à ce thème sont 1,4 fois plus fréquents que chez les observants.

Les non-observants rapportent des pratiques de « familiarité » avec le médicament : partage d'expériences de la maladie et/ou du médicament, recours éventuel au dépannage auprès du pharmacien. Les effets secondaires entraînent une modification des doses avant l'avis du médecin. La recherche d'informations complémentaires, hormis auprès du médecin, se fait à travers les médias, la lecture des notices, des échanges. Ils ont essayé ou envisagé une pratique alternative pour substituer ou compléter leur traitement. Ces pratiques de transmission, de dépannage, de recherche d'autres solutions ne sont pas apparentes dans le discours des observants. Lorsque le praticien est désigné, il est précédé du pronom personnel « mon ». Les échanges avec lui se traduisent par des verbes actifs, le pronom « je » les introduit. Le traitement est modifié de concert avec le praticien marqué par le jeu des « je, on ». Pour plus d'un tiers, la prescription est maintenue bien qu'ils expriment un désir de modifier ou d'alléger le traitement. La réponse du praticien tend à dédramatiser l'importance de la prise.

Les observants évoquent 1,3 fois plus leur relation au praticien dès la première moitié de l'entretien. L'échange est orienté vers l'acte de prescrire et de dire, l'initiative en est laissée au médecin. La prescription est faite avec lui, présentée par le pronom « on » et la locution « en accord ».

Les non-observants parlent facilement, sans complexe, de leur consommation de psychotropes avec leur entourage, mais la moitié fait preuve de discrétion hors du cercle des proches. La consommation est peu influencée par les dits d'autrui. Ils font référence à cette catégorie 1,2 fois plus que les observants. Ils ont un discours rempli de termes décrivant leur autonomie par rapport au médicament, leur résistance, leur dynamique d'action. Pour plus de la moitié, la nécessité d'un soutien est affirmée.

Les observants évoquent plutôt l'idée de ne pas arriver « à faire face », et près d'un tiers se réfère à la « nécessité de faire avec ».

DISCUSSION

Les attitudes de consommateurs continus vis-à-vis du médicament psychotrope et de la dépendance traduisent des actes posés, autonomes. L'autonomie est un facteur influençant leur comportement à observer le traitement prescrit, elle est une composante majeure de la non-observance à l'égard des psychotropes ; notre hypothèse est donc confirmée. Cette démarche scientifique s'appuyant sur une analyse qualitative et comparative des discours apporte un éclairage sur les manières d'interpréter les attitudes de l'autonomie dans l'observance thérapeutique.

Les 23 femmes et 23 hommes interrogés sont des volontaires d'une cohorte attentifs à leur santé, et en cela ils ne sont pas représentatifs de la population française. D'autre part, le fait que la moitié des personnes interrogées soient d'un niveau socio-culturel de cadres a sans contexte permis de mieux identifier les divergences contenues dans les discours et la qualité des expressions retenues pour l'analyse des attitudes à l'égard de l'observance thérapeutique. Les caractéristiques sociodémographiques des deux groupes constitués, observants/non-observants, sont homogènes.

La stratégie adoptée autour de la médication relève de l'autonomie d'action. L'aménagement de la thérapeutique est perçu comme une manifestation d'autonomie, une prise d'initiative par rapport à la prescription médicale, et non comme une conduite rebelle, insouciante ou une marque d'inconstance. Elle s'éloigne du patient « bon malade », sujet de soin et placé dans l'obligation de se conformer au prescripteur, à l'ordonnateur (3). Les non-observants sont plutôt impliqués dans une démarche d'autorégulation. Les verbes actifs de prise « arrêter, diminuer, augmenter », de succès « réussir », le « je », renforcé chez certains par « moi-même », sont très utilisés ; ce vocabulaire situe le patient comme un acteur. Le médicament au sortir du cabinet médical entre dans la sphère privée, signifiant par là que l'observance y pénètre également (11). La mobilisation autour du médicament est alors contraire à une conduite passive et démontre que le consommateur a des capacités d'agir. Cette démarche, faite de tentatives, et ponctuée d'allers-retours et d'échecs, marque la difficulté de la maîtrise de la régulation.

Pour les observants, ces tentatives ne sont pas présentes, la prise est qualifiée de régulière, continue, et certains se défendent de passer outre l'avis du médecin « jamais ». Elle relève moins d'un acte d'autonomie, le « je » est rarement utilisé ; elle est soumise à l'encadrement médical (11). Certains s'arrogent le droit et le pouvoir d'aménager la prise en vertu d'un savoir et de compétences. Cela se traduit par l'utilisation de termes familiers avec le médicament et la maladie, et passe par la reconnaissance de signes liés à l'usage prolongé du médicament, la connaissance de ses effets et méfaits sur sa propre personne. L'expérience permet une convivialité autour du médicament et d'être reconnu comme ayant un savoir dans la matière. L'habitude de fonctionner avec autorise la dispense de conseils, de recommandations, de mises en

garde. Cette familiarité tend aussi vers un libre accès au médicament, avec négociation d'un accord tacite pour un dépannage auprès du pharmacien, avec réticence pour les visites de renouvellement. Ces usages sous-entendent la non-mise en doute du renouvellement de la médication.

La recherche d'informations est un acte d'autonomie que les non-observants mènent auprès du médecin, mais aussi vers les médias, les échanges avec les autres et la lecture des notices. Se reconnaître dans les indications, les posologies portées sur la notice s'avère être le premier pas vers l'appropriation du médicament pour mieux le connaître et le posséder (1).

L'autonomie passe par la recherche de solutions alternatives substitutives ou complémentaires avec une large part laissée à la phytothérapie, l'homéopathie. Pour diminuer ou arrêter la prise de psychotrope, les non-observants paraissent plus actifs que les observants.

L'affirmation de l'autonomie transparait également dans le sens donné à la trajectoire de vie de chacun, les conduites s'y référant, la projection dans l'avenir, la dynamique de vie. Ces actions sous-tendent une capacité de résistance développée pour contrarier l'évolution de la pathologie, des effets négatifs de la médication. Les non-observants utilisent des termes évocateurs comme : « prise en main » tout en reconnaissant, dans certains cas, avoir besoin d'être soutenus. Cette capacité d'action est nettement moins présente chez les observants qui reconnaissent leurs difficultés à faire face aux événements.

L'intentionnalité, la détermination des conduites et leurs choix dépendent de l'autonomie de volonté. L'aménagement de la prise est traduit par des expressions d'intention, et justifie l'autorégulation. Les non-observants orientent leurs conduites vers une baisse de la médication et s'engagent à ne pas dépasser un certain palier. Cette intention subit cependant le contrecoup des échecs répétés et s'affiche à travers des marqueurs de temps « quelquefois », de durée « progressivement ». Les velléités d'arrêt sont parfois différées « à l'occasion, aux vacances ».

Le regard porté sur la consommation future, l'anticipation de la guérison traduisent un repérage à travers les symptômes, les douleurs, les souffrances. Pour les non-observants, l'arrêt de la consommation est déclaré « certain », il est envisagé. En revanche, il reste aléatoire pour les observants pour qui la consommation est liée à la description d'un besoin inscrit dans la durée.

L'arrêt appartient au domaine du possible, un pouvoir sur le médicament existe. Il est relativisé par l'emploi de verbes modaux et de conjuguaisons au conditionnel. Le « pouvoir le faire » permet de tenir à distance la dangerosité du médicament, mais le sentiment d'impuissance souligné par « impossible » subsiste (6, 11). Le psychotrope n'est pas un médicament ordinaire. Il est attaché à des qualificatifs négatifs « vilain » et occasionne un phénomène de dépendance. Les termes évoquent le cycle sans fin, « l'engrenage », la peur du manque, de la dépendance qui s'inscrit dans la durée avec l'emploi de mar-

queurs de temps « depuis », et s'affirme avec « obligé ». Cette ambiguïté joue sur l'alternance de la prise. Les consommateurs minimisent la quantité consommée « raisonnable, tellement peu », ses effets « anodin, pas méchant » ou par rapport à autrui « rien à voir, pas la même chose ».

Les observants décrivent plus souvent leur prise comme étant automatique, routinière, facile. À la prescription s'adjoint une certaine fatalité, résignation en lien avec une perception négative de la santé. Le médicament est à la fois bon et mauvais, « nourrissant et destructeur », pourvu d'artifice et de magie. Il est reconnu pour ses qualités de soutien, d'aide, de confort, voire de bien-être qu'il procure. Sa dangerosité est mise en balance avec ses effets bénéfiques sur la qualité de vie et ses effets régulateurs de la vie sociale. Les sensations désagréables causées par sa suppression et les effets secondaires apparaissent banalisés par rapport aux bienfaits retirés.

L'autonomie se reconnaît dans le type d'engagement établi avec le praticien. Elle se manifeste autour d'une prescription négociée pour un traitement délivré dans un accord mutuel. Elle place le patient dans un partenariat actif. La présence du « je » et de verbes actifs, plus fréquente chez les non-observants, désigne le rôle joué par le patient. Ses échanges s'organisent autour des modalités de prise de la thérapeutique. L'usage systématisé de la prescription médicamenteuse renforce le recours instrumental au médecin en vue d'un renouvellement. Pour les observants, la prescription est suivie malgré les désaccords. Le praticien est apprécié pour son expertise de « conseils et pour son savoir manipuler les médicaments ». La confiance découle de ce savoir-faire. Le sentiment de crainte inspiré par le psychotrope relativise la prise et dépénalise ainsi les pratiques de non-observance. Ce processus contribue à la pérennisation de la prise. Les effets positifs retrouvés grâce à la médication renforcent le maintien de celle-ci.

Lorsque le patient est sollicité pour participer à la prescription, cette participation est décrite différemment dans les deux groupes. Pour les observants, elle s'entend sous l'angle de l'association médecin-patient « avec, nous », et pour l'autre groupe sous l'angle de la coopération « je, on ». Pour les non-observants, une forme de délégation est mise en avant « laisser gérer », une confiance du médecin au patient l'autorise à gérer sa médication « sous contrôle médical ».

L'autonomie de volonté se traduit par le degré d'ouverture à l'autre. Les non-observants font référence à des traits de caractère plutôt extraverti et donnent une image d'eux-mêmes plutôt positive. Ces éléments sont absents dans le discours des observants au profit d'images négatives sur eux-mêmes. Une culpabilité engendrée par la consommation de médicaments s'entend dans les deux groupes « pas remarquable, dévalorisé » ; elle entrave la capacité à faire face.

L'autonomie s'affirme dans l'expression libre au sein de la famille, de l'entourage, le patient est affranchi de l'influence d'autrui. Elle peut être positive, se traduire par une réponse sociale, affective, adaptée, ou devenir tout

le contraire. Les personnes parlent de leur consommation lorsque la conversation avec l'entourage s'y prête. Pour les non-observants, elle est avouée « facilement ». Les observants marquent une réserve par souci de discrétion ; les règles de bienséance n'autorisant pas à parler de sa consommation car elle dévoile la personne et ses affects.

En résumé deux types d'attitudes se distinguent :

– *Les observants* pour qui le psychotrope est un soutien face à un mal-vivre et qui s'inscrit dans une habitude cachée des autres. Ils respectent les doses ordonnées et ne s'aventurent pas à les modifier. Ils ont une confiance totale dans le corps médical. L'hypothèse d'un lien entre pérennisation de la consommation et confiance devrait faire l'objet de recherches ultérieures. Qu'entend-on par « faire confiance à un médecin » et quelle place cette réalité polymorphe – la confiance – occupe-t-elle dans les différents aspects de la relation ? Quelles normes la régissent ? Comment se construit-elle ?

– *Les non-observants* pour qui le psychotrope est une béquille dont ils se méfient. Conscients des méfaits, ils affirment une intention, une volonté de réguler cette médication en planifiant une baisse, voire un arrêt. Pour donner sens à l'ordonnance, éviter une trop grande culpabilité, ils légitiment celle-ci par une obligation engendrée par un besoin, par une amélioration de la symptomatologie, minimisent la quantité et les effets de la prise. Ils coopèrent avec le praticien et sont impliqués dans une relation proche « mon médecin ». Ils montrent une certaine familiarité à l'égard du médicament et parlent ouvertement de leur consommation.

CONCLUSION

L'autonomie est un moyen de responsabiliser et de valoriser une partie des patients, notamment ceux qui sont non-observants, afin de renforcer leur capacité à gérer au mieux leur santé. Elle contribue à une meilleure observance thérapeutique dans la mesure où ces patients sont plus enclins à la négociation avec leur praticien. Repérer leurs pratiques d'autorégulation permet de mieux les comprendre et de les aider à développer leurs aptitudes à faire face à la maladie. Des explications appropriées renforcent l'acquisition de connaissances, de compétences. Guider la réflexion, l'épurer d'éléments parasites tels que l'émotivité, les contraintes sociales, professionnelles, les connaissances parfois irrationnelles favorise une autonomie dont l'appropriation reste avant tout profane ; les vocables font plus partie du registre de l'affect et du ressenti.

Enfin, le respect des patients passe aussi par le respect de leur non-volonté d'être autonomes, de trouver dans l'espace thérapeutique une dimension maternante. Car la demande sociétale faite aux personnes d'être de bons gestionnaires est elle-même perverse (9). Se positionner en force contre le pouvoir du médicament n'est pas une situation possible pour les observants qui ont besoin d'un traitement « tutorisé », c'est-à-dire d'un suivi pas à pas. Il est donc impérieux d'éviter d'enfermer les patients dans une responsabilité seulement individuelle face au psychotrope ; une responsabilité collective est engagée

pour mieux adapter les prises en charge proposées aux attitudes d'autonomie.

Remerciements. Les auteurs remercient les volontaires de la cohorte Su. Vi. Max, l'équipe et la direction de l'Institut Scientifique et Technique de la Nutrition et de l'Alimentation ISTNA - CNAM (Directeurs : Hercberg S et Presiozi P) sans qui ce travail n'aurait pu être réalisé.

Références

- ABELHAUSER A, LÉVY A, GOUJARD C *et al.* La prise du traitement, de l'obéissance à l'appropriation. *Le Journal du Sida* 1999 ; 116 : 11-4.
- ANKRI J. Dossier médicament et santé publique. Eds ADSP 1999 ; 27 : 20-64.
- ANKRI J, LE DISERT D, D'HENRARD JC. Comportements individuels face aux médicaments. *Rev Fr Sant Pub* 1995 ; 4 : 427-44.
- ANONYME. Spécial observance. *Infotraitement* 1999 ; 64-65 : 26 p.
- BARBOUR R S. Checklists for improving rigour in qualitative research : a case of the tail wagging the dog ? *Br Med J* 2001 ; 322 : 115-7.
- BAUMANN M, ALLA F, BONNETAIN F *et al.* Consommateurs continus/occasionnels : à propos de leurs attitudes à l'égard des médicaments psychotropes et de la dépendance. *Psychotropes* 2001 ; 7 (2) : 33-47.
- BIADI-HMHOF A. Le rôle de la prescription dans la relation thérapeutique : un exemple dans la psychiatrie de secteur. *Mission Interministérielle Recherche Expérimentation*, Paris : 1996.
- CHAMBARETAUD S. La consommation des médicaments dans les principaux pays industrialisés. *DREES* 2000 ; 47 : 1-8.
- DRUHLE M. *La santé sociétale*, L'Harmattan, 1997.
- GILLON R. Autonomy and the principle of respect for autonomy. *Br Med J* 1985 ; 290 : 1806-8.
- HAXAIRE C, BRABANT J, CAMBON E *et al.* Usages et compétences familiales en matière de psychotropes : comparaison entre zone rurale et zones urbaines. *Mission Interministérielle Recherche Expérimentation*, Paris : 1999 ; 169p.
- HERCBERG S, PREZIOSI P, BRIANCON S *et al.* A primary prevention trial using nutritional doses of antioxidant vitamins and minerals in cardiovascular diseases and cancers in a general population : the SU. VI. MAX study-design, methods, and participants characteristics. *Supplementations en Vitamines et Minéraux Antioxydants. Control Clin Trials* 1998 ; 19 : 336-51.
- HOERNI B, SAURY S. Le consentement : information, autonomie et décision en médecine. Paris : Masson 1998 ; 156 p.
- LEGRAIN M, LECOMTE T. La consommation de psychotropes en France et dans quelques pays européens *Ann Pharm Fr* 1998 ; 56 : 67-5.
- LE MOIGNE P. Anxiolytiques, hypnotiques. Les données sociales du recours. *Swiss Journ Sociol* 2000 ; 26 : 71-109.
- LE BOT M. Observance dossier. *Rev Prat MG* 1999 ; 469 (13) : 1335-48.
- OHAYON MM, CAULET M, PRIEST RG *et al.* Psychotropic medication consumption in the UK general population. *J Clin Epidemiol* 1998 ; 51 : 273-83.
- PALAZZOLO J, CHABANNES JP. La compliance : du point de vue du patient. *Inf Psychiatr* 1998 ; 10 : 1017-20.
- PÉLISSOLO A, BOYER P, LÉPINE JP *et al.* Epidémiologie de la consommation des anxiolytiques et des hypnotiques en France et dans le monde. *Encephale* 1996 ; 22 : 187-96.
- SAILLANT F, GAGNON E. Le self-care : de l'autonomie - libération à la gestion de soi. *Sc Soc Santé* 1996 ; (14) 3 : 17-43.
- SCHEEN AJ. L'observance thérapeutique. *Rev Med Liège* 1999 ; 54 (11) : 854-8.