

L'OBSERVANCE ET SES DIFFICULTES

PRESENTATION DU CONCEPT

L'observance thérapeutique se définit comme l'adéquation entre le comportement du patient et le traitement proposé. Elle sous-entend étymologiquement une conformité à une loi, à une règle (observance religieuse...). Cette notion rend compte de l'ambiguïté du sens de ce mot : le patient est acteur, mais doit se plier aux ordres (ordonnances, prescription).

L'inobservance varie selon le type de problèmes et le type de traitement ou de changement de comportement attendu du patient. Aux États-Unis, entre 20 et 30 % des prescriptions ne sont jamais retirées en pharmacies. Pour l'OMS inobservance moyenne dans les pays développés est de l'ordre de 50 % (1). La résignation semble acquise quand on voit qu'il est classique de considérer comme observant un patient atteignant un taux de 80 % et qu'un taux d'observance de 60% serait acceptable pour la plupart des maladies et de la prévention (2) !

La maladie, les injonctions médicales et les traitements ont une répercussion sur la vie du patient. Celles-ci peuvent être lourdes et potentiellement facteurs de non-adhésion aux traitements proposés.

DISCUSSION

Il arrive qu'au mot observance, il soit préféré celui d'**adhésion**. Il y aurait dans cette nuance une notion d'acceptation préalable, plus ou moins exprimée, à la stratégie de prise en charge proposée. Il s'agit moins d'obéir que de consentir. Mais l'adhésion n'implique pas obligatoirement l'observance. L'adhésion au traitement serait du domaine de l'intention et l'observance de l'action. Dans l'idéal, l'observance est la traduction matérielle de l'adhésion au traitement. On parle aussi parfois de **compliance**. Mais il fait implicitement référence à un rapport paternaliste, de soumission à l'autorité (3).

Cette adhésion favorise l'observance des traitements et la qualité des soins. En 2019 une étude anglaise montrait que le soutien du patient dans l'autogestion de ses maladies chroniques était gage de qualité.

Pour espérer optimiser l'observance de ses décisions, le médecin doit négocier. Un compromis s'installe entre le **souhaitable** du médecin et le **possible** du patient, pour devenir un **acceptable** commun. La **communication** joue donc un rôle essentiel dans la question de l'observance. Le sociologue A. Cicourel (4), qui a passé une bonne partie de sa vie à étudier les interactions médecin-patient, soulignait que le plus grand progrès médical à venir ne serait pas nécessairement dans le domaine pharmaceutique mais bien dans une relation partenariale avec les patients.

On sait qu'en médecine générale, **une démarche centrée sur le patient** est préférable à une démarche centrée sur la maladie. En effet, le médecin soigne une personne malade plus qu'une maladie. Cette vision n'est pas spontanément perçue par le médecin, formé initialement à la médecine dite d'organes. Il étudie les maladies hors du contexte d'un patient donné. Pourtant, l'importance de l'inobservance thérapeutique doit l'amener à envisager sa prise en charge de manière plus personnalisée afin d'améliorer l'efficacité de son soin.

C'est ainsi que la connaissance des notions de **fardeau**, d'**axe principal d'intervention**, de **plan de santé personnalisé**, etc, présentées dans la prise en charge globale du patient multimorbide (voir fiches) ne peuvent probablement qu'améliorer cette adhésion du patient.

ILLUSTRATION(S) CLINIQUE(S)

Monsieur B à 52 ans, marié, 3 enfants est diabétique depuis 5 ans. Malgré un suivi alterné entre le médecin et l'infirmière Asalée, un traitement par Metformine lui a été secondairement prescrit en plus du rappel systématique et argumenté des règles hygiéno-diététiques. Devant la lente mais régulière amélioration de l'hémoglobine glyquée, les posologies du médicament ont été très progressivement diminuées, jusqu'à ce fameux jour de mai où, l'hémoglobine glyquée étant pour le troisième trimestre consécutif inférieure à 6,5%, le médecin annonce au patient qu'on pourrait peut-être tester l'arrêt de la Metformine. Le patient, après un court silence, se sentant en mesure de rassurer son médecin, lui confie, un peu contrit, qu'on ne risquait pas

grand-chose, puisque qu'en 3 ans, il n'avait jamais pris le moindre comprimé de ce médicament !

Monsieur B., 57 ans, termine une chimiothérapie pour un cancer colique. Il est par ailleurs diabétique de type 2, hypertendu, avec une insuffisance rénale modérée. Célibataire, il ne travaille pas et vit en partie chez sa sœur célibataire aussi. Il a toujours été très ambivalent vis-à-vis des soins. Des infirmières passent matin et soir pour l'insuline. Pour l'aider dans l'observance, le patient est vu en consultation chaque mois. Il apprend à son médecin traitant qu'il est allé il y a trois semaines « aux urgences » car il avait des épigastalgies. Une fibroscopie est prévue en externe, mais aussi une consultation de cardiologie pour « son diabète ». Il est « bougon » et prévient qu'il n'ira à aucune de ces consultations, y compris celle du néphrologue qui était programmée de longue date. Par ailleurs, le traitement aurait été modifié aux urgences, mais le patient n'a pas l'ordonnance et les infirmières ne savent que faire. Où le mieux est l'ennemi du bien, pour au final dans ce cas diminuer un peu plus l'adhérence aux soins du patient.

REFERENCE BIBLIOGRAPHIES

- 1 Lerner B.H. From careless consumptives to recalcitrant patients: the historical construction of non compliance. *Social Science and Medicine* 1997; 45 (9): 1423-31.
- 2 Sabaté E. Improving adherence rates: guidances for countries. In *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. WHO, 2003, 211 p.
- 3 Lamouroux A., Magnan A, Vervloet D. Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? *Rev Mal Respir*. Vol 22 - N° 1 - février 2005. p 31-34.
- 4 Cicourel AV. *Le raisonnement médical : une approche sociocognitive*. Paris : Seuil, 2002 : 234 p.