

NON-OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE : causes, conséquences, solutions

A.J. SCHEEN (1), D. GIET (2)

RÉSUMÉ : L'observance thérapeutique désigne la concordance entre le comportement du patient vis-à-vis de son traitement et les recommandations de son médecin. En ce qui concerne le respect des prescriptions des médicaments, 30 à 60 % des patients avec une maladie chronique peuvent être catégorisés comme étant peu ou non-observants. De nombreux facteurs peuvent influencer ce paramètre dont les caractéristiques du patient, les particularités de la maladie, les modalités du traitement, les attitudes du médecin ou encore l'organisation du système de soins. Les conséquences de la non-observance thérapeutique peuvent non seulement avoir des répercussions graves pour le patient, mais aussi avoir un impact négatif sur le budget des soins de santé. Il convient donc d'utiliser tous les moyens pour améliorer l'observance thérapeutique, si possible en agissant de concert sur toutes les causes qui mènent au défaut d'adhésion du patient à son traitement.

MOTS-CLÉS : Adhésion au traitement - Maladie chronique - Observance thérapeutique - Persistance - Prescription médicale

NON COMPLIANCE TO MEDICAL THERAPY : CAUSES, CONSEQUENCES, SOLUTIONS

SUMMARY : Compliance is defined as the extent to which a patient's behaviour coincides with medical or health advice. Medication adherence seems to be rather low as 30 to 60 % of patients with chronic disease may be categorised as being poorly or not adherent to drug therapy. Numerous factors may influence compliance among which patient's characteristics, disease peculiarities, drug treatment modalities, physician's attitudes and health system organisation. The consequences of non-compliance to drug therapy may not only be harmful for patient's health, but could also negatively impact the financial cost of public health services. Thus, all efforts should be focused to improve drug compliance, if possible by targeting all causes responsible for poor adherence to medications.

KEYWORDS : Chronic disease - Compliance - Drug prescription - Medication adherence - Persistence - Pharmacotherapy

INTRODUCTION

Le problème de l'observance thérapeutique est sans doute aussi vieux que la pratique de la médecine. Hippocrate ne disait-il pas déjà : «*Les malades mentent souvent lorsqu'ils disent qu'ils prennent leurs médicaments*» (cité dans 1). De nos jours, le problème reste entier. Dans un de ses rapports, l'Organisation Mondiale de la Santé a conclu que «*améliorer l'adhésion du patient à un traitement chronique devrait s'avérer plus bénéfique que n'importe quelle découverte biomédicale*» (2). Le défaut d'observance thérapeutique représente, en effet, certainement un frein majeur à la rencontre des objectifs médicaux fixés (3, 4), à côté de l'inertie médicale qui sera plus spécifiquement envisagée dans un autre article de ce numéro spécial (5).

On appelle observance en matière de santé le fait de se conformer aux règles élaborées de façon consensuelle par les professionnels de santé et de suivre leur prescription (6). Dès les années 70, les auteurs anglo-saxons ont intro-

duit dans la littérature le terme de «compliance» signifiant consentement, obéissance (7). En français, ce terme est habituellement traduit par celui d'observance auquel certains préfèrent la terminologie d'adhésion au traitement qui reconnaît mieux l'implication réelle du patient dans le choix thérapeutique qui lui est proposé. En fait, l'adhésion au traitement («adherence» en anglais) est un terme général qui englobe l'adhésion primaire, l'observance, et la persistance (8). *L'adhésion primaire* est un concept utilisé pour les patients nouvellement diagnostiqués chez lesquels un traitement est initié; elle concerne le respect de cette prescription inaugurale et peut être évaluée, en première intention, par le contrôle de l'achat du médicament, inscrit sur l'ordonnance, chez le pharmacien. *L'observance* correspond à la manière dont un patient respecte la posologie de son traitement au jour le jour. Elle peut être mesurée par le nombre de doses prises divisé par le nombre de doses prescrites; dans certains cas, il faut aussi tenir compte de l'horaire des prises ou de certaines conditions particulières à respecter. *La persistance* («persistence») représente la durée de prise d'un médicament et peut s'apprécier par la durée moyenne entre l'initiation et l'arrêt du traitement (8). Le manque de persistance pose un problème majeur dans la gestion des maladies chroniques (2).

L'adhésion au traitement est composite et comprend au moins trois versants essentiels (1, 9) :

(1) Professeur ordinaire, Université de Liège, Chef de Service, Service de Diabétologie, Nutrition et Maladies métaboliques et Unité de Pharmacologie clinique, CHU Liège

(2) Professeur, Université de Liège, Président du Département de Médecine générale

1) *l'adhésion au suivi médical en général*, c'est-à-dire la capacité du patient à se rendre aux rendez-vous pour la prescription et le contrôle du traitement; elle est souvent considérée comme un facteur prédictif des deux autres composantes;

2) *l'adhésion aux règles hygiéno-diététiques*, qui joue un rôle majeur dans la prise en charge de pathologies chroniques, et en particulier dans la prévention des maladies cardio-vasculaires (10);

3) *l'adhésion au traitement médicamenteux*, la mieux étudiée, à laquelle sera consacré l'essentiel de cet article.

Le problème de l'observance est au coeur même de la relation médecin-malade (1, 9). La prescription médicale peut être considérée comme un contrat qui découle d'un pacte de soins fondé sur la confiance. Pour le médecin, ce contrat est indiscutable, ainsi qu'en atteste la représentation de l'écrit («l'ordonnance»). Il est perçu comme une responsabilité juridique, une matérialisation d'une négociation aboutie mais qui, finalement, peut s'apparenter à un renforcement du pouvoir médical. Pour le patient, le contrat de prescription est moins évident et les enjeux d'une négociation moins aboutie feront place à une contestation implicite où interviendront les rôles de l'histoire personnelle, des représentations sociales, de la personnalité avec ses besoins, ses désirs, ses craintes, ... En fait, ce contrat, discutable et déséquilibré, est virtuel puisque, de toute évidence, les médecins ne peuvent obliger les patients à se soigner (6).

EVALUATION DE L'OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE

L'impression que le médecin a de l'observance de son patient est souvent erronée. Au vu des données épidémiologiques relatant toutes un taux non négligeable de non-observance thérapeutique (1, 3), il est du devoir du médecin d'essayer d'évaluer celle-ci et de motiver son patient à adhérer au mieux aux prescriptions. L'expérience montre que pour intégrer l'importance de l'observance, le patient a besoin que son médecin s'y intéresse. L'évaluation de l'observance thérapeutique peut faire appel à différents moyens plus ou moins sophistiqués : simple interrogatoire, si possible non inquisiteur mais mettant le patient en confiance de façon à ce qu'il puisse faire un bilan objectif du suivi de son traitement, contrôle du renouvellement des ordonnances (éventuellement avec le concours du pharmacien), visualisation des armoires de pharmacie à domicile, (1, 9). Dans les essais cliniques (11), les deux méthodes les plus utili-

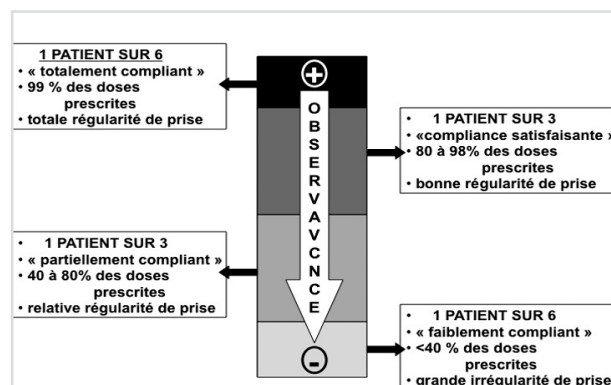


Figure 1. Répartition des patients en fonction d'une échelle d'observance thérapeutique évaluée à l'aide d'un pilulier électronique (selon Urquhart 1994, 12).

sées sont le décompte des comprimés restants («pill-count») et, plus récemment, l'utilisation de piluliers électroniques qui enregistrent et datent chaque ouverture de flacon (12).

Enfin, dans certains cas, le recours au monitoring thérapeutique peut être utilisé pour objectiver l'observance. Le dosage de la concentration du médicament dans le sang (ou éventuellement dans les urines) permet alors d'attester de la prise régulière du traitement. Parfois, c'est le résultat de la prise du médicament qui fait l'objet d'une évaluation comme la mesure du niveau d'anticoagulation avec les dérivés anti-vitamine K : il apparaît, dans ce cas, que la variabilité bien connue de la qualité de l'anticoagulation dépend, pour une part non négligeable, d'une adhésion imparfaite aux recommandations de prise régulière du dérivé coumarinique (voire de suivi diététique). Dans le même ordre d'idée, la soi-disant résistance à l'aspirine, rendue responsable d'accidents ischémiques, s'explique davantage par une observance imparfaite du traitement que par une anomalie biochimique réelle (13).

LA NON-OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE

Les difficultés de l'observance des prescriptions médicales ont été mises en évidence par l'enquête du Comité Français d'Education à la Santé en 1994. Outre la place importante des auto-médications (près de 60 % des cas), cette enquête a montré des modifications fréquentes des prescriptions médicales portant soit sur la dose thérapeutique (souvent diminuée) dans plus de 20% des cas, soit sur la durée du traitement (également raccourcie) dans plus d'un tiers des cas (6). Ces modifications se font le plus souvent dans une relative clandestinité. Selon diverses études publiées, le nombre de patients non observants ou mauvais observants serait compris en moyenne entre 30 et 60 % (1). Le problème se

TABLEAU I. PRINCIPAUX FACTEURS SUSCEPTIBLES D'INFLUENCER L'OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE

* Patient	<ul style="list-style-type: none"> - âge - contraintes socio-professionnelles - connaissances et croyances (y compris entourage) - niveau d'anxiété et statut émotionnel (dépression)
* Maladie	<ul style="list-style-type: none"> - intensité des symptômes - gravité, pronostic (?) - durée (maladies chroniques) - nature (maladies psychiatriques)
* Traitement	<ul style="list-style-type: none"> - efficacité - tolérance (manifestations indésirables) - galénique (taille du comprimé, ...) - nombre de prises journalières - durée - comédications - coût
* Médecin	<ul style="list-style-type: none"> - relation de confiance - motivation, force de conviction - communication (intérêt pour l'observance)
* Système de soins	<ul style="list-style-type: none"> - isolement relatif du médecin - coordination entre les soignants - dossiers médicaux électroniques («Dossier Médical Global») - financement en fonction des performances

pose différemment en ambulatoire et en milieu hospitalier mais, même dans cette dernière situation, l'observance est loin d'être parfaite (1). Selon Urquhart, dans une étude ayant eu recours à des piluliers électroniques, 1 patient sur 6 est parfaitement observant, 1 patient sur 3 est observant de façon satisfaisante, 1 patient sur 3 est partiellement observant et 1 patient sur 6 est non observant (Fig. 1) (12).

Une étude britannique a comparé 21.000 prescriptions réalisées pendant 3 mois par 9 généralistes d'un centre de santé auprès de 4.854 patients aux délivrances correspondantes réalisées par les pharmacies locales: il apparaît que 15 % des patients n'ont même pas cherché à obtenir les médicaments prescrits, chiffre variant par ailleurs sensiblement en fonction du médecin prescripteur (voir plus loin) (14). Même si ce travail est déjà relativement ancien, il n'en est pas moins interpellant.

Le problème de la non-observance thérapeutique est également bien connu dans les essais cliniques médicamenteux (15). Cependant, le suivi extrêmement rigoureux imposé dans ces études limite certainement l'ampleur du phénomène de non-observance par rapport à ce qui est observé en routine clinique et l'analyse statistique imposée («analyse en intention de traiter» ou ITT)

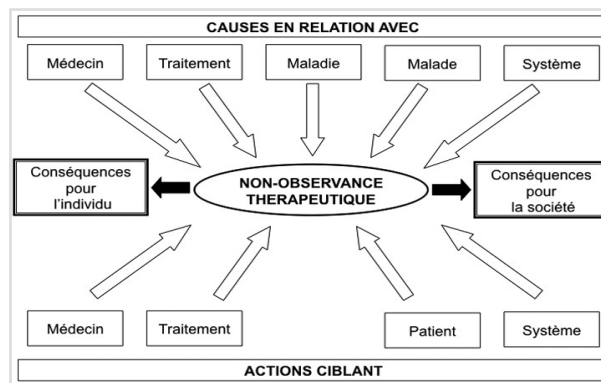


Figure 2. Causes, conséquences et solutions relatives à la non-observance thérapeutique. Système = système de soins.

visé à tenir compte de ce phénomène dans l'interprétation finale des résultats, comme discuté dans un autre article de ce numéro spécial (11).

CAUSES

Les causes de non-observance sont multiples (Tableau I). En fait, plusieurs facteurs peuvent influencer l'adhésion au traitement parmi lesquels les caractéristiques du patient, les particularités de la maladie, les modalités du traitement, les attitudes du médecin et l'organisation des soins de santé (Fig. 2) (1, 9).

LE PATIENT

De multiples caractéristiques du patient, à la fois cognitives, comportementales, sociales et émotionnelles, conditionnent l'observance thérapeutique. L'âge ne doit pas être négligé et des problèmes spécifiques de non-observance concernent aussi bien la personne âgée (difficultés fonctionnelles diverses limitant l'adhésion au traitement) que la personne jeune (dépendance des enfants vis-à-vis des parents, psychologie particulière de l'adolescent) (16). La problématique est particulièrement grave et fréquente chez le sujet vieillissant en raison des particularités de la pharmacothérapie dans ce groupe d'âge : polymédication, performance diminuée des processus d'élimination ou de métabolisation des médicaments, répercussions plus marquées liées à des erreurs thérapeutiques, ... (17, 18). Diverses contraintes socio-professionnelles peuvent constituer une entrave au bon suivi du traitement comme les horaires de travail ou le coût des médicaments. Le niveau d'anxiété et le statut émotionnel peuvent induire un décalage entre l'information donnée par le prescripteur et celle reçue par le patient, entre cette dernière et celle que le patient intègre et, enfin, entre celle qu'il intègre et celle qu'il va suivre *in fine*. Il est connu, par exemple, que les patients souffrant de dépression ont une moins bonne adhésion à leurs médica-

ments, d'une façon générale, que les patients non déprimés. Enfin, les connaissances et les croyances (éventuellement religieuses) du patient, mais aussi de son entourage, peuvent également jouer un rôle important dans l'observance thérapeutique : conviction que le traitement n'est pas nécessaire ou qu'il est dangereux, prise en compte d'échecs ou de manifestations indésirables antérieurs, intégration inadéquate des informations véhiculées par les médias, ...

LA MALADIE

Les caractéristiques de la maladie peuvent également influencer l'observance thérapeutique. Il va de soi que l'adhésion au traitement sera meilleure si le patient peut en vérifier immédiatement les effets bénéfiques (grâce à la disparition des douleurs en cas de pathologie algique, par exemple) que si la maladie est asymptomatique ou seulement paucisymptomatique (problématique rencontrée avec les antihypertenseurs ou les hypolipémiants, par exemple). La gravité de la maladie et son pronostic semblent jouer un rôle moins évident, ainsi qu'en témoigne la faible adhésion au traitement antirétroviral chez les patients atteints de SIDA (1, 6). Par contre, la durée du traitement joue certainement un rôle important et la prise en charge d'une maladie chronique est beaucoup plus difficile à assurer par les patients et ce, pour deux raisons essentielles : 1) une lassitude bien compréhensible face à la prise au long cours d'un ou plusieurs médicaments quotidiennement, conduisant à un défaut de « persistance »; et 2) un manque de perception de l'impact bénéfique du traitement, dont les effets positifs ne se marqueront qu'avec retard alors que les contraintes (voire les éventuelles manifestations indésirables) sont immédiates. Enfin, la nature même de la pathologie peut influencer comme c'est le cas pour certaines maladies psychiatriques. L'obésité est aussi reconnue comme une pathologie où l'observance est défaillante, que ce soit vis-à-vis des mesures hygiéno-diététiques ou des médicaments. Ce constat s'explique, notamment, par l'hiatus considérable constaté entre les attentes (généralement irréalistes) du patient et les effets (souvent décevants) obtenus à moyen terme.

LE TRAITEMENT

Il ne fait aucun doute que le traitement lui-même influence grandement l'observance du patient. Il va de soi qu'un traitement sera d'autant mieux suivi que le patient le ressent comme efficace et bien toléré, à tel point que le niveau d'observance et de persistance d'un traitement

peut être considéré comme un critère de satisfaction. Les manifestations indésirables, davantage encore que le manque d'efficacité, paraissent être un obstacle majeur à l'observance et il peut être utile d'anticiper le problème et de discuter avec le patient des effets indésirables éventuels de façon à éviter l'effet de surprise. Dans certains cas, le recours à une titration progressive en début de traitement permettra d'améliorer la tolérance et donc, *in fine*, l'observance thérapeutique (cas de la metformine, par exemple). D'autres points doivent également être pris en compte comme la forme galénique (taille des comprimés, saveur des sirops, ...), la durée et la régularité du traitement (nombre de prises par jour), enfin, le coût du traitement. Le recours à des molécules à longue durée d'action ou à des formes retard, autorisant une seule prise par jour, ou encore à des combinaisons fixes, limitant le nombre de préparations pharmaceutiques quotidiennes, permettent parfois d'améliorer l'adhésion au traitement. En ce qui concerne l'aspect financier, il est intéressant de noter que le coût peut être, selon les cas, source de motivation ou d'abandon.

LE MÉDECIN

La relation médecin-malade participe à l'élaboration, la mise en place et le suivi de la thérapeutique. L'acte de prescrire est un acte relationnel et la qualité de la relation va indiscutablement influencer l'observance thérapeutique. Diverses études ont démontré toute l'importance de la confiance que le patient place dans son thérapeute sur l'adhésion ultérieure au traitement (1). Comme déjà mentionné, une étude britannique réalisée en soins primaires a montré une hétérogénéité entre les divers médecins généralistes quant aux scores d'achat en pharmacie des médicaments prescrits à leurs patients respectifs (14). Même dans les essais cliniques, des différences, parfois importantes, observées dans les réponses thérapeutiques entre certaines études pourraient s'expliquer par des différences dans la qualité de l'adhésion au traitement prescrit en fonction des investigateurs et de leur force respective de persuasion (15).

LE SYSTÈME DE SOINS

Il apparaît de plus en plus que le manque de coordination entre les différents partenaires de santé représente un obstacle majeur à la bonne observance des mesures thérapeutiques de la part des soignés (19). Ceci est particulièrement évident chez les patients présentant plusieurs pathologies co-existantes avec des médications

prescrites par différents médecins. Des efforts doivent donc être faits pour mieux coordonner les soins aux patients, en veillant, parmi les objectifs, à développer les moyens permettant de faciliter l'observance. Le médecin généraliste doit occuper une position centrale dans cette prise en charge.

Par ailleurs, le médecin, isolé, a souvent trop peu de temps à consacrer à son patient. Or, informer la personne quant à l'importance de l'observance thérapeutique prend du temps, tout comme vérifier régulièrement la bonne adhésion au traitement lors des consultations successives. C'est d'autant plus vrai que si un manque d'observance venait à être mis en évidence, il conviendrait de mettre en œuvre une stratégie, basée sur la communication, pour remédier au problème, ce qui prend sans doute encore davantage de temps. Au vu de l'importance du défaut d'observance thérapeutique en pratique clinique quotidienne, il faut donc que cette problématique soit prise en compte dans l'organisation des soins de santé, notamment dans une prise en charge spécifique des maladies chroniques (dont une approche multidisciplinaire), comme l'a souligné l'Organisation Mondiale de la Santé (2).

CONSÉQUENCES

La non-observance thérapeutique peut être responsable de multiples complications, comme cela a été démontré dans divers domaines de la médecine (3), dont celui des maladies cardiovasculaires (4). Une méta-analyse de 21 études observationnelles ayant inclus 46.847 participants a testé l'influence de l'adhésion au traitement sur la mortalité. Comparé à une mauvaise adhésion, une bonne adhésion est associée à une mortalité réduite pratiquement de moitié (20). Comme discuté par ailleurs, l'arrêt intempestif d'un traitement anti-agrégant plaquettaire peut être responsable d'accidents coronariens aigus d'origine thrombotique chez les patients coronariens, notamment après une angioplastie ou mise en place d'une endo-prothèse (stent), nue ou pharmacoactive (13).

Si la non-observance thérapeutique peut avoir des conséquences dramatiques pour le patient, il ne faut pas négliger l'impact considérable qu'elle peut aussi avoir sur le plan pharmaco-économique. Pour des pathologies comme le diabète, l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie, il a été montré qu'une bonne adhésion au traitement pharmacologique était associée à une réduction significative des hospitalisations et, dès lors, directement impliquée

dans une réduction des coûts des soins de santé (21). De même, la non-observance thérapeutique a été identifiée comme une cause importante de rechutes et de réhospitalisations (1, 22). Selon une enquête américaine, 1 sujet âgé sur 10 est hospitalisé pour non-observance du traitement prescrit, ce qui a, de toute évidence, des répercussions majeures en terme de santé publique (23). Enfin, il faut encore ajouter le coût, sans doute considérable, des médicaments achetés (et souvent plus ou moins remboursés), mais non utilisés ou utilisés de façon non optimale.

SOLUTIONS

Au vu de la forte prévalence de la non-observance et des répercussions importantes pour l'individu et la société, il est indéniable que tous les efforts doivent être mis en œuvre pour améliorer l'adhésion au traitement (1, 3, 4, 24-26). Par ailleurs, il est important d'informer les étudiants en médecine et les médecins de ce problème important, encore trop rarement mis en avant dans l'enseignement traditionnel (27). En effet, quelques conseils simples peuvent parfois suffire à augmenter l'observance thérapeutique. Les solutions doivent être recherchées en fonction des causes qui ont été identifiées pour expliquer la non-observance, causes, qui comme nous l'avons vu, étaient relatives au patient, à la maladie, au traitement, au médecin et au système de soins (Fig. 2). En pratique, le médecin pourra agir en ciblant son intervention sur le traitement lui-même ou sur le patient à qui il le prescrit, puisque, par définition, la maladie est une contrainte imposée (28). Le système de soins doit également être mieux pensé de façon à ce que tout soit mis en œuvre pour favoriser la bonne observance du patient.

LE TRAITEMENT

Il convient d'optimiser et de simplifier le traitement, dans toute la mesure du possible (28). Pour ce faire, il faut, d'une part, privilégier les médicaments les plus efficaces en appuyant sa décision sur les données actuelles de la science et sur l'appréciation des différents niveaux de preuves, d'autre part, supprimer les médicaments inutiles (doublons) ou inefficaces. Par ailleurs, il faut, dans toute la mesure du possible, donner la préférence aux médicaments en monoprise quotidienne et choisir les formes galéniques les mieux acceptées par le patient. Enfin, il faut essayer de limiter les manifestations indésirables en sélectionnant les médicaments les mieux tolérés, en respectant les contre indications, en tenant compte des modifications de pharmaco-

cinétique éventuelles (âge, co-médications, ...). La prescription d'un médicament, issue souvent inéluctable d'une consultation, est devenue trop banalisée et il faut lui redonner tout son sens (en ce compris la possibilité de non-prescription) si l'on veut améliorer l'observance thérapeutique (28).

LE MÉDECIN

Une méta-analyse récente de 127 études a montré que l'observance thérapeutique des patients dont le médecin avait bénéficié d'une formation spécifique en communication était améliorée de plus de 60 % par rapport à celle des patients dont le médecin traitant n'avait pas reçu pareille formation (29). Il convient donc de privilégier l'acte d'information et d'éducation où la communication médecin-malade joue un rôle essentiel. Il est indispensable que le médecin s'intéresse au traitement de son patient (y compris par une interrogation régulière sur son observance) et qu'il lui montre régulièrement l'impact du traitement (sur certains paramètres cliniques, biologiques ou d'imagerie médicale, par exemple) de façon à renforcer la motivation. Pour ce faire, du temps est nécessaire, ce qui doit faire éviter des consultations trop brèves ou doit encourager, dans certains cas, des contacts plus rapprochés. Le médecin, en particulier le médecin généraliste de par sa position privilégiée, doit être plus fortement investi dans son rôle essentiel de prescripteur car il est évident qu'il a un défi à relever dans le domaine de l'observance thérapeutique.

LE PATIENT

Le traitement sera d'autant mieux suivi qu'il découlera d'une décision libre et réfléchie de la part du patient que d'une imposition arbitraire de la part du médecin. Ce constat est d'autant plus évident lorsqu'il s'agit de prendre en charge une maladie chronique, comme le diabète de type 2, ou de corriger des facteurs de risque cardio-vasculaires dans une stratégie de prévention primaire (hypertension artérielle, dyslipidémies) (4, 10). La collaboration de l'entourage (famille) pourra être utile dans de nombreux cas, notamment chez les sujets jeunes ou âgés.

Il faut tout mettre en oeuvre pour aider le patient dans le suivi thérapeutique (remise d'une information écrite, fiche d'horaires journaliers détaillés, semainier, pilulier, assurance d'un soutien social suffisant...) et pour le responsabiliser vis-à-vis de lui-même mais aussi de la société (coût du médicament payé inutilement par la sécurité sociale). Dans certaines patholo-

gies, l'auto-prise en charge pourra contribuer à améliorer l'observance thérapeutique, au moins chez certains malades : ainsi, l'auto-surveillance glycémique chez le patient diabétique, l'auto-mesure de la pression artérielle chez le patient hypertendu ou encore l'autodétermination du «peak flow» par le patient asthmatique. L'important pour le patient est de savoir quels objectifs il peut atteindre et le terme au bout duquel il peut espérer le bénéfice escompté.

LE SYSTÈME DE SOINS

La véritable solution pour remédier au manque d'adhésion des patients à leur traitement exigera probablement une réforme de l'organisation des soins de santé. Plusieurs essais pilotes ont déjà eu cours dans certaines régions ou organisations de soins aux Etats-Unis (19). Les quatre clés de succès qui ont été avancées sont : 1) la diminution des barrières financières à l'accès aux médicaments (bien que la gratuité ne soit pas suffisante pour garantir une bonne observance); 2) l'investissement dans la technologie («*Health Information Technology*») et les dossiers médicaux électroniques partagés entre les soignants de façon à améliorer la coordination; 3) la réforme des rémunérations des acteurs de santé en fonction des performances, ce qui non seulement évitera l'inertie thérapeutique comme discuté par ailleurs (5), mais incitera aussi le soignant à s'intéresser davantage à l'observance du soigné; et 4) l'identification des patients à haut risque de mauvaise adhésion au traitement de façon à mieux les entourer par une prise en charge personnalisée faisant appel à des programmes spécifiques ciblés sur l'observance (19).

Bien motiver le patient à mieux adhérer au traitement prescrit est un travail d'équipe. Dans le domaine hygiéno-diététique, le rôle des diététicien(ne)s est bien établi et, dans certains cas, indispensable. Dans le domaine de la pharmacothérapie, il ne fait aucun doute que le rôle du pharmacien est important, même s'il est encore trop souvent occulté (30). Le développement de la pharmacie clinique, en milieu hospitalier dans un premier temps, ouvre la voie vers une participation plus active du pharmacien dans la gestion des traitements médicamenteux, en ce compris la vérification de l'observance et la motivation du patient à adhérer au mieux au traitement prescrit. Le pharmacien d'officine occupe certainement un poste-clé pour vérifier la bonne observance du traitement médicamenteux prescrit chez les patients ambulatoires atteints de maladies chroniques, notamment chez les sujets âgés (18), et son intervention doit se faire en concertation avec le médecin traitant (30). Dans certains cas,

les infirmier(e)s peuvent également jouer un rôle important dans le contrôle de l'observance, d'une part, dans la motivation du patient à bien se traiter, d'autre part. Le renforcement du message venant de plusieurs partenaires de la santé peut avoir un impact indéniable auprès de certains patients, comme cela a été démontré dans la prise en charge des patients diabétiques, par exemple (31).

CONCLUSIONS

L'observance thérapeutique est un paramètre sous-estimé dans l'évaluation de l'acte de guérir. Il apparaît que, pour de multiples raisons, l'adhésion du patient au traitement prescrit par le médecin est largement imparfaite. Ce constat de carence est responsable de complications non négligeables qui hypothèquent le pronostic individuel du sujet malade et grèvent le budget de la santé publique. La non-observance thérapeutique est souvent le «symptôme» d'une relation médecin-malade non optimale où l'écoute de l'autre est insuffisante. Tout doit être mis en oeuvre pour la dépister, évaluer son importance et y porter remède.

BIBLIOGRAPHIE

1. Le Bot M.— Dossier Observance. *Rev Prat (Med Gen)*, 1999, **13**, 1335-1348.
2. Organisation Mondiale de la Santé.— Adherence to long-term therapies. Evidence for action. 2003. http://www.who.int/chronic_conditions/adherencereport/en/
3. Osterberg L, Blaschke T.— Adherence to medication. *N Engl J Med*, 2005, **353**, 487-497.
4. Ho PM, Bryson CL, Rumsfeld JS.— Medication adherence : its importance in cardiovascular outcomes. *Circulation*, 2009, **119**, 3028-3035.
5. Scheen AJ.— Inertie thérapeutique dans la pratique médicale : causes, conséquences, solutions. *Rev Med Liège*, 2010, **65**, 232-238.
6. Sobel A.— Editorial. L'observance en matière de santé. *Presse Med*, 1997, **26**, 356-357.
7. Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, eds.— Compliance in health care. Baltimore, US. Johns Hopkins Univ. Press, 1979.
8. Cramer JA, Roy A, Burrell A, et al.— Medication compliance and persistence : terminology and definitions. *Value Health*, 2008, **11**, 44-47.
9. Scheen AJ.— L'observance thérapeutique. *Rev Med Liège*, 1999, **54**, 854-858.
10. Scheen AJ.— La non-observance thérapeutique : problème majeur pour la prévention des maladies cardiovasculaires. *Rev Med Liège*, 1999, **54**, 914-920.
11. Jandrain BJ, Ernest Ph, Radermecker RP, Scheen AJ.— Stratégies pour éviter l'inertie et la non observance dans les essais cliniques. *Rev Med Liège*, 2010, **65**, 246-249.
12. Urquhart J.— Role of patient compliance in clinical pharmacokinetics. A review of recent research. *Clin Pharmacokinet*, 1994, **27**, 202-215.
13. Legrand D, Legrand V.— Adhésion thérapeutique aux antiagrégants chez le patient coronarien. *Rev Med Liège*, 2010, **65**, 304-310.
14. Beardon PHG, McGilchrist MM, McKendrick AD, et al.— Primary non-compliance with prescribed medication in primary care. *BMJ*, 1993, **307**, 846-848.
15. Kastrissios H, Blaschke TF.— Medication compliance as a feature in drug development. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*, 1997, **37**, 451-475.
16. Matsui DM.— Drug compliance in pediatrics : clinical and research issues. *Pediatr Clin North Am*, 1997, **44**, 1-14.
17. Scheen AJ.— Particularités de la pharmacothérapie chez le sujet âgé. *Rev Med Liège*, 1997, **52**, 201-204.
18. Petermans J, Samalea Suarez A, Van Hees T.— Observance thérapeutique en gériatrie. *Rev Med Liège*, 2010, **65**, 261-266.
19. Cutler DM, Everett W.— Thinking outside the pillbox – Medication adherence as a priority for health care reform. *N Engl J Med*, 2010, **362**, 1553-1555.
20. Simpson SH, Eurich DT, Majumdar SR, et al.— A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ*, 2006, **333**, 15.
21. Sokol MC, McGuigan KA, Verbrugge RR, Epstein RS.— Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Med Care*, 2005, **43**, 521-530.
22. Rosenberg MJ, Waugh MS.— The economics of compliance in managed health-care settings. *Am J Man Care*, 1996, **2**, 176-180.
23. Col N, Fanale JE, Kronholm P.— The role of medication non compliance and adverse drug reactions in hospitalization of the elderly. *Arch Intern Med*, 1990, **150**, 841-845.
24. McDonald HP, Garg AX, Haynes RB.— Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions : scientific review. *JAMA*, 2002, **288**, 2868-2879.
25. Aliotta SL, Vlasnik JJ, Delor B.— Enhancing adherence to long-term medical therapy : a new approach to assessing and treating patients. *Adv Ther*, 2004, **21**, 214-231.
26. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, et al.— Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev*, 2008, CD000011.
27. Kastrissios H, Flowers NT, Blaschke TF.— Introducing medical students to medication noncompliance. *Clin Pharmacol Ther*, 1996, **59**, 577-582.
28. Scheen AJ, Parada A, Giet D.— Conseils pour une meilleure prescription médicamenteuse. *Rev Med Liège*, 2006, **61**, 488-493.
29. Zolnieriek KB, DiMatteo MR.— Physician communication and patient adherence to treatment : a meta-analysis. *Med Care*, 2009, **47**, 826-834.
30. Bubalo J, Clark RK Jr, Jiing SS, et al.— Medication adherence : pharmacist perspective. *J Am Pharm Assoc*, 2010, **50**, 394-406.
31. Philips JC, Scheen A.J.— Inertie clinique dans la prise en charge des patients diabétiques de type 2 : quelles solutions proposer ? *Rev Med Liège*, 2010, **65**, 318-325.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr A.J. Scheen, Département de Médecine, CHU de Liège, 4000 Liège, Belgique.