

Étude 2018

USAGE DES NOUVELLES TECHNOLOGIES
ET OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE
DES PERSONNES ÂGÉES





L'association 1901-

LIR imaginons la Santé

regroupe en 2018, 11 groupes pharmaceutiques internationaux majeurs dont l'activité est centrée sur un thème, l'excellence en innovation santé : **AbbVie, Astellas, Astrazeneca, Bayer Healthcare, Boehringer Ingelheim, GlaxoSmithKline, Janssen, MSD, Novartis, Roche, Takeda.**

En France, ils représentent :

- ▶ plus de 20 000 salariés : 25 % des emplois en production.
- ▶ plus de 25 sites de production ou de R&D répartis dans une vingtaine de régions.
- ▶ plus de 60% des essais cliniques réalisés en France.

Les membres fondateurs de l'association sont engagés dans tous les domaines prioritaires de santé publique :

- ▶ Cancer,
- ▶ Maladies rares, immunologie,
- ▶ MCV et métabolisme,
- ▶ Vaccins,
- ▶ Maladies du système nerveux central,
- ▶ Maladies respiratoires.

Ils s'appêtent à mettre à la disposition du corps médical français, les médicaments les plus innovants du marché :

- ▶ Éradiquer la maladie,
- ▶ Doubler les gains d'espérance de vie dans le cancer par exemple,
- ▶ Renforcer l'autonomie du patient et son retour à une vie normale,
- ▶ Prévenir la maladie,
- ▶ Empêcher que la maladie survienne.

Les Adhérents fondateurs et/ou associés au sein du think tank LIR-Imaginons la santé, sont engagés dans la production d'études et de travaux communs et travaillent ensemble, pour relever 5 défis :

- ▶ Simplifier l'accès aux soins des Français pour que chacun bénéficie de l'excellence médicale au bon moment, au bon endroit ;
- ▶ Faire mieux avec autant en améliorant la qualité de la prise en charge, en tenant compte de l'environnement des individus ;
- ▶ S'appuyer sur les nouvelles technologies et la santé numérique pour réussir la transformation du système de soin ;
- ▶ Éviter ou retarder l'arrivée de la maladie en impliquant plus les citoyens dans leur parcours de santé ;
- ▶ Soutenir la recherche et la médecine du futur pour faire de la santé en France, un secteur économique enviable.

Les 3 valeurs du think tank sont : l'**anticipation**, l'**ouverture** et la **créativité**.

Son parti-pris : Alimenter la réflexion à partir de données factuelles et référencées.

Sa notoriété : la qualité de ces études comparatives internationales.

Suivez régulièrement les résultats des Études, articles et interviews mis en ligne sur le site web : www.lir.asso.fr

Suivre le LIR sur Twitter : https://twitter.com/LIR_Sante

SOMMAIRE

▶ QU'EST-CE QUE L'OBSERVANCE ?	7
▶ DÉFINITION ET ÉTYMOLOGIE	7
▶ CHAMPS D'APPLICATION	7
▶ L'INOBSERVANCE	7
▶ EST-CE QUE LE PATIENT A LE DROIT D'ÊTRE INOBSERVANT ?	8
▶ QUELLE EST L'AMPLEUR DU PHÉNOMÈNE ?	9
▶ QUELS ENJEUX ?	10
▶ POUR L'INDIVIDU	10
▶ POUR LA COLLECTIVITÉ	10
▶ RÉSUMÉ	11
▶ COMMENT EST ÉTUDIÉE L'OBSERVANCE ?	12
▶ LE MODE DE RECUEIL DE L'INFORMATION	12
▶ LE NIVEAU DE SEUIL	12
▶ LES LIMITES DES ESSAIS CLINIQUES	12
▶ RÉSUMÉ	12
▶ QU'EST-CE QUI INFLUE SUR L'OBSERVANCE ?	14
▶ LES CARACTÉRISTIQUES DU PATIENT	14
▶ LES ÉLÉMENTS AUTOUR DU PATIENT	15
▶ RÉSUMÉ	16
▶ COMMENT AMÉLIORER L'OBSERVANCE ?	17
▶ PAR LE DROIT	17
▶ PAR L'INNOVATION PHARMACEUTIQUE	17
▶ PAR LE DÉVELOPPEMENT DE NOUVEAUX MODES DE PRISE EN CHARGE	18
▶ PAR LE DÉVELOPPEMENT TECHNOLOGIQUE	20
▶ LES PROGRAMMES D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUES (ETP)	21
▶ AUTRES MOYENS DE PROMOTION QUI POURRAIENT SE DÉVELOPPER	22
▶ RÉSUMÉ	23
▶ UN EXEMPLE ISSU DU VÉCU D'UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ.	24
▶ CONCLUSION	25
▶ CONCLUSION GÉNÉRALE	25
▶ PERSPECTIVES	25
▶ OPPORTUNITÉS	26
▶ LES ACTIONS DES ENTREPRISES DU LIR	27
▶ BIBLIOGRAPHIE	28
▶ NOTES	34



Les membres du Think tank **LIR** ont mené une réflexion sur **l'observance thérapeutique des personnes âgées**, en lien avec l'usage des nouvelles technologies et des objets connectés.

Une revue systématique de la littérature a été conduite sur les causes de la non-observance et l'intérêt des nouvelles technologies innovantes pour améliorer l'efficacité, en particulier chez les personnes âgées. **Une vingtaine d'entretiens** avec des professionnels de santé et des aidants ont été menés en France pour recueillir les impressions du terrain et les questions qui se posent en pratique courante.

Cette double recherche tend à montrer que la seule **innovation numérique** ne permet pas d'améliorer l'observance thérapeutique chez les personnes âgées et qu'il convient de coupler l'apport numérique avec un **accompagnement humain**. L'investigation menée souligne également vers la nécessité **d'une intervention personnalisée, ciblée** sur les patients les plus à **risque d'inobservance** voire planifiée au moment le plus pertinent.

Ces deux constats renforcent la conviction des entreprises internationales de recherche pour augmenter la qualité de prise en charge de la personne âgée sous toutes ces formes :

- ▶ Actions coordonnées entre tous les acteurs.
- ▶ Actions de prévention.
- ▶ Lutter contre la iatrogénie.
- ▶ Parer au handicap.
- ▶ Maintien de l'activité et lutte contre l'isolement.
- ▶ Maintien du lien avec les opérateurs de santé.

► DÉFINITION ET ÉTYMOLOGIE

Le Larousse propose pour définition de l'observance [1] :

« Façon dont un patient suit, ou ne suit pas les prescriptions médicales et coopère à son traitement. »

Ce constat a été fait par Hippocrate. Cette thématique n'a donc rien de nouveau. Elle n'en demeure pas moins un enjeu majeur de santé publique. Le développement de thérapies onéreuses a provoqué un regain d'intérêt pour l'observance auprès des industriels [1].

Ce terme vient de l'expression « observer un rite religieux » [4]. Ainsi l'individu suit la règle qui est fixée sans se poser de questions. D'autres termes peuvent être retrouvés dans la littérature [4] :

- ▶ Le terme d'adhésion implique une démarche active du patient dans son traitement,
- ▶ L'alliance thérapeutique est communément admise comme un idéal. Le professionnel s'adapte à son patient et ce dernier entreprend des démarches actives vis-à-vis de son traitement.

Opter pour « l'observance » reflète donc mieux la conception que nous nous faisons de la relation médecin-malade, où le savant édicte une règle que le profane suit.

► CHAMPS D'APPLICATION

L'observance, désignant l'obéissance aux recommandations du médecin, s'applique intuitivement aux traitements. Toutefois, elle ne s'y limite pas. En effet, elle peut aussi concerner :

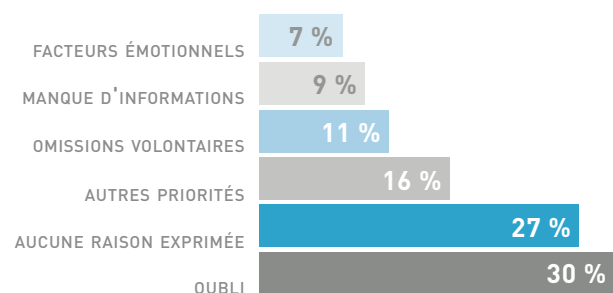
- ▶ L'assiduité aux consultations,
- ▶ Le respect des mesures hygiéno-diététiques¹ qui font partie intégrante des recommandations de la HAS [5, 6, 7].

► L'INOBSERVANCE

Cette notion correspond à tous les comportements du patient qui ne suivent pas les recommandations du professionnel. Les raisons peuvent être diverses et variées (voir ci-dessous ▼)². On définit différents types d'arrêts [8] qui peuvent être volontaires (définitifs, momentanés) ou pas (oublis, prises groupées [9]).

► Les raisons de faibles observance

Raisons de la faible observance évoquées par le patient
en %



EST-CE QUE LE PATIENT A LE DROIT D'ÊTRE INOBSERVANT ?

Oui ! D'un point de vue légal, l'article L1111-4 du code de la santé publique précise qu'aucun acte médical et qu'aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé du malade. Ce consentement peut être retiré à tout instant par le patient.

Toutefois l'outil légal pourrait évoluer. On peut prendre l'exemple de l'obligation vaccinale qui limite le droit des individus au refus, et qui de plus a fait l'objet d'une extension. Ce qui laisse la place à de futures évolutions pour répondre aux enjeux de santé publique [10] [11].

Mais le point le plus important de la question de l'extension vaccinale est le problème de la communication. En effet, une double communication avait été mise en place entre d'une part les vaccins obligatoires et les vaccins recommandés [12]. Résoudre les problèmes d'observance pourrait notamment passer par une simplification des messages sanitaires.

QUELLE EST L'AMPLEUR DU PHÉNOMÈNE ?

Un premier rapport de l'OMS en 2003 [13], fait état que 1 patient sur 2 est inobservant, et ce indépendamment du pays étudié. La situation française n'est pas différente des constats internationaux [14] [15]. Selon l'observatoire Jalma [18], ¼ des médicaments prescrits ne seraient pas consommés.

Il existe, cependant, de plus grandes variabilités en fonction des pathologies [17].



► L'observance en fonction de la pathologie considérée

Contexte médical		Taux d'observance médicamenteuse *
▼		▼
TRANSPLANTATION CARDIAQUE		75-80 % [18].
TRANSPLANTATION RÉNALE		48 % pour les immunosuppresseurs [19].
MALADIES CARDIOVASCULAIRES		54 % [20].
MALADIES MÉTABOLIQUES	DIABÈTE	31-87 %. 53-98 %. Dont 28 % de sous dosage en insuline [21].
	HYPERCHOLESTÉROLÉMIE	36-44 % [15].
MALADIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES DE L'INTESTIN		60-70 % [22] [23].
TROUBLE PSYCHIATRIQUE		50 % à 1 an, 25 % à 2 ans [24] [25].
ASTHME		30-40 % [26] [27]. 11 % utilisent de manière adéquate leurs inhalateurs [28].
MALADIE RHUMATOLOGIQUE		55-71 % [29].
HORMONOTHÉRAPIE		48-88 % pour l'ostéoporose [30].
ÉPILEPSIE		72 % [31].
HYPERTENSION		40-72 % [32] [33] [34] [35]. 50 % d'arrêt au bout de 1 an [36].
VIH		55 %-88 % [37] [38] [39].
CANCER (TRAITEMENTS ORAUX)	HÉMOPATHIE MALIGNÉ	17 %.
	CANCER DU SEIN	53-98 % [40] [41].
INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE		80 % d'hémodialyse [42]. 65 % dialyse péritonéale [43]. 30-60 % chez les enfants et adolescents [44].

* Portant uniquement sur les médicaments.

QUELS ENJEUX ?

« Optimiser l'observance médicamenteuse aurait plus d'impact en termes de santé mondiale que le développement de nouveaux médicaments. » OMS [45]

L'une des spécificités de la question de l'observance est qu'elle intègre une réflexion individuelle (à l'échelle du patient), et une réflexion collective globale.

► | POUR L'INDIVIDU

Le défaut d'observance augmente pour le patient :

- ▶ la durée des maladies (10-20 %) [46],
- ▶ le nombre d'arrêts de travail (5-10 %) [46],
- ▶ la fréquence des visites chez le médecin (5-10 %) [46],
- ▶ la durée des hospitalisations (en moyenne de 3 jours) [47],
- ▶ le risque que le traitement se révèle inefficace notamment dans le domaine de l'infectiologie [48] ou des antiasthmatiques [47],
- ▶ Le risque d'avoir des effets indésirables [46].
Selon l'enquête ENEIS [49], sur les 5 effets indésirables liés à un défaut d'observance, tous étaient considérés comme « plutôt évitables ». Certaines classes thérapeutiques sont plus à risque que d'autres, c'est le cas des AVK qui peuvent provoquer des thromboses ou des hémorragies [50],
- ▶ La gravité d'une maladie (notamment dans le domaine de l'oncologie et de l'infectiologie) [51].
Par exemple dans le cancer du sein traité par hormonothérapie adjuvante³, l'inobservance est responsable d'une augmentation de 52 % du nombre de récurrences [41]. Alors qu'une bonne observance diminue les récurrences de 9 % [52].

Il peut également permettre d'éviter des effets indésirables sur le court-terme. Ainsi l'individu non observant préfère ne pas être malade de son traitement, au risque d'être plus gravement malade de sa maladie ultérieurement.

► | POUR LA COLLECTIVITÉ

Le défaut d'observance a également un impact pour la collectivité. On peut noter :

- ▶ Il serait responsable de 12 000 décès (2 %) par an [53],
- ▶ L'augmentation du nombre (100 000) et de la durée des hospitalisations évitables [54] [55].

| D'un point de vue financier

- ▶ Le surcoût lié a été évalué à 9 milliards d'euros [15], dont 1 milliard liés aux seules hospitalisations évitables [55]. Dans le cadre de l'hypertension artérielle, le nombre d'AVC évitable serait de 4 %. Le surcoût généré est estimé à 4,4 milliards d'euros [56] [57],
- ▶ Le gaspillage représenterait une perte de près de 3,5 milliards pour l'ensemble de la population en ALD [58],
- ▶ Au Royaume-Uni, le coût de la non-observance s'élèverait à 500 millions de livres par an [59]. Aux USA, le coût s'élèverait à 100 milliards de dollars par an [60].

| D'un point de vue épidémiologique :

- ▶ Une augmentation de la prévalence des maladies infectieuses [61] voire même une réapparition de maladies presque disparues⁴[62] [63],
- ▶ L'inobservance est responsable d'une augmentation des résistances bactériennes [64] [48]. Ces dernières peuvent mener à une escalade thérapeutique vers des médicaments plus onéreux et induire des situations d'impasse thérapeutique.
Les deux pathologies ayant été les plus associées à des problèmes de résistance induite par un défaut d'observance sont : la tuberculose [65] [66] [67] [68] et le VIH [69]. Toutefois, ces constatations sont valables pour l'ensemble des pathologies infectieuses et notamment : les infections communautaires (avec les résistances aux tétracyclines) ou encore les infections nosocomiales.

| Chez la personne âgée, on note que :

- ▶ 10 % des hospitalisations de la personne âgée sont liées à un défaut d'observance [54] [55],
- ▶ Sur une étude rétrospective sur 1523 accidents médicamenteux chez la personne âgée, 21 % ont été imputés à un défaut d'observance [70].

▶ | RÉSUMÉ

L'une des caractéristiques de l'observance est sa capacité à mettre en résonance la décision individuelle et les intérêts collectifs. En cas de défaut, il convient de vérifier en premier lieu la pertinence des soins, car un soin non pris peut éviter au patient des effets indésirables. Au niveau individuel, elle permet de réduire l'impact des maladies et la consommation de soins. Au niveau collectif, l'observance permet d'améliorer l'efficacité du système de santé (amélioration des résultats sanitaires, diminution des coûts).

COMMENT EST ÉTUDIÉE L'OBSERVANCE ?

La prévalence de l'inobservance est mal connue en France. Ceci découle de difficultés de mesures pour une évaluation précise, s'expliquant par une culpabilisation, et un déni généralisé du patient, mais aussi du professionnel de santé [61].

► | LE MODE DE RECUEIL DE L'INFORMATION

Il n'existe pas de méthodes de références [71] pour évaluer l'observance. Chaque méthode est sujette à des biais différents. Conséquemment, les comparaisons entre les études sont compliquées. À cela s'ajoute la segmentation des études (par pathologie, par population) qui compromet définitivement la possibilité de réaliser une méta analyse pertinente.

On peut classer les méthodes [72, 73] en fonction de leur caractère directe [71]. Une méthode directe se définit comme l'observation réelle de la prise. Elles sont donc considérées comme plus objectives. Toutefois leur mise en place peut être difficile ce qui justifie l'utilisation de méthodes indirectes qui tendent à surestimer l'observance⁵ [74] telle que les questionnaires ou encore la tenue d'agenda. **voir tableau ci-contre ►**

► | LE NIVEAU DE SEUIL

Il n'existe aucun consensus dans la littérature sur un seuil optimal d'observance. Celui-ci varie en fonction des pathologies et des études. Dans le cadre de traitements à visée préventive, un taux de 60 % peut être suffisant [61]. Dans le cadre de l'HTA⁶, une observance de 80 % est considérée comme bonne [76], c'est le taux le plus fréquemment retrouvé. Toutefois, il peut être largement insuffisant pour les pathologies infectieuses ou les cancers [45].

► | LES LIMITES DES ESSAIS CLINIQUES

Les essais cliniques sont le principal pourvoyeur d'informations sur l'observance. Toutefois, ils sont conçus pour démontrer l'efficacité des thérapies. En conséquence, des mesures sont fréquemment mises en place [77] pour améliorer l'observance telle que :

- ▶ la sélection des patients les plus motivés,
- ▶ l'effet Hawthorne⁷ [78].

L'impact de ces biais est de nature à compromettre l'efficacité d'un traitement. C'est le cas de la chimio-prophylaxie préexposition⁸ dans le cadre du VIH avec le Truvada®. L'essai clinique avait prouvé l'efficacité d'une telle mesure, mais une étude a ensuite montré qu'en population réelle l'efficacité était non significative à cause de problèmes d'observance [79].

Cet état de fait justifie la mise en place d'études plus spécifiques telles que des cohortes prospectives ou rétrospectives.

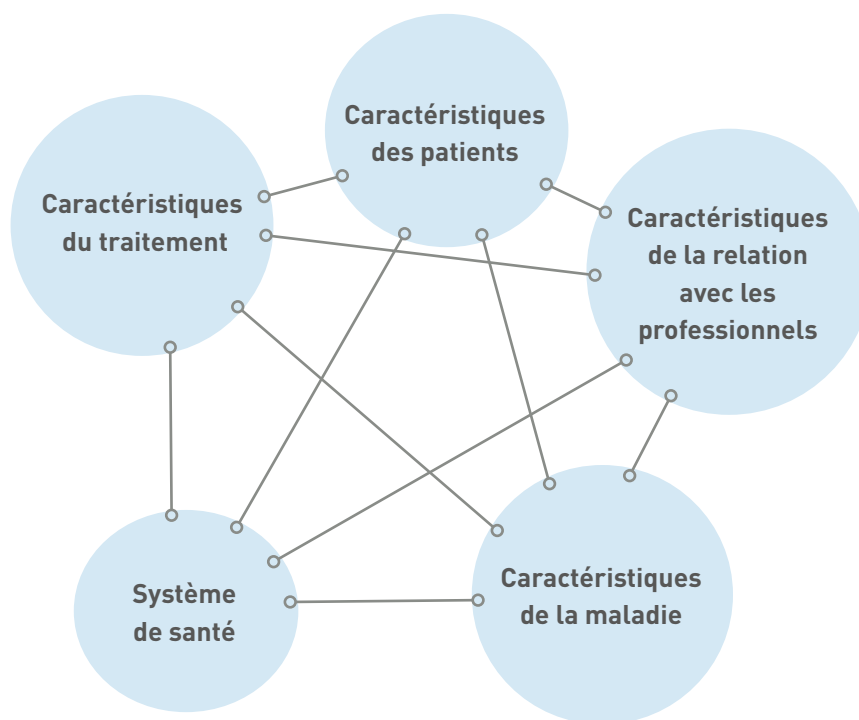
► | RÉSUMÉ

L'étude de l'observance pose plusieurs problèmes. Il existe un large éventail de méthode de recueil. Ces dernières ont toutes des avantages et des inconvénients qui se complètent plus ou moins. Cette situation aboutit à une absence de méthode de référence. De plus, il n'existe pas de consensus sur les seuils à utiliser. Les comparaisons entre les études sont donc compliquées. Une autre source de conflit vient de l'origine des données. En effet, la majorité des études utilisent des essais cliniques. Ces derniers sont sujets à un certain nombre de biais qui compromettent leur transposition à la population générale.

► Le mode de recueil de l'information

Méthode ▼	Avantage ▼	Inconvénient ▼
OBSERVATION DIRECTE DE L'ABSORPTION	Méthode directe, objective.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Possibilité de dissimulation ▶ Inapplicable dans la plupart des situations de la vie quotidienne. ▶ Aspect coercitif.
MESURE DES TAUX PLASMATIQUES OU URINAIRES	Méthode directe, objective.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Variation métabolique. ▶ Non-vérification de la régularité de la compliance.
PILULIERS ÉLECTRONIQUES	Méthode semi-directe, objective.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Possibilité de dissimulation. ▶ Cher, problème de disponibilité.
INTERROGATOIRE DU PATIENT, QUESTIONNAIRES [75]	<p>Méthode simple, facile, non coûteuse Intégré à la relation de soins.</p> <p>Évalue les attitudes par rapport à la maladie ou au traitement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Faible fiabilité. ▶ Surestimation de l'observance ▶ Risque de focalisation de la relation sur l'observance.
TENUE D'AGENDAS, DE CARNETS	<p>Méthode facile, non coûteuse, limite le risque d'oublis.</p> <p>Responsabilisation du patient.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aspect formel, parfois coercitif. ▶ Possibilité d'erreurs volontaires.
COMPTAGE DES COMPRIMÉS, RENOUELEMENT DES ORDONNANCES	Méthode facile, non coûteuse.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aspect formel et coercitif. ▶ Possibilité de mystification.
OBSERVATION D'EFFETS INDÉSIRABLES	Effet clinique objectif, apparition souvent rapide.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Prise en compte d'évènements indésirables contraires aux objectifs de soins.
OBSERVATION DE L'AMÉLIORATION ET DE LA STABILITÉ CLINIQUE	<p>Méthode directement reliée aux objectifs.</p> <p>Mise en valeur des bénéfices thérapeutiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Faible parallélisme temporel entre observance et réponse clinique. ▶ Implication de nombreux autres facteurs sur l'amélioration clinique.

QU'EST-CE QUI INFLUE SUR L'OBSERVANCE ?



► | LES CARACTÉRISTIQUES DU PATIENT | Chez la personne âgée

La personne âgée est une personne plus vulnérable au regard de l'observance. En effet, les limitations fonctionnelles (tremblements, troubles de la déglutition dont les risques de fausses routes, difficulté à tousser...) [80], ou encore les limitations cognitives (démence type alzheimer, troubles psychiatriques) qui favorisent les oublis et les troubles de l'apprentissage.

À cela s'ajoutent des particularités de prise en charge. La personne âgée est plus encline à être polypathologique [81] et en conséquence polymédiquée [82] (consommation de « beaucoup » de médicaments)⁹, ce qui aboutit à une complexification des protocoles thérapeutique et une majoration du risque d'erreur.

Les troubles sensoriels peuvent compromettre la prise du médicament. Les troubles articulaires et de la sensibilité vont compromettre l'utilisation des blisters [83, 84]. Les troubles visuels [85] vont entraîner des difficultés à lire les notices, les ordonnances ou des confusions entre les comprimés [86] (qui sont souvent tous blancs!). Les adaptations posologiques grâce à la sécabilité des comprimés peuvent être altérées par des troubles sensoriels [85].

La biologie de la personne âgée est différente [87], ce qui modifie la pharmacocinétique des médicaments. Ainsi le profil d'efficacité et de sécurité du médicament peut être différent et majorer la iatrogénie [88]¹⁰. Ce point pourrait être toutefois mieux encadré si des études à type d'essais clinique ou de cohorte s'intéressaient spécifiquement à la liaison entre la biologie de la personne âgée et la iatrogénie. À cela s'ajoutent des facteurs pathologiques spécifiques tels que la dénutrition ou la déshydratation qui sont de nature à modifier la pharmacocinétique des traitements.

Limitations
fonctionnelles

Limitations
cognitives

Polypathologie

Polymédication

Modification de
pharmacocinétique

▶ Les autres caractéristiques à considérer

Paramètre	Résultat/Interprétation
DIFFÉRENCE ENTRE HOMME ET FEMME [71]	Hétérogène dans la littérature selon l'IGAS, et s'explique davantage par une polymédication plus fréquente chez les femmes.
DIFFÉRENCES ETHNIQUES [89] [90] [91]	Ont été mises en évidence aux USA. Toutefois il n'est pas possible de dissocier cet effet de la situation socioéconomique (niveau d'instruction, niveau de revenu, type de travail.)
LES CROYANCES RELIGIEUSES [92]	Elles sont corrélées de manière négative avec l'observance.
LA PRÉSENCE D'UN AIDANT* [93]	Elle apparaît comme bénéfique pour l'observance et s'explique par l'aide physique apportée au patient, mais aussi à l'impact psychologique et social. Le plan cancer 2014-2019 rappelle l'importance de l'accompagnement des patients [51].
LA CONFIANCE ENVERS LES INSTITUTIONS ET L'INDUSTRIE [94]	Un défaut de confiance est associé à une moins bonne observance.

*Un aidant est une personne ayant suivi une formation, non rémunérée, qui va accompagner le patient au quotidien [147].
Il peut s'agir d'un conjoint, d'un membre de la famille ou encore un ami.

Il n'existe pas de consensus sur l'effet du statut socioéconomique [71].

▶ | LES ÉLÉMENTS AUTOUR DU PATIENT

Vue générale

Facteurs - Acteurs

LA MALADIE	LE TRAITEMENT	LE MÉDECIN	LE SYSTÈME DE SOINS
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Intensité des symptômes. ▶ Gravité, pronostic. ▶ Durée [chronique, aigu...] ▶ Nature [psychiatrie, cardiovasculaire...] 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Efficacité, sécurité [profil iatrogène ou effets secondaires.] ▶ Galénique. ▶ Nombre de prise journalière. ▶ Durée. ▶ Co-médications. ▶ Coût. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Relation de confiance. ▶ Motivation, force de conviction. ▶ Communication [intérêt pour l'observance]. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Isolement relatif du médecin. ▶ Coordination entre les soignants. ▶ Dossiers médicaux électroniques. ▶ Financement en fonction des performances.

| Les facteurs liés aux professionnels de santé

Les professionnels de santé ne ressentent pas forcément la nécessité de faire la promotion de l'observance [95]. À cela s'ajoutent des inadéquations entre la perception de la maladie par le malade et par le professionnel [96] [97].

La relation entre le malade et le médecin est cruciale. Elle va conditionner le type de relation et de comportement du patient, on retrouve ici les nuances entre : observance, adhésion ou alliance thérapeutique. Ainsi plus la relation sera perçue comme contraignante par le patient, moins le patient sera observant [98]. Et vice versa, plus le professionnel impliquera son patient, plus il sera observant [51]. On parle dans ce dernier cas d'empowerment du patient dont l'idéal est l'alliance thérapeutique. À cela s'ajoute le fait que de nombreuses études ont montré que plus le patient avait confiance en son médecin, plus il était observant [99].

Cette relation est impactée par les médias de masse [100] [101] qui vont instiller des représentations cognitives de la maladie au patient. Parfois elles seront justes et aideront le patient à accepter son état. Parfois elles remettront en cause les autorités sanitaires et seront à l'origine d'une crise de confiance [102]. Il en est de même pour les séries médicales [103].

La formation des professionnels devient également un enjeu important. En effet, elle va façonner la relation avec le malade [71] [104], mais aussi sensibiliser aux thématiques d'enjeux sanitaires. C'est d'ailleurs dans ce cadre que 20 h d'enseignement à l'ETP¹¹ sont obligatoire durant les études de pharmacie [105]. L'académie nationale de médecine estime qu'il existe un manque de formation initiale en ETP [105].

| La maladie et le traitement

Les maladies présentant peu de symptômes sont plus à risque d'inobservance [106, 107]. Ceci s'explique par la difficulté de percevoir les risques des maladies chroniques telles que l'HTA, le diabète ou encore des agents pathogènes [108].

Les prescriptions de plus de 4 médicaments apparaissent comme néfastes [93]. Ceci s'explique par la complexité des protocoles thérapeutiques, mais aussi l'augmentation du risque iatrogène [82] [109] [110].

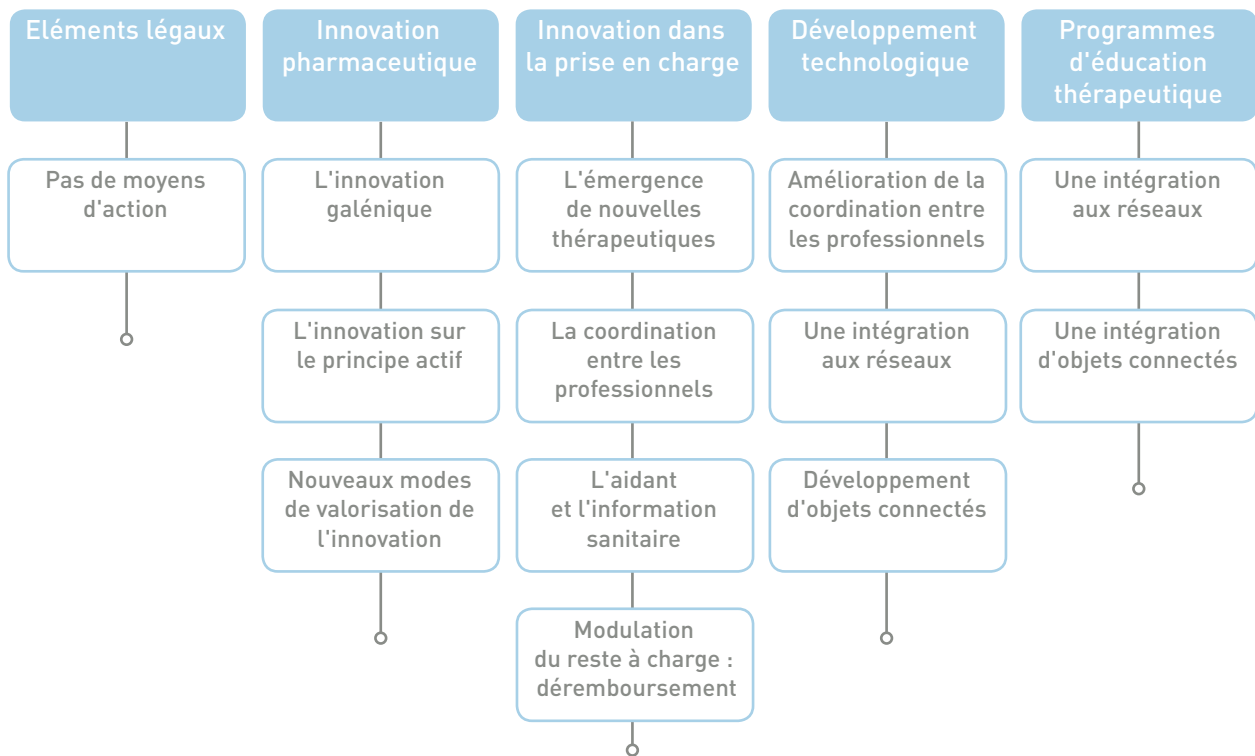
Le prix fait l'objet d'une réflexion importante dans les systèmes de santé. Bien que la France soit l'un des pays où le reste à charge est l'un des plus faibles au monde [111] [85], ce dernier peut demeurer excessif pour la personne âgée [112].

Le schéma de prise est important. Les schémas incluant 1 ou 2 prises par jours [matin et soir] sont mieux observés. L'observance des schémas à 4 prises est évaluée à 50 % [113]. Les prises méridionales sont les plus critiques [85]. Des solutions peuvent aider à simplifier les protocoles [associations de principes actifs, formes à libération prolongées...] [85].

► | RÉSUMÉ

Les caractéristiques qui influent sur l'observance sont nombreuses et font intervenir plusieurs acteurs. Certaines sont liées aux caractéristiques du patient. On peut citer l'âge [et surtout le vieillissement], les caractéristiques sociodémographiques, l'entourage ou encore les croyances. D'autres éléments concernent la relation avec les professionnels de santé, les caractéristiques du traitement et de la maladie. Le système de soins joue également un rôle notamment dans le cadre de la coordination des professionnels.

COMMENT AMÉLIORER L'OBSERVANCE ?



► PAR LE DROIT

Une approche par une contrainte légale apparaît peu probable. La loi HPST a donné une impulsion vers une plus grande liberté du patient au regard de ses choix sanitaires. Ce droit est affirmé par l'article 36 du code de déontologie médicale et le code L1111-4 du code de la santé publique. En conséquence, la mise en place de contrainte légale et réglementaire pour promouvoir l'observance apparaît comme peu probable.

► PAR L'INNOVATION THÉRAPEUTIQUE

L'industriel développe des formes plus faciles à prendre. L'innovation galénique a son importance. Elle permet de développer des formes plus faciles à prendre, moins contraignantes...avec notamment des associations de principes actifs [114], des formes à libération prolongée [115] [116] [117], le passage à une voie orale (en lieu et place d'une injection) [118]...

Les génériques possèdent également un avantage. Il permet d'éviter des excipients à effet notoire¹². Ainsi le générique, équivalent en efficacité, aura une meilleure sécurité que le médicament d'origine.

De nouveaux modes de financement de l'innovation peuvent influencer, on pense par exemple aux contrats de performance. L'industriel est payé en fonction des résultats qu'il obtient en population générale. Or, pour qu'un traitement soit efficace, il faut qu'il soit pris. Ainsi l'observance devient un marqueur indirect de la rémunération de l'industriel [119]. Une telle démarche est difficile sans la mise en place de recueil de données exhaustives et objectives [71].

► | PAR LE DÉVELOPPEMENT DE NOUVEAUX MODES DE PRISE EN CHARGE | De nouvelles approches thérapeutiques

Le développement des thérapies ciblées et de la médecine personnalisée amènent à diminuer les effets indésirables liés aux traitements. Ces approches onéreuses amènent également une modification de la relation avec les organismes payeurs et de la relation médecin-patients.

| Le rôle du praticien

Il existe des stratégies simples pour améliorer l'observance. Mais elles nécessitent de passer du temps avec le patient, ce qui n'est pas toujours compatible avec la pratique quotidienne :

- ▶ Identifier les facteurs et les indicateurs de faible observance,
- ▶ Tester la volonté du patient à suivre son traitement,
- ▶ Souligner l'importance du traitement et les effets d'une bonne observance
- ▶ Prodiguer des explications claires et simples du traitement,
- ▶ Écouter le patient et adapter le traitement en fonction de ses contraintes,
- ▶ Simplifier le traitement et favoriser les médicaments à longue durée de vie
- ▶ Obtenir l'aide de la famille, des amis, des aidants, des soignants quand nécessaire
- ▶ Encourager l'utilisation de système de délivrance de médicaments si besoin.

Afin d'étudier la perception et les attentes des acteurs autour de l'observance, le LIR mis en place une série d'entretiens. Les conclusions sont présentées **ci-dessous**. ▼

Médecin généraliste	Infirmier	Pharmacien	Aidant
▼	▼	▼	▼
Etes-vous confronté dans votre pratique au problème de la non-observance ?			
oui mais il se sent démuni.	oui si soins associés.	oui de plus en plus impliqué (mission).	oui un défi quotidien.
Posez-vous la question au patient de la non-observance systématiquement ?			
non manque de temps.	non manque de temps.	oui mais pas assez de retour.	oui mais pas assez formé.
Quelles sont dans votre pratique les causes principales ?			
Problèmes cognitifs, formation insuffisante.	Oubli, refus, isolement.	Complexité, web, aide à domicile insuffisante.	Nombre de prises par patient, compliance insuffisante.
Utilisez vous des solutions innovantes ?			
Pas le temps.	Très concerné par les soins.	Pilulier numérique, livraison à domicile.	Pilulier simple, lien avec le pharmacien.
Quels sont vos besoins et vos attentes ?			
Avoir plus de temps.	Temps pour répondre aux demandes.	Innovations numériques et organisationnelles.	Simplification thérapeutique, aide logistique.
Quelles sont les limites des nouvelles technologies ?			
Temps insuffisant pour s'impliquer et former les patients.	Temps insuffisant pour aider (alertes) handicap du patient.	Peu de retour et pas assez centré sur le pharmacien.	Formation insuffisante adaptation au patient, aides complexes.
Qu'êtes-vous prêt à faire ?			
Optimisation thérapeutique.	Parcours avec tous les professionnels.	Implication dans toute étude.	Temps de formation.

En étudiant, on note que tous les acteurs sont conscients de l'importance de l'observance. Les pharmaciens et les aidants se sentent préférentiellement concernés. Pour l'aidant l'explication tient certainement à la proximité affective avec le patient et ils sont prêts à suivre des formations.

Dans le cadre des infirmiers et des médecins, le médicament n'est pas le cœur de métier et ceci peut expliquer le manque d'enthousiasme.

Dans le cadre du pharmacien, la relation est davantage liée à sa formation. En effet, le pharmacien est le seul professionnel de santé à avoir passé 6 ans à étudier le médicament. Il y a de plus dans la profession une réelle volonté de voir évoluer le métier vers un service au plus près du patient. Cela passe notamment par le développement de la prévention [120]. On le sensibilise également davantage à l'observance au cours des études. À cela s'ajoute la conscience de la nécessité d'évolution du métier [121].

De plus des études ont montré le rôle positif du pharmacien [85], notamment dans les maladies chroniques. Ceci s'expliquant par plusieurs éléments : le niveau d'information, le respect des patients, la capacité à motiver, l'écoute, les compétences professionnelles.

Le niveau
d'information

Le respect
des patients

La capacité
à motiver

L'écoute

Les compétences
professionnelles

| La coordination entre les professionnels

Le plan cancer [51] fait état de la nécessité d'améliorer la communication entre patient et professionnels. C'est également une nécessité dans le domaine des maladies neurologiques [122].

Le pharmacien possède un rôle important dans la communication entre professionnels [123]. Il peut notamment participer à la conciliation médicamenteuse¹³ avec les médecins [124]. Et en cela peut aider à améliorer l'observance. Ceci peut s'expliquer par la sensibilisation à l'observance des étudiants lors des études.

La coordination de territoriale apparaît comme une nécessité [105] quelle soit intégrée aux programmes d'éducation thérapeutiques [125], aux réseaux de santé (réseau Cardiauvergne [126]) ou encore le développement des objets connectés.

Il convient également de rappeler que les modes de rémunérations des professionnels peuvent influencer sur les modes de prises en charge. Dans le cadre de la ROSP¹⁴, les professionnels peuvent bénéficier de prime s'ils améliorent l'état de santé de la population ou dispensent des ordonnances qualifiées de « sûres ». Des indicateurs de coordination et d'informatisation y sont inclus.

| La question du déremboursement

Dans le cadre de la prise en charge de l'apnée du sommeil [127], un dispositif médical est mis en place : un appareil à pression continu. Il aide l'individu à respirer durant la nuit et évite ainsi les effets délétères de « l'apnée ». Le remboursement de la prise en charge de l'appareil et du prestataire assurant l'entretien fut un temps soumis à une condition d'observance. Ainsi si le patient n'était pas observant, dans un premier temps la rémunération du prestataire diminuait de moitié, pour l'inciter à faire de l'éducation thérapeutique. Puis si dans un délai de 8 mois, l'observance du patient ne s'était pas améliorée, on retirait l'appareil de chez le patient, sans avis médical [71].

Étant donné que la condition était mal acceptée par les prestataires et les patients, le Conseil d'État a abandonné l'idée de conditionner le remboursement à l'observance. L'IGAS [71] craint que les coûts

inutiles augmentent et que la qualité de la prestation associée ne décroisse aussi. Elle propose [71] d'étendre ce modèle aux médicaments onéreux et nécessitant des précautions d'emplois.

Aux USA, une étude a montré que lorsque le reste à charge du patient doublé, il était corrélé avec une diminution de l'observance pour 8 classes thérapeutiques [128]. On note ainsi :

- ▶ Une baisse de 45% pour les AINS¹⁵,
- ▶ Une baisse de 44% pour les antihistaminiques,
- ▶ Une baisse de 32% pour les antiasthmatiques,
- ▶ Une baisse de 25% pour les antidiabétiques.

Autour du patient : l'aidant et les messages sanitaires

La santé d'un individu peut être affectée par son entourage. C'est ce qu'on appelle un aidant. Des rapports ont fait état que ces individus pouvaient s'investir dans la santé de leur proche au détriment de la leur [129]. Leur rôle autour des professionnels est également flou. Ainsi des dispositions légales ont été mises en place afin de les aider à prendre du repos [129] [51].

Il ne faut pas oublier que les médias de masse sont omniprésents et peuvent influencer sur le patient [85]. En conséquence il convient de faire la promotion de comportement vertueux vis-à-vis de la santé. C'est ce que préconisent les différents plans nationaux [51]. Ainsi il faut diffuser une information accessible pour tous et loyale. C'est ce qui a été mis en place dans le cadre de la lutte contre le tabac, l'alcool ou encore l'obésité, qui font tous les 3 parties des mesures hygiénodététiques.

▶ | PAR LE DÉVELOPPEMENT TECHNOLOGIQUE

Les objets connectés

Les objets connectés ont une part de plus en plus importante dans le cadre de l'observance [71]. On peut citer :

- ▶ L'appareil à pression positive continue dans l'apnée du sommeil,
- ▶ La pompe à perfusion ambulatoire notamment utilisée pour donner de l'insuline aux patients diabétiques,
- ▶ Les piluliers électroniques utilisés en Lorraine dans le cadre du réseau ICALOR,
- ▶ La balance électronique utilisée dans le cadre de l'expérimentation Cardiauvergne, en Auvergne.

Ces outils peuvent aider à la mise en place d'un télésuivi [71], et permettre :

- ▶ Émission d'alerte à l'attention des professionnels et du patient,
- ▶ Le partage de l'information entre professionnels et donc cibler les interventions, notamment au travers de l'informatisation du système de santé [105] [130],
- ▶ La détection de pannes de certains dispositifs (exemple des pacemakers), une réparation à distance,
- ▶ Une meilleure description des pathologies et des prises en charges grâce à la constitution de bases de données,
- ▶ Un coaching du patient, l'émission de conseil en temps réel, l'émission de SMS de rappel, une communication par webcam, par téléphone, voire même des visites à domicile ciblées,
- ▶ La mise en place d'action ciblée pour améliorer l'observance.

Les résultats montrent que l'implication de dispositifs médicaux dans des réseaux de santé (Cardiauvergne et ICALOR) obtient de bons résultats. Ainsi l'expérimentation Cardiauvergne a réduit la mortalité cardiaque en Auvergne [71], en intégrant une balance électronique à une surveillance accrue de la part des médecins.

En 2017, la FDA a approuvé un la commercialisation d'un neuroleptique avec un capteur intégré qui permet de savoir si le médicament a été effectivement pris par le patient [131] [94].

| Les applications mobiles

Avec le développement des smartphones, on note un nombre croissant d'applications mobiles dans le domaine de la santé. En 2013, on en dénombrait 100.000 [132]. 500 millions de personnes devraient les utiliser d'ici 2015. La principale question autour de ces applications est celle de leur labellisation et de leur évaluation [128]. Le développement des nouvelles technologies est inéluctable [85] et risque de changer le parcours de soins des patients [128]. Avec le développement des applications, on pourrait également avoir à se poser des questions sur l'accès à l'information médicale des « technophobes » [128].

Un exemple dans le diabète est l'application « Mon glucomètre » qui permet d'aider au calcul des doses d'insuline [133].

Il se pose également des questions éthiques puisque des données sont collectées par des organismes privés (Google, Apple, Samsung...), alors qu'il s'agit de données confidentielles.

► | LES PROGRAMMES D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUES (ETP)

« L'éducation thérapeutique vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. » — OMS [136]

« Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. » — OMS [134]

En France, l'ouverture d'un programme d'ETP est soumise à un accord préalable de l'ARS.

| Les buts des programmes d'ETP sont :

- ▶ Acquisition de compétences pour une plus grande autonomie du patient,
- ▶ Acquisition de compétences d'adaptation du patient à sa maladie.

Ces programmes nécessitent de replacer le patient au cœur de la réflexion. Ils requièrent une meilleure coordination entre les professionnels pour éviter les messages contradictoires [125]. L'intérêt pour ces programmes est réel et est mentionné dans différents plans (cancer [51], maladies neurodégénératives [122], AVC [135]...). Le régime général de la Sécurité Sociale a même développé son propre programme d'éducation thérapeutique dans le diabète (SOPHIA) [71].

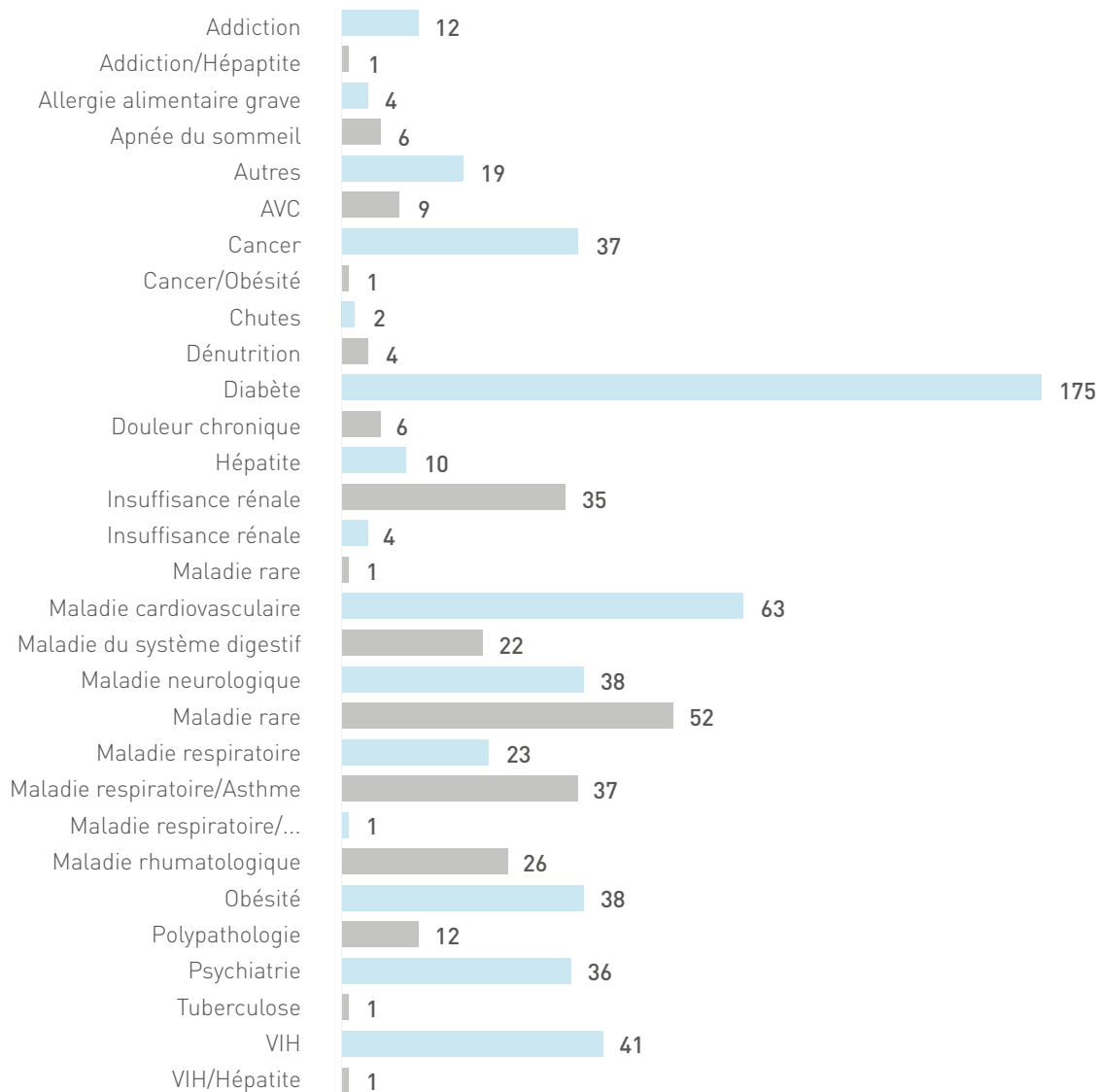
Ces programmes sont également associés de manière positive aux nouvelles technologies (aux Pays-Bas) [136].

L'ETP connaît cependant des freins à son développement. Sont mises en exergue :

- ▶ Une insuffisance quantitative selon l'académie nationale de médecine [105],
- ▶ Le peu de bénéficiaires de tels programmes [137] [138] selon la HAS et la CNAMTS,
- ▶ Le manque de visibilité des programmes [71],
- ▶ La surreprésentation de certaines pathologies (diabète) alors que d'autres enjeux de santé publique sont moins présents (cancer),
- ▶ Un contenu hétérogène des programmes [71],
- ▶ Une offre dominée par le secteur hospitalier et qui laisse peu de place à la coordination avec les soins de ville [71].

- ▶ Une absence de financement dédié dans le financement des hôpitaux [71]. Les sources de financements sont multiples et manquent de clarté [71] (industriel, les ARS, CNAMTS...).
- ▶ Une organisation très hétérogène des programmes [71], notamment compromise par les contraintes horaires des professionnels et le défaut de financement de ces derniers [105].

▶ **Nombre de programmes ETP autorisé en île de France en 2016**



► | AUTRES MOYENS DE PROMOTION QUI POURRAIENT SE DÉVELOPPER

Mesure	Description
REMBOURSEMENT DES PATIENTS EN ALD AU-DELÀ DE 100% [71].	Cette mesure est considérée comme inflationniste et sujette aux effets d'aubaine. C'est-à-dire que plus un patient aura d'effort à faire pour devenir observant, moins il les fera.
INCLUSION SYSTÉMATIQUE D'UN ACCOMPAGNEMENT THÉRAPEUTIQUE [71].	
LA MISE EN ENTENTE PRÉALABLE.	Cette mesure est considérée comme inflationniste et sujette aux effets d'aubaine. C'est-à-dire que plus un patient aura d'effort à faire pour devenir observant, moins il les fera.
LES CONTRATS DE PERFORMANCE POUR L'INDUSTRIEL [71].	L'observance étant un indicateur intermédiaire de la performance d'un traitement, l'industriel serait incité à mettre en œuvre les mesures nécessaires à sa promotion.
UN ALLÈGEMENT DES CHARGES ADMINISTRATIVES [69].	Est mentionné dans le plan de lutte contre les IST.
LE SPORT EN ENTREPRISE [139].	Une étude a montré que l'incitation au sport dans une entreprise permettait d'améliorer la productivité, le bien-être et la santé des salariés.
DES PRIMES D'ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES [140].	Generali a lancé en 2016 un programme où le patient obtenait un bonus s'il mangeait équilibré, et pratiquait de l'activité physique.

► | RÉSUMÉ

Pour promouvoir l'observance, une large palette de méthodes et d'acteurs peut être employée. Les moyens légaux apparaissent comme limités au regard du consentement libre et éclairé du patient. Les industriels, porteurs d'innovations, peuvent apporter des réponses sur la prise du traitement (galénique) ou avec des objets connectés. D'autres acteurs peuvent également influencer sur l'observance, tels que les développeurs d'applications mobiles ou encore les assureurs privés.

Toutefois, il ne faut pas oublier le rôle du régulateur qui au travers de la mise en place d'incitations financières ou légales peut :

- ▶ Promouvoir l'innovation (contrats de performance),
- ▶ Promouvoir la mise en place de nouvelles pratiques (médecine personnalisée, la coordination des professionnels),
- ▶ Sensibiliser les patients (déremboursement, protection de l'aidant, campagnes de sensibilisation).

Le programme d'éducation thérapeutique du patient est une des mesures phares. Il vise à développer l'autonomie du patient. Cependant, en France, il demeure peu développé, en termes quantitatifs et qualitatifs.

Les deux acteurs les plus sensibles à la question de l'observance sont l'aidant et le pharmacien. Ce dernier est prêt à s'impliquer dans tous les types d'études, ce qui en fait un sujet idéal pour la mise en place de nouvelles mesures.

Il est à noter que l'association de différents moyens de promotion se révèle souvent efficace (Cardiauvergne).

UN EXEMPLE ISSU DU VÉCU D'UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ

Une dame âgée qui demandait à l'infirmier de venir lui faire ses injections d'insuline.

Elle avait les capacités physiques et cognitives de les faire elle-même.

Elle avait même suivi un programme d'éducation thérapeutique.

Mais elle ne l'a jamais terminé.

On lui a proposé une pompe à insuline, elle a refusé. Pourquoi ?

Elle s'est rendue compte que si elle acceptait, il n'y avait plus de raison pour qu'un infirmier vienne la voir chez elle, l'aide à ouvrir une lettre, ou bien prenne un peu de temps pour l'écouter.

La santé reste et demeure un état de complet bien-être physique psychique et sociale, et si l'on souhaite l'améliorer, il faut une démarche transversale.



CONCLUSION

► | CONCLUSION GÉNÉRALE

L'observance se définit comme la manière dont le patient suit les recommandations de ses soignants. Elle peut concerner la prise des traitements, mais aussi le respect des mesures hygiéno-diététiques et l'assiduité aux consultations. Le patient a parfaitement le droit de ne pas respecter ces recommandations. D'ailleurs, en France et dans le monde, 1 patient sur 2 ne prend pas correctement son traitement.

Toutefois, cette thématique demeure un enjeu de santé publique majeur. Le fait d'être inobservant amène empêche de guérir des maladies traitables et favorise la dégradation des états de santé. Cela peut nuire à l'individu, mais aussi à la société. En effet, la résultante est une augmentation de la consommation de soin, et cette dernière s'avère inefficace. Selon IMS Health, ce sont ainsi près de 8 milliards d'euros qui pourraient être économisés.

La méthodologie pour étudier l'observance est riche, mais souvent sujette à des biais. Ces derniers peuvent découler du moyen de recueil de l'information, de l'absence de méthode de référence ou du seuil de décision. L'origine des données repose souvent sur des essais cliniques qui tendent à biaiser les résultats.

Cependant, l'ensemble de ces études concordent sur les enjeux de l'observance (voir Quels enjeux?). Elles sont moins unanimes sur les facteurs influençant le comportement du patient. On note ainsi des caractéristiques propres au patient (caractéristiques sociodémographiques...), mais aussi de son environnement (relation avec son médecin, présence d'un aidant...). Les maladies silencieuses chroniques et dont le risque est mal perçu sont plus à risque d'inobservance. Le système de santé peut également influencer le patient. Ainsi en favorisant la coordination des professionnels et la prise en charge financière de la maladie, il aide à prévenir l'inobservance.

Un point de consensus est la vulnérabilité de la personne âgée au regard de la santé. Elle s'explique d'une part par le vieillissement (altération des mouvements, déficits sensoriels, déficits cognitifs) et d'autre part, par le développement de la polyopathie. Cette dernière peut justifier une consommation supérieure de soins et une complexification des protocoles thérapeutiques. Les spécificités biologiques de la personne âgée vont également mener à une potentialisation des effets indésirables, autant dans leur fréquence que dans leur gravité. L'ensemble de ces éléments fait de l'observance, un enjeu majeur pour la personne âgée.

La prise de médicament n'est pas un acte anodin, même en étant observant on peut avoir des effets indésirables. L'un des préalables à une bonne observance reste donc, la garantie d'une prescription de qualité et adaptée [141] [142] [143]. La coexistence de la polyopathie de polymédication, de variations pharmacocinétiques rendent difficile l'extrapolation des résultats à cette population.

► | PERSPECTIVES

Pour s'assurer de la prise effective du médicament, des solutions existent.

Les industriels se sont saisis de ce sujet au travers de l'innovation pharmaceutique (galénique...) et technologique (objets connectés, applications mobiles...). Toutefois, ces solutions restent à élargir si l'on veut pouvoir améliorer la coordination des parcours de soins.

Les programmes d'éducation thérapeutique sont une piste prometteuse. Ces derniers connaissent des freins à leur développement quantitatif et qualitatif. Ils demeurent intéressants afin de rendre le patient plus autonome.

Suite aux entretiens menés par le LIR, deux acteurs se sentent particulièrement concernés par l'amélioration de l'observance : l'aïdant et le pharmacien. Ces derniers sont même disposés à participer à toute expérimentation.

Il ne faut pas oublier le rôle de l'état et des organismes payeurs. Ils peuvent d'une part fournir des supports de communication efficace et de qualité (dossier médical partagé, standard de qualité pour les programmes d'ETP...), mais aussi travailler sur la mise en place d'incitations financières positive (ROSP, ETP, prime d'assurances...), négative (déremboursement) ou mixte (contrats de performance). L'état va également pouvoir influencer sur la formation des professionnels et ainsi les sensibiliser à l'observance et aux programmes d'éducation thérapeutique. Il peut également aider à protéger les aidants (droit au repos), et sensibiliser la population (campagnes de sensibilisation).

L'observance est une thématique multidimensionnelle. Les expérimentations au travers de réseaux (Cardiauvergne et ICALOR) montrent que développer un faisceau de moyens est un bon moyen pour obtenir des résultats sanitaires. La mobilisation de tous les acteurs autour du patient est donc nécessaire.

► | OPPORTUNITÉS

L'article 51 de la LFSS 2018 : une opportunité pour l'observance

À cela s'ajoute une volonté marquée de la part du pouvoir législatif de favoriser l'émergence de nouveaux modes de prises en charge. L'article 51 de la LFSS [144]¹⁶ 2018 met ainsi en exergue la nécessité de revoir le financement et l'organisation du système de santé français. Il encourage ainsi la réalisation d'expérimentations, en octroyant facilités juridiques, notamment, des dérogations à certaines règles de financement et d'organisation [145]. Les buts des expérimentations sont :

- ▶ Améliorer la pertinence et la qualité de la prise en charge,
- ▶ Améliorer la coordination des acteurs,
- ▶ Améliorer l'efficacité du système de santé.

L'observance est une thématique aux enjeux importants pour le système de santé. Elle pose la question de l'efficacité, de la pertinence et de la qualité des soins. Sa nature multidimensionnelle fait que les solutions à apporter risquent de considérablement modifier notre système de santé, notamment au travers d'une amélioration de la coordination des professionnels. Grâce à ces caractéristiques, l'article 51 facilite la mise en place d'étude sur l'observance.

| Le Health Data Hub

Il s'agit d'un projet de consolidation de l'ensemble des sources de données en santé [146]. Il permettra ainsi de faciliter la réalisation d'études en vie réelle et donc sur l'observance. Sur cette thématique il agira d'ailleurs en synergie avec l'article 51 de la LFSS 2018.

▶ LES ACTIONS DES ENTREPRISES MEMBRES DU THINK TANK LIR – IMAGINONS LA SANTÉ

Les entreprises de recherches membres du LIR se sont engagées à :

- ▶ Promouvoir la coordination des différents acteurs,
- ▶ Participer à la qualité de l'information et à la formation des professionnels,
- ▶ Établir des enquêtes auprès des patients afin de répondre à leurs attentes et aux besoins d'une médecine prédictive préventive,
- ▶ Financer des protocoles de recherche pour mettre au point des dispositifs d'amélioration de l'observance.

Pour promouvoir l'observance, les entreprises du LIR ont déjà mis en place un certain nombre d'initiatives :

- ▶ Plateformes téléphoniques,
- ▶ Brochures d'information sur les pathologies,
- ▶ Formation des professionnels (infirmiers)...

L'ensemble de ces programmes ont été validés par les autorités compétentes, avec notamment la mise en place d'un tiers de confiance. Le but étant de garantir l'éthique et l'efficacité de ces démarches.

▶ Historique des actions du LIR [128] pour promouvoir l'observance :

2005 ▶ Proposition de cofinancement d'un outil pharmaco-épidémiologique pour faciliter la réalisation d'étude post AMM (suivi des patients en vie réelle).

- ▶ Réalisation de fiches pathologies sur les bonnes pratiques cliniques dans l'asthme et la migraine. Un organisme indépendant de sondage a estimé ensuite que 81% des médecins généralistes avaient jugé cette opération « utile » ou « très utile ».

2007 ▶ Extension de la réalisation de fiches de bonne pratique clinique à d'autres pathologies.

- ▶ Participation aux campagnes d'information et de prévention de l'INPES et de l'INCa.

2008 ▶ Proposition d'une rémunération spécifique pour les médecins pilotant des actions de prévention ou d'ETP.

- ▶ Proposition de la fixation d'objectifs pluriannuels de prévention en alignement avec les priorités définies par la Direction Générale de la Santé (DGS) et l'obligation de mise en œuvre et de résultat, avec un budget spécifique, permettrait de contribuer à développer les actions de prévention.
- ▶ Constitution d'un groupe de travail sur l'abondance d'information en santé et la difficulté de faire le tri pour le patient.
Résultats du groupe de travail : détermination des conditions d'une bonne information (traitements, pathologies), identification des canaux de communication pertinents.

2018 ▶ Etude sur l'usage des nouvelles technologies et observance thérapeutique des personnes âgées.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Larousse, Larousse Médical, Larousse, édition 2006, p. 690.
- [2] M. TOURNI, R. ZARD, R. DUVILLARD ET C. JOMMI, « Médicaments innovants et contrats d'accès au marché, » Ann Pharm Fr, vol. 5, n° %171, pp. 302-325, 2013.
- [3] F. MEGERLIN, « Médicaments innovants et prix conditionnels : le contrat de performance à l'opposé du partage de risques, » Ann Pharm Fr, vol. 5, n° %171, pp. 291-301, 2013.
- [4] M. BENOIT, J. PON ET M. ZIMMERMANN, « Comment évaluer la qualité de l'observance ?, » L'Encéphale, 2009.
- [5] HAS, 'Guide parcours de soins - Diabète de type 2 de l'adulte,' Avril 2014. [En ligne]. Available: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/guide_pds_diabete_t_3_web.pdf. [Accès le 18 12 2016].
- [6] HAS, 'Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2,' Méthode « Recommandations pour la pratique clinique », 2013.
- [7] HAS, 'Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle,' Synthèse des recommandations professionnelles, 2005.
- [8] N. MUNZENBERGER, M. SOUVILLE, M. MORIN ET J.-P. MOATTI, « Approche psychosociale de l'observance thérapeutique et de l'adhérence aux essais cliniques chez les patients infectés par le VIH, » ANRS, 1996.
- [9] R. GREENBERG, « Overview of patient compliance with medication dosing: a literature review., » Clinical Therapy, vol. 6, n° %15, pp. 592-599, 1984.
- [10] Le Parisien, « La ministre de la Santé Agnès Buzyn réfléchit à "rendre onze vaccins obligatoires", » 15 Juin 2017. [En ligne]. Available: <http://www.leparisien.fr/societe/la-ministre-de-la-sante-agnes-buzyn-veut-rendre-rendre-onze-vaccins-obligatoires-15-06-2017-7055664.php>. [Accès le 16 Juin 2017].
- [11] Gazzetta Ufficiale Della Repubblica Italiana, « DECRETO-LEGGE 7 giugno 2017, n. 73, » 7 Juin 2017. [En ligne]. Available: <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2017/06/07/130/sg/pdf>. [Accès le 16 Juin 2017].
- [12] Conseil d'état, « Vaccination obligatoire, » 8 Février 2017. [En ligne]. Available: <http://www.conseil-etat.fr/Actualites/Communes/Vaccination-obligatoire>. [Accès le 16 Juin 2017].
- [13] OMS, « Adherence to long-term therapies - evidence for action, » 2003.
- [14] S. LEGRAIN, « Consommation médicamenteuse chez le Sujet Agé. Consommation, Prescription, Iatrogénie et Observance.,' HAS, 2005.
- [15] IMS-CRIP., « Améliorer l'observance. Traiter mieux et moins cher., » [En ligne]. Available: <http://lecrip.org/2014/11/12/ameliorer-lobservance-traitermieux-mieux-et-moins-cher-etude-ims-health-crip>. [Accès le 08 07 2016].
- [16] Le moniteur des pharmacies, « Les enjeux de l'observance en France - Jalma, » 2014. [En ligne]. Available: <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/ressources/upload/imgnewspha/depot/synthese-observatoire-observance.pdf>. [Accès le 27 11 2018].
- [17] L. ARNOUX, Conception d'ateliers pédagogiques transversaux d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) sur le thème du médicament : d'une déclinaison pour différentes pathologies à la création d'un module de formation des étudiants de pharmacie à la pratique, 2014.
- [18] M. A. DEW, L. H. ROTH, M. THOMPSON ET AL., « Medical compliance and its predictors in the first year after heart transplantation, » Journal of Heart and Lung transplantation, n° %115, pp. 631-645, 1993.
- [19] M. CHISHOLM, « Renal transplant patient compliance with free immunosuppressive medications, » Transplantation, vol. 8, n° %170, pp. 1240-1244, 2000.
- [20] S. KULKARNI, K. ALEXANDER, L. B ET AL, « long term adherence with cardiovascular drug regimens, » am heart journal, vol. 1, n° %1151, pp. 185-189, 2006.
- [21] P. ODEGARD ET K. CAPOCCIA, « Medication taking and diabetes : a systematic review of literature, » The diabetes Educator, pp. 1014-1029, 2007.
- [22] N. TAHRI, « Observance thérapeutique et maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, » Presse Med., pp. 1236-1243, 2007.

- [23] A. ROBINSN, «Review article : improving adherence to medication in patients with inflammatory bowel disease,» *Aliment Pharmacol Ther*, pp. 9-14, 2008.
- [24] P. WEIDEN ET M. OLFSON, «Cost of relapse in schizophrenia,» *Schizophr Bull*, vol. 3, pp. 419-429, 1995.
- [25] W. FENTON, C. BLYLER ET R. HEINSEN, «Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings,» *Schizophr Bull*, pp. 637-651, 1997.
- [26] R. KINSMAN, J. DIRKS ET N. DAHLEM, «Non-compliance to prescribed-as-needed (PRN) medication use in asthma : usage patterns and patient characteristics,» *J Psychosom Res*, vol. 2, n° %124, pp. 97-107, 1980.
- [27] A. JOSHI, S. MADHAVAN, A. AMBEGAONKAR et al, «Association of medication adherence with workplace productivity and health-related quality of life in patients with asthma.,» *J Asthma*, pp. 521-526, 2006.
- [28] S. EPSTEIN, C. MANNING, M. ASHLEY et al., «Survey of the clinical use of pressurized aerosol inhalers.,» *Can Med Assoc J*, vol. 7, n° %1120, pp. 813-816, 1979.
- [29] M. SMITH, Predicting and Detecting Non-compliance. In *Social and behavioural aspects of pharmaceutical care.*, New York: Smith MC, Wertheimer AI. editors, 1996.
- [30] D. TORGERSON ET S. BELL-SYER, «Hormone replacement therapy and prevention of nonvertebral fractures / a meta analysis of randomised trials,» *Journal of American Medical Association*, vol. 22, n° %1285, pp. 2891-2897, 2001.
- [31] D. BUCK, A. JACOBY, G. BAKER et al., 'Factor influencing compliance with antiepileptic drug regimes,' *Seizure*, n° %16, pp. 87-93, 1997.
- [32] B. CORTET ET O. BÉNICHOU, «Adhérence, observance, persistance, concordance : prenons nous en charge correctement nos patient ostéoporotiques ?,» *Revue du rhumatisme*, 2006.
- [33] L. VAWTER, X. TONG, M. GEMILYAN et al., «Barriers to antihypertensive medication adherence among adults-united States,» *J Clin Hypertens*, vol. 3, n° %19, pp. 922-929, 2005.
- [34] H. KARAEEN, M. YOKUĐOĐLU, S. UZUN et al., «The effect of the content of the knowledge on adherence to medication in hypertensive patients,» *Anadolu Kardiyol Derg*, vol. 3, n° %19, pp. 183-188, 2009.
- [35] T. MABOTUWANA, J. WARREN ET J. KENNELLY, «computational framework to identify patients with poor adherence to blood pressure lowering medication,» *int J Med Inform*, 2009.
- [36] B. VRIJENS, G. VINCZE, P. KRISTANTO et al., «Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories,» *BMJ*, vol. 7653, n° %1336, pp. 1114-1117, 2008.
- [37] K. HARVEY, D. CARRINGTON, J. DUNCAN et al., «Evaluation of adherence to highly active antiretroviral therapy in adults in Jamaica,» *West Indian Med J*, vol. 57, n° %13, pp. 293-297, 2008.
- [38] C. HINKIN, T. BARCLAY, S. CASTELLON et al., «Drug use and medication adherence among HIV-1 infected individuals,» *AIDS Behav*, vol. 11, n° %12, pp. 185-194, 2007.
- [39] C. HINKIN, D. HARDY, K. MASON et al., 'Medication adherence in HIV-infected adults: effect of patient age, cognitive status, and substance abuse,' *AIDS*, vol. Suppl, n° %118, pp. 19-25, 2004.
- [40] A. PARTRIDGE, J. AVORN, P. WANG et al., «Adherence to therapy with oral antineoplastic agents.,» *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 94, n° %19, pp. 652-661, 2002.
- [41] D. HERSHMAN, L. KUSHI, T. THERESA SHAO, D. BUONO, A. KERSHENBAUM, W. WEI-YANN TSAI et al., «Early discontinuation and nonadherence to adjuvant hormonal therapy in a cohort of 8,769 early-stage breast cancer patients,» *J Clin Oncol*, n° %125, pp. 4120-4128, 2010.
- [42] M. SMITH ET A. WERTHEIMER, «Social and behavioral aspects of pharmaceutical care,» *Pharmaceutical Product Press*, pp. 352-362, 1996.
- [43] J. BERNARDINI ET B. PIRAINO, «Compliance in CAPD and CCPD patients as measured by supply inventories during home visits.,» *American Journal of Kidney Diseases*, vol. 1, n° %131, pp. 101-107, 1998.
- [44] S. K. V. U. E. A. WOLFF G, «Non-compliance following renal transplantation in children and adolescent,» *Pediatric Nephrology*, n° %112, pp. 703-708, 1998.
- [45] Organisation Mondiale de la Santé (OMS), «Adherence to long-term therapies. Evidence for action.,» 2003.
- [46] D. LEGRAND ET V. LEGRAND, «Adhésion thérapeutique aux antiagrégants chez le patient coronarien.,» *Rev Med Liège*, pp. 304-310, 2010.
- [47] S. AL-MUHSEN, N. HORANIEH ET S. DULGOM, «Poor Asthma Education and medication compliance are associated with increased emergency department visits by asthmatic children,» *Annals of Thoracic medicine*, vol. 10, n° %12, pp. 123-131, 2015.

- [48] J. Z. METCALFE, K. E. Y., L. S. Y., C. A., O. P. ET J. A. FLOOD, « Determinants of multidrug-resistant tuberculosis clusters, California, USA, 2004-2007, » *Emerg Infect Dis*, 2010.
- [49] DREES, 'Enquête Nationale sur les Évènements Indésirables graves associés aux Soins - Description des résultats 2009 Rapport final,' Document de travail, vol. 110, 2011.
- [50] DREES, 'Sécurité du patient,' 2012.
- [51] InCa - Institut National du Cancer, « Plan cancer 2014-2019, » 2015.
- [52] C. Mc COWAN, S. WANG, A. THOMPSON, B. MAKUBATE ET D. PETRIE, « The value of high adherence to tamoxifen in women with breast cancer: a community-based cohort study, » *Br J Cancer*, vol. 5, n° %1109, pp. 1172-1180, 2013.
- [53] Jalma, « Les enjeux de l'observance en France, cinq propositions pour renforcer l'observance des produits de santé, » 2014.
- [54] N. COL, J. FANALE ET P. KRONHOLM, « The role of medication non-compliance and adverse drug reactions in hospitalizations of the elderly, » *Arch Intern Med*, pp. 841-845, 1990.
- [55] S. MALHOTRA, R. KARAN, P. PANDHI ET S. JAIN, 'Drug related medical emergencies in the elderly: role of adverse drug reactions and non-compliance, ' *Postgrad Med J* , pp. 703-707, 2001.
- [56] M. SOKOL, M. KIMBERLY, A. MCGUIGAN, R. VERBRUGGE ET R. EPSTEIN, « Impact of Medication Adherence on Hospitalization Risk and Healthcare Cost, » *Med Care* , n° %143, pp. 521-530, 2005.
- [57] IMS-CRIP, L'observance en France : Plus de 9 milliards d'euros d'économies potentielles en 1 seule année sur 6 pathologies chroniques !, Paris : Information presse, 2014.
- [58] F. MEGERLIN ET F. LHOSTE, « Structure et coût des médicaments non utilisés au sein d'établissements pour personnes âgées (étude SCMNUI), » *SDM Médicament, éthique et PED*, 2008.
- [59] C. LANGLEY, J. HARVEY ET A. PATEL, « Aston Medical Adherence Study ».
- [60] Congressional Budget Office, « Offsetting effects of prescription drug use on Medicare's spending for medical services ».
- [61] Académie nationale de pharmacie, « Observance des traitements médicamenteux en France, » 2015.
- [62] P. BÉGUÉ, « Conséquences des oppositions vaccinales en France et en Europe. Comment maintenir une couverture vaccinale efficace en 2010 ?, » *Bull Acad Natl méd*, pp. 719-732, 2010.
- [63] P. BÉGUÉ, « Le refus des vaccinations. Aspects actuels en 2012 et solutions en santé publique, » *Bull. Acad. Natle Méd.*, vol. 196, n° %13, pp. 603-618, 2012.
- [64] P. ARSAC, 'Le bon usage des antibiotiques,' 19 Avril 2012. [En ligne]. Available: https://www.sante-centre.fr/portail_v1/gallery_files/site/133/996/2340/2649.pdf. [Accès le 11 Juillet 2016].
- [65] Comité national d'élaboration du programme de lutte contre la tuberculose, « Programme de lutte contre la tuberculose en France (2007-2009), » 2007.
- [66] H. TOLA, D. SHOJAEIZADEH, A. TOL, G. GARMAROUDI, M. YEKANINEJAD, A. KEBEDE, L. EJETA, D. KASSA ET E. KLINKENBERG, « Psychological and Educational Intervention to Improve Tuberculosis Treatment Adherence in Ethiopia Based on Health Belief Model: A Cluster Randomized Control Trial, » *Plos one*, 2016.
- [67] W. JAKUBOWIAK, E. BOGORODSKAYA, S. BORISOV, I. DANILOVA ET E. KOURBATOVA, « Treatment interruptions and duration associated with default among new patients with tuberculosis in six regions of Russia, » *int J Infect Dis*, n° %113, pp. 362-368, 2009.
- [68] S. HIRPA, G. MEDHIN, B. GIRMA, M. MELESE, A. MEKONEN ET P. SUAREZ, « Determinants of multidrug-resistant tuberculosis in patients who underwent first-line treatment in Addis Ababa: a case control study, » *BMC Public Health*, 2013.
- [69] Ministère de la santé et des sports, « Plan national de lutte contre le VIH et les IST (2010-2014), » 2010.
- [70] J. GURWITZ, T. FIELD, L. HARROLD, J. ROTSCCHILD ET K. DEBELLIS, « Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting, » *JAMA*, pp. 1107-1116, 2003.
- [71] IGAS —inspection générale des affaires sociales, « Pertinence et efficacité des outils de politique publique visant à favoriser l'observance, » 2015.
- [72] B. M, P. J et Z. M A, « Comment évaluer la qualité de l'observance ?, » *L'encéphale*, vol. Supplément 3, pp. 87-90, 2009.
- [73] O. L et B. T., « Adherence to medication, » *New England Journal of Medicine (NEJM)*, vol. 5, n° %1353, pp. 487-497, 2005.
- [74] M. BAUDRANT-BOGA, A. LEHMANN ET B. ALLENET, « Penser autrement l'observance médicamenteuse : d'une posture injonctive à une alliance entre le patient et le soignant. Concepts et déterminants, » *Ann Pharm Fr*, n° %170, pp. 15-25, 2012.
- [75] G. J, C. F, O. JM et al., « treatment adherence in schizophrenia. a comparison between patient's, relative's and psychiatrist's opinion, » *Actas Esq Psiquiatr*, vol. 43, n° %16, pp. 386-392, 2006.

- [76] M. LE BOT, «Dossier observance,» *Revue du Praticien de Médecine générale*, vol. 469, n° %113, pp. 1335-1348, 1999.
- [77] B. JANDRAIN, P. ERNEST, R. P. RADERMECKER ET A. J. SCHEEN, «Stratégies pour éviter l'inertie et la non-observance dans les essais cliniques,» vol. 1, pp. 246-249, 2010.
- [78] J. TURNER, R. DEYO, J. LOESER, M. VON KORFF ET W. FORDYCE, «The importance of placebo effects in pain treatment and research.,» *JAMA*, pp. 1609-1614, 1994.
- [79] R. TETTEH, B. YANKEY, E. NARTEY, M. LARTEY, H. LEUFKENS ET A. DODOO, «Pre-Exposure Prophylaxis for HIV Prevention: Safety Concerns,» *Drug Saf*, pp. 1-11, 2017.
- [80] S. LEGRAIN, 'Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé - Consommation, Prescription, Iatrogénie et Observance,' HAS, 2005.
- [81] W. FLEISCHHACKER, U. MEISE ET M. KURZ, «Compliance with antipsychotic drug treatment : influence of side effects,» *Acta Psychiatr Scand*, pp. 11-15, 1994.
- [82] J. VEJUX, K. GALERY, S. BINJAMIN, A. GHALI, A. DE DECKER ET G. BERRUT, «Outils d'évaluation de l'observance de la personne âgée : vers la construction d'une nouvelle échelle,» *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*, vol. 2, n° %1112, pp. 139-154, 2014.
- [83] S. LEGER, P. BEDOUCH, B. ALLENET ET J. CALOP, «Culture pharmaceutique, perception du traitement médicamenteux et difficultés de consommation des médicaments chez le sujet âgés.,» *J Pharm CLin*, pp. 110-113, 2001.
- [84] L. MÜHFFELD, P. LANGGUTH, H. HÄUSLER ET H. HAGELS, «Influence of blister package design on usability among older adults,» *Int J Clin Pharm*, pp. 553-560, 2012.
- [85] Académie nationale de pharmacie, «Observance des traitements médicamenteux en France,» 2015.
- [86] J. GRANGÉ, I. PEYRON, S. LEGRAIN, A. SARFATI ET R. GAGNAYRE, «Evaluation des facteurs influençant la prise médicamenteuse chez le sujet âgé selon les médecins et les infirmiers de services hospitaliers de gériatrie. Etude préalable avant la mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique.,» *Educ Ther Patient*, pp. 57-68, 2011.
- [87] L. SIMEONE, «L'observation médicamenteuse dans la relation médecin-malade,» *Revue Française de psychiatrie et de psychologie médicale*, pp. 54-56, 1997.
- [88] F. PÉHOURCQ ET M. MOLIMARD, «Pharmacocinétique chez le sujet âgé,» *Revue des Maladies Respiratoires*, vol. 21, pp. 25-32, 2004.
- [89] R. BREEN ET J. THORHILL, «Non-compliance with medication for psychiatry disorder,» *CNS Drugs*, pp. 457-471, 1998.
- [90] J. MURPHY ET G. COSTER, «Issues in patients compliance,» *Drugs*, pp. 797-800, 1997.
- [91] J. COCKBURN, R. GIBBERD ET A. REID, «Determinants of non compliance with short term antibiotic regimens,» *Br Med J*, pp. 814-819, 1987.
- [92] S. FAINZANG, «L'influence des cultures et des croyances sur le rapport au médicament,» *Journal Ordre National des Pharmaciens*, 2014.
- [93] N. ROBETTE ET N. THIBAUT, «L'analyse exploratoire de trajectoires professionnelles : analyse harmonique qualitative ou appariement optimal ?,» *Population-F*, vol. 3, n° %164, pp. 621-646, 2008.
- [94] J. CRISTOFANI, «Les défis de l'industrie pharmaceutique. Réinventer le marketing et la communication.,» *Pharmaceutiques*, pp. 74-75, 2009.
- [95] C. LEWIS, M. LINET ET M. ABELOFF, «Compliance with cancer therapy by patients and physicians.,» *Amer J Med*, n° %174, pp. 673-678, 1983.
- [96] H. CARON ET H. ROTH, «Patient's cooperation with a medical regimen.,» *JAMA*, n° %1203, pp. 922-926, 1968.
- [97] M. DOLGIN, E. KATZ, S. DOCTORS ET S. SIEGEL, «Caregiver's perceptions of medical compliance in adolescents with cancer.,» *J adolescent Health care*, n° %17, pp. 22-27, 1986.
- [98] J. FOGARTY, «Reactance theory and patient compliance.,» *Soc Sci Med*, vol. 8, n° %145, pp. 1277-1288, 1997.
- [99] Fondation Concorde, «Livre Blanc : L'observance des traitements : un défi aux politiques de santé,» 2014.
- [100] H. ROMEYER, «La santé à la télévision : émergence d'une question sociale. In malades et maladies dans l'espace public.» *Questions de communication*. PUN Éditions universitaires de Lorraine, n° %111, pp. 51-70, 2007.
- [101] H. ROMEYER, «La santé en ligne. Communication (en ligne),» 30 1 2012. [En ligne]. Available: URL : <http://communication.revues.org/2915>. [Accès le 2015 10 2015].
- [102] G. BOUVENOT, a. n. d. médecine et a. n. d. pharmacie, «Pour une information du public scientifiquement fondée, impartiale, facilement accessible et compréhensible dans le domaine du médicament.,» 2014.

- [103] S. CHALVON-DEMERSAY, « L'expérience fictionnelle et le retour à l'ordinaire, in Santé, Hôpitaux et médias., » Editions de l'université de Bruxelles, 2001.
- [104] A. DECCACHE, « La confiance dans la relation médecin-patient ? Un des paramètres de l'adhésion au traitement., » Education pour la santé et bon usage du médicament, 1992.
- [105] Académie nationale de médecine, « L'éducation thérapeutique du patient (ETP), une pièce maîtresse pour répondre aux nouveaux besoins de la médecine, » 2013.
- [106] K. S., « First-episode schizophrenia : the importance of early intervention and subjective tolerability, » J Clin Psychiatry, vol. 60, pp. 5-9, 1999.
- [107] K. SJ et K. JM, « Partial compliance and patient consequences in schizophrenia : our patients can do better., » J CL in Psychiatry, vol. 64, n° 111, pp. 1308-1315, 2003.
- [108] Comité d'orientation de la concertation citoyenne sur la vaccination, « Rapport sur la vaccination, » 2016.
- [109] A. SCHEEN, « Particularités de la pharmacothérapie chez le sujet âgé, » Rev Med Liege, n° 1152, pp. 201-204, 1997.
- [110] J. PETERMANS, A. SAMALEA SUAREZ ET T. VAN HEES, « Observance thérapeutique en gériatrie, » Rev Med Liège, n° 1165, pp. 261-266, 2010.
- [111] OCDE, « Panorama de la santé 2013, » 2013.
- [112] IRDES, « Les restes à charge ou les dépenses de santé catastrophiques en France et à l'étranger, » 04 2017. [En ligne]. Available: <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-restes-a-charge-ou-les-dépenses-de-santé-catastrophiques-en-france-et-a-l-etranger.pdf>. [Accès le 11 2018].
- [113] L. OSTERBERG ET T. BLASCHKE, « Adherence to medication, » N Engl J Med, pp. 487-497, 2005.
- [114] EMA, « Résumé EPAR à l'intention du public, » Juillet 2015. [En ligne]. Available: http://www.ema.europa.eu/docs/fr_FR/document_library/EPAR_-_Summary_for_the_public/human/000127/WC500028729.pdf. [Accès le 25 Juin 2017].
- [115] LILLY, 'Monographie Humalog,' 30 mars 2015. [En ligne]. Available: http://www.lilly.ca/fr/pdf/product-monograph/14_humalog-fr-pm-30mar2015.pdf. [Accès le 25 Juin 2017].
- [116] EMA, « Résumé des caractéristiques du produit, » Juillet 2016. [En ligne]. Available: http://www.ema.europa.eu/docs/fr_FR/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/002491/WC500143851.pdf. [Accès le 25 Juin 2017].
- [117] Y. W. CHIEN, « Drug Delivery: Controlled Release, » chez Encyclopedia of Pharmaceutical Technology, 2007, pp. 1146-1167.
- [118] EMA, « Nexium Control, » 19 Septembre 2013. [En ligne]. Available: http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/medicines/002618/human_med_001679.jsp&mid=WC0b01ac058001d124. [Accès le 25 Juin 2017].
- [119] Académie Nationale de Pharmacie, « Performance et innovation thérapeutique, » 15 Avril 2015. [En ligne]. Available: http://www.acadpharm.org/dos_public/CR_Performance_et_innovation_therapeutique_2015.04.15_VF.pdf. [Accès le 27 Février 2017].
- [120] « Développer la prévention en France — 15 propositions pour renforcer le rôle des pharmaciens, » 2018. [En ligne]. Available: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/429902/2024818/version/1/file/synthese-developper-la-prevention-en-france.pdf>. [Accès le 11 2018].
- [121] ANEPF, « un œil sur la pharmacie — les nouvelles missions du pharmacien, une chance pour la profession?, » 10 2016. [En ligne]. Available: <http://www.anepf.org/wp-content/uploads/2016/10/Un-Oeil-sur-la-Pharmacie-Nouvelles-Missions-du-Pharmacien.pdf>. [Accès le 26 11 2018].
- [122] Ministère des affaires sociales et de la santé, « Plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019, » 2015.
- [123] CRIP — Cercle de Réflexion de l'Industrie Pharmaceutique, « Quelles solutions pour améliorer l'observance?, » 09 10 2015. [En ligne]. Available: <http://lecrip.org/2015/10/09/quelles-solutions-pour-ameliorer-lobservance/>. [Accès le 27 Février 2017].
- [124] Ministère des Affaires sociales et de la Santé, « La conciliation médicamenteuse, » 03 Février 2016. [En ligne]. Available: <http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/qualite/la-conciliation-medicamenteuse/article/la-conciliation-medicamenteuse>. [Accès le 28 Février 2017].
- [125] S. SANDRIN-BERTHON, « Education thérapeutique du patient : de quoi s'agit il?, » adsp, n° 166, 2009.
- [126] J. CASSAGNE, « Cardiauvergne : service de télésurveillance et de coordination des soins des insuffisants cardiaques apporte une réponse adaptée à la médecine de 1er recours, » European Research in Telemedicine, vol. 4, n° 14, p. 142, 2015.
- [127] HAS, 'Évaluation clinique et économique des dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge du syndrome d'apnées hypopnée obstructives du sommeil,' 2014.
- [128] LIR, 'Faire de l'observance un laboratoire pour la réforme du système de santé,' Pais, 2015.

- [129] Ministère des affaires sociales et de la santé, «Reconnaître le rôle des aidants en créant une "aide au répit", » [En ligne]. Available: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_-_Reconnaître_le_rôle_des_aidants_en_creant_une_aide_au_repit.pdf. [Accès le 16 01 2017].
- [130] Legifrance, «LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1), » 26 Janvier 2016. [En ligne]. Available: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&dateTexte=&categorieLien=id>. [Accès le 27 Février 2017].
- [131] FDA, 'FDA approves pill with sensor that digitally tracks if patients have ingested their medication,' 11 2017. [En ligne]. Available: <https://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm584933.htm>. [Accès le 11 2018].
- [132] T. PIRES, «Les applications mobiles de santé dans le monde : panorama du marché et des usages, les attentes des patients et praticiens., » 15 10 2013. [En ligne]. Available: <http://marketing-webmobile.fr/2013/10/les-applications-mobiles-de-sante-dans-le-monde-panorama-du-marche-et-des-usages-les-attentes-des-patients-et-praticiens/>. [Accès le 27 11 2018].
- [133] ONMEDA, «Dabiète : une application pour doser son besoin en insuline, » [En ligne]. Available: <https://www.onmeda.fr/dossiers-sante/diabete-application-mon-glucocompteur.html>. [Accès le 27 11 2018].
- [134] OMS - Organisation Mondiale de la Santé (OMS-Europe), «Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease, » 1996.
- [135] Ministère de la santé et des sports, « plan d'actions national - AVC 2010-2014, » 2010.
- [136] E. HEINRICH, J. DE NOOIJER, N. SCHAPER, M. SCHOONUS-SPIT ET M. D. V. N. JANSSEN, «Evaluation of the web-based Diabetes interactive education programme (DIEP) for patients with type 2 diabetes, » Patient Educ Couns, pp. 172-178, 2012.
- [137] HAS - Haute Autorité de Santé, «L'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques - analyse économique et organisationnelle ».
- [138] CNAMTS, «Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, » 2016.
- [139] Goodwill Management, Etude sur l'impact économique de l'activité physique et sportive — sur l'entreprise, le salarié et la société civile, 2015.
- [140] Generali, «Generali Vitality : le programme dédié au bien-être arrive en France., » 08 09 2016. [En ligne]. Available: <http://institutionnel.generalifrance.fr/generali-vitality-le-programme-dedie-au-bien-etre-arrive-en-france>. [Accès le 16 5 2017].
- [141] J. ANKRI, J. COLLIN, G. PÉRODEAU ET B. BEAUFILS, «Médicaments psychotropes et personnes âgées : une problématique France-Québec ?, » Sciences Sociales et santé, vol. 1, n° 120, pp. 35-62, 2002.
- [142] L. DILLER, «Coca-Cola, Mc Donald's et ritaline, » Enfance Psy, pp. 137-141, 2001.
- [143] L. BONNEVILLE ET NAHON-SERFATY., «Consommation des médicaments au Canada : le rôle des stratégies de communication de l'industrie pharmaceutique., » RICSP, pp. 55-76, 2009.
- [144] Ministère de la santé, «Article 51 : foire aux questions, » 22 10 2018. [En ligne]. Available: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-10918/article/article-51-foire-aux-questions#Q1>. [Accès le 26 11 2018].
- [145] GOS et Assurance maladie, «ARTICLE 51 (ex-35) LFSS 2018 Promotion d'organisations et de financements innovants en santé, » 3 12 2017. [En ligne]. Available: <http://www.fhpmco.fr/wp-content/uploads/2017/12/3-PPT-S-BILLET-DGOS-CNAMTS-LFSS-art-35-07-12-2017.pdf>. [Accès le 26 11 2018].
- [146] Ministère de la santé, «Health Data Hub - mission de préfiguration, » 2018.
- [147] Code de la santé publique, Article L1111-6-1.
- [148] Jalma, «Observatoire, » 2014.

NOTES

L'ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie) est passé de 5% en 2004 à 2% en 2017.

- 1 Faire 30 minutes d'activité physique par jours, ne pas manger trop gras, trop salé ou trop sucré.
- 2 Document interne du LIR.
- 3 Traités par tamoxifène, anti-aromatases...
- 4 C'est le cas de la coqueluche qui avait presque disparue en Russie et qui est réapparue en 1990.
- 5 Le patient qui répond au professionnel peut avoir peur du jugement de ce dernier et donc ne pas exprimer sa non observance.
- 6 Hypertension Artérielle.
- 7 Le fait d'observer un individu modifie son comportement. Or les essais cliniques sont le moment d'un suivi médical accru ne correspondant pas à la vie à réelle.
- 8 On prend un antirétroviral avant un rapport sexuel à risque pour éviter l'infection par le VIH.
- 9 La littérature ne définit de valeur consensus sur un nombre de médicament considéré comme excessif. Les chiffres peuvent varier entre 5 et 20 médicaments différents.
- 10 Effets indésirable lié aux soins.
- 11 Education Thérapeutique du Patient.
- 12 Un excipient est une substance qui fait partie du médicament, mais qui ne porte pas l'activité pharmacologique. Ils sont être inoffensif. Toutefois certains (comme la lactose) peuvent présenter des effets indésirables (troubles digestifs pour le lactose) et être désagréable pour le patient.
- 13 Sécurisation des ordonnance, éviction des effets indésirables.
- 14 Rémunération sur objectif de santé publique.
- 15 Anti-inflammatoire non stéroïdien.
- 16 Loi de financement de la Sécurité Sociale 2018.

Contact : agnes.renard@lir.asso.fr

Étude 2018

Lir imaginons
la santé