

OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE :

Défi des maladies chroniques



**F. ATOUI,
K. DEGHDEGH,
R. BENALI.**

Pneumo-Phthiologie
Faculté de Médecine
Université Badji Mokhtar – Annaba.

Introduction :

Les progrès de la médecine ont un effet ambivalent. D'un côté, ils permettent d'éviter l'issue fatale de nombreuses pathologies aiguës ; de l'autre, ils ne permettent pas toujours leur guérison, mais seulement le soin d'une maladie devenue chronique.

De nos jours, nous ne devons plus désormais recevoir les patients une ordonnance et une seringue à la main ; les maladies chroniques nous imposent un changement de comportement de notre pratique. La communication, la négociation, l'explication, l'acceptation sont venues remplacer la prescription. S'il est facile de prescrire, connaître les médicaments pour une maladie donnée, il est difficile en revanche, d'évaluer l'impact social, professionnel, psychologique et financier d'un tel acte. Le suivi régulier et les rendez vous périodiques constituent des moments de renforcement des messages de santé et d'ajustement de nos actes. Aussi, ils sont l'occasion de revoir avec les patients les différents déterminants de leur maladie et de leur traitement, où la finalité est l'observance optimale en vue d'une prise en charge efficiente.

Mais qu'est-ce que l'observance ?

À la base, la notion d'observance a une origine religieuse : il s'agit de l'action de respecter une règle ou une loi religieuse.

Adapté au domaine médical, l'observance 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 ».

Or, nous sommes dans un monde de mesure où l'observance thérapeutique représente la mesure dans laquelle la conduite du malade coïncide avec l'avis médical.

Hippocrate affirmait déjà que les patients mentaient souvent quand ils disaient prendre leurs médicaments. Le problème de la non-observance thérapeutique n'est donc pas neuf.

Avec les dernières avancées de la science, nous n'attendons rien de miraculeux en termes de médicaments de l'hypertension, du diabète ou de l'asthme ; nous nous devons surtout d'optimiser l'utilisation des médicaments et moyens mis à disposition en favorisant l'observance qui reste le problème particulièrement redondant lors de pathologies chroniques telles l'HTA, le diabète et l'asthme, où les patients reconnaissent volontiers l'oubli fréquent d'une ou plusieurs médications.

Mais alors, comment évaluer le degré d'observance d'un patient ?

C'est le suivi de la pathologie qui nous permet d'évaluer le degré d'observance de notre patient.

Un contrôle tensionnel régulier, la surveillance de la courbe de poids, de la fréquence cardiaque, de l'apparition de signes de rétention, le dosage de l'hémoglobine glycosylée, la fréquence des appels ou consultations pour crises d'asthme, la coloration des urines après prise du traitement anti-tuberculeux (rifampicine) ... etc, sont autant de signes permettant d'apprécier l'observance médicamenteuse.

Le rythme de renouvellement des ordonnances, l'absence de demande ou le contrôle du contenu des boîtes de médicaments en sont d'autres indices.

Des questionnaires ont aussi été élaborés à l'exemple du questionnaire du « Comité français de lutte contre l'hypertension » utilisable pour tout type de traitement : il comporte six questions auxquelles le patient doit répondre en dehors de la consultation (comme pour le test de Fagenström utilisé dans le dépistage de la dépendance tabagique). À partir de deux réponses positives, le problème d'inobservance mérite d'être abordé avec le patient.

À partir de trois réponses, il y a nécessité de mettre en œuvre des moyens d'action.

Test d'observance au traitement médicamenteux :

(Questionnaire du « Comité français de lutte contre l'hypertension »)

1. Ce matin, avez-vous oublié votre médicament ?
2. Depuis la dernière consultation, avez-vous manqué de médicaments ?
3. Avez-vous déjà pris votre traitement en retard par rapport à l'heure habituelle ?
4. Vous est-il déjà arrivé de ne pas prendre votre médicament parce que votre mémoire vous a trahi ?
5. Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre médicament parce que vous aviez l'impression qu'il vous faisait plus de tort que de bien ?
6. Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?

Si de tels questionnaires ont été élaborés, c'est bien que l'inobservance pose un réel problème de prise en charge des patients chroniques. Alors, quelle est l'ampleur du problème « inobservance » ?

L'inobservance thérapeutique est un problème important de santé publique qui affecte autant l'espérance de vie du patient que les coûts des soins de santé.

Les premières études réalisées dans les années 1970 ont révélé que 50% des patients qui souffraient d'HTA ne suivaient pas correctement les prescriptions médicales.

La raison impose une double observance : celle du mé-

decin vis-à-vis des recommandations et celle du patient vis-à-vis des prescriptions.

Quelles sont les causes identifiées de l'inobservance ?

Bien que l'on retrouve de nombreuses causes favorisant le phénomène d'inobservance (liées au traitement, au patient et au médecin), il s'agit avant tout d'un problème de comportement qui doit être géré par une approche globale du patient considéré comme l'acteur principal de son traitement.

Les causes sont donc multiples, liées au traitement lui-même, au patient, au médecin et à la relation médecin-malade.

Les causes liées au traitement :

La polymédication : l'observance thérapeutique diminue avec le nombre de médicaments prescrits.

Le nombre de prises médicamenteuses : plus leur nombre est élevé plus le respect de la prescription diminue.

Les conditionnements : ils sont parfois inadaptés et insuffisants.

La galénique du produit : à prendre en considération : gouttes mal dosées, (tremblement ou erreur de comptage), sirops bus à la bouteille.

Le prix ou les conditions de remboursement : ils peuvent constituer un obstacle pour certains patients.

Les effets secondaires vrais ou ressentis (effets de la notice) sont une autre cause d'arrêt de traitement ou de diminution de doses, voire de fenêtre thérapeutique instaurée par le patient lui-même.

L'ergonomie du conditionnement intervient surtout chez les personnes âgées : flacons difficiles à ouvrir, blisters trop durs à détacher, comprimés sécables impossibles à couper, aérosols doseurs ou Turbohaler® de maniement difficile.

Les causes liées au patient :

Le rythme de vie du patient (travail de nuit, voyages fréquents) peut expliquer la mauvaise observance, de même que les habitudes culturelles (ramadhan).

L'ignorance concernant les conséquences de la maladie entraîne un désintérêt pour le traitement, phénomène d'autant plus marqué que les symptômes sont absents.

Le patient ne se sent pas malade et ne ressent donc pas le besoin de se soigner.

Cette ignorance n'est pas toujours due à un manque d'information : celle-ci a peut-être été donnée à un moment de déni où le patient n'y était pas réceptif.

Une des formes d'adaptation du patient à sa maladie

consiste en effet à la nier.

La représentation que le patient se fait de sa maladie (« j'ai un petit diabète ») joue un rôle non négligeable dans le respect du traitement de même que ses croyances par rapport au traitement (« on a prescrit de l'insuline à ma grand-mère et elle est morte »).

L'information et la publicité conditionnent les réactions du patient au traitement et son comportement.

N'oublions pas les problèmes d'automédication et le recours aux médecines alternatives interférant avec le traitement.

Le doute face à la nécessité d'un traitement est un argument supplémentaire pour le patient, de ne pas suivre correctement son traitement (ostéoporose, traitement substitutif de la ménopause)

Les causes liées à la qualité de la relation du patient au médecin et vice-versa :

La réflexion sur le problème de l'observance lors de la maladie chronique conduit à questionner la relation médecin-malade.

La relation médecin-malade est à l'heure de l'alliance thérapeutique, relation égalitaire mais asymétrique ; où le patient vient chercher chez le médecin, d'une part, la compétence, d'autre part, l'aide au changement, dans un rapport adulte-adulte.

Grâce à l'éducation thérapeutique, le malade peut prendre en partie la place du médecin et grâce à l'empathie, le médecin peut prendre en partie la place du malade, chacun gardant la sienne : ni trop près, ni trop loin.

Quels sont les effets de l'inobservance ?

L'inobservance a pour effet de :

- Prolonger la durée des maladies (10 à 20% des cas),
- Contribuer à l'augmentation des arrêts de travail pour raison de santé (5 à 10% des cas),
- Augmenter la fréquence des visites chez le médecin généraliste ou le spécialiste (5 à 10% des cas) et
- Augmenter la durée des hospitalisations (en moyenne de 1 à 3 jours). En France, les problèmes de non-observance thérapeutique sont la cause de 10% des hospitalisations ; ce chiffre atteignant les 28% pour les personnes âgées (toutes causes confondues : automédication, complications).

Quelles solutions peuvent limiter les risques d'inobservance ?

- Une première solution consiste à penser que le problème peut se résoudre par les modifications apportées

au traitement : limiter le nombre de médicaments, diminuer les prises et offrir au patient la galénique qui lui est la plus adaptée ou une molécule moins chère sont des éléments de réponse au problème, de même que l'utilisation de dispositifs particuliers (patches transdermiques au lieu de comprimés, piluliers, blisters calendriers).

- La deuxième alternative est le concept d'éducation à la santé (on apprend au patient à gérer sa pharmacie familiale) : Il est important d'intégrer le plan médicamenteux à la vie du patient, que ce soit chez lui ou sur son lieu de travail.

Mêmes toutes ces résolutions ne suffisent pas sans la motivation, qui reste un élément clé de l'observance !

La motivation sous-tend l'action ; certes , elle doit venir du patient mais elle dépend aussi et surtout de facteurs externes.

La motivation peut être suscitée : elle doit être nourrie et entretenue par le médecin.

Pour cela, il est nécessaire de :

- Bien repérer l'étape de changement où se trouve le patient,
- Privilégier les stratégies relationnelles adaptées à l'étape identifiée,
- Éviter d'être en « décalage » avec son patient : en avance, il y a risque d'échec ; en retard, il y a risque d'incompréhension.

Le médecin doit être un « facilitateur de changement » :

- Un patient qui comprend bien sa maladie et son traitement est davantage motivé,
- Un patient qui a le sentiment d'être compris est davantage motivé : donner la parole au patient, l'autoriser à tout dire, adopter une écoute active et bienveillante, gérer les émotions de son patient (empathie),
- Un patient qui a le sentiment d'être aidé est davantage motivé : prendre à deux les décisions thérapeutiques, travailler sur la résolution de problème, construire une « alliance » thérapeutique.

La solution réside en un programme éducatif basé sur la confiance partagée, la notion d'observance devant être remplacée par le concept d'adhésion.

Un problème majeur est celui de la formation des médecins à la relation médecin-malade dans la maladie chronique.

Lors de la formation médicale, les étudiants apprennent au début de leur cursus à se couper de leurs affects spontanés d'identification au patient, pour adopter une démarche scientifique objective, au risque de devenir des techniciens froids, infirmes de la relation et inaptes

à l'empathie. Bien souvent, ils passent après une phase hypocondriaque par une phase plus ou moins dépressive contenue par l'identification au groupe et la représentation professionnelle.

Quelles informations faut-il donner au patient afin d'optimiser l'observance ou mieux encore son adhésion au traitement ?

Il convient donc d'informer le mieux possible le patient sur sa pathologie et ses conséquences mais aussi sur tous les effets du traitement à court et à long terme. C'est un travail de longue haleine, à remettre sur le tapis à chaque nouvelle rencontre avec le patient. Ce n'est pas au cours de la première prescription que nous saurons motiver un patient à suivre un traitement à vie, surtout lorsque les symptômes de la maladie ne sont pas visibles. Le médecin généraliste est le mieux placé car sa relation avec le patient s'inscrit dans un contexte de durée, favorable à l'éducation à la santé. La fréquence des contacts entre le médecin et son patient joue aussi un rôle non négligeable ; plus l'intervalle entre deux consultations sera grand, moins le traitement sera suivi. Le patient chronique a besoin d'un suivi chronique mais sans sombrer dans la routine, ni dans la répétition abusive des visites.

La prise en compte simultanée des perspectives médicales et des priorités du malade devrait déboucher sur un partenariat et une adhésion à des buts thérapeutiques partagés.

Il n'est pas question de faire endosser au médecin toute la responsabilité de la mauvaise adhésion du patient à son traitement. Placer le patient au cœur de l'action nécessite une confiance partagée et donc aussi le partage des croyances et représentations. Nous devons déterminer les besoins du patient et ses possibilités sur la base de ses caractéristiques (contexte socioprofessionnel, état des connaissances mais aussi et surtout stade d'acceptation de sa pathologie).

Il ne s'agit pas non plus de tout mettre entre les mains du patient : c'est pourquoi il convient de s'interroger sur les croyances et les représentations que le patient se fait de sa maladie et de son traitement, sous peine de ne pas comprendre ses intentions réelles.

La spirale de formation du médecin suivra ainsi la spirale d'éducation du patient pour mieux répondre à ces besoins. L'éducation du patient est encore plus efficace si on travaille au sein d'un « réseau » car on augmente le nombre d'intervenants et le temps de la prise en charge. Ne négligeons pas, et même suscitons l'aide de l'entou-

rage du malade : famille, mais aussi infirmier (e), kinésithérapeute, pharmacien.

Enfin, les groupes de parole et groupes de patients sont également des outils pédagogiques importants à utiliser pour l'effet bénéfique des interactions des patients entre eux.

Des études aux USA ont démontré que les conseils par téléphone, les rappels de renouvellement d'ordonnances et les services téléphoniques augmentent et améliorent la fidélité des patients à leur traitement.

Conclusion :

Une bonne observance par le patient ne peut être obtenue qu'en se mettant à l'écoute de ce dernier pour le placer au centre du processus décisionnel.

Ce processus doit être envisagé à long terme : le facteur temps étant le meilleur ami du médecin et du patient. Patient et médecin doivent être unis par un contrat dont l'objectif est un nouvel équilibre de santé pour le patient.

L'observance de son traitement par le patient dépend de l'attention que nous portons aux problèmes et aux réserves que ce traitement suscite chez le patient.

Nous avons le devoir d'utiliser tous les moyens possibles pour aider le patient à surmonter les obstacles de l'observance mais c'est le patient qui détient le pouvoir de réussir cette gageure.

Bibliographie :

1. Allenet B, Guignon A.-M, Maire P, Calop J : Intégration des représentations de la personne âgée face à ses médicaments pour améliorer son observance. *J Pharm Clin*, vol.24 n°3.
2. Dunbar J : Predictors of patient adherence : Patient characteristics. In S.A. Shumaker. *The Handbook of Health Behavior Change*. Springer Pub Co, New-York 1990.
3. Hammond SL, Lambert BL Communicating about medications: Directions for research. *Health Communication* 1994;6(4):247-251.
4. Huard. P, Schaller. P: Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques. *Pratiques et organisation des soins*, vol 41, n°3, p. 237-255.
5. Kruse W : Patient compliance with drug treatment new perspectives on an old problem. *J Clin Invest* 1992 ; 70 : 163-6.
6. Legrain S : Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé, Consommation, Prescription, Iatrogénie et Observance, HAS, 2005.
7. Myers LB, Midence K : Adherence to treatment in medical conditions. *Hardwood Academic* 1998.
8. Parekh.A.K, (2011) : *Managing Multiple Chronic Conditions: A Strategic Framework for Improving Health Outcomes and Quality of Life*. *Public Health Reports*, vol.126, p.460-471.
9. Sermet C : Consommation et prescription de médicaments chez les personnes âgées. *Les Cahiers Albert Le Grand*, n°140, 06/05/1999.
10. Tarquinio C, Fisher GN, Barrache C : Compliance et relation médecin-patient. In Fischer GN. *Traité de psychologie de la santé*. Dunod, Paris 2002 : 227-44.
11. Wolff, J, Starfield.B, Anderson.G (2002): Prevalence, expenditures and complications of Multiple Chronic Conditions in the Elderly. *Arch Intern Med*, 162(20),p.2269-2276.