



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



Observance aux traitements : concepts et déterminants

Medication compliance: concepts and determinants

**Y. Cottin^{a,*}, L. Lorgis^a, A. Gudjoncik^a, P. Buffet^a,
C. Brulliard^a, O. Hachet^a, E. Grégoire^a,
F. Germin^a, M. Zeller^b**

^a Pathologie cardiovasculaire, CHU Bocage, 2 bd Mal de Lattre de Tassigny, BP 77908, 21079 Dijon cedex, France

^b Laboratoire de Physiopathologie et Pharmacologie Cardio Métaboliques, INSERM U866, Facultés de Médecine et de Pharmacie, Dijon, France

MOTS CLÉS

Observance ;
Adhérence ;
Patients ;
Maladies chroniques ;
Traitement

Résumé

L'observance aux traitements prescrits pour les maladies chroniques représente un enjeu majeur de santé publique dans le monde. De plus, dans son dernier rapport, l'organisation mondiale de la santé (OMS) soulignait que la mauvaise adhérence aux traitements de longue durée est un problème qui ne fait que croître ; En effet, un certain nombre d'évaluations rigoureuses, analysées par l'OMS, ont établi que, dans les pays développés, la proportion de malades chroniques respectant leur traitement n'était que de 50 % et tout porte à croire qu'elle est bien plus faible dans les pays en voie de développement. Pour exemple, en Gambie, en Chine et aux États-Unis, seuls, respectivement, 27 %, 43 % et 51 % des patients suivent correctement le schéma thérapeutique qui leur a été prescrit pour l'hypertension artérielle. De plus, des tendances similaires pour d'autres pathologies ont été observées, comme la dépression (de 40 à 70 %), l'asthme (43 % pour le traitement d'attaque et 28 % pour le traitement d'entretien) et le VIH/SIDA (de 37 à 83 %). Enfin, la non-observance ne fera que s'amplifier à mesure que la charge mondiale des maladies chroniques va croître, mais un point fondamental est que l'amélioration de l'observance ne mettra pas en péril les budgets de la santé, bien au contraire. En effet, le respect des traitements prescrits entraînera une baisse significative des dépenses, grâce à la diminution du nombre des interventions coûteuses, comme les hospitalisations prolongées et fréquentes, les soins d'urgence ou les soins intensifs. Parallèlement, les professionnels de santé constatent le besoin d'améliorer l'observance des traitements prescrits, et si le

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : yves.cottin@chu-dijon.fr (Y. Cottin)

Le système de santé est partiellement responsable de la situation, il est clair que par manque de formation, les équipes de soins n'apportent pas une aide suffisante aux patients. Aussi, une approche multidisciplinaire en vue de l'adhésion est nécessaire pour permettre une action coordonnée de tous les professionnels de la santé.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Compliance;
Adherence;
Patients;
Chronic diseases;
Treatment

Summary

Compliance with prescribed treatments for chronic disease is a major public health concern throughout the world. In addition, in its latest report the World Health Organization (WHO) underlined the fact that poor compliance to long-term treatments is a relentlessly growing problem. A number of rigorous evaluations conducted by the WHO established that in developed countries only 50% of chronically ill patients respected their treatment protocols, and it seems that in developing countries the proportion could be even lower. For example, in Gambia, China and the United States, only 27%, 43% and 51% of patients, respectively, assiduously followed their treatment protocols for arterial hypertension. Moreover, similar trends have been observed for other diseases such as depression (from 40% to 70%), asthma (43% for the treatment of attacks and 28% for maintenance treatment) and HIV/AIDS (from 37% to 83%). Finally, non-compliance can only grow, with the increasing burden of chronic diseases around the world; but, importantly, improvements in compliance will not jeopardize healthcare budgets. On the contrary, compliance with prescribed treatments will lead to a considerable reduction in expenditure thanks to a reduction in the number of expensive interventions, including frequent and prolonged hospitalizations, emergency care or intensive care. In parallel, healthcare professionals are aware of the need to improve compliance with prescribed treatments, and though the healthcare system is partly responsible for the situation, it is clear that due to a lack of adequate training, healthcare teams do not provide enough support to patients. A multidisciplinary approach is therefore necessary to promote compliance and ensure the coordinated action of all healthcare professionals.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

L'adhérence au traitement prescrit est une des clés essentielles de la prise en charge thérapeutique des patients souffrant de pathologies chroniques. Une mauvaise adhérence au traitement est associée à un risque d'échec ou de rechute de la pathologie ainsi qu'à une augmentation du coût financier [1]. Mais l'adhérence est bien souvent insuffisante et cela est particulièrement vrai lorsqu'il s'agit de traitements prophylactiques ou n'apportant pas de bénéfices immédiatement perçus par les patients [1]. Par contre, lorsque les bénéfices du traitement sont plus évidents, l'adhérence s'améliore, mais reste limitée puisqu'il a été rapporté, par exemple, une mauvaise adhérence au traitement chez environ 20 % des patients transplantés rénaux et chez 30 à 40 % des patients infectés par le VIH [2-4]. Différents éléments influencent la qualité de l'adhérence au traitement. Ainsi, la présence d'effets indésirables ou certains aspects socioéconomiques tels que l'âge ou le niveau d'éducation sont des éléments fortement liés au niveau d'adhérence [1]. Plusieurs études ont également montré que le ressenti des patients quant à la nécessité de prendre leur traitement ou les inquiétudes qu'ils avaient concernant ce traitement pouvaient également être associés à une variation de l'adhérence observée ou rapportée [5-8]. L'objectif de cette revue est une mise au point des définitions, des indicateurs et des résultats des études cliniques majeures sur cette thématique.

Quelles définitions de l'observance et de l'adhérence

L'observance médicamenteuse se définit comme le rapport entre le nombre de prises médicamenteuses effectives sur une période donnée et le nombre de prise prescrites sur cette même période. En fonction des études, un patient est considéré comme observant sur le plan de la prise médicamenteuse si cette dernière est supérieure à 75 %-80 % voire > 50 % [9]. Mais bien que la plupart des recherches aient porté sur « l'observance aux traitements pharmacologiques », dès 1979, Haynes [10] définit l'« observance thérapeutique » comme « l'importance avec laquelle les comportements (en termes de prises médicamenteuses, de suivi de régime ou changement de mode de vie) d'un individu coïncident avec les conseils médicaux ou de santé. Mais l'OMS dans son rapport de 2003, rappelle que l'utilisation du mot « observance » est controversée car il suppose de la part du patient une attitude d'obéissance par rapport au soignant qui a autorité sur lui. Il existe donc un décalage entre la prise en charge optimale « techniquement » et celle la plus adaptée possible aux réalités du patient. Intégrant toutes ces dimensions, l'OMS définit l'adhérence ou l'adhésion thérapeutique comme « une appropriation réfléchie de la part du patient de la prise en charge de sa maladie et de ses traitements associée à la volonté de persister

dans la mise en pratique d'un comportement prescrit ». L'adhésion correspond donc au degré d'acceptation du patient vis-à-vis de sa thérapeutique. De plus, avec cette définition, le caractère dynamique, variable dans le temps et dans la forme de l'observance apparaît. Il faut également souligner que les fluctuations dépendent du type de prise en charge (médicamenteuse, diététique, activité physique) et de facteurs psychosociaux, motivationnels et du contexte [11]. L'adhérence se synthétise donc comme un rapport entre ce que le patient fait de manière acceptée et ce que le soignant dit de faire en essayant de convaincre.

Une seconde notion importante à connaître est le processus d'« empowerment » qui se définit comme la capacité d'un individu à prendre des décisions lorsqu'il est confronté à une situation problématique comme la maladie et sa prise en charge thérapeutique, seul ou en interaction avec des personnes ressources (entourage, professionnels de santé et/ou toute personne identifiée par le patient comme aidante ou ayant un impact sur sa capacité d'agir dans le but de s'adapter à cette situation) [12, 13]. Au total, il existe différentes conceptions de la notion d'observance découlant de postures, de stratégies professionnelles et/ou d'outils d'évaluation très différents.

Une dernière notion majeure est la notion de persistance qui correspond à la durée entre l'initiation à l'arrêt du traitement [14].

L'adhésion aux traitements impose donc de connaître, et donc de rechercher les déterminants de ce comportement, et l'OMS reconnaît deux catégories distinctes de non-adhérence : a/ les évitables (par exemple, le patient oublie, se méprend sur son traitement), et b/ les non-évitable (par exemple, le patient estimant que sa vie est en danger à cause des effets secondaires). L'OMS recommande donc de cibler les interventions thérapeutiques pour les adapter en fonction du profil. Le tableau 1 résume les principales raisons de non-adhérence et de non-persistance (Tableau 1) [1].

Déterminants de l'adhésion à un traitement

Les déterminants de l'adhésion au traitement médicamenteux résultent de différents facteurs : 1) « cognitifs » (savoir, savoir-faire, compétences), 2) « métacognitifs » (prise de conscience de ses connaissances, compétences et actions réalisées), 3) « psychosociaux » (croyances, vécus, représentations, ressentis), 4) « sanitaires » (état de santé, diagnostic, pronostic), « culturels » (éducation familiale, culture de référence, religion) 5) « sociaux » (revenu, statut, lieu de vie) [13]. Mais d'après l'OMS, ces facteurs peuvent être structurés selon cinq dimensions (1) : 1) la maladie, 2) le traitement médicamenteux, 3) les facteurs démographiques et socio-économiques, 4) le patient et/ou son entourage et 5) le système de soins. Le tableau 2 résume ces 5 déterminants et leurs impacts, il est surtout important de souligner que ces derniers peuvent être positifs ou négatifs (Tableau 2) [13].

Un des points majeurs est la représentation de la maladie et des traitements. En effet, la représentation se définit comme l'idée que l'on se fait de quelque chose et s'appuie donc sur les connaissances antérieures. Ainsi, elle est façonnée par la maladie elle-même (croyances quant à l'origine, sa temporalité dans la vie du patient, ces manifestations et ses connaissances induites sur le quotidien), mais aussi par le parcours de vie du patient, l'entourage du patient [13-16]. Ainsi, en fonction de la représentation, 4 variables principales influencent le comportement : 1/ la susceptibilité perçue : le patient doit être convaincu qu'il est personnellement vulnérable ; 2/ la gravité perçue : le patient est-il convaincu que les conséquences de son état sont sérieuses ?, 3/ les bénéfices perçus, 4/ les obstacles perçus : le patient est-il convaincu que le nouveau comportement sera efficace et que ces bénéfices seront supérieurs aux coûts physiques, psychologiques, financiers, et sociaux ?

Enfin, les représentations de la pathologie sont importantes, ainsi Phatak a démontré qu'environ 20 % de l'adhésion était liée à ces dernières [8]. En conséquence, les soignants doivent apprendre à les identifier, les faire émerger et surtout adapter les propositions thérapeutiques.

Les patients présentant des maladies chroniques prennent souvent plusieurs traitements et surtout plusieurs fois par jour et cette complexité est associée à la non-observance. Dans un travail récent, publié en 2011 dans les *Archives of Internal Medicine*, Choudhry a évalué l'impact du nombre de prescriptions et leurs complexités sur l'adhésion [17]. La population étudiée a inclus 1 827 395 patients sous statine et 1 480 304 patients sous IEC ou ARA II. La complexité a été déterminée par le nombre de médicaments, le nombre de prescripteurs, le nombre de visites en pharmacie, et surtout la consolidation de la prescription pendant les 3 mois à compter de la première prescription. La cohorte statine avait un âge moyen de 63 ans, et sur la période de 3 mois le nombre d'ordonnances était de 11.4, avec 6,3 traitements différents, et surtout rédigés par deux prescripteurs. Les patients ont fait 5 visites à la pharmacie. Les résultats sont similaires pour les IEC et ARA II. Pour les auteurs la grande complexité de prescription a été associée à une baisse de l'observance à 3 mois, mais surtout sur le long terme, en conséquence les stratégies visant à réduire cette complexité peuvent contribuer à améliorer l'observance du traitement.

Tableau 1. Adhérence facteurs évitables et non évitables d'après l'OMS [1].

Évitables	Non Évitable
- Faible niveau intellectuel (patient ne comprend pas les consignes)	- Maladie mentale grave (dépression majeure, schizophrénie)
- Intérêt de la prescription non clairement identifié	- Effets secondaires majeurs (diarrhées, prise de poids, insomnie)
- « Non répondeur » ou aucune preuve clinique de l'efficacité des médicaments	- Événements majeurs (allergie, toxicité rénale...)
- Suivi des prescriptions irrégulier	
- Coût élevé pour le patient	

Tableau 2. Déterminants de l'adhésion du patient au traitement et leur impact d'après [13].		
Dimension	Déterminants	Impact : N = Négatif/P = Positif
Maladie	M1 - Troubles cognitifs, visuels de la personnalité M2 - Absence de symptômes M3 - Addictions (drogue, alcool, tabac) M4 - État dépressif	M1 Présence = N M2 Pas de symptômes = N M3 Présence = N M4 Présence = N
Traitement	T1 - Complexité (nombre, co-traitements, contraintes de prises...) T2 - Temps quotidien dédié T3 - modalités d'administration T4 - Durée	T1 - Nb > 4 = N T1 - Prises > 2 = N T1 - Contraintes = N T2 - Interférences avec la vie quotidienne ou la qualité de vie = N T3 - Couper les comprimés, adaptations de doses = N Patchs > comprimés > injections = N T4 - Chronicité = N
Facteurs démographiques et socio-économiques	- Ressources matérielles - Précarité - Prise en charge - Appartenance ethnique - Appartenance culturelle	Niveau social bas = N Précarité sociale = N Stabilité familiale = P Coût = N
Patient Et/ou Entourage	P1 - Savoirs théoriques P2 - Savoirs pratiques P3 - Expériences antérieures P4 - Représentations liées à la maladie et aux médicaments P5 - Emotions (sentiment de peur de craintes de culpabilité d'échec personnel...) P6 - Ressources externes et internes du patient	Faible niveau de connaissance médicale = N Expériences négatives = N Perception de l'amélioration de son état de santé = P Déni de la maladie = N Positionnement social donné de la maladie = P ou N selon la représentation Peur des effets indésirables = N Stabilité familiale = P Soutien des pairs = P Estime de soi = P Difficultés de projection dans l'avenir = N Sentiment d'efficacité personnel = P
Système de soins	SS-1 Qualité de la relation patient-soignant SS2 - Organisation des soins (accessibilité, structuration, continuité...)	Confiance, empathie, niveau d'expertise = P Compétences relationnelles = P Informations claires et adaptées au patient = P Réseau organisé = P Disponibilité consultation > 10 minutes = P

Interventions ou programmes pour améliorer l'adhérence

Les interventions ou les programmes visant à améliorer l'adhérence médicamenteuse sont plus efficaces pour les traitements à court terme qu'à long terme [18,19]. Dans une revue récente de 70 essais randomisés pour les traitements sur le long terme, les auteurs soulignent un impact significatif positif sur le pourcentage d'adhérence

aux stratégies pharmacologiques mais également sur le contrôle des facteurs de risque comme le tabagisme. Mais la quasi-totalité des interventions qui étaient en vigueur pour les soins de longue durée étaient complexes, y compris avec des combinaisons de soins, comme de l'information, des rappels, de l'auto-surveillance, des soutiens financiers, des thérapies familiales, ou des soins de soutien. Dans une revue publiée dans les *Archives of Internal Medicine*, Kripalani reprend toutes les études

randomisées avec comme critère de jugement une adhérence définie par une prise médicamenteuse > 80 % sur une période de 6 mois. L'originalité est d'avoir évalué trois types d'intervention : 1) comportementale, 2) information, et 3) la combinaison comportement et information. L'augmentation de l'adhérence est plus marquée pour les approches comportementales [19]. Mais il persiste un problème majeur avec les interventions portant sur l'adhérence d'adhésion, même les interventions les plus efficaces ne conduisent pas à des améliorations importantes du pourcentage d'adhérence mais aussi sur les critères de jugement clinique. Ainsi, dans la méta-analyse de Kripalani l'adhésion est améliorée entre 4 % à 11 % par la plupart des essais [19] qui de plus sont axés sur un seul médicament ou/et une pathologie. Enfin, une évaluation précise du comportement d'adhérence est nécessaire pour la planification d'un traitement efficace et efficient, et à ce jour il n'y a pas de « gold standard » pour le comportement adhésion.

Dans sa synthèse de 2012, Bosworth [18] a cherché à identifier des stratégies concrètes pour résoudre le problème complexe de l'observance du traitement dans les essais cliniques et trois points majeurs émergent (Tableau 3) : 1) les stratégies éprouvées devraient être considérées mais surtout associées à des critères cliniques. 2) L'observance du traitement est un objectif partagé pour lequel tous les membres de l'équipe de soins, le patient, la famille, les pharmaciens, les relais communautaires, et les décideurs politiques, ont un rôle et une responsabilité inhérente. 3) La politique de santé à l'échelle des nations devra intégrer les changements grâce à des indicateurs mais surtout évaluer sur le long terme les nouvelles stratégies.

Pour une approche multiple, sur mesure, plus efficace

Après l'analyse des nombreuses études sur la thématique de la non-adhésion, c'est plus de 100 facteurs qui sont associés à la non-observance médicamenteuse [20]. L'adaptation au patient est donc primordiale et pour Peterson cela peut être caractérisé par trois approches : 1) celles qui concernent « le savoir quoi faire et pourquoi » issus de la connaissance médicale des patients ; 2) celles qui portent sur l'acquisition de compétences nécessaires pour la gestion de sa maladie dans le cadre de vie quotidienne (changement de comportement). 3) celles impactant les systèmes de soins ou les systèmes administratifs [21]. Mais les interventions les plus efficaces utilisent une combinaison de ces trois approches.

Connaissance et la compréhension médicale des patients

Ce point est fondamental, les patients interprètent les nombreuses informations disponibles, les documents pharmaceutiques, les instructions issues des têtes-à-têtes selon leur niveau, leur apprentissage, et leurs capacités à interpréter et à synthétiser l'information.

Dans un consensus récent, la Société Américaine d'Insuffisance Cardiaque propose cinq étapes : 1) reconnaître

les conséquences de la faible connaissance et la compréhension médicale des patients. 2) dépister les patients à risque. 3) évaluer les niveaux de compréhension de textes schématiques. 4) déterminer les préférences d'apprentissage. 5) intégrer les stratégies efficaces visant à renforcer la compréhension [22]. En règle générale pour tous les niveaux de connaissances, les cliniciens devraient hiérarchiser et limiter le nombre de points essentiels abordés aux cours de chaque entretien. Dans ce sens, la méta-analyse de Shrank portant sur le thème de l'information médecin-malades, a évalué 36 études randomisées qui portaient sur le contenu de communication médecin-patient, sur les médicaments et 69 études qui évaluaient le contenu ou le format des étiquettes de médicaments [23]. Les résultats ont montré que les patients demandaient des informations sur les indications des médicaments, les bénéfices attendus, la durée du traitement, et une liste complète des effets indésirables potentiels. Mais également, que les patients étaient en attente de formats d'étiquettes plus grandes utilisant un langage simple, une organisation plus logique pour améliorer la lisibilité et la compréhension. Les auteurs soulignent également qu'une voie de recherche potentielle est l'utilisation plus systématique des icônes et de pictogrammes. Mais la question peut se poser sur la faisabilité de fournir des informations les plus élémentaires dans un contexte clinique ainsi une large diffusion d'informations sur les effets secondaires, comme les myalgies sous statines a un impact négatif sur l'observance [24]. En conséquence, les exigences réglementaires en matière d'étiquetage ou de dépliants peuvent donc être un obstacle à la connaissance ou à la compréhension médicale des patients. Parallèlement, de nombreux travaux ont constaté que les patients ont souvent mal interprété la prescription et récemment, la FDA a récemment annoncé un nouveau plan pour créer un nouveau cadre pour le développement et la diffusion de l'information pharmaceutique du patient (PMI). Le PMI devra fournir des guides sur les médicaments en une seule page avec un contenu concis, clair et cohérent.

En résumé, les médicaments et les instructions connexes pour leurs utilisations sont complexes et des stratégies d'enseignement pour une utilisation efficace sont donc nécessaires. De plus, de nouvelles approches de communication entre les patients et les acteurs de santé sont nécessaires pour réduire la désinformation et donc la mauvaise observance.

Approches comportementales

En plus de la compréhension de ce qu'il faut faire et surtout pourquoi, les patients ont besoin d'approches comportementales, pour faciliter l'adoption et l'intégration des prises médicamenteuses dans la vie quotidienne, par exemple, l'utilisation de journaux intimes, d'emballage calendrialisé, rappels électroniques, déclencheurs ou alertes. De plus, l'auto-surveillance, comme dans l'hypertension, est une des composantes de l'autogestion des médicaments. Ces repères peuvent aussi être reliés à des activités, comme les repas ou le coucher. Pour les patients, les rappels électroniques ont amélioré le renouvellement d'une ordonnance et le respect

Tableau 3. Les barrières les plus communes et les actions possibles d'après [18].

Barrières	Stratégies Cliniques pour l'amélioration
<p>Barrières à savoir quoi faire ou pourquoi Connaissances faibles : Le patient ne comprend pas : - Les instructions - La raison des médicaments - La relation entre les médicaments et les maladies - La durée prévue - Comment remplir correctement son pilulier - Où et comment renouveler son ordonnance. Communication limitée Négocier un plan de traitement</p>	<p>Utiliser des méthodes éprouvées d'enseignement pour donner des instructions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Donner des informations écrites et orales - Utilisation en plus des mots des figures ou des vidéos - Procéder à une vérification de l'utilisation des médicaments compétences (par exemple vérification du remplissage du pilulier...) • Donner des instructions à une autre personne (conjoint ou autre...) <p>Présenter seulement 2 ou 3 points</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utiliser le pharmacien pour renforcer l'information à une date ultérieure - Engager un personnel clinique dans des formations en communication • Éviter : - de donner trop d'informations - d'utiliser le jargon et la terminologie technique - d'utiliser seulement des mots - de mal évaluer la compréhension du patient • Simplifier le schéma posologique - Explorer l'activité du patient (horaire des repas, et les préférences pour le dosage ou les horaires) - Modification de la voie d'administration - Explorer les croyances du patient sur le médicament.
<p>Barrière à faire Ne pas remplir la prescription sans avoir identifié le patient Irrégularité de suivi ou oublis Coût prohibitif pour le patient « Non répondeur » ou aucune preuve clinique de l'efficacité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Distribuer au patient la première semaine de traitement à la sortie ou à la consultation • Identifier une personne pouvant prendre en charge le suivi de la prescription et la prise des médicaments • Discuter avec le patient du désir et/ou de la volonté de prendre un nouveau traitement • Choisir des médicaments disponibles dans un emballage blister avec calendrier • Inscrire le patient dans un programme de suivi pour recevoir des déclencheurs de rappel (pharmacien, téléphone cellulaire, SMS...) • Engager les patients dans un groupe de soutien • Obtenir de la pharmacie le taux d'adhérence et surtout évaluer les commentaires du patient à son pharmacien • Sélectionner un autre médicament ou un médicament générique • Identifier un programme local d'approvisionnement en médicaments à faible coût • Identifier un programme de paiement pour les médicaments non génériques du médicament • Évaluer la prise des médicaments en utilisant un outil d'évaluation validé • Demandez à une tierce personne • Utilisez un contrôle à court terme (par exemple, journal des médicaments, capture électronique...)
<p>Arrêt lié à : Une maladie mentale grave (dépression majeure, schizophrénie) Les effets indésirables (par exemple, la diarrhée, le gain de poids, insomnie) Les complications graves (par exemple, une réaction allergique)</p>	<p>Tenter de traiter la santé mentale en premier, puis reprendre l'adhésion d'autres médicaments/interventions et le suivi</p> <p>Tenter de confirmer la relation traitement-effets secondaires</p> <p>Changer de traitement (dans la même classe ou dans une autre classe)</p> <p>Modifier la dose</p> <p>Cesser et changer le choix du médicament</p>

des dosages, des horaires, mais ces résultats ont été difficiles à maintenir sur le long terme [8, 25]. Les emballages ont également un rôle majeur, une large étude a démontré qu'un simple « rappel » sur l'emballage, facile à mettre en œuvre a un impact sur l'adhérence au long terme.

Informatique

L'informatique va être une aide dans l'avenir, le travail de Fischer a rapporté l'évaluation de la non-adhérence grâce à l'e-prescription qui doit être : a) soit transmise au pharmacien directement ; b) soit imprimée et remise au patient. L'analyse a porté sur 423 616 nouvelles prescriptions de 3624 médecins pour 280 081 patients [20]. Le pourcentage de non adhérence au 3^e mois est de 24 % mais surtout les auteurs démontrent sur cette large série que l'e-prescription transmise directement au pharmacien est un facteur indépendant d'amélioration de l'adhérence [OR-95 % IC : 0,54 : 0.52-0.57, $p < 0,001$].

Évaluations itératives au cours du suivi

Les patients et les acteurs de santé doivent évaluer régulièrement les objectifs du traitement. L'utilisation du modèle de l'ACE-ME, pour « *Assessment Collaboration Education Monitoring* », reste une référence avec les étapes suivantes : 1) une évaluation de la gestion des médicaments, et une évaluation des capacités du patient, y compris ces compétences cognitives. 2) une collaboration sur une stratégie qui crée et maintient un plan adapté aux besoins du patient. 3) une éducation pour expliquer les effets des traitements et argumenter pourquoi un régime ou un traitement sont importants [26, 27]. Mais tous les travaux utilisant cette méthode, soulignent que dans le contexte des maladies chroniques, le moment des évaluations est majeur et surtout que ces dernières doivent être multiples : prévues mais également inopinées et utilisant des moyens de communications variés .

Enfin dans certains travaux, les patients reçoivent un mois de traitement ce qui permet d'organiser un suivi pré-établi. L'informatique sera un outil majeur avec les algorithmes d'e-scripts qui ont été développés et qui permettent de cibler les patients qui seraient plus susceptibles de ne pas renouveler une ordonnance, et en conséquence d'effectuer un suivi plus spécifique.

Stratégies basées sur les systèmes de santé

Les incitations financières et l'observance du traitement sont liées. En effet, pour de nombreux patients, le déficit de couverture est un défi financier, mais de nombreuses études ont souligné une relation forte et une cohérente entre le ticket modérateur et l'observance des traitements [28]. Le rôle de l'informatisation des systèmes de santé devra permettre de collecter, d'organiser, d'accéder, d'analyser, et donc de comprendre mais également d'améliorer les connections entre les différents acteurs. Les systèmes électroniques peuvent également être en mesure d'aviser un médecin ou

un pharmacien sur des renouvellements, ce qui peut aider à déclencher une intervention.

Les efforts pour sensibiliser les patients ou les familles sont également majeurs. Les campagnes axées sur les patients atteints de pathologies chroniques ont montré leurs impacts, par exemple la campagne « 7 » chez les diabétiques. De plus ces campagnes permettent de mesurer leurs impacts aussi bien au niveau national que sur des patients sélectionnés.

Conclusion

L'adhésion est donc multifactorielle et impose des solutions à multiples facettes. De plus, pour l'améliorer, un besoin constant d'évaluation s'impose pour comprendre l'impact des différentes interventions, y compris leurs coûts. La technologie devrait permettre d'accroître la connaissance et donc l'adhérence aux traitements grâce à une collaboration optimale des différents acteurs mais également grâce à l'organisation de réseaux médicaux et paramédicaux.

Déclarations d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Références

- [1] Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization, 2003 (site internet). Consultable sur : www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf
- [2] Butler JA, Roderick P, Mullee M, Mason JC, Peveler RC. Frequency and impact of nonadherence to immunosuppressants after renal transplantation: a systematic review. *Transplantation* 2004;77:769-89.
- [3] Duran S, Savès M, Spire B, et al. Failure to maintain long-term adherence to highly active antiretroviral therapy: the role of lipodystrophy. *AIDS* 2001;15:2441-4.
- [4] Braithwaite RS, Kozal MJ, Chang ML, et al. Adherence, virological and immunological outcomes for HIV-infected veterans starting combination antiretroviral therapies. *AIDS* 2007;21:1579-89.
- [5] Horne R, Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *J Psychosom Res* 1999;47:555-67.
- [6] Daleboudt GM, Broadbent E, McQueen F, Kaptein AA. Intentional and unintentional treatment non-adherence in patients with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2011;63:342-50.
- [7] Neame R, Hammond A. Beliefs about medications: a questionnaire survey of people with rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 2005;44:762-7.
- [8] Phatak HM, Thomas 3rd J. Relationships between beliefs about medications and nonadherence to prescribed chronic medications. *Ann Pharmacother* 2006;40:1737-42.
- [9] Beardon PHG, McGilchrist MM, McKendrick AD, et al. Primary non-compliance with prescribed medication in primary care. *BMJ* 1993;307:846-8.
- [10] Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL. Compliance in health care. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press. 1979:1-15.

- [11] Lamouroux A, Magnan A, Vervloet D. Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? *Rev Mal Respir* 2005;22:31-4.
- [12] Péliacand J, Fournier C, Aujoulat I. Education thérapeutique, concepts et enjeux. Observance, auto-soin (s), empowerment, autonomie : quatre termes pour questionner les enjeux de l'éducation thérapeutique du patient dans sa relation de soins. *ADSP* 2009;66:21-33.
- [13] Baudrant-Boga M, Lehmann A, Allenet B. Penser autrement l'observance médicamenteuse : d'une posture injonctive à une alliance thérapeutique entre la patient et le soignant. *Concepts et déterminants. Ann Pharm Fr* 2012;70:15-25.
- [14] Cramer JA, Roy A, Burrell A, et al. Medication compliance and Persistence : terminology and definitions. *Value Health* 2008;11:44-7.
- [15] Baudrant M, Allenet B, Le Tallec C, et al. Educating diabetic children : integrating representations by children aged 7 to 11 and their parents. *Pharm World Sci* 2007;29:699-703.
- [16] Allenet B, Guignon AM, Maire P, et al. Intégration des représentations de la personne âgée face à ses médicaments pour améliorer son observance *J Pharm Clin* 2005;24:175-9.
- [17] Choudhry NK, Fischer MA, Avorn J, et al. The implications of therapeutic complexity on adherence to cardiovascular medications. *Arch Intern Med* 2011;171:814-22.
- [18] Bosworth HB, Granger BB, Mendys P, et al. Medication adherence: a call for action. *Am Heart J* 2011;162:12-24.
- [19] Kripalani S, Yao X, Haynes RB. Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions: a systematic review. *Arch Intern Med* 2007;167:540-50.
- [20] Fischer MA, Coudhry NK, Brill G, et al. Trouble getting started: predictors of primary medication nonadherence. *Am J Med* 2011;124:1081.e9-22.
- [21] Hill MN, Miller NH. Compliance enhancement. A call for multidisciplinary team approaches. *Circulation* 1996;93:4-6.
- [22] Evangelista LS, Rasmussen KD, Laramée AS, et al. Health literacy and the patient with heart failure--implications for patient care and research: a consensus statement of the Heart Failure Society of America. *J Card Fail* 2010;16:9-16.
- [23] Shrank W, Avorn J, Rolon C, et al. Effect of content and format of prescription drug labels on readability, understanding, and medication use: a systematic review. *Ann Pharmacother* 2007;41:783-801.
- [24] Tarn DM, Heritage J, Paterniti DA, et al. Physician communication when prescribing new medications. *Arch Intern Med* 2006;166:1855-62.
- [25] Eussen SR, van der Elst ME, Klungel OH, et al. A pharmaceutical care program to improve adherence to statin therapy: a randomized controlled trial. *Ann Pharmacother* 2010;44:1905-13.
- [26] Conn VS, Hafdahl AR, Cooper PS, et al. Interventions to improve medication adherence among older adults: meta-analysis of adherence outcomes among randomized controlled trials. *Gerontologist* 2009;49:447-62.
- [27] Gould E, Mitty E. Medication adherence is a partnership, medication, compliance is not. *Geriatr Nurs* 2010;31:290-8.
- [28] Goldman DP, Joyce GF, Zheng Y. Prescription drug cost sharing: associations with medication and medical utilization and spending and health. *JAMA* 2007;298:61-9.