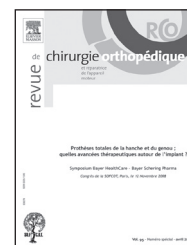




Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



L'observance thérapeutique : Mesurer, comprendre, intervenir

D'après la communication de C. Tourette-Turgis

Université Pierre et Marie Curie, et Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, 34 boulevard de l'hôpital - 75005 Paris

Rédigé par Lorenne Bellamy

Service d'anesthésie et réanimation chirurgicale, Hôpital Cochin, 27, rue du Faubourg Saint-Jacques, 75679 Paris cedex 1

Aujourd'hui près d'un patient sur deux ne suit pas correctement les prescriptions y compris sur une période courte. Pourquoi ? Et quel peut en être le remède, comment enseigner le bon usage du médicament ? Comment accroître l'observance thérapeutique ?

L'observance thérapeutique peut se définir par l'absence d'omission ou de réduction de prise d'un médicament pendant une période donnée, en général la semaine précédente. C'est un comportement selon lequel la personne prend son traitement médicamenteux avec l'assiduité et la régularité optimales, selon les conditions prescrites et expliquées par le médecin [1].

Elle peut aussi revêtir une définition socio-comportementale qui est le fait d'accomplir une ou plusieurs actions, simultanées ou successives, contextuelles ou non, sur un temps défini ou non.

Il existe de nombreuses idées reçues sur l'observance des patients disant par exemple que l'observance dépendrait des patients, de leur motivation exclusivement, de leur personnalité, de leur insertion socio-professionnelle... ou qu'un patient non observant serait suicidaire ou dépressif.

En réponse à cela, de nombreux professionnels de santé estiment ne pas avoir le temps d'éduquer en consultation les patients. Certains utilisent alors différents leviers comportementaux comme la peur ou la culpabilité sans parvenir à augmenter l'observance de leurs traitements [2].

L'observance thérapeutique : Mesurer

Il existe de nombreuses méthodes directes et indirectes qui permettent d'évaluer l'observance à un traitement : mesures biologiques, comptage des comprimés, remplissage de questionnaire, vérification des renouvellements d'ordonnances, l'utilisation de piluliers électroniques, l'observation directe de la prise des comprimés, mesure du stade de la progression de la maladie... Mais pour mesurer et étudier l'observance il faut deux outils combinés : un marqueur bio-clinique et un marqueur comportemental.

L'observance est variable selon les patients mais pas seulement, elle fluctue également dans le temps et selon

Tableau 1 Pourcentage de patients observants selon la pathologie.

Pathologie	Pourcentage de patients observants (%)
Hypertension [3]	51
Dépression [3]	40 à 70
HIV/AIDS [3]	37 à 83
Diabète [4]	31
Asthme (enfants et adolescents) [5]	30 à 58
Post transplantation rénale à 1 an [6]	48

* Correspondance.

Adresse e-mail : lorennb@yahoo.fr

les modalités d'administration en particulier le rythme de prise imposé. Il est cependant intéressant de noter c'est que la non observance est universelle quelque soit la pathologie incriminée (Tableau 1).

Dans chaque pathologie, l'observance décroît systématiquement après environ 6 mois de traitement. Par exemple, dans les maladies cardio-vasculaires où 4 médicaments de base sont prescrits seulement 54 % des patients prennent ces 4 traitements après un an [6]. Autre exemple dans la post-transplantation rénale où une étude a montré que l'observance des médicaments immunosuppresseurs décroît au bout de 9 mois pour atteindre 48 % à un an [7].

La résultante de la non-observance est une augmentation de la morbidité et de la mortalité. Ainsi, aux États-Unis, près de 125 000 décès par an sont imputables à ce phénomène et 10 à 23 % des hospitalisations ou réhospitalisations, pour un coût total évalué à 100 billions de dollars par an [8]. En France, ceci équivaldrait à 25 000 morts par an.

Bien évidemment les objectifs à atteindre et les enjeux sont variables selon le type de thérapeutique considérée. Dans certaines pathologies si la prise des traitements est inférieure à 70 % il est même préférable d'en interrompre la prescription. Toute la problématique va être alors d'être en mesure d'évaluer précisément l'observance thérapeutique. Par exemple dans le VIH, une observance de plus de 95 % est requise or les études concernant l'observance des patients VIH à leurs traitements considéraient les patients comme hautement observant s'ils prenaient leur traitement à hauteur de 80 % [9]. On comprend bien alors pourquoi il est impératif de connaître pour chaque nouveau médicament mis sur le marché le pourcentage minimum de non prise acceptable pour en garantir l'efficacité. On qualifie parfois aujourd'hui ce pourcentage de

taux de « pardonance » au-delà duquel le patient risque de développer un événement aigu, un symptôme voire une résistance au traitement.

L'observance thérapeutique : Comprendre

Les causes de non observance sont le plus souvent communes aux patients quelle que soit leur pathologie et sont résumées en fonction de leur incidence dans la Figure 1.

L'observance est, en général, inversement proportionnelle au nombre de prise quotidienne. En particulier lorsque l'on passe de 4 prises à 3 prises par jour. Probablement, dans cet exemple, parce que la 4^e prise n'est pas dans le « tempo social » (Fig. 2).

La prise d'un médicament est souvent associée à une routine qui peut être mise à mal en cas de changement de rythme de vie : les week-ends, les congés annuels...

En résumé la non observance est liée à 4 types de facteurs : cognitifs, sociaux, comportementaux et émotionnels (Fig. 3).

Mais alors comment améliorer l'observance ?

Pendant longtemps, on a entretenu la « culture du blâme » en considérant que le seul fautif était le patient. Et avec pour seule réponse à lui proposer, la réprimande. Aujourd'hui, les stratégies d'intervention développées doivent être fondées sur 4 grands axes définis par l'OMS [3] : les patients, l'organisation des soins, les médicaments et les professionnels de santé. Le patient n'est plus le seul acteur de son observance.

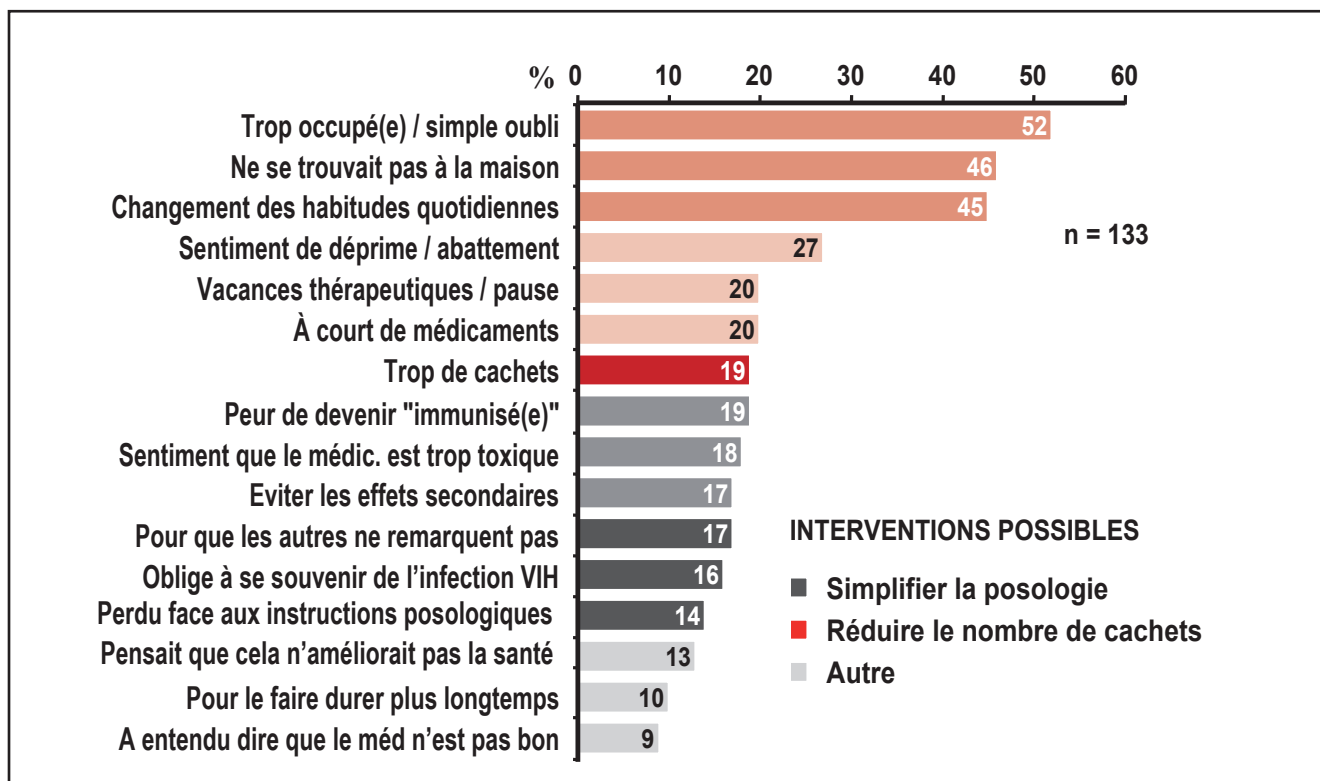


Figure 1. Les causes de non observance exprimées par les patient (e) s (d'après [10]).

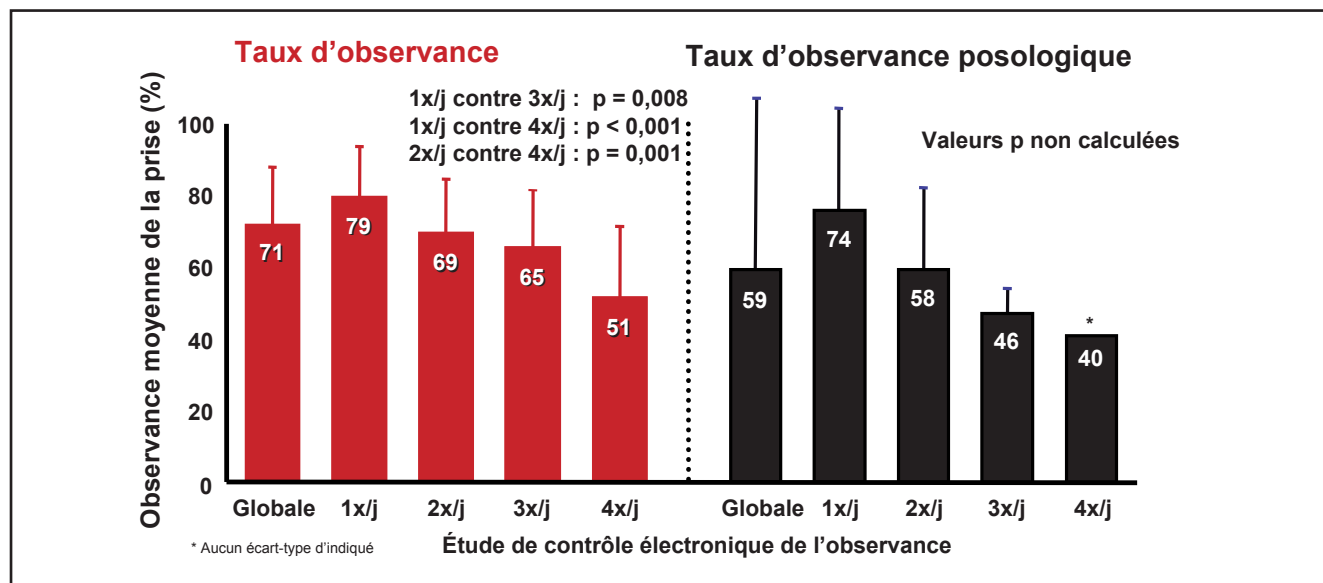


Figure 2 Analyse de 76 études de contrôle électronique de l'observance dans des pathologies chroniques différentes, (d'après [12]).

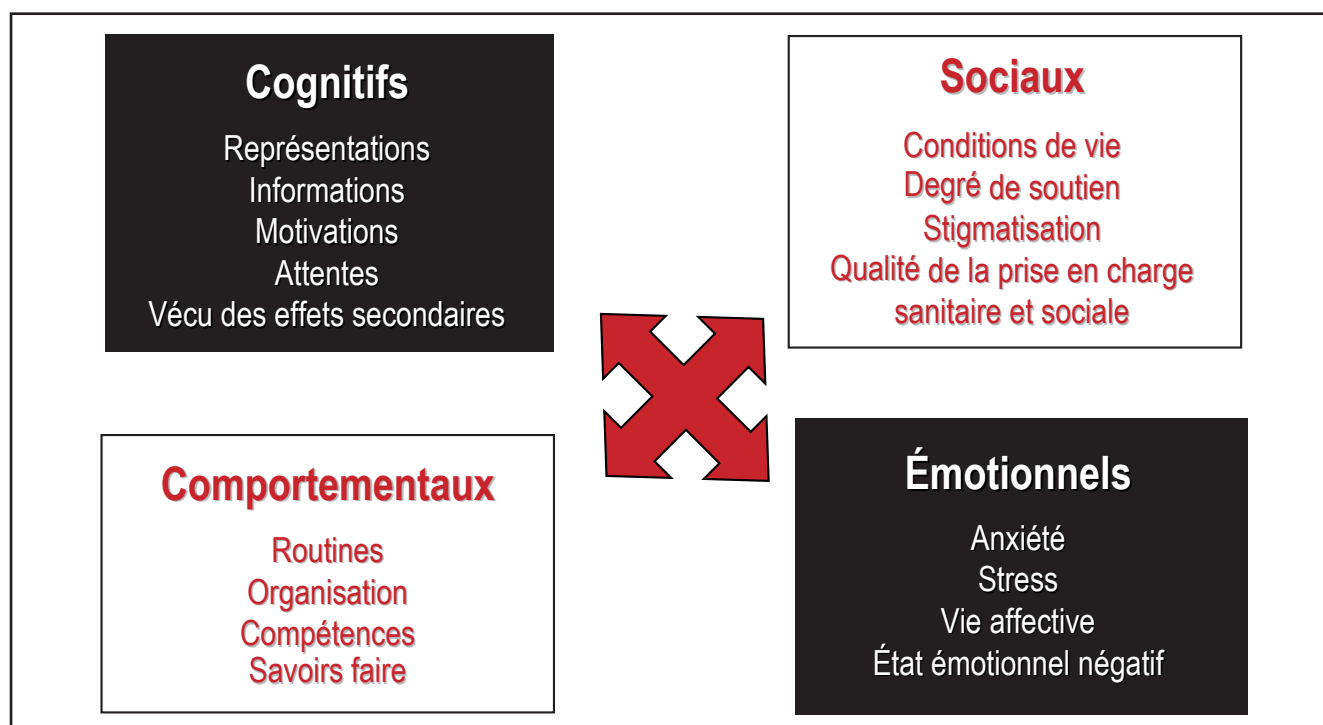


Figure 3. Quatre types de facteurs de risques de non observance (d'après [12,13]).

Les patients doivent être informés selon un mode adapté à leur degré d'alphabétisation médicale via des brochures spécifiques ou encore des programmes d'éducation et de soutien thérapeutique avec des entretiens répétés. Tous les outils d'aide à l'observance doivent être promus (piluliers, timer...).

L'organisation des soins doit tendre vers leur simplification afin de réduire le nombre de perdus de vue en facilitant l'accès au soins en particulier des populations précarisées (sans domicile fixe,...)

Pour en faciliter l'observance les médicaments doivent être faciles à manipuler et à stocker. Ils doivent être prescrits en tenant compte non seulement des co-morbidités mais aussi des traitements associés. Dans l'idéal, les schémas posologiques doivent être basés sur un nombre limité de prise. Les principaux effets indésirables potentiels doivent être connus du patient afin de lui proposer une conduite à tenir en cas de survenue.

Enfin les professionnels de santé doivent être à l'écoute des patients et participer activement à leur éducation avec des outils et autres supports d'intervention mis à leur disposition facilement utilisables dès la consultation. Leur travail doit s'inscrire dans une démarche globale assurée par l'ensemble des acteurs de soins (infirmières, pharmaciens, associations). Il faut savoir souligner les bénéfices des traitements et l'expliquer avec des mots accessibles.

Aujourd'hui on tente de chercher à prédire, en fonction de la mesure de certains critères, la capacité du patient à être observant avant même de débiter un traitement, c'est le concept de « readiness ». Le développement d'outils de préparation aux traitements notamment dans les pathologies chroniques repose sur ce concept. La capacité des patients à être observant repose sur la croyance du patient en l'efficacité de son traitement, l'existence d'une relation de confiance avec son médecin, d'un soutien social approprié, et enfin du sentiment de contrôler sa vie et de réussir à faire des projets d'avenir. En aval de ce travail, plusieurs études tentent aujourd'hui de définir quel est le mode d'éducation le plus efficace pour augmenter l'observance thérapeutique.

L'observance reste avant tout, l'accompagnement d'un patient pas à pas jusqu'à la réussite thérapeutique.

Conflits d'intérêts

L. Bellamy : Essais cliniques : en qualité de co-investigatrice, expérimentatrice non principale, collaboratrice à l'étude (Boehringer Ingheleim).

C. Tourette Turgis : Aucun conflit d'intérêts.

Références

- [1] Rapport Delfraissy, Prise en charge des personnes infectées par le VIH. Paris : Flammarion;2002.
- [2] Tourette-Turgis C, Isnard-Bagnis C, Pereira-Paulo L. L'éducation du patient dans la maladie rénale chronique:le soignant pédagogue. Paris : Comment dire;2009.
- [3] Adherence to long-term therapies - Evidence for action. World Health Organization 2003.
- [4] Donan PT. Compliance: a permanent concern. 9e réunion du Groupe Méditerranéen pour l'Étude du Diabète; Nice 28 avril -1er mai 2005.
- [5] ANAES. Education thérapeutique du patient asthmatique adulte adolescent. Service des recommandations officielles. Juin 2001.
- [6] Kulkarni SP, Alexander KP, Lytle B, Heiss G, Peterson ED. Long-term adherence with cardiovascular drug regimens. *Am Heart J* 2006;151:185-91.
- [7] Chisholm MA, Vollenweider LJ, Mulloy LL, Jagadeesan M, Wynn JJ, Rogers HE, et al. Renal transplant patient compliance with free immunosuppressive medications. *Transplantation* 2000;70:1240-4.
- [8] Young SD, Oppenheimer DM. Different methods of presenting risk information and their influence on medication compliance intentions: results of three studies. *Clin Ther* 2006;28:129-39.
- [9] Dunbar-Jacob J, Mortimer-Stephens MK. Treatment adherence in chronic disease. *J Clin Epidemiol* 2001;54 (Suppl 1):S57-60.
- [10] Gifford AL, Bormann JE, Shively MJ, Wright BC, Richman DD, Bozzette SA. Predictors of self-reported adherence and plasma HIV concentrations in patients on multidrug antiretroviral regimens. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2000;23:386-95.
- [11] Claxton AJ, Cramer J, and Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. *Clin Ther* 2001;23:1296-310.
- [12] Tourette-Turgis C, Rébillon M. Mettre en place une consultation d'observance aux traitements contre le VIH/sida - De la théorie à la pratique. Paris : Comment Dire, 2002.
- [13] Tourette-Turgis C. La consultation d'aide à l'observance des traitements de l'infection à VIH, l'approche MOTHIV:Accompagnement et éducation thérapeutique. Paris : Comment Dire, 2007.
- [14] Enriquez M, Lackey NR, O'Connor MC, McKinsey DS. Successful adherence after multiple HIV treatment failures. *J Adv Nurs* 2004;45:438-46.