

Échelle des attitudes des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine favorisant l'observance thérapeutique

An attitude scale for general practitioners and dispensing chemists who encourage therapeutic compliance

Baumann M¹, Baumann C², Aubry C³, Alla F⁴

Résumé

Objectif : Construire et valider une échelle des attitudes professionnelles des médecins généralistes (APMG) et une échelle des attitudes professionnelles des pharmaciens d'officine (APPO).

Méthodes : Étape 1. Construction et validation qualitative d'une échelle. Nous avons repéré, dans le discours de 40 usagers lorrains d'un centre de médecine préventive, de 21 médecins généralistes (MG), et de 22 pharmaciens d'officine (PO), les items candidats définissant le construit théorique des attitudes professionnelles intervenant dans la mise en place et le suivi des traitements des patients. Ensuite nous avons élaboré, avec un groupe d'experts, les items génériques du questionnaire permettant leur validation et identifié les fonctions que remplissent ces attitudes.

Étape 2. Validation statistique de l'échelle des APMG et de l'échelle des APPO. Nous avons étudié, à l'aide d'un questionnaire auto-administré auprès de 393 usagers lorrains, les propriétés métriques de ces échelles.

Résultats : Les attitudes relationnelles sont au nombre de 15 pour les MG et de neuf pour les PO. Elles sont associées aux fonctions d'information, de communication, d'éducation. Les échelles des APMG et des APPO forment deux échelles unidimensionnelles. Les analyses montrent une cohérence interne élevée (coefficient alpha de Cronbach respectivement 0,91 et 0,87) ainsi qu'une reproductibilité correcte (coefficient de corrélation intra-classe respectivement 0,74 et 0,72).

Conclusion : Les compétences mises à jour représentent les critères de qualité de la relation interpersonnelle médecins-usager et pharmacien-usager. Les propriétés métriques des échelles des APMG (15 items) et des APPO (neuf items) sont satisfaisantes. Ceci légitime leur utilisation comme outil d'aide : à la formation à la relation professionnel-usager ; à la décision ; à l'évaluation des compétences relationnelles.

Rev Med Ass Maladie 2005;36(1):23-33

Mots clés : relation médecin, patient, pharmacien, qualité relationnelle, communication, compétence clinique, compétence professionnelle.

Summary

Aims: To construct and validate a scale of professional attitudes for both general practitioners (APMG) and dispensing chemists (APPO).

Methods: Stage 1. The construction and qualitative validation of a scale. By interviewing 40 patients in a preventive-care center in Lorraine in addition to 21 general practitioners (MG) and 22 dispensing chemists (PO), we targeted items which could possibly help us formalize a theoretical construction of professional attitudes which intervened in the instauration and follow-up of patient treatments. Then, with the help of a group of experts, we determined which generic items in the questionnaire could be validated and, finally, identified the functions which fulfilled these attitudes.

Stage 2. We statistically validated the APMG and APPO scales and then studied the metric characteristics of the scales by using a questionnaire which was auto-administered to 393 patients in Lorraine.

Results: We isolated 15 relational attitudes associated with information, communication and education in general practitioners and nine in dispensing chemists. The APMG and APPO scales form two, one-dimensional scales. Analysis showed high internal coherence (Cronbach's alpha coefficient was 0.91 and 0.87 respectively) and acceptable reproducibility (the correlation coefficient between classes was respectively 0.74 and 0.72).

Conclusion: The competencies we isolated represent important criteria in the quality of interpersonal doctor-patient and chemist-patient relationships. The metric characteristics of the scales (APMG: 15 items and APPO: 9 items) were deemed satisfactory. This suggests that they can be used as an aid in training in the healthcare professional-patient relationship, in decision-making and in assessing relational competencies.

Rev Med Ass Maladie 2005;36(1):23-33

Key words: doctor relationship, patient relationship, chemist relationship, relational quality, communication, clinical competency, professional competency.

¹ Sociologue, maître de conférences, EA 3444 - École de santé publique, Faculté de médecine, Université Henri-Poincaré Nancy en détachement à l'Université du Luxembourg.

² Doctorant en épidémiologie et santé publique, Service d'épidémiologie et évaluation clinique, CEC – INSERM, CHU de Nancy et EA 3444 - École de santé publique, Faculté de médecine, Université Henri-Poincaré Nancy.

³ Médecin de santé publique, Centre de médecine préventive de Nancy - Lorraine.

⁴ Praticien hospitalier, Maître de conférences en épidémiologie, Service d'épidémiologie et évaluation clinique, CEC – INSERM, CHU de Nancy et EA 3444 - École de santé publique, Faculté de médecine, Université Henri-Poincaré Nancy.

Adresse pour correspondance : Michèle Baumann, Université du Luxembourg, Campus de Walferdange, BP 2, L-7201 Walferdange (Luxembourg)
e-mail : michele.baumann@uni.lu

INTRODUCTION

Notre programme de recherche intitulé : « Construction et validation d'une échelle d'attitudes à l'égard de l'observance thérapeutique et préventive des patients » tente d'explorer le rôle des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine et leur impact sur le processus décisionnel des usagers.

Les attitudes interpersonnelles médecins-usagers et pharmaciens-usagers du système de santé sont des déterminants qui contribuent à la mise en place et au suivi des traitements. Certaines d'entre elles ont déjà été identifiées dans de précédentes études, en particulier : le niveau d'information dispensé, le respect des patients, la capacité à les motiver, les aptitudes relationnelles, l'écoute, les compétences professionnelles, comme des facteurs prédisposant les patients à avoir un comportement observant [1, 2] et à être satisfaits de la prise en charge médicale [3, 4]. Ainsi, depuis peu en Europe, il est conseillé d'informer aussi explicitement que possible le patient sur sa maladie et son traitement. En France, l'Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé a adressé aux médecins généralistes des recommandations pour les aider à mieux dispenser auprès de chaque patient une information de qualité tout au long du processus de soins [5]. De même pour les pharmaciens, une dispensation ne doit pas être le seul objectif, c'est avant tout un moyen au service de la santé du patient dont la finalité est que le médicament soit effectivement et correctement pris et qu'il se révèle efficace avec des effets secondaires les plus limités possibles [6].

Les rôles que les médecins et les pharmaciens s'octroient respectivement, ceux que les usagers leur attribuent, l'importance relative que ces rôles prennent dans la relation interpersonnelle s'établissant avec le patient, leur discours au sujet des attitudes que l'autre professionnel devrait avoir ou ne pas avoir influencent le processus décisionnel ; le résultat attendu étant l'adhésion ou non du patient à son traitement [3]. Les comportements reliés au rôle de malade sont donc à situer dans le contexte interactionnel des autres rôles sociaux et en particulier, ceux du médecin et du pharmacien.

La consultation, la prescription de l'ordonnance et la dispensation à la pharmacie sont des moments clés dans la mise en place du traitement. Quel regard portent les usagers, les médecins et les pharmaciens sur ces moments de rencontre ? Comment

les médecins et les pharmaciens perçoivent-ils leurs rôles respectifs à l'égard de l'observance ? Quelles sont les attitudes qui contribuent à une meilleure adhésion aux traitements ? Quelles sont les conduites attendues par les usagers, les médecins, les pharmaciens de chacun des acteurs ? Quelles sont les compétences (communication, dialogue, confiance, etc.) des médecins et des pharmaciens qui paraissent les plus pertinentes pour favoriser l'observance thérapeutique ?

Si l'on souhaite améliorer les compétences des professionnels pour qu'ils puissent mieux répondre aux besoins des usagers et accroître les performances des actions de promotion de la santé (information, formation, éducation) [7], il est nécessaire d'utiliser des instruments validés permettant d'évaluer les résultats obtenus [8]. Des instruments de mesure comme ceux explorant les attitudes¹ remplissent cette fonction [9]. Ceci explique qu'aujourd'hui le développement d'échelles de mesure fait appel à une méthode de construction et de validation relativement bien appréhendée dans la littérature [7, 9, 11, 12].

Notre travail est une recherche, en population générale, sur les attitudes relationnelles intervenant dans l'observance de la consommation médicamenteuse. Notre objectif est de décrire les deux étapes de la construction et de la validation des échelles concernant les attitudes professionnelles des médecins généralistes d'une part, et des pharmaciens d'officine d'autre part, et de présenter les fonctions que remplissent ces attitudes dans la mise en place et le suivi des traitements.

MÉTHODES

1. Étape de construction et validation qualitative d'une échelle

Nous avons repéré, dans le discours des usagers du système de santé, des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine, les items candidats définissant le construit théorique des attitudes professionnelles intervenant dans l'observance thérapeutique des usagers. Puis, nous avons élaboré les items génératrices du questionnaire devant ensuite être validés. Enfin, nous avons identifié, avec un groupe d'experts, les fonctions que remplissaient ces attitudes.

¹ Par-delà les opinions, ce sont les attitudes que l'on cherche à connaître et à mesurer. L'attitude est une disposition plus ou moins permanente, susceptible de produire des comportements. Si l'on veut faire une comparaison avec le vocabulaire médical, on peut dire que les comportements et les opinions sont des symptômes (passagers, observables à un instant donné, susceptibles de varier dans le temps) et que des attitudes forment un syndrome (ensemble concourant de symptômes), trahissant l'existence d'un certain état ou tempérament (plus ou moins permanent). Les attitudes font appel à des conduites, à des manières d'envisager un problème, de penser les événements et les choses qui nous entourent. Les attitudes sont des supports comportementaux acquis au cours de la socialisation et des expériences de la vie. Une attitude fait partie du système cognitif-affectif. En cela, elle intervient sur la perception, et donc sur la vision que l'on a du monde. Les attitudes sont des dispositions socialement acquises, en relation avec le système de valeurs qui sert de référence [10].

a) Triangulation : fondement de la démarche

Pour répondre au besoin de convergence du construit théorique aux valeurs socioculturelles des usagers et des professionnels concernés, la triangulation a été le fil conducteur de notre démarche méthodologique. Tout au long du processus de développement de l'outil, l'équipe a eu, en permanence, cette exigence à l'esprit dans les choix méthodologiques à faire.

Le terme de triangulation vient de la technique utilisée par les navigateurs et les bâtsisseurs pour déterminer une position à partir de trois points. En recherche, la triangulation signifie que plusieurs sources de données, analyses doivent être utilisées par différents enquêteurs et analystes pour étudier un phénomène particulier.

C'est une stratégie de recherche dans laquelle les chercheurs superposent et combinent plusieurs méthodes de recueil et d'analyse des données pour compenser les biais inhérents à chacune d'entre elles. Elle a également trait à la position des analystes qui construisent des significations à partir de données qualitatives. Elle permet d'objectiver les pistes d'interprétation en faisant appel aux procédures de contrôle [10].

La validation par triangulation s'appuie sur le postulat que plus il y a de données similaires pour un même fait, plus l'interprétation sera riche et plus on pourra être confiant dans les résultats. Elle permet de vérifier la stabilité des résultats qualitatifs, de les corroborer par recoupement et par comparaison [13]. Elle permet de garantir une cohérence et une adéquation du construit théorique, ici les items de l'échelle, aux concepts à explorer, ici les attitudes professionnelles.

b) Recueil des discours par huit enquêteurs

– *Enquête auprès des usagers* : Nous avons tiré au sort quarante personnes consultantes d'un centre de médecine préventive (CMP) de la région Lorraine lors de leur venue à un bilan de santé et ayant accepté de participer à l'enquête. Cette population *a priori* non malade représente des usagers du système de santé français.

Avec ces personnes, trois enquêteurs ont mené vingt-cinq entretiens individuels et quatre collectifs réunissant quinze personnes.

– *Enquête auprès des médecins généralistes (MG)* : À partir de la liste de l'annuaire téléphonique, nous avons tiré au sort vingt et un prescripteurs de Lorraine exerçant en libéral et acceptant de participer à des entretiens individuels. Les femmes médecins ont été plus nombreuses à refuser de participer à l'enquête alors que l'entretien était rémunéré le prix d'une consultation.

– *Enquête auprès des pharmaciens d'officine (PO)* : Selon la même méthode que précédemment, vingt-deux pharmaciens ont accepté de participer à des entretiens individuels.

Tous ces entretiens menés par deux équipes de trois enquêteurs ont été réalisés sur les lieux d'exercice professionnel à l'aide d'un guide semi-directif.

c) Elaboration du construit théorique et validité qualitative

Elle a été menée en quatre phases :

– *Analyse qualitative des discours et extraction des verbatim*. Deux analyses de contenu ont été initiées sur l'ensemble des retranscriptions par quatre analystes travaillant en binôme. Séparément, chaque équipe a extrait les *verbatim* (transcription d'un segment de discours) associés au suivi des traitements et les a regroupés pour former des catégories de *verbatim*.

– *Catégorisation des verbatim et construction des items candidats*. Pour chaque catégorie, nous avons construit un item de synthèse (sujet - verbe - complément) représentant l'idée-maitresse c'est-à-dire l'attitude.

– *Sélection, construction des items génériques et procédure de contrôle*. A partir des items candidats, la formulation des items génériques représentant les attitudes professionnelles des MG et des PO a été discutée avec les analystes. Les ambiguïtés ont été résolues selon le principe du consensus. Une procédure de contrôle a été menée sur l'ensemble du travail par deux analystes venant de chaque binôme.

– *Procédure de validité qualitative et labellisation des fonctions*. Nous avons soumis la liste des items candidats et des items génériques à la validation qualitative des experts (deux pharmaciens, deux médecins et deux sociologues). Ils ont statué sur le vocabulaire des items génériques et leur place dans le questionnaire de validation. Les experts ont classé puis défini les fonctions remplies par les attitudes professionnelles et les ont labellisées.

2. Étape de validation statistique des échelles APMG et APPo

Lors de cette deuxième étape, nous avons analysé, en population générale, les propriétés métriques de ces deux échelles.

Un questionnaire auto-administré (en annexe) comportant les APMG (quinze items), des APPo (neuf items) et deux items mesurant le comportement observant déclaré a été administré à 393 usagers lorrains recrutés dans un CMP.

a) Validité de structure ou validité du construit

Elle comprend la cohérence interne du questionnaire et reflète l'homogénéité de l'échelle c'est-à-dire celle existant entre les items et leur appartenance à un même domaine. Ce jugement peut être

établi par l'étude de la structure factorielle de l'échelle reposant sur l'utilisation des méthodes d'analyses multivariées descriptives dont l'une des plus utilisées est le calcul du coefficient alpha de Cronbach.

Le coefficient alpha de Cronbach intègre le fait que la fiabilité des x items est meilleure que celle d'un seul item. Il mesure la part de la covariance (liaison) entre items par rapport à la variance totale des observations au sein d'une même dimension. Le coefficient varie entre 0 et 1. Il est maximum lorsque la variabilité du score total est entièrement due à la covariance entre items. Dans le domaine des sciences sociales, on admet un coefficient de Cronbach supérieur à 0,7 comme étant satisfaisant. Lors de l'élaboration d'une échelle, tout item n'ayant pas un coefficient de Cronbach cohérent avec le reste des items de l'échelle doit être rejeté. Car le but est de conserver le moins d'items possible afin d'obtenir le coefficient le meilleur possible. Ce rejet permet d'améliorer la consistance interne de l'instrument et de fait, sa fiabilité [7, 9, 11, 12].

b) Fidélité d'une échelle (ou reproductibilité)

Il s'agit de la qualité d'une échelle donnant des scores identiques ou très proches lorsque les situations expérimentales varient (test-retest, inter ou intra-observateurs) [7, 9, 11, 12]. La fidélité s'approche par la méthode du coefficient de corrélation intra-classe (CCIC), chez un même individu à deux moments différents, dans la mesure où son état est stable. Cette propriété est appréciée par le coefficient de corrélation entre deux notes successives obtenues au test (corrélation test-retest) [9]. Nous avons exploré la structure interne du questionnaire et la reproductibilité à quinze jours d'intervalle.

c) Variables du questionnaire

– *Le score des attitudes professionnelles des MG et des PO* a été calculé par addition des valeurs obtenues aux items puis standardisé de 0 à 100 (100 = professionnel ayant toujours des attitudes encourageant le suivi des traitements).

– *Le comportement observant* a été apprécié par deux questions validées, issues de la littérature [14] sous la forme d'une auto-évaluation sur l'ensemble des prescriptions du patient :

- « Je prends mes médicaments au moment recommandé par le médecin ».

- « Je respecte les doses prescrites par le médecin ».

Pour chacune des deux questions, dix modalités de réponses, allant de jamais à toujours, étaient proposées. Les personnes qui répondait « toujours » aux deux questions étaient qualifiées d'observants, toutes les autres constituaient le groupe des non-observants.

RÉSULTATS

1. Étape de construction et validation qualitative des échelles

a) Caractéristiques socio-démographiques des trois populations interrogées

Quarante usagers ont participé aux entretiens. Il s'agissait de vingt-quatre femmes et seize hommes âgés de 25 à 60 ans répartis entre les entretiens individuels (seize femmes ; neuf hommes) et les entretiens collectifs (huit femmes et sept hommes). L'âge moyen des consultants était de 46 ans (entretiens individuels = 47 ans ; entretiens collectifs = 44 ans).

Vingt-deux habitaient en Meurthe-et-Moselle, dix-huit dans les Vosges dont quinze en milieu urbain, dix en milieu semi-urbain, quinze en milieu rural. La plupart des consultants vivaient en couple ou en famille (36 sur 40).

Vingt-cinq exerçaient une activité professionnelle, les quinze autres étaient retraités, chômeurs, mères au foyer, ou étudiants. La proportion des ouvriers et des employés était pratiquement équivalente à celle des cadres et des étudiants. On observait également une proportion semblable entre les personnes ayant un niveau d'étude inférieur au bac et celles ayant un niveau d'étude supérieur au bac.

La moitié des participants avaient reçu une ordonnance d'un médecin depuis moins d'un mois (20 sur 40), 23 sur 40 déclaraient suivre un traitement depuis plus de trois mois. Leurs médecins prescripteurs étaient le plus souvent des hommes (30 sur 40) fréquemment âgés de plus de 40 ans (29 sur 40). La majorité des enquêtés allait régulièrement chez le même pharmacien. Les propriétaires des officines fréquentées étaient pour 25 sur 40 des hommes, ayant plus de 40 ans pour 26 sur 32 (huit personnes n'ont pas attribué un âge à leur pharmacien).

Vingt et un médecins ont accepté de participer aux entretiens individuels, dix-neuf hommes et deux femmes, ayant 50 ans (minimum 30 ans ; maximum 67 ans) d'âge moyen. Parmi les médecins, douze exerçaient en milieu urbain, cinq en milieu semi-rural et quatre en milieu rural. Tous étaient médecins généralistes libéraux exerçant en secteur 1, installés en moyenne depuis vingt et un ans, prescripteurs depuis en moyenne vingt-deux ans (minimum cinq ans ; maximum quarante ans). Onze travaillaient en cabinet de groupe, dix en cabinet individuel. Ils réalisaient en moyenne 24,5 actes par jour (15 minimum ; 40 maximum). Pour certains, leur activité libérale était combinée à une autre activité professionnelle : cinq en CMP, trois dans les services de protection maternelle et infantile, en milieu hospitalier, dans l'humanitaire, à l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Parmi les médecins, trois étaient des médecins référents et deux sur trois participaient à

un réseau. Six pratiquaient la mésothérapie, quatre l'homéopathie et un l'acupuncture.

Tous considéraient comme « très important » leur rôle par rapport au bon usage du médicament. Un sur deux estimait ce rôle également « très important » pour le pharmacien, onze le jugeaient important. Parmi eux, treize déclaraient être « satisfaits », deux « très satisfaits » de leur exercice professionnel alors que quatre s'estimaient « peu satisfaits » et deux « pas du tout satisfaits ».

Vingt-deux pharmaciens ont participé aux entretiens individuels, douze femmes et dix hommes dont l'âge moyen était de 42,5 ans (29 ans ; 65 ans). La moitié d'entre eux étaient installés en ville, et l'autre moitié en zone rurale ou semi-rurale. Les officines employaient de 1,3 à six pharmaciens en équivalent temps plein, la moyenne se situant à 2,6. Les pharmaciens exerçaient leur métier depuis, en moyenne, seize ans (trois ans ; trente-neuf ans). Parmi eux, dix-huit étaient spécialisés en orthopédie, neuf en phytothérapie, neuf en homéopathie et douze en maintien à domicile.

Vingt et un estimaient « très important » leur rôle par rapport au bon usage du médicament, un le jugeait « important ». Seize le jugeaient également « très important » pour le médecin, cinq « important », un le jugeait « limité, par rapport au temps consacré pour son diagnostic ». Parmi eux, cinq étaient « très satisfaits » de leur activité professionnelle, quinze étaient « plutôt satisfaits », deux étaient « peu satisfaits ».

b) Fonctions remplies par les attitudes des médecins et des pharmaciens

Les attitudes professionnelles retenues étaient au nombre de quinze pour les MG et de neuf pour les PO (tableau I). Elles étaient associées à trois fonctions :

- fonction d'information sur les effets secondaires des médicaments, les traitements (quatre items pour les MG et trois pour les PO) ;
- fonction de communication avec un temps pour l'écoute et les questions du patient à l'égard de son traitement (six items pour les MG et quatre pour les PO) ;
- fonction d'éducation favorisant les échanges de savoirs motivant l'adhésion du patient au traitement; l'adhésion étant considérée alors comme une approbation réfléchie, un accord (cinq items pour les MG et deux pour les PO).

Ces fonctions étaient communes au médecin généraliste et au pharmacien d'officine tout en présentant des spécificités portant :

- pour les médecins, sur la légitimité des ajustements à produire entre normes médicales et valeurs des usagers,
- pour les pharmaciens, sur la reconnaissance de leur pouvoir scientifique.

2. Étape de validation statistique des échelles

a) Caractéristiques sociodémographiques et sanitaires de la population de l'étude

La moyenne d'âge des 393 personnes incluses était 46,8 ans (± 14). Leurs caractéristiques sont les suivantes :

- sexe-ratio hommes/femmes = 1,02 ;
- situation familiale : vivait seul 15,5 % ; ne vivait pas seul 84,5 % ;
- situation professionnelle : actif 56,8 % ; non actif 43,2 % ;
- niveau d'étude le plus élevé : inférieur au baccalauréat 48,5 % ; égal et supérieur au baccalauréat 51,5 % ;
- catégorie socioprofessionnelle : cadres et professions intellectuelles supérieures 24,6 % ; professions intermédiaires 28 % ; employé(e)s 22 % ; ouvriers 25,4 % ;
- santé perçue : mauvaise ou très mauvaise 5,3 % ; bonne 61,4 % ; très bonne ou excellente 33,3 % ;
- prise d'un traitement : non 53,3 % ; oui, depuis moins de six mois inclus 9,2 % ; oui, depuis plus de 6 mois 37,5 % ;
- nombre de consultations chez un généraliste au cours des trois derniers mois : aucune 25,8 % ; une consultation 39,1 % ; deux consultations et plus 35,1 % ;
- nombre de consultations chez un spécialiste au cours des trois derniers mois : aucune 50,3 % ; une consultation 35,8 % ; deux consultations et plus 13,9 %.

Le taux d'observance déclarée représentait 44,9 %. Les personnes de plus de 50 ans étaient proportionnellement plus nombreuses à déclarer un comportement observant (respectivement 55,8 % vs 37,2 %; $p = 0,0003$). Aucune autre différence significative n'a été observée entre les observants (44,9 %) et les non-observants (55,1 %) en ce qui concerne les caractéristiques sanitaires et sociales précitées.

b) Validité et reproductibilité des échelles APMG et APPO

Les analyses des échelles des APMG et des APPO ont donné les résultats suivants :

- coefficient alpha de Cronbach : respectivement 0,91 et 0,87 ;
- coefficient de corrélation intra-classe : respectivement 0,74 et 0,72.

DISCUSSION

Les échelles des APMG et des APPO forment deux échelles unidimensionnelles. Les analyses ont montré une cohérence interne élevée ainsi qu'une reproductibilité correcte.

Tableau I
Classement par les experts des attitudes professionnelles des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine, selon leurs fonctions.

Attitudes associées à la fonction d'information	
<p><i>Mon médecin</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ m'informe sur les effets secondaires des médicaments ⇒ explique les choses avec des mots simples ⇒ me propose de nouveaux traitements ⇒ me donne des conseils de prévention les médicaments (alimentation, activité physique, etc.) 	<p><i>Mon pharmacien</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ me propose de changer mon médicament pour un générique ⇒ a les compétences pour répondre à un problème sur le médicament ⇒ écrit sur les boîtes les doses et quand prendre
Attitudes associées à la fonction de communication	
<p><i>Mon médecin</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ prend le temps de m'écouter ⇒ tient compte de mes préférences pour la prescription (cachet, gouttes, etc.) ⇒ me donne l'impression qu'il me respecte ⇒ parle avec moi des difficultés que j'ai à suivre le traitement ⇒ me laisse poser mes questions ⇒ me donne l'impression de connaître son métier 	<p><i>Mon pharmacien</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ prend le temps de m'écouter ⇒ contrôle la prescription de mes médicaments ⇒ contacte mon médecin en cas de problème ⇒ renouvelle les médicaments avant d'avoir l'ordonnance
Attitudes associées à la fonction d'éducation	
<p><i>Mon médecin</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ fait le nécessaire pour gagner ma confiance ⇒ m'explique à quoi sert le traitement ⇒ insiste sur les médicaments importants ⇒ écrit lisiblement l'ordonnance ⇒ me motive pour suivre mon traitement 	<p><i>Mon pharmacien</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ me donne des conseils de prévention (alimentation, activités, etc.) ⇒ me motive pour suivre mon traitement

Les attitudes professionnelles mises à jour interviennent dans le processus décisionnel des usagers vis-à-vis de l'observance thérapeutique. Elles témoignent de la qualité de la relation interpersonnelle médecin-usager et pharmacien-usager.

1. Limites de l'étude

Les principales limites de ce travail sont liées au mode de recrutement des échantillons et à la mesure du comportement observant.

Premièrement, les échantillons interrogés étaient composés d'assurés sociaux du régime général (les ressortissants du régime agricole sont exclus) se rendant volontairement au CMP. La population dont ils sont issus représentent environ 5 % de l'ensemble des assurés sociaux. Les tableaux de bord de la santé des Lorrains réalisés par le CMP ont montré qu'un redressement de l'échantillon sur les critères d'âge et de répartition par catégories socio-professionnelles ne modifiait pas de façon nette les résultats. Le CMP a donc aujourd'hui abandonné ces ajustements et considère la population de consultants comme assez proche de la population

générale. Il faut cependant souligner que ces volontaires ayant accepté de participer à l'étude sont de fait plus attentifs que les autres à leur santé et ne peuvent dès lors être représentatifs de la population française.

Lors de l'étape qualitative, la proportion de personnes prenant un traitement de longue durée était de 58 %. Ce chiffre élevé ne remet pas en cause le processus de validation des deux échelles obtenues à l'étape quantitative. Lors de cette dernière, la proportion des personnes suivant un traitement de plus de six mois était de 37,5 %. Notre taux élevé était donc probablement inhérent à l'âge des consultants interrogés. Le CMP ne collectant pas cette donnée, nous n'avons pas de point de comparaison avec l'ensemble de la population des consultants.

Deuxièmement, mesurer le comportement observant demeure une opération complexe et délicate. La diversité des méthodes de mesure représente le principal obstacle des recherches sur l'observance. Chacune d'entre elles possède des intérêts, mais aussi des limites tant dans son utilisation que dans

son interprétation, et influe sur la fiabilité des résultats obtenus [15]. La méthode indirecte retenue dans notre étude, « l'auto-évaluation des sujets », est actuellement la plus utilisée. Elle est présentée dans la littérature comme une méthode simple et fiable pour mesurer l'observance, et sa mise en œuvre est peu onéreuse. Elle expose au risque de surestimer le comportement observant, soit parce que les personnes interrogées veulent faire plaisir à l'investigateur, soit parce qu'elles veulent éviter sa réprobation [16]. Dans l'échantillon servant à la validation des deux échelles, nous avons observé que 44,9 % des personnes déclaraient avoir un comportement observant.

2. Implications de nos résultats

Les fonctions d'information, de communication, d'éducation thérapeutique et préventive sont communes aux MG et aux PO, tout en faisant appel pour les exercer à des attitudes professionnelles spécifiques. Ce qui légitime l'intervention de chacun des professionnels, les compétences nécessaires à l'exercice de leur métier et la symbolique de leur pouvoir professionnel. Les compétences mises à jour représentent les critères de qualité de la relation interpersonnelle médecin-usager et pharmacien-usager [17]. Les usagers européens ont des revendications renforçant ces conclusions puisqu'ils veulent se sentir libres d'exprimer ce qu'ils ressentent, être bien renseignés sur leur maladie et bénéficier de conseils en matière de prévention [18]. Encore faut-il savoir développer ces compétences car il ne s'agit pas seulement d'apprendre à écouter, mais aussi d'apprendre à interroger, à expliquer et surtout à se faire comprendre [19].

Les propriétés métriques de l'échelle des APMG et de celle des APPO étant satisfaisantes, il est légitime de les utiliser comme outil d'aide :

- à la formation, pour développer les pratiques professionnelles des MG et des PO en fonction des attentes des patients à l'égard des nouvelles relations professionnels-usagers ;
- à la décision, pour réajuster les coûts des prestations des professionnels de santé aux besoins des usagers ;
- à l'évaluation, pour évaluer les compétences et la communication des MG et des PO dans leurs relations interpersonnelles avec les usagers.

Nos résultats ont des implications pour la recherche, la clinique et la promotion de la santé, en direction :

- *Des chercheurs* : car ces échelles des APMG et des APPO pourraient être utilisées dans des études sur l'observance thérapeutique. Elles permettraient de confirmer que les attitudes des professionnels, évaluées par des malades chroniques atteints par

exemple d'hypertension, sont des déterminants majeurs dans le suivi des traitements. Ces instruments pourraient servir d'outil d'aide à l'évaluation d'efficacité de programmes de prévention et à l'évaluation professionnelle des performances des pratiques [8] tant en médecine générale qu'en pharmacie d'officine.

– *Des patients, des usagers* : car toute éducation thérapeutique (information-communication-éducation) ne peut être acceptée que si elle s'appuie sur des éléments de confiance et de respect mutuels. Ce n'est qu'une fois ces pré-requis posés [20] qu'il devient réaliste d'insister sur les effets secondaires d'une médication mal suivie et sur l'utilité du respect des recommandations médicales [21].

– *Des praticiens* : car tous les programmes de formation médicale devraient s'appuyer sur une connaissance des savoirs populaires pour mieux prendre en compte les différences de comportements liées à l'âge [22], afin de mieux percevoir la nécessité de répondre aux demandes spécifiques d'information [23]. La réussite serait que les médecins puissent grâce à un meilleur dialogue décoder les attentes des usagers, mais aussi qu'ils sachent les accepter [24] comme des « besoins de génération ».

– *Des étudiants en médecine* : pendant leurs années d'études, ils pourraient être mieux formés à la relation médecin-patient, ce qui produirait une meilleure qualité de la communication et donc de la prise en charge de l'observance [25]. Dans leur formation, l'éducation thérapeutique et les conseils à apporter aux patients sont de plus en plus les moments forts de la consultation [26].

– *Des pharmaciens* : car si les patients pratiquent une autogestion de leur maladie, il est important grâce au dialogue de déceler de quel médicament ils se sont allégiés, comment y faire face et transmettre l'information au médecin [27] ; une communication plus étroite est à développer à l'avenir entre ces partenaires clés du système de santé de proximité.

– *Des responsables de prévention* : car tous les programmes, comme ceux en faveur d'une utilisation optimale des médicaments prescrits, de lutte contre la surconsommation, devraient davantage analyser les contextes d'intervention, explorer les logiques qui sous-tendent les comportements des populations afin de mieux s'appuyer sur les rôles complémentaires et interactifs que peuvent exercer les professionnels sur le processus décisionnel d'adhésion à la prévention des usagers.

La compréhension de l'attente de l'usager du système de santé devient une connaissance incontournable pour mener une réflexion sur de nouvelles stratégies d'interventions par les professionnels responsables de programmes de promotion de la santé. Menés en parallèle, ces programmes pourraient optimiser leur efficacité [28]. Conjuguer les normes

des professionnels de santé et les attentes des patients paraît indispensable si l'on souhaite une amélioration de la qualité de soins et une diminution de l'ampleur du phénomène de non-observance.

Le travail pluridisciplinaire mené autour de la validité qualitative a permis de positionner les dimensions des fonctions contenues dans une relation professionnelle médecin-usager et pharmacien-usager intervenant dans l'observance thérapeutique, et indirectement sur la satisfaction de la prise en charge des soins, par rapport au contexte socio-culturel et aux priorités actuelles.

Aussi nous souhaiterions rappeler à toutes les équipes désireuses d'utiliser les échelles APMG et APPO, et ceci en particulier dans le cadre de l'évaluation des performances des compétences professionnelles, qu'elles doivent avant tout tester la cohérence et l'adéquation du construit théorique des échelles aux normes des professionnels de santé concernés.

Si on accepte le principe que la prise en compte des attentes des usagers du système de santé est un levier de la politique d'amélioration de la qualité des soins, il est légitime de demander aux professionnels de changer leurs attitudes, si besoin, qu'à la condition que les évaluations de ces attitudes soient faites avec des outils pertinents. Dans le cas contraire, la mesure peut, à l'encontre du but recherché, conduire à prendre des décisions erronées.

Ceci renvoie à l'impérieuse nécessité, pour toute équipe utilisatrice de ces échelles, de déterminer collégialement, en préalable au choix des dimensions du concept à mesurer, le pourquoi de la mesure de ces dimensions en particulier. Il est inutile d'attendre une réponse d'un outil s'il n'a pas été conçu pour répondre à la question posée. La réflexion sur le choix de l'outil doit intervenir en amont de la mesure, et non en aval. Cette démarche n'est malheureusement quasiment jamais réalisée. Une démarche faisant l'économie de cette étape expose au risque de s'enliser dans la problématique des moyens, au détriment de celle des fins.

Un instrument qui touche aux attitudes représente un ensemble de références culturelles, sociales, inscrites dans un contexte historique et politique. Sans processus de vérification du contenu de l'outil aux valeurs des usagers, rien ne permet de dire s'il mesure réellement le concept qu'il prétend étudier. On comprend aisément le souci actuel des institutions des différents pays, européens entre autres, de pouvoir disposer d'échelles standardisées pour :

- comparer le niveau d'observance et de satisfaction des usagers,
- évaluer l'effet des modifications sur les compétences des professionnels [20].

Mais l'enjeu est fondamentalement d'une autre nature. Disposer d'outils permettant de faire évoluer les pratiques professionnelles n'est possible que si l'outil fait référence aux attentes des usagers et à celles des professionnels. C'est à cette condition que l'évaluation peut être un levier de la politique d'amélioration de la qualité des soins ; politique ancrée sur une véritable réalité sociale et culturelle.

Une équipe qui souhaite mesurer les compétences professionnelles est donc confrontée à l'alternative suivante :

- soit elle prend un outil existant « tel quel », se contentant d'une éventuelle traduction et d'une validation statistique. Ceci a l'avantage d'accélérer la démarche de mesure du phénomène (pas de construction, ni de validation à faire) et de pouvoir comparer les résultats obtenus à ceux d'autres sites, sans garantie toutefois de leur pertinence ;
- soit elle s'assure que le contenu de l'outil correspond à la définition donnée par les usagers et les professionnels impliqués. Ceci a l'inconvénient d'être plus long, mais l'avantage de garantir une concordance aux valeurs culturelles et au contexte social.

L'utilisation d'outils non contrôlés pose en effet un paradoxe sur les plans :

- *éthique*, ils risquent d'imposer tant aux équipes évaluées qu'aux usagers évaluateurs et institutionnels décideurs, des normes non négociées ;
- *technique*, ils risquent de faire évoluer les pratiques professionnelles et les conduites sur la base de références inadaptées aux attentes et aux demandes des usagers comme des professionnels concernés.

Membres du comité d'experts et collaborateurs :

Société française de santé publique : Cécile Lothon-Dermeliac (sociologue de la santé, chef de projet) ;

Centre de médecine préventive : Marie-Thérèse Galteau (professeur en pharmacie) ;

Ecole de santé publique équipe d'accueil 3444 – Faculté de médecine : Jean-François Collin (maître de conférences en pharmacie) ;

Analystes : Marie-Emmanuelle Amara, Michèle Baumann, Cécile Lothon-Dermeliac, Laurence Manache ;

Enquêteurs : Michèle Baumann, Cédric Baumann, Elise Deflou-Caron, Anne Laurent, Cécile Lothon-Dermeliac, Laurence Manache, Karine Per, Benoît Worm ;

Conseillers techniques : Francis Guillemin (professeur d'épidémiologie et santé publique), Etienne Le Bihan (biostatisticien).

RÉFÉRENCES

1. Barry CA, Bradley CP, Britten N, Stevenson FA, Barber N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ* 2000;320:1246-50.
2. Britten N, Stevenson FA, Barry CA, Barber N, Bradley CP. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *BMJ* 2000;320:484-8.
3. Kravitz RL. Measuring patients' expectations and requests. *Ann Intern Med* 2001;134:881-8.
4. Gorter S, Scherpbier A, Brauer J et al. Doctor-patient interaction: standardized patients' reflections from inside the rheumatological office. *J Rheumatol* 2002;29:1496-500.
5. Information des patients. Recommandations destinées aux médecins. Paris : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Mars 2000:6-8. (www.anaes.fr)
6. Dufin-Spriet T, Garat-Chabot C, Wierer P, Luyckx M. Le pharmacien et l'observance : aller au-delà de la dispensation pour une prise en charge pharmaceutique. *Act Pharma* 2002;412:57-60.
7. Etter JF, Bergman MM, Humair JP, Perneger TV. Development and validation of a scale measuring self-efficacy of current and former smokers. *Addiction* 2000;95(6):901-13.
8. Baumann M, Collin JF. Evaluation des performances professionnelles des actions de santé locales. *Alinéa revue Sciences Sociales et Humaines* 2003;14:213-27.
9. Etter JF, Humair JP, Bergman MM, Perneger TV. a. Development and validation of the Attitudes Towards Smoking Scale (ATS-18). *Addiction* 2000;95:613-25.
10. Mucchielli A, editor. Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales. Paris : Masson et Armand Colin (collection U) ; 1996. p. 19-20.
11. Fermanian J. Evaluer correctement la validité d'une échelle : les nombreux pièges à éviter. *Rev Epidemiol Santé Publique* 1996;44:278-86.
12. Shore TH, Tashchian A, Adams J. Development and validation of a scale measuring attitudes towards smoking. *J Soc Psychol* 2000;140:615-23.
13. Denzin NK. The research act: A theoretical introduction to sociological method. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 1978.
14. Viller F, Guillemin F, Briancon S, Moura T, Suurmeijer T, van den Heuvel W. Compliance to drug treatment of patients with rheumatoid arthritis: a 3 years longitudinal study. *J Rheumatol* 1999;26:2114-22.
15. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther* 2001;26:331-42.
16. Stewart M. The validity of an interview to assess a patient's drug taking. *Am J Prev Med* 1987;3:95-100.
17. Baumann M, Manache L. Interactions des rôles médecins et pharmaciens dans la mise en place et le suivi des traitements. XVII^e Congrès international de l'Association internationale des sociologues de langue française (AISLF) - GR 13 « Sociologie de la santé ». Tours 5 -9 juillet 2004 (communication orale). Livre des résumés 2004:205.
18. Grol R, Wensing M, Mainz J et al. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP). *Fam Pract* 1999;16:4-11.
19. Sleath B, Roter D, Cheavning B, Svarstad B. Asking questions about medication: analysis of physician-patient interactions and physician perceptions. *Med Care* 1999;37:1169-73.
20. Baumann M, Amara ME, Benalloul E, Chambonet JY, Euler-Ziegler L, Guillemain F. La satisfaction des usagers à l'égard de leur praticien : de la coopération vers l'engagement mutuel. In: Cresson G, Druhle M, Schweyer FX, editor. *Conflits, concurrences et coopérations dans le système de santé. Ecole Nationale de la Santé Publique*, Rennes : ENSP (coll. Recherche Santé Social) ; 2003. p. 207-19.
21. Postlethwaite RJ, Lewis MA, Webb NJ, Eminson DM. Doctors as well as patients need education to ensure adherence to treatment regimens. *BMJ* 1997;314:755.
22. Lassleben M, Cullen MJ, Wilson AJ. Compliance by collaboration: effectively addressing problems of treatment adherence. *Aust Fam Physician* 1999;28:850-3.
23. Roter DL, Hall JA, Merisca R, Nordstrom B, Cretin D, Svarstad B. Effectiveness of interventions to improve patient compliance: a meta-analysis. *Med Care* 1998;36:1138-61.
24. Cockerham WC. *Medical Sociology*. Prentice Hall, Upper River, New Jersey; 2003. p. 171-7.
25. Baumann M, Baumann C, Alla F. Consommation de psychotropes et non-observance : implication thérapeutique mutuelle patient et médecin généraliste. *La Presse Méd* 2004;33:445-8.
26. Gagnayre R, Traynard PY. Rôle du médecin généraliste éducateur. *Impact Médecin hebdo* 1998;404:6-7.
27. Champaloux B. Médecins, pharmaciens, patients : leurs points de vue sur le suivi des traitements. *La Santé de l'Homme* 2000;347:39-40.
28. Joos SK, Hickam DH, Gordon GH, Baker LH. Effects of a physician communication intervention on patient care outcomes. *J Gen Intern Med* 1996;11:147-55.

Annexe : Extrait du questionnaire auto-administré

ATTITUDES PROFESSIONNELLES DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Voici une série de phrases sur les attitudes de votre médecin. Merci de cocher pour chacune des phrases suivantes *la case*, parmi les 10 proposées, qui correspond le mieux à ce que vous vivez, entre « jamais » et « toujours ». Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

	jamais	<input type="checkbox"/>	toujours										
1 - mon médecin prend le temps de m'écouter	jamais	<input type="checkbox"/>	toujours										
2 - mon médecin fait le nécessaire pour gagner ma confiance	jamais	<input type="checkbox"/>	toujours										
3 - mon médecin m'explique à quoi sert le traitement	jamais	<input type="checkbox"/>	toujours										
4 - mon médecin tient compte de mes préférences pour la prescription (cachets, gouttes, etc.)	jamais	<input type="checkbox"/>	toujours										
5 - mon médecin me donne l'impression qu'il me respecte	jamais	<input type="checkbox"/>	toujours										
6 - mon médecin m'informe sur les effets secondaires des médicaments	jamais	<input type="checkbox"/>	toujours										
7 - mon médecin insiste sur les médicaments importants	jamais	<input type="checkbox"/>	toujours										
8 - mon médecin parle avec moi des difficultés que j'ai à suivre le traitement	jamais	<input type="checkbox"/>	toujours										
9 - mon médecin m'explique les choses avec des mots simples	jamais	<input type="checkbox"/>	toujours										
10 - mon médecin me propose des nouveaux traitements	jamais	<input type="checkbox"/>	toujours										
11 - mon médecin écrit lisiblement l'ordonnance	jamais	<input type="checkbox"/>	toujours										
12 - mon médecin me laisse poser mes questions	jamais	<input type="checkbox"/>	toujours										
13 - mon médecin me motive pour suivre mon traitement	jamais	<input type="checkbox"/>	toujours										
14 - mon médecin me donne des conseils de prévention (alimentation, activité sportive, etc.)	jamais	<input type="checkbox"/>	toujours										
15 - mon médecin me donne l'impression de connaître son métier	jamais	<input type="checkbox"/>	toujours										

ATTITUDES PROFESSIONNELLES DU PHARMACIEN D'OFFICINE

Voici une série de phrases sur les attitudes de votre pharmacien. Merci de cocher pour chacune des phrases suivantes ***la case***, parmi les 10 proposées, qui correspond le mieux à ce que vous vivez, entre « jamais » et « toujours ». Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

	jamais	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	toujours
1 - mon pharmacien prend le temps de m'écouter	jamais	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	toujours
2 - mon pharmacien me propose de changer mon médicament pour un générique	jamais	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	toujours
3 - mon pharmacien contrôle la prescription de mes médicaments	jamais	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	toujours
4 - mon pharmacien contacte mon médecin en cas de problème	jamais	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	toujours
5 - mon pharmacien me donne des conseils de prévention (alimentation, activités, etc.)	jamais	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	toujours
6 - mon pharmacien a les compétences pour répondre à un problème sur le médicament	jamais	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	toujours
7 - mon pharmacien écrit sur les boîtes les doses et quand prendre les médicaments	jamais	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	toujours
8 - mon pharmacien renouvelle les médicaments avant d'avoir l'ordonnance	jamais	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	toujours
9 - mon pharmacien me motive pour suivre mon traitement	jamais	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	toujours