

OBSERVANCE MÉDICAMENTEUSE

(170)

Michel SALVADOR

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES TERMINAUX :

- Argumenter l'absence de prescription médicamenteuse et l'introduction ou l'arrêt d'un médicament.
 - Expliquer les facteurs améliorant l'observance thérapeutique lors de la prescription initiale et de la surveillance.
-

PLAN

DEFINITION

I. OBSERVANCE, CLE DU RESULTAT

- 1-1 traitement de longue durée et prévention
- 1-2 dommages du défaut d'observance

II. EVALUATION ET ANALYSE

- 2-1 modalités d'exploration
- 2-2 étude du phénomène

III. ORIGINE ET CAUSES DU DEFAUT D'OBSERVANCE

- 3-1 comportement du médecin
- 3-2 composition de l'ordonnance
- 3-3 attitude du patient

IV. COMMENT AMELIORER L'OBSERVANCE ?

- 4-1 en amont de la prescription, l'analyse prédictive
- 4-2 la favoriser en personnalisant la prescription
- 4-3 l'entretenir en planifiant le suivi

CONCLUSION

DEFINITION

L'observance - compliance ou adherence en anglais - **signifie le niveau de concordance entre les recommandations du médecin et le comportement du patient.** Elle concerne en cela :

- le protocole de prescription du médicament,
- les conseils de mode de vie,
- la planification de l'ensemble des soins: consultations, contrôles biologiques et examens complémentaires.

I - OBSERVANCE, CLE DU RESULTAT

1-1 - **Les traitements de longue durée** (pour épilepsie, tuberculose, asthme, SIDA...), sont les plus compromis surtout si le patient asymptomatique perçoit ou redoute une atteinte à la qualité de vie. Le bénéfice de la **prévention** est souvent mal perçu particulièrement des sujets jeunes : l'hypertension artérielle, le diabète type 2, les dyslipidémies - facteurs d'un risque plus ou moins lointain - exigent une prescription non médicamenteuse et très souvent médicamenteuse, quotidienne et de durée indéfinie : **la pire des conditions** pour obtenir une observance soutenue.

1-2 - **Le défaut d'observance est dommageable pour le patient.**

Facteur majeur d'échec thérapeutique, il introduit en plus **un risque iatrogène** : l'oubli épisodique d'un médicament multiplie l'incidence de l'effet première dose et du phénomène de rebond ; il peut compromettre le bénéfice et la tolérance d'une prescription sciemment associée.

Il est également **dommageable pour la collectivité** car l'échec qu'il induit génère la **complexité des soins** - la multiplication des consultations, des explorations, la polythérapie - qui pénalise inutilement le système de santé.

II - EVALUATION ET ANALYSE

2-1 - L'exploration de l'observance demeure rudimentaire et sans méthode de référence. Le dosage plasmatique ou urinaire du médicament antibiotique ou antiépileptique, d'un métabolite ou d'un marqueur incorporé, est la méthode **directe**, mais un recours très ponctuel et parfois infidèle : le résultat n'est pas interprétable si l'heure de la dernière prise est imprécise, et nombre de non-observants suivent la prescription les jours qui précèdent la consultation.

En pratique, l'estimation se limite à une impression subjective fondée sur la relation médecin-malade et construite au cours des consultations. Le résultat d'un interrogatoire nuancé - "Avez-vous pu suivre assez régulièrement?" - peut être parfois éclairé par **une approche indirecte** tirée du résultat thérapeutique, du renouvellement de l'ordonnance, du décompte des unités restantes....

Test d'évaluation de l'observance selon X. Girerd :

- *Ce matin, avez-vous oublié de prendre votre médicament ?*
- *Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?*
- *Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle,*
- *Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours votre mémoire vous fait défaut ?*
- *Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?*
- *Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?*

Interprétation :

- 0 oui = une bonne observance,
 - 1 à 2 oui = un minime problème d'observance,
 - ≥ 3 oui = une mauvaise observance.
-

L'existence d'un **marqueur bioclinique** peut encore apporter un argument plus objectif, telles la fréquence cardiaque sous beta bloquant, l'uricémie sous diurétique, la rénine active sous IEC, la repolarisation ventriculaire sous digoxine ou amiodarone Mais ce n'est pas le cas habituel.

Une **information concrète** est obtenue par l'utilisation d'un dispositif de contrôle d'ouverture - pilulier électronique MEMS (Medical Event Monitor System), ou aérosol-doseur (Nebulizer Chronolog) - qui permet d'enregistrer sur des semaines, la date, l'heure et le nombre d'ouvertures, sans garantir toutefois l'ingestion du comprimé. Il s'agit toutefois d'un recours onéreux, justifié pour explorer les échecs inexplicables et pour optimiser la sélection des sujets dans les **Essais** : c'est ici une avancée méthodologique capitale, qui réduirait le nombre des inclusions en permettant l'analyse du résultat en traitements réels et non en intention de traiter.

2-2 - Etude du phénomène.

L'hypertension artérielle a servi de référence. On considère "observant" le sujet qui suit _ 80% de la prescription. En France comme aux Etats Unis, moins de la moitié des patients observe correctement le traitement après 6 mois, soit par abandon, soit par entorses évidentes au protocole : conséquence, un quart seulement des hypertendus est contrôlé ! Les experts concèdent en 2003, que "le traitement le plus efficace, prescrit par le clinicien le plus attentif, ne contrôle pas la PA si le patient n'est pas motivé" donc observant ...

Le **diabète type 2** est devenu une autre priorité de l'observance. Le respect des prescriptions est le garant d'un contrôle glycémique optimal : au sein d'une importante cohorte, il est démontré que le taux d'HbA1c s'améliore nettement du groupe où l'observance est la plus mauvaise à celui où elle est optimale.

Les oublis épisodiques - encore fréquents chez les sujets demeurés adhérents - se situent plutôt en fin de semaine et **se raréfient avec la proximité de la consultation** par "effet brosse à dent" ou de "White Coat Compliance". Au-delà de 3 jours d'interruption, on parle de "congé thérapeutique (Drug Holiday)", souvent planifié par le patient. Son comportement durant le premier mois permet souvent de prédire comment il assumera à plus long terme le traitement.

III - ORIGINE ET CAUSES DU DEFAUT D'OBSERVANCE

Plus de 200 facteurs ont été identifiés prédicteurs de mauvaise observance, certains exercent une responsabilité plus particulière (Tableau).

3-1 - Comportement du Médecin.

Des erreurs reconnues sont à prévenir lors de sa formation :

- Insuffisance de la relation et de la disponibilité ;
- Objectifs du traitement demeurés flous et non justifiés ;
- Conviction non affichée du bien fondé de l'intervention ;
- Attitude dogmatique et/ou autoritaire, le temps du donneur d'ordre est révolu !

3-2 - Composition de l'ordonnance :

Le nombre de médicaments et de comprimés, la complexité du protocole, le coût, la tolérance critique sont autant d'obstacles potentiels à prendre en compte. Ainsi, la réduction du **nombre de prises** quotidiennes des antidiabétiques oraux améliore l'observance - située à 61 % sous une prise contre 39 % sous 3 - et permet d'obtenir le meilleur équilibre glycémique.

Dans l'HTA, la prise **unique matinale** est l'option recommandée si le médicament l'autorise ; celle de midi est à éviter car trop soumise à circonstances. L'observance est le soir inférieure quel que soit le traitement antihypertenseur prescrit. Le succès des antagonistes des récepteurs AT1 de l'angiotensine s'explique pour beaucoup par leur tolérance excellente et non dose-dépendante. Mais si **40 % des hypertendus évoquent des effets indésirables, ils sont 15 à 20% sous le placebo !**

3-3 - Attitude du patient

Il est habituel de réagir émotionnellement à l'annonce de la maladie. La découverte d'une affection chronique perçue menaçante, peut générer **une réaction inconsciente de négation ou de banalisation**, attitude de défense envers l'angoisse qui condamne l'adhérence au traitement prolongé.

Tableau: PREDICTIBILITÉ DE L'OBSERVANCE Items reconnus péjoratifs ou guidant l'analyse

I - PERSONNALITE DU PATIENT

- Niveau socio-culturel bas,
- Ages extrêmes chez l'adulte,
- **Handicap(s)** : tremblements, troubles visuels, mnésiques ou de la miction,
- Dépendance pour conduire la thérapeutique,
- Comportement anxieux, dépressif, opposant.....

II - MODE DE VIE

- Facteurs psycho-sociaux :
 - situation de famille, solitude, conflit ;
 - difficultés matérielles, niveau de prise en charge insuffisant;
 - accès aux soins difficile, délai d'attente à la consultation;
 - situation professionnelle, horaires, déplacements.
- Exposition aux stress et aux nuisances : environnement défavorable, événements éprouvants de la vie...
- Evaluation de la qualité de la vie :
 - niveau du temps libre,
 - perception générale de la santé, symptômes,
 - bien-être dans l'exercice de l'activité principale.
- Habitudes :
 - activité physique particulière,
 - habitudes alimentaires par goût ou tradition,
 - **erreurs de mode de vie : diététique, tabagisme, éthylisme.....**

III - REPRESENTATIONS

- **Niveau d'information** sur la maladie, la finalité du traitement, le mode d'alimentation, le médicament.....
- Perception du problème de santé, et réaction.
- **Préjugés et craintes vis à vis du médicament**

IV - SYNTHÈSE

- **Niveau de coopération** attendu : autosurveillance du traitement, carnet de soins, programmation de la thérapeutique, gestion des consultations ...
 - Son incidence sur le choix du traitement,
 - sur la conduite, la répartition des doses, des prises ...
 - sur le mode de surveillance, sa séquence
-

L'observance demeure soumise aux connaissances et aux croyances de santé. **La représentation - idée établie que l'on se fait** - de la maladie et de la thérapeutique varie beaucoup selon l'information et les influences accumulées. Elle concerne l'idée de l'affection, de sa gravité potentielle, du bénéfice du traitement et de sa justification en regard de ses contraintes. La majorité des défauts d'observance est **intentionnelle** et sous tendue par une représentation inexacte de la maladie

IV - COMMENT AMELIORER L'OBSERVANCE ?

Il faut anticiper : prévoir ses difficultés, savoir la favoriser, l'entretenir.

4-1 - **En amont de la prescription, une analyse prédictive** permet de situer les obstacles, le niveau de coopération, d'identifier les probables mauvais observants. On ne doit pas négliger le précieux concours, de l'infirmière, de la diététicienne ...

4-2 - **La favoriser, c'est personnaliser les décisions** sur le choix du traitement et le niveau des objectifs sans méconnaître la représentation de la maladie, toujours en harmonie avec le système de soins. Le grand âge notamment modifie les modalités de prescription, introduit une hiérarchie des interventions fondée sur le pronostic et le respect de la qualité de vie, pour aboutir au minimum d'interdits et de médicaments.

L'ordonnance bien lisible sera accompagnée d'explications accessibles. L'information sur le mécanisme d'action des médicaments et la physiopathologie de la maladie reste d'une faible efficacité pour conforter l'observance. Il est plus rentable de **rechercher avec le patient l'intégration optimale du traitement dans ses activités**, et d'établir une liaison entre la prise et certains gestes quotidiens retenus mémorisants. A partir d'un partenariat, cette note de "Self Monitoring" améliore l'acceptabilité et réduit les oublis : la notion **active d'adhésion** serait donc à préférer à celle **passive d'observance**.

4-3 - **Entretenir l'observance c'est planifier avec le patient** le suivi et la date des consultations, surtout savoir demeurer accessible et à l'écoute. Les efforts consentis seront remarqués, les différents résultats communiqués, la poursuite du traitement sera justifiée à l'occasion de chaque consultation.

V - CONCLUSION

Chaque médicament possède un coefficient spécifique d'observance, élément capital qui intervient dans sa performance et dans son choix.

L'observance est un phénomène complexe, difficile à prévoir et à situer qui supporte néanmoins l'efficacité du traitement.

La non-observance est souvent le témoin d'une dysfonction de communication entre Praticien et Patient. **Le médecin**, qui la sous-estime généralement lors des prescriptions de longue durée, **doit se préparer à conduire la relation imposée par le suivi d'une pathologie chronique** - la partie dominante de son activité - en dépit d'une formation qui privilégie encore l'intervention en situation au dépend de la fonction pédagogique et d'accompagnement des patients.

REFERENCES :

“La prise en charge de patients atteints de maladies chroniques: difficultés et obstacles.”

A. Lacroix - Médecine et Hygiène (Genève) 1996; 54: 1158-60

“Améliorer l’observance médicamenteuse.”

A. Golay et coll - Médecine et Hygiène 2004; 62: 909-13

“De la compliance à l’alliance thérapeutique. Expérience chez des patients souffrant de douleurs chroniques réfractaires.”

V. Piquet, C. Cedraschi, AF. Allaz et coll - Médecine et Hygiène 1998; 56: 766-70.

“Prescription médicamenteuse : les attentes des patients.”

V. Piquet, C. Cedraschi, J. Desmeules et coll - Médecine et Hygiène 2000; 58: 814-17.

MOTS CLES

- observance, compliance
 - représentations médicales
 - relation médecin - malade
 - prédictibilité de l’observance
-