

Observance et maladies cardiovasculaires

Adherence and cardiovascular diseases

J. Cothenet*, S. Kretz*, H. Lelong*, J. Blacher*

L'enjeu des maladies cardiovasculaires est bien connu. Première cause de décès dans les pays industrialisés, ce n'est pourtant pas un ensemble de pathologies devant lequel la médecine est démunie. Parmi les facteurs déterminant la réussite d'une prise en charge, l'observance a une place primordiale. Il est important de dissocier compliance et observance. L'état du patient définit la limite entre ces 2 termes. Selon le sens du premier, le patient est passif, et la compliance correspond à la disposition du patient à suivre les injonctions médicales. L'observance, en revanche, pose le patient comme actif et se réfère à l'ensemble de ses comportements en accord avec les recommandations médicales. Elle est définie dans son sens thérapeutique comme "[l']*observation fidèle, par un patient, des prescriptions concernant, par exemple, un régime et/ou un traitement*" (1).

Évaluer l'observance ?

L'évaluation de l'observance est souvent laissée de côté dans la pratique clinique, en raison, principalement, du manque de temps et de méthodes fiables. Les méthodes utilisées pour mesurer le degré d'observance et sa fluctuation sont difficilement applicables au quotidien ou imprécises (2). Le comptage des unités médicamenteuses restantes est très utilisé dans les études cliniques, mais il est chronophage pour les soignants et manipulable par le patient. Les dosages plasmatiques sont de bons marqueurs de l'observance mais la méthode est coûteuse, peu de molécules s'y prêtent et le résultat obtenu n'est que le reflet de l'observance récente. Deux méthodes peuvent en revanche être appliquées en pratique quotidienne : le suivi des délivrances pharmaceutiques et les questionnaires standardisés (3). Elles ne sont, certes, pas le reflet de l'observance mais doivent être utilisées comme des outils de dépistage. L'évaluation de l'observance en pratique clinique quotidienne doit se faire de façon

spontanée, en invitant le patient à répondre à des questions orientées, mais ouvertes, et en évitant de le mettre en situation d'échec. L'observance est un processus dynamique qui dépend de la maladie, des traitements, de l'accompagnement du professionnel de santé et se concrétise dans l'ensemble des comportements du patient.

Le patient est le seul dépositaire de ses comportements

Si l'observance relève du patient, elle reste fonction des moyens qui sont mis à la disposition de celui-ci. L'âge et le sexe sont des facteurs qui peuvent être importants à prendre en compte dans l'évaluation de l'observance et du contexte entourant la prise en charge. Ainsi, on sait que l'inobservance des populations âgées est augmentée par plusieurs facteurs de risque, dont la polymédication, les troubles cognitifs et le handicap. Du point de vue du genre, on peut noter que les femmes ont tendance à être plus observantes que les hommes. La situation de chaque patient peut être caractérisée selon plusieurs dimensions : cognitive (ce qu'il sait), biomédicale (ce qu'il perçoit de sa maladie), psychoaffective, socio-professionnelle et ses attentes (ce qu'il projette) ; comme cela est fait lors d'un bilan éducatif partagé (phase initiale d'un accompagnement d'éducation thérapeutique). Ainsi, le patient, au centre de sa prise en charge, est-il accompagné dans sa globalité mais aussi dans sa complexité. Ses connaissances et ses représentations doivent être évaluées. Elles sont liées à son milieu socioprofessionnel, à son éducation, mais aussi à son vécu. L'expérience propre du patient concernant la maladie, les traitements et les risques est essentielle. On parle de patient naïf, mais un patient ayant déjà fait l'expérience d'un événement cardiovasculaire ou ayant des antécédents familiaux n'est plus naïf. Ses connaissances

* Unité fonctionnelle d'hypertension artérielle, Centre de diagnostic et de thérapeutique, hôpital Hôtel-Dieu, Paris.

Points forts⁺⁺

- » L'observance est un processus évolutif. Chaque nouveau patient doit être évalué. L'inobservance doit ensuite être dépistée et réévaluée continuellement.
- » L'observance est multifactorielle. Les connaissances et les représentations du patient, sa maladie ainsi que ses traitements influencent son observance et déterminent ses comportements.
- » La collaboration interprofessionnelle est essentielle pour accompagner le patient vers l'observance. Celle-ci dépend certes du patient mais surtout des moyens qui sont mis à sa disposition pour qu'il l'améliore.

Mots-clés

Projet thérapeutique
Accompagnement
Dépistage
Collaboration interprofessionnelle
Processus évolutif

et ses représentations sont modifiées, et cela peut atteindre tous les déterminants de l'observance, sa représentation du risque, sa perception des médicaments et des régimes, sa confiance envers les professionnels de santé, etc. Les attentes du professionnel et celles du patient peuvent être différentes et aussi évoluer dans le temps. Il est fondamental, si son état clinique le permet, de respecter la temporalité du patient en évaluant avec lui sa situation passée, présente et future. Pour autant, le patient consulte pour avoir des recommandations. Il est du rôle du médecin de l'inviter à réaliser les changements nécessaires. Un parcours correspondant à ses besoins médicaux mais aussi à ses attentes et à ses capacités pourra alors être construit. Cette notion de temporalité est la première à identifier pour entreprendre une démarche conjointe qui n'aura d'effets durables que si le patient a la volonté de changer et adhère au projet thérapeutique. La présence ou non de symptômes est l'une des clés qui doit amener le professionnel à évaluer où se situe le patient dans sa prise en charge. En plus, l'évaluation du ressenti permettra de prendre la mesure de l'impact de ces symptômes. Le patient symptomatique n'est plus naïf et l'équation de la prise en charge et de l'observance s'en trouve modifiée.

La maladie : caractéristiques et conséquences

Le domaine des pathologies cardiovasculaires est vaste. Il convient tout d'abord de différencier les affections aiguës des troubles persistants. Lors de la prise en charge d'un épisode aigu, le professionnel est fortement impliqué ; les recommandations sont alors très directives, et cela dans l'intérêt du patient. Celui-ci, dans un rôle généralement passif, se conforme aux décisions médicales. La réflexion, l'analyse et la critique se font dans un second temps. La prise en charge d'une affection chronique se décompose en plusieurs temps. Premièrement, le diagnostic et l'instauration du traitement : ils se caractérisent par un lien étroit entre le professionnel de santé et le patient, lien qui permet aussi la circulation d'informations. Le professionnel de santé doit alors informer le patient

sur sa pathologie, ses conséquences, ses risques, ses traitements, principalement de manière "descendante" ; le patient, lui, fait remonter au professionnel ses inquiétudes, ses symptômes, ses requêtes. Il est important de noter que le patient peut passer lors du diagnostic d'un statut de "personne saine" à un statut de "malade", ce qui est un grand changement (4). Dans la phase chronique de la maladie, l'observance fluctue et peut être modifiée de façon importante, notamment lors de périodes charnières, comme une hospitalisation, un changement de médecin ou une modification du mode de vie. Elle est donc tributaire non seulement de la temporalité du patient mais aussi de celle de la maladie. Il est question ici de "la maladie", que nous différencions de "la pathologie", afin de mettre la pathologie dans un contexte englobant aussi les risques, les conséquences, les contraintes, les représentations, et toutes les modifications apportées au sein de la vie du patient. Toutes les maladies cardiovasculaires n'ont pas les mêmes conséquences, n'engendrent pas les mêmes contraintes ou ne font pas l'objet des mêmes représentations. On retrouve, comme composante de l'observance, les symptômes, qui jouent un rôle important dans la perception de la maladie et de ses conséquences. Si le cas se présente, un travail d'explication sur les pathologies sans symptomatologie apparente doit absolument être engagé par le prescripteur. Ainsi, il a été montré que les traitements de prévention sont à fort potentiel d'inobservance, ce qui conforte l'effet de l'expérience du patient sur l'observance. La proportion de traitements de prévention des risques cardiovasculaires qui sont arrêtés à 2 ans en moyenne est de 50 % pour la prévention primaire et de 66 % pour la prévention secondaire (5).

Les traitements : adapter et expliquer

Il est important de regrouper sous le terme de "traitements" l'ensemble des thérapeutiques médicamenteuses et des recommandations faites par les professionnels de santé. En effet, particulièrement pour les pathologies cardiovasculaires, l'application de recommandations hygiéno-diététiques est la pre-

Highlights

- » *Adherence is an evolutionary process. Every new patient should be assessed. Adherence failure must be tracked and constantly reassessed.*
- » *Adherence is multifactorial. The knowledge and representations of the patient, its disease and treatments influence its adherence and determine its behavior.*
- » *Interprofessional cooperation is essential to assist the patient towards perfect adherence. Adherence depends on the patient and on the means available to him or her to achieve it.*

Keywords

Therapeutic project
Patient Support
Screening
Interprofessional cooperation
Evolutionary process

mière étape de prise en charge. L'application de ces recommandations ou règles doit perdurer même après l'instauration d'un traitement médicamenteux. Il s'agit là d'une part importante de l'observance, trop souvent négligée, et qui pourtant joue un rôle crucial dans la réussite de la prise en charge. Le professionnel doit porter une attention toute particulière à l'observance de ces règles : réduction pondérale, activité physique régulière, régime alimentaire adapté, consommation limitée voire arrêt d'alcool et de tabac. Lors de l'évaluation de l'observance, il est nécessaire de différencier l'inobservance intentionnelle des erreurs d'observance non intentionnelles. Il est utile d'évaluer chez chaque patient ses capacités à gérer les traitements prescrits ou recommandés. Le nombre de traitements, leur rythme de prise, la capacité du patient à s'auto-administrer ses traitements sont des facteurs à prendre en compte. Le fait d'avoir plus de 3 traitements est un facteur aggravant reconnu de l'inobservance. Il a été montré que la prescription des traitements le matin conduisait à une meilleure observance (6). L'administration d'un traitement, en tant que telle, est une étape clé. La réduction des capacités physiques, la nécessité de recourir à un aidant, les troubles de la déglutition, la baisse de l'acuité visuelle sont autant de facteurs, cependant non exhaustifs, qui influent sur l'administration des traitements prescrits et donc l'observance. Le choix de la galénique doit être réfléchi ; par exemple, l'administration de comprimés volumineux ou de petits comprimés difficilement sécables peut représenter un problème pour les personnes âgées. Enfin, le coût peut, dans certains cas, constituer un frein à l'observance et ne doit pas être oublié. Au-delà des caractéristiques logistiques, les traitements en eux-mêmes sont souvent une cause d'inobservance. Le profil de tolérance et la balance bénéfique/risque sont des critères essentiels entrant dans la décision médicale. De plus, leurs représentations négatives des traitements médicamenteux et leurs connaissances approximatives amènent les patients à les adapter comme bon leur semble. On parle de "drug holidays" pour expliquer les arrêts de traitement durant une période donnée. Les nouveaux systèmes d'information, qui donnent accès à chacun à des informations de plus ou moins bonne qualité dans le domaine de la santé, ont une grande influence sur les patients, avec des répercussions sur l'observance qui restent à déterminer. Le partage d'informations entre patient et soignant est alors essentiel pour adapter au mieux le projet thérapeutique et aboutir à la meilleure prise en charge possible.

Le professionnel, un pour tous, tous pour un

Dans le jeu d'échec de la prise en charge, si nous avons placé le patient à la place du roi, le professionnel de santé, et particulièrement le prescripteur, de par son importance et sa polyvalence, est la reine. Le prescripteur et l'ensemble des professionnels de santé sont là pour mettre à la disposition du patient tous les moyens pour concourir à son observance. Le partage entre professionnel de santé et patient nécessite un temps dédié au dialogue, à l'information, à l'évaluation, au dépistage et enfin à l'accompagnement. La formulation d'un projet thérapeutique adapté au patient et répondant aux exigences de la prise en charge est l'aboutissement de cet accompagnement. Ce projet évoluera au fil du temps et devra être ajusté. L'évaluation du patient permettra par la suite d'adapter à ses connaissances et à ses capacités les informations dispensées (7). Le prescripteur est responsable de la personnalisation du projet thérapeutique. Il est aux manettes pour respecter la temporalité du patient, prendre en considération ses inquiétudes, adapter les traitements au mieux mais aussi pour coordonner l'accompagnement.

Le patient, une fois sorti de consultation, est livré à lui-même. Bien qu'ayant été informé et adhérent au projet thérapeutique, il sera confronté à des situations inconnues, voire à des situations d'échec. Son accompagnement prend alors une autre dimension. Lorsqu'un symptôme apparaît, il doit être orienté vers le prescripteur pour réévaluer la situation. Si des effets indésirables sont probables lors de l'introduction d'une thérapeutique, il est important d'en informer le patient et de profiter d'une bonne collaboration interprofessionnelle pour l'accompagner (8). Le contact avec le pharmacien ou tout autre professionnel de santé est alors crucial pour assurer l'observance et pour que le patient reste dans un parcours de soin adéquat. Si celui-ci est prévenu et éduqué sur les réactions à avoir selon la situation, le climat de confiance peut perdurer. En revanche, son expérience peut modifier sa confiance dans sa prise en charge et l'amener à un désengagement. Les étapes de transition, lors du parcours de soins, sont particulièrement à risque pour l'observance. Le passage de la ville à l'hôpital, et inversement, de même que celui du spécialiste au généraliste, et inversement, sont des étapes clés à ne pas négliger. Il est fondamental que la communication entre professionnels soit la plus claire possible. Pour cela, chaque modification doit être expliquée, si possible, pour

J. Cothenet et H. Lelong déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

S. Kretz et J. Blacher déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec cet article.

que le patient soit accompagné et reçoive les mêmes informations tout au long du parcours de soins. La communication écrite entre professionnels est un outil essentiel et les informations doivent être partagées. Confrères en ville ou hospitaliers, pharmaciens, infirmiers, paramédicaux, réseaux de santé, aidants et associations ont chacun un rôle à jouer auprès du patient et doivent participer pleinement à sa bonne observance. Chaque mois, 8,6 % des personnes âgées achètent un médicament sans ordonnance (9). Chaque médicament sans ordonnance doit être en accord avec la prise en charge du patient et délivré avec le maximum de sécurité. Le dépistage de l'automédication est un bon exemple de collaboration essentielle pour une bonne prise en charge. Le patient bénéficiant d'un accompagnement coordonné et personnalisé a à sa disposition de nombreux outils pour optimiser son observance. La collaboration vers une meilleure prise en charge aura ensuite comme objectif d'améliorer les comportements du patient et d'aboutir ainsi à ce qu'il acquiert des savoirs susceptibles de le constituer en acteur de sa propre santé. En ce sens, les nouvelles technologies sont des outils qui peuvent être mis en avant pour permettre au patient de prendre pleine possession de son projet thérapeutique. Toutes les solutions technologiques

n'ont pas vocation à participer aux soins. Il est essentiel de faire la part des choses entre les technologies ludiques et celles susceptibles d'aider à assurer un suivi médical de qualité. L'usage ludique des objets connectés n'est pas à bannir ; ceux-ci sont vertueux si le patient a conscience de leurs limites. L'usage des technologies dans le contexte du soin peut être très intéressant si le patient entame cette démarche. De nombreuses données fiables peuvent être collectées par ses soins et mises à disposition du professionnel de santé. Le patient est ainsi actif et peut partager avec le professionnel ses progrès ou ses difficultés, en termes de poids (balance connectée), de chiffres tensionnels, voire d'observance.

Conclusion

Dans un rapport datant de 2005, l'OMS estime, en s'appuyant sur la littérature, que la proportion de malades chroniques respectant leur traitement n'est que de 50 %, et tout porte à croire qu'elle est bien plus faible dans les pays en développement (10, 11). Tous les efforts doivent donc converger en l'obtention d'une bonne observance des patients, grâce à un parcours de soins cohérent (12). ■

Références bibliographiques

1. Rapport de l'Académie nationale de pharmacie. Observance des traitements médicamenteux en France. Rapport adopté par le Conseil de l'Académie nationale de pharmacie le 15 décembre 2015. http://www.acadpharm.org/dos_public/Recommandations_Observance_VF.pdf
2. Burnier M, Wuerzner G, Struijker-Boudier HS, Urquhart J. Measuring, analyzing, and managing drug adherence in resistant hypertension. *Hypertension* 2013;62(2):218-25.
3. Korb-Savoldelli V, Gillaizeau F, Pouchot J et al. Validation of a French version of the 8-item Morisky medication adherence scale in hyperten-

sive adults. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2012 Jul;14(7):429-34.

4. HAS. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé. Recommandations de bonne pratique. HAS, mai 2012. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations_-_delivrance_de_linformation_a_la_personne_sur_son_etat_de_sante.pdf

5. Naderi SH, Bestwick JP, Wald DS. Adherence to drugs that prevent cardiovascular disease: meta-analysis on 376,162 patients. *Am J Med* 2012;125(9):882-7.

@ Retrouvez l'intégralité des références bibliographiques sur www.edimark.fr

À DÉCOUVRIR EN LIBRAIRIE



L'essentiel en cardiologie

Deuxième édition augmentée

François Boustani

Préface : Jean Acar

Éditions Sauramps Médical,

www.livres-medicaux.com

752 pages - 98€

Parution : janvier 2017

Cette deuxième édition de *L'essentiel en cardiologie* est une révision complète de la première édition, enrichie de nouveaux chapitres. Le lecteur peut consulter en peu de temps le support théorique qui sous-tend la pratique : les conduites à tenir, les mesures à effectuer, les valeurs-seuils recommandées par les sociétés savantes, les arbres décisionnels à suivre, les examens complémentaires à demander, les facteurs de gravité à rechercher dans chaque pathologie... Ce livre trouve son complément dans un site internet (www.cardiologie-francophone.com) qui diffuse des films sur les grandes avancées techniques en cardiologie, des visioconférences présentées par des experts reconnus (84 depuis 2014, répertoriées dans les différents chapitres de ce livre) et des documents ou liens utiles pour la pratique.

Références bibliographiques (suite de la page 23)

6. Vrijens B, Vincze G, Kristanto P, Urquhart J, Burnier M. Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories. *BMJ* 2008;336(7653):1114-7.
7. HAS. Démarche centrée sur le patient. Information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. Mise au point HAS, mai 2015. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche_centree_patient_web.pdf
8. Dunn SP, Birtcher KK, Beavers CJ et al. The role of the clinical pharmacist in the care of patients with cardiovascular disease. *J Am Coll Cardiol* 2015;66(19):2129-39.
9. Legrain S. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé. Consommation, prescription, iatrogénie et observance. Rapport HAS 2005. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28_16_44_51_580.pdf
10. Sabaté E (ed.). Adherence to long-term therapies. Evidence for action. World Health Organization, 2003 <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>
11. Haynes RB, McDonald H, Garg AX, Montague P. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(2):CD000011.
12. Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T et al. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;11:CD000011.