HAL open science

Mauvaise observance : la faute du médecin

Pierre Lantelme

▶ To cite this version:

Pierre Lantelme. Mauvaise observance : la faute du médecin. La Presse Médicale Formation, 2020, 1, pp.414 - 415. 10.1016/j.lpmfor.2020.09.003 . hal-03492567

HAL Id: hal-03492567

https://hal.science/hal-03492567v1

Submitted on 21 Nov 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Version of Record: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666479820302032
Manuscript_e8a78321438a6efef72a12c5d09535bb

Controverse

Mauvaise observance : la faute du médecin

Pierre LANTELME
Fédération de Cardiologie, Hôpital Croix-Rousse et Hôpital Lyon Sud, Hospices Civils de Lyon, Lyon, France; Université de Lyon, CREATIS UMR5220, INSERM U1044, INSA-15 Lyon , 69004 Lyon
pierre.lantelme@chu-lyon.fr

La mauvaise observance, partielle ou totale, concerne prêt de la moitié des hypertendus (1) ; elle représente un des enjeux majeurs de la prise en charge des patients. Le médecin joue un rôle central dans cette question de l'observance. Non pas simplement qu'il en représente l'évaluateur par le questionnement, mais surtout par le fait que, de la qualité du message qu'il délivre, doit naitre l'adhésion au projet de soins. Cette question de l'observance est au centre de la relation médecin-malade dont il représente un marqueur. Tout médecin devrait avoir à l'esprit qu'être observant à un traitement chronique n'est pas naturel. La tâche du médecin est nécessairement complexe car il devra provoquer une modification d'un phénomène naturel, l'inobservance et le refus de la maladie vers un processus qui l'est beaucoup moins : le renoncement à l'état de santé qui prévalait et l'acceptation de la contrainte du traitement. Or nous sommes des êtres irrationnels, qui privilégions la récompense immédiate et qui avons du mal à nous projeter. L'observance doit nous interroger sur une autoévaluation sans concession de nos pratiques.

Sommes-nous réellement impliqués dans la mauvaise observance ?

Si on nous interroge, nous allons tous probablement répondre que nous sommes très impliqués ; mais notre perception peut être très différente de la réalité. Dans un travail récent, l'évaluation de l'observance par le médecin était analysée côté médecin et côté patient (2). Des discordances importantes étaient notées : quand 100% des médecins déclaraient que l'évaluation de l'observance était essentielle, 2/3 estimaient l'avoir fait et le tiers restant avaient été dans l'impossibilité de l'évaluer faute de temps. A contrario, 2/3 des patients indiquaient ne jamais aborder cette question avec leur médecin. Il est vraisemblable que nous ne sommes pas suffisamment impliqués dans le dépistage de la mauvaise observance, peut-être avant tout pour des questions de temps. En médecine générale la durée moyenne d'une consultation était de 17 minutes en 2015 ce qui évidemment laisse peu de temps pour une évaluation de l'observance.

© 2020 published by Elsevier. This manuscript is made available under the CC BY NC user license
https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/

Sommes-nous prêts à nous remettre en question ?

La relation médecin-malade est essentielle et a été théorisée (3). Si le modèle paternaliste « je décide pour vous » a longtemps prévalu, nous devons évoluer vers un modèle plus participatif ou le médecin et son patient discutent d'égal à égal. Cette évolution indispensable de la relation médecin-malade ne se traduit pas forcément encore dans les faits. Nous continuons d'utiliser un jargon difficilement compréhensible du plus grand nombre. Les médecins généralistes anglais ont ainsi rapporté que 50 % des patients ne comprenaient pas le discours médical. Le terme même d'hypertension artérielle peut prêter à confusion ; beaucoup de personnes le confondent avec stress et modulent leur observance en fonction de leur stress perçu. Certains auteurs suggèrent de changer de dénomination et d'abandonner le terme hypertension (4). Y sommes-nous prêts ? probablement non. Or le code de Santé publique stipule que la clarté et la loyauté de l'information sont à la base de la relation médecin-malade (article L1111.2). Que faisons-nous réellement pour nous assurer que nous sommes bien compris ? Comment la qualité (clarté, loyauté) de notre information est-elle évaluée ?

Comment évaluons-nous l'observance en pratique ?

Les outils d'analyse de l'observance sont tournés uniquement vers la prise médicamenteuse mais très peu vers la compréhension des causes de non observance. Pourtant la prise médicamenteuse représente l'aboutissement d'un processus impliquant le diagnostic, l'analyse, l'explication de la proposition thérapeutique, l'information, le recueil de l'adhésion au projet de soins. Qu'il s'agisse de questionnaires sur la prise médicamenteuse, de piluliers électroniques ou encore de prise de sang, ces moyens sont d'emblée à charge pour le patient et dédouanent d'une certaine façon le médecin de sa responsabilité pédagogique face à l'enjeu d'acceptation du traitement. Il faut rappeler à cette occasion que l'implication perçue et réelle du médecin dans le dépistage de l'observance peuvent être sensiblement différente (2). Enfin, il est peut-être utile de rappeler que le refus de soins est également présent dans la loi, acté par l'article L1111.4 du Code Santé Publique. D'une certaine manière, la mauvaise observance peut s'apparenter à un refus de soins dès lors que les termes du contrat médecin/patient ont été respectés notamment pour ce qui est de l'information. Si tel est le cas le médecin ne peut pas en être tenu comme responsable.

En conclusions, il serait simpliste de considérer que l'observance n'est que de la responsabilité du patient. L'observance interroge en fait sur la qualité de la relation médecin malade et peut être vue comme un marqueur de la confiance envers le médecin qui résulte elle-même de la qualité de l'information, de la confiance du praticien, de l'empathie déployée. Quand beaucoup

d'efforts sont fait sur la stratification du risque, l'identification de nouvelles molécules ou l'innovation, il ne faut pas sous-estimer le bénéfice majeur qui pourrait résulter d'une amélioration de l'observance. Le médecin doit s'impliquer !

Liens d'intérêt : non communiqués

Références

1. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, Clement D, Coca A, De Simone G, Dominiczak A, Kahan T, Mahfoud F, Redon J, Ruilope L, Zanchetti A, Kerins M, Kjeldsen S, Kreutz R, Laurent S, Lip GYH, McManus R, Narkiewicz K, Ruschitzka F, Schmieder R, Shlyakhto E, Tsioufis K, Aboyans V, Desormais I; List of authors/Task Force members: 2018 Practice Guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension and the European Society of Cardiology: ESH/ESC Task Force for the Management of Arterial Hypertension. J Hypertens. 2018 Dec;36(12):2284-2309.
2. Hines R, Stone NJ. Patients and Physicians Beliefs and Practices Regarding Adherence to Cardiovascular Medication. JAMA Cardiol. 2016 Jul 1;1(4):470-3.
3. Emanuel EJ, Emanuel LL Four models of the physician-patient relationship. JAMA. 1992 Apr 22-29;267(16):2221-6.
4. Bokhour BG, Kressin NR. What Is in a Name? How Biomedical Language May Derail Patient Understanding of Hypertension. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2015 Jul;8(4):452-4.