



Colloque

Observance thérapeutique chez les personnes âgées

Synthèse documentaire

12 - 13 novembre 2001

La Mutualité Française - Paris

**Mme Caroline BAUER - Documentaliste - CRESIF
Dr Stéphane TESSIER - Directeur - CRESIF**

Avec le soutien financier de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile-de-France (CRAMIF)

SOMMAIRE

Introduction	4
Méthodologie	5
Définitions	6
Personne âgée	6
Observance thérapeutique	6
Comment mesurer l'observance ?	8
Méthodes de mesure quantitatives directes	8
Dosage plasmatique ou urinaire du médicament	8
Directly Observed Therapeutic (DOC)	8
Observation de l'effet thérapeutique	8
Observation des effets pharmacologiques cliniques ou biologiques	8
Méthodes de mesures quantitatives indirectes et qualitatives	8
Ponctualités au rendez vous	9
Comptage des comprimés restants et de conditionnements	9
Comptage des ouvertures d'un pilulier	9
Grille de qualité de vie	9
Observation du patient	9
Entretien avec le patient	9
Questionnaire	10
Récit de vie ou méthode biographique	10
Les chiffres	11
Personnes âgées	11
Observance thérapeutique	11
Conséquences de l'observance thérapeutique	12
Estimation	12
Typologie	14
Déterminants de l'observance thérapeutique chez les personnes âgées	15
Déterminants liés à l'individu	15
Capacités physiques et cognitives	15
Sexe – niveau d'études – Profession - Résidence	15
Représentations de la santé	15
Déterminants liés au traitement	16
Connaissance du traitement	16
L'hospitalisation	16
Polymédication	16
Automédication	17
Amélioration des symptômes	17
Effets secondaires	17
La présentation des médicaments	17
Déterminants liés aux professionnels de santé	18
Médecins	18
Pharmaciens	18
Récapitulatif	19
Méthodes proposées pour améliorer l'observance thérapeutique	21
Qualité de la prescription	21
Influence du patient sur la prescription	21
L'éducation du patient	22
Modèle PRECEDE	23
Les personnalités du patient et du soignant	23

Les représentations du médicament _____	24
Programme d'auto administration des médicaments _____	25
La proposition thérapeutique _____	25
La « clé des sens » _____	25
Outils d'information _____	26
Outils d'aide à la prise de médicaments _____	27
Pilulier _____	27
Rappel automatique par téléphone _____	27
Autres interventions _____	27
Conclusions _____	28
Lieux des recherches documentaires _____	29
Bases de données _____	29
Institutions _____	29
Bibliographie _____	32

INTRODUCTION

L'observance thérapeutique chez les personnes âgées en général est un thème relativement peu étudié dans la littérature. En effet, les efforts ont jusqu'à présent porté sur l'étude du suivi des traitements des pathologies chroniques (asthme, diabète) touchant les adultes et les adolescents et pour lesquelles il était évident qu'une éducation du patient apporterait un bénéfice.

L'idée généralement admise est que les personnes âgées sont plus scrupuleuses dans le suivi de leur traitement pour autant que leurs facultés cognitives le permettent. Cependant la tendance à augmenter le nombre de traitements pris en prévention et l'accroissement du nombre de personnes âgées apportent un nouvel éclairage sur la thématique. En effet, ces personnes sont de plus en plus souvent des « polymédicamentés en bonne santé ».

Or, ces traitements n'ont d'effets visibles que sur le long terme, et leur prise impose un certain nombre de contraintes qui doivent pouvoir être compensées par des bénéfices. L'abord spécifique de l'éducation du patient rejette toutes les méthodes qui déresponsabilisent le patient (prise en charge externe, mesures coercitives) mais impose de bien analyser les facteurs et déterminants de la prise de médicament.

Quel poids réel représentent les problèmes de dysobservance, quelles interventions sont actuellement proposées et dans quelle philosophie ? Quels résultats a-t-on obtenu ? Voilà les questions que nous avons voulu poser à la littérature scientifique et dont nous livrons une synthèse pour alimenter le débat.

Cette synthèse documentaire a été réalisée en préparation au colloque « Observance thérapeutique chez les personnes âgées » organisé par le Comité Régional d'Éducation pour la Santé d'Ile-de-France les 12 et 13 novembre 2001.

Elle a bénéficié du soutien de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile-de-France (CRAMIF).

METHODOLOGIE

Les recherches documentaires se sont déroulées de mars 2001 à juillet 2001, en se centrant sur l'observance thérapeutique en général et non axée sur une pathologie chronique déterminée, et en se limitant autant que faire se peut aux personnes âgées. L'objectif de ce travail est de refléter aussi fidèlement que possible l'état de la littérature sur le sujet mais sans prétendre à l'exhaustivité.

Dans un premier temps, nous avons consulté les fonds documentaires des principaux centres de documentation en la matière :

- Fondation Nationale de Gérontologie,
- CERFEP (CRAM Nord Picardie),
- Comité Français d'Education pour la Santé,
- Centre de documentation de l'école des cadres du CHU Pitié-Salpêtrière,
- Centre de documentation médico-pharmaceutique.

Une recherche sur Internet et une interrogation des bases de données en ligne ont ensuite été effectuées (BDSP, article@inist, Medline, Pubmed).

Un article de synthèse sur l'état des lieux de la littérature sur l'observance thérapeutique rédigé par l'équipe de santé publique de l'université de Sao Paulo (Brésil) a été identifié¹. Le professeur Fernando LEFEVRE a bien voulu nous fournir les 850 notices sur lesquelles il avait fondé sa recherche. Cette première base nous a permis d'identifier un bon nombre d'articles intéressants.

Une recherche d'outils pédagogiques sur cette thématique a été faite au sein du réseau CFES, du centre d'analyse d'outils pédagogique PIPSA et à UCL RESO en Belgique. Le CRES Lorraine nous a transmis un outil pédagogique qu'il a conçu.

Dans un second temps, nous avons interrogé plusieurs organismes sur l'existence d'études spécifiques :

- ANAES,
- AFSSAPS,
- APNET,
- Centre Régional de Pharmacovigilance (Hôpital Fernand Widal)
- Centre anti-poison à l'Hôpital Fernand Widal,
- CREDES,
- SNIP,
- Service d'information médico-pharmaceutique,
- Centre de documentation du service éducation pour la santé de la CRAMIF,
- ARH,
- PIPSA.

Le centre de documentation de l'Ordre des Pharmaciens nous a transmis plusieurs articles spécifiques.

Dans un troisième temps, les bases de données Current content, Pascal Biomed, Psycinfo et Medline Ovid ont été interrogées à partir de la BIUM de l'Université Paris V.

Nous tenons à remercier vivement toutes les personnes nous ayant reçues dans leur centre de documentation et/ou ayant répondu à nos questions.

DEFINITIONS

Personne âgée

Le label « personne âgée » est bien évidemment apposé selon l'âge des individus. Mais ENNUYER B.² insiste sur le fait qu'avec cette variable unique, s'impose l'idée que ce groupe est sociologiquement homogène, un groupe à risques ayant globalement des problèmes identiques, les problèmes des « personnes âgées ».

Pour désigner une personne âgée, d'autres termes sont apparus pour casser cette image indifférenciée d'une population homogène. Ils sont basés sur le critère âge mais en déclinant les concepts : vieux, « vieux vieux », « jeunes vieux », 3^{ème} âge et 4^{ème} âge². Pour définir cette population on peut également trouver les termes de seniors, ou d'aînés.

L'objet d'étude du colloque concernant plus particulièrement les personnes de 75 ans et plus, les articles portant sur cette tranche d'âge ont été recherchés, mais avec peu de succès. C'est pourquoi, nous avons régulièrement utilisé les études portant sur des populations plus jeunes (60 ans et plus).

Observance thérapeutique

L'observance³ se définit comme étant le degré de concordance entre le comportement d'un individu (en termes de prise médicamenteuse, de suivi de régime ou de changements de style de vie) et les prescriptions ou recommandations médicales. Classiquement, ce terme renvoie dans le cadre d'une pratique ou d'une communauté religieuse à l'obéissance à une règle. Certains auteurs n'hésitent d'ailleurs pas à utiliser les termes de fidélité et d'infidélité pour qualifier l'observance et son non respect⁴.

D'autres termes sont également utilisés pour traduire le concept selon des nuances spécifiques :

La compliance⁵ définit en physique les caractéristiques des corps élastiques : l'élasticité étant le résultat de la force exercée sur le volume de l'objet. La médecine a emprunté ce terme à la physique pour désigner la plus ou moins grande obéissance du malade et son désir de se conformer aux directives médicales.

Cette transposition de la notion de compliance dans le domaine de la médecine est peu satisfaisante pour plusieurs raisons : le malade est comparé à un objet, la relation médecin-malade se réduit à un rapport de force et implique la soumission du patient aux directives du médecin.

L'observance est le terme français quasi-équivalent de « compliance » en anglais, mais qui renvoie moins à la notion d'obéissance.

L'adhésion⁵ correspond à l'ensemble des conditions (motivation, acceptation, information, ...) qui permettent l'observance en reposant sur la participation du patient.

C'est sans doute le terme le plus satisfaisant puisqu'il implique activement le patient dans sa prise en charge thérapeutique et implique de sa part un choix volontaire

Selon REACH G., la non observance⁶ est l'absence de concordance entre le comportement d'un individu (en termes de prise médicamenteuse, suivi de régime ou changement de style de vie) et les prescriptions ou recommandations médicales. Elle peut concerner l'ensemble du traitement ou être focalisée sur un de ses aspects ; elle peut être intentionnelle ou non, voire objectivement justifiée.

Elle intéresse le fait d'entreprendre ou de poursuivre un traitement, de venir aux rendez-vous de consultation, de prendre les médicaments tels qu'ils sont prescrits, de suivre des recommandations impliquant des changements de vie (régime, exercice physique), d'éviter des comportements à risque (tabac, alcool, drogues ...).

Cité par DAHAN R. et coll.⁷, BLACKWELL B.⁸ a identifié 5 modes de non adhésion : absence de prise médicamenteuse, prise injustifiée, erreur de dose, erreur dans l'horaire de la prise, prise de médicaments non prescrits par le médecin.

La non observance peut être par excès (augmentation des doses, des prises, de la durée, automédication) ou par défaut⁹.

Au-delà de la définition de l'observance, se pose le problème **du seuil** en deçà duquel on considère le patient comme étant non observant.

La plupart des auteurs considère comme observant parfait les patients qui prennent plus de 80% de leur traitement⁷, chiffre qui est généralement retenu dans le cadre des essais cliniques¹⁰. Mais tout dépend du type de traitement et du type d'étude. BERGMANN J. F.⁹ souligne qu'il est difficile de définir clairement ce qu'est un patient observant dans ces termes strictement quantitatifs. Il propose, à la suite de BARBEAU G. et coll.⁴ d'exprimer cette observance en termes de pourcentage (doses effectivement prises divisées par les doses théoriques à prendre), mais en outre de définir pour chaque traitement un seuil d'acceptabilité cliniquement signifiant en-deçà duquel le patient sera jugé non-observant. LOWE C. J.¹¹ calcule de la même façon le score de compliance dans le cadre d'étude sur l'efficacité d'intervention en éducation du patient.

ANKRI J. et coll.¹² soulignent l'absence de consensus sur la définition des patients observants et non observants, lequel souvent décrit dans les études comme un patient qui prend moins de 30%, 50% ou 90% de son traitement.

LEGER S. et coll.¹³ considèrent comme observants les patients qui ne modifient jamais leur traitement, et qui l'oublie ou le refusent moins d'une fois par semaine.

On voit donc que la littérature est très hétérogène sur ce sujet et, en fonction du seuil choisi, la proportion des sujets observants ou non observants peut varier considérablement d'une étude à l'autre rendant les comparaisons souvent délicates.

COMMENT MESURER L'OBSERVANCE ?

L'observance thérapeutique ne se laisse pas mesurer facilement. En effet, aux questions de définitions et de seuil précédemment décrites, s'ajoutent des difficultés d'objectivation. Les auteurs sont partagés entre plusieurs camps : les tenants de la manière « forte » : la mesure directe de la prise du produit et sa quantification mais qui n'est pas toujours possible, et ceux partisans d'une approche plus à l'écoute du discours du patient, induisant une attitude plus propice à la négociation.

Méthodes de mesure quantitatives directes

ANKRI J. et coll.¹² soulignent le fait que les méthodes directes sont souvent utilisées dans un contexte expérimental d'essais cliniques de nouveaux produits. La mesure de l'observance ainsi objectivée donne des éléments d'interprétation des résultats cliniques.

Dosage plasmatique ou urinaire du médicament

Cette méthode permet de confirmer la présence du produit dans l'organisme en mesurant directement les traces. Dans le cadre des antibiothérapies antituberculeuses, on a eu aussi parfois recours à l'analyse visuelle de la coloration orangée des urines liée à l'absorption de Rifampicine®.

FABRE J. et coll.¹⁴ ont ainsi mis en œuvre un dosage urinaire du tolbutamide dans les urines de diabétiques venus faire mesurer leur glycosurie à leur insu.

BARBEAU G. et coll.⁴ montrent que l'avantage de cette technique est qu'elle permet de savoir si le malade a effectivement pris ses médicaments le jour précédant la prise de sang. Cependant, elle ne permet pas d'établir l'observance sur plusieurs jours, elle est invasive et coûteuse, ce que confirment d'autres auteurs¹⁵ qui se posent aussi des questions éthiques.

ANKRI J. et coll.¹² soulignent d'autres obstacles : la mesure directe de substances médicamenteuses n'est possible que pour quelques unes d'entre elles; et, par ailleurs, il n'est pas toujours facile d'établir une relation proportionnelle entre le taux sanguin (ou urinaire) des métabolites et la quantité absorbée de produit.

Directly Observed Therapeutic (DOC)

Ces méthodes de prise du médicament sous la supervision visuelle directe d'un professionnel de santé sont surtout utilisées dans le cadre des protocoles de traitements courts antituberculeux et plus particulièrement dans les pays en développement.

Il ne s'agit plus d'une mesure de l'observance à proprement parler mais d'une contrainte à celle-ci !

BERGMANN J. F.⁹ cite son usage en milieu hospitalier mais en décrit les limites même dans ce contexte.

Observation de l'effet thérapeutique

Cette observation¹⁶ porte directement sur les effets recherchés par le traitement. La baisse de la glycémie, de la tension artérielle, peuvent refléter la prise du produit. Néanmoins, cette observation est très influencée par la réactivité du patient au produit et à son efficacité.

Observation des effets pharmacologiques cliniques ou biologiques

Dans le même ordre d'idée, on peut présumer de la prise de médicament en observant les effets secondaires : œdème des membres inférieurs sous inhibiteurs calciques, faciès cushingôide de la corticothérapie au long cours, lipodystrophie des antirétroviraux, etc.

Méthodes de mesures quantitatives indirectes et qualitatives

ANKRI J. et coll.¹² décrivent un certain nombre de méthodes indirectes : le résultat du traitement en termes de bien-être du patient, le fait de ne pas avoir de nouveau recours au

médecin pour une demande de soins mais ils admettent que le rétablissement ou l'amélioration symptomatique du patient vont être attribués à bien d'autres facteurs que le traitement lui-même.

Ponctualités au rendez vous

Selon POSTEL VINAY N. et MENARD J.¹⁶, la ponctualité au rendez-vous est un témoin utile pour étudier l'observance thérapeutique.

Comptage des comprimés restants et de conditionnements

Compter les comprimés qui restent peut être utile pour identifier la quantité globale de produit présumé absorbé. Pour BARBEAU G. et coll.⁴, cette méthode a l'avantage de permettre un contact direct avec la personne âgée, d'avoir des informations complémentaires et une image plus complète du profil de la médication et détection des erreurs possibles. Les inconvénients sont que cette technique doit s'étaler sur une longue période et ne garantit pas que les médicaments soient effectivement pris, ni pris aux bons horaires.

Selon BERGMANN J. F.⁹, cette technique est limitée par le fait que les patients ne rapportent pas toujours leurs boîtes et, de surcroît, que les unités manquantes n'ont pas forcément été correctement prises.

Comptage des ouvertures d'un pilulier

Décrits par de nombreux auteurs anglo-saxons, ces comptages sont parfois informatisés¹⁷ permettant de connaître le nombre de fois qu'un compartiment de pilulier ou qu'un flacon est ouvert.

Mais BERGMANN J. F.⁹ et POSTEL VINAY N. et MENARD J.¹⁶ insistent sur le fait que ces appareils ne contrôlent que des ouvertures et non l'administration du médicament. Les personnes âgées peuvent parfois être victimes d'une phobie de vérification compulsive, ouvrant le pilulier pour en vérifier le contenu sans l'absorber, d'autres qui l'ouvrent par curiosité ou pour vérifier qu'il est bien fermé¹⁸.

Grille de qualité de vie

La qualité de vie est un critère d'évaluation des thérapeutiques médicamenteuses. Elle se mesure par des échelles qui sont informées par des questionnaires fermés. De nombreuses échelles existent dont les plus utilisées sont le Nottingham Health Profile (NHP), le Medical Outcome Study (MOS¹⁹), Short Form 36 (SF 36), le Sickness Impact Profile (SIP)²⁰.

Observation du patient

Selon FISCHER G. N. et TARQUINIO C.²¹ l'observation sert à recueillir des informations plus qualitatives que quantitatives sur les facteurs psychosociaux des comportements des patients liés à la santé et à la maladie: les conditions sociales qui les produisent, les relations que les patients entretiennent avec les médecins, le type de compliance mis en œuvre.

Les auteurs décrivent deux types d'approches: la première reposant sur le recueil systématique d'informations en fonction d'hypothèses préalables en utilisant des systèmes de classification des comportements et des activités, la seconde reposant sur une démarche d'observation participante dans laquelle le chercheur se trouve davantage impliqué dans l'expérience de la personne observée.

Entretien avec le patient

L'entretien permet²¹, en dépassant l'étude des faits objectifs, d'appréhender les processus sociocognitifs, d'explorer les états émotionnels des patients et de rendre compte des systèmes de représentation, des normes et des croyances et, finalement, du sens des conduites individuelles et sociales liées aux concepts de santé. Il est fréquemment associé à d'autres techniques comme l'observation ou le questionnaire.


Questionnaire

Les questionnaires sont très fréquemment utilisés mais FISCHER G. N. et TARQUINIO C.²¹ regrettent que les questionnaires proposés ne fassent pas référence à des modèles théoriques pour l'élaboration et l'interprétation du matériel. Ils suggèrent également qu'une certaine superficialité des réponses rend difficile la mise en évidence des véritables déterminismes psychosociaux.

Certains questionnaires spécifiques à une pathologie permettent d'étudier l'observance. Par exemple De KLERK (DE) E. et coll.²² ont développé un modèle pour les patients atteints d'arthrite rhumatoïde. Ce questionnaire a été testé sur 117 patients et a permis de valider les 19 items et de valider le questionnaire. LEGER S. et coll.¹³ ont utilisé un questionnaire semi directif.

Récit de vie ou méthode biographique

Cette méthode²¹ apporte un éclairage particulier sur l'expérience vécue car elle met en évidence les relations entre l'individu et son entourage social et familial dans le cadre de ses représentations personnelles, ce qui échappe aux méthodes quantitatives.



LES CHIFFRES

Personnes âgées

Selon l'INSEE les personnes âgées de plus de 60 ans représentaient en 2000 20,51% de la population française. Les projections donnent un chiffre de 26,77% pour 2020. En Ile-de-France, le pourcentage de personnes âgées est estimé à 15,61% pour 2000, et une perspective à 19,36% en 2020²³. Même si la proportion francilienne de personnes âgées est moindre que dans le reste de la France, quantitativement, cette population est importante et supérieure à celle de toutes les autres régions : 1.760.057 en 2000 et 2.387.042 en 2020.

Cette tranche de la population concentre l'essentiel des dépenses de santé. En effet, une enquête du CREDES²⁴ a montré qu'une personne de plus de 65 ans occasionnait en 1997 une dépense en soins et en biens médicaux 7 fois supérieure à celle des moins de 16 ans (274 F contre 35 F en achat moyen **mensuel**), la part du débours (part effectivement payée par la personne) concernée passant de 38 à 25%. Par ailleurs ces dépenses sont elles-mêmes concentrées puisque d'après SERMET C.²⁵, 5% des personnes de 70 ans et plus réalisent 19% des dépenses. Cependant l'hospitalisation occasionne plus de 55% du total des dépenses. L'enquête PAQUID²⁵ menée auprès de 3800 personnes, montre qu'à domicile les personnes âgées consomment 4,5 médicament par jour, contre 5,2 en institution, de même que cette consommation augmente avec l'âge passant de 4 à 5 médicaments par jour entre 65 et 85 ans. Quelle que soit la tranche d'âge, les femmes consomment plus que les hommes. Une ordonnance de généraliste prescrit en moyenne 6,3 conditionnements, mais 9 pour les personnes âgées. Le coût de prescription chez les 65-74 ans pour le généraliste est de 416 francs soit 1,5 fois la moyenne (274 F). Mais l'accès aux droits n'est pas homogène puisque la même enquête du CREDES a montré que la proportion de personnes disposant d'une couverture complémentaire diminue après 80 ans : elles sont 88% des personnes de 50 à 80 ans contre 78% des 80 ans et plus.

Cette concentration des soins est confirmée par le guide²⁶ réalisé par l'ANDEM à l'intention des médecins et des pharmaciens qui précise que les prescriptions aux personnes âgées de plus de 65 ans représentent le tiers de toutes les prescriptions.

Observance thérapeutique

Les chiffres concernant l'observance chez les personnes âgées relevés dans la littérature varient de **34%** sur une étude de suivi à 3 ans d'antihypertenseurs chez 2322 patients suédois²⁷ à **90%**. Il est cependant très difficile d'avoir des chiffres cohérents pour les raisons méthodologiques citées plus haut.

90% de la non observance est sous forme de sous médication (doses, horaires, produits oubliés, etc.), le reste étant une surmédication²⁸. L'automédication n'est souvent pas comptabilisée dans les chiffres de non observance. Certains auteurs américains²⁹ ont chiffré cette automédication 66% chez les 65-69 ans et 69% chez les plus de 85 ans. D'autres chiffrent à 10% le nombre de patients âgés recevant le traitement prescrit à un autre patient³⁰.

L'enquête du CREDES en 1997²⁴ a noté un pourcentage de l'observance **déclaré** pour la dernière prescription pharmaceutique du généraliste pour les 60-69 ans 87%, les 70-79 ans 92%, les 80 ans et plus 95%, chiffres qui surestiment considérablement l'observance. Les personnes de plus de 65 ans déclarent moins souvent que les plus jeunes avoir renoncé à des soins. Ainsi alors que 14,4% des retraités déclarent avoir déjà dû renoncer à des soins cette proportion est de 22,8% chez les actifs. Dans l'étude sur le niveau de connaissance des traitements de 94 patients de plus de 75 ans et l'influence des séjours hospitaliers, FANELLO S. et coll.³¹ ont relevé que 89% des patients interrogés affirmaient prendre quotidiennement et en totalité leur traitement.

Ce phénomène est assez souvent cité par les auteurs mais il est difficile d'en être certain car il s'agit d'observance déclarée.

Ainsi, ISAAC L. M. et coll.³² ont comparé dans une étude systématique le taux d'observance déclarée par les personnes âgées de plus de 65 ans à **89%** à celui mesuré par le décompte des produits, qui montrait que **seuls 5%** des patients avaient effectivement pris les bons produits aux bonnes doses !

Se posent aussi les questions de mémorisation des prescription : sur 83 patients de plus de 60 ans, ROST et ROTER K.³³ ont noté que seuls 48% des patients ont été capables de se rappeler immédiatement après la consultation les recommandations en termes de style de vie (régime, exercice ...) et 54% la prescription médicamenteuse. Toutes les études relèvent des taux de mémorisation similaires.

Quelques analyses systématiques sont intéressantes :

FABRE J. a trouvé seulement **49%** de patients observant totalement le traitement chez les 33 diabétiques dont il avait mesuré le taux urinaire à leur insu¹⁴. 36% étaient irréguliers, 9% ne prenaient rien et 2 malades prenaient le double de la dose prescrite.

HUNTER K. A. et coll.³⁴ ont trouvé par analyse systématique de la compliance (observation, entretiens, dossier médical) chez 49 personnes d'âge moyen de 74 ans vivant à domicile une observance excellente chez 18% des patients, bonne chez 27%, médiocre chez 22% et mauvaise chez 33%, **soit 45% d'observance acceptable**, sans réelle distinction entre les hommes et les femmes.

Une enquête systématique par questionnaire réalisée auprès de 170 patients de plus de 65 ans hospitalisés dans un service de médecine interne par BAYADA J. M. et coll.³⁵ donnent un chiffre d'observance parfaite à 65%, mais sans considérer l'automédication comme une non-observance.

Dans une enquête similaire sur 300 patients hospitalisés, JEANDEL C. et coll.³⁶ notent une observance parfaite de 56% (les hommes nettement plus que les femmes : 64% contre 51%) et une mémorisation de 42%. HUNTER K. A. et coll.³⁴ trouvent une compliance de 55% chez 49 patients d'environ 74 ans, les hommes étant aussi mieux observants.

Une étude de comptage électronique des produits menée en Allemagne par KRUSE W. et coll.³⁷ montre que sur 300 patients hospitalisés, 51% avaient « dévié » de leur traitement dans les dix jours après leur sortie et 48% prenaient moins de la moitié des produits prescrits six semaines après cette même sortie.

Il est parfois intéressant de noter les chiffres d'observance relevés lors d'études cas témoins cherchant à mesurer l'effet sur celle-ci d'interventions diverses. Les témoins (sans intervention) sont censés refléter au moins partiellement la réalité : LOWE C. J. et coll.¹¹ observent un taux d'observance du groupe contrôle de 79,5% chez des personnes âgées de plus de 65 ans prenant au moins 3 produits. LEIRER V. O. et coll.³⁸ trouvent un taux d'observance de 59% du groupe contrôle de personnes d'environ 71 ans.

On le voit, globalement toutes les études montrent que près d'un patient sur deux ne suit que partiellement sa thérapeutique, très majoritairement en le sous dosant, mais ce chiffre ne prend pas en compte l'automédication.

Conséquences de l'observance thérapeutique

Estimation

Les conséquences pathologiques de la non observance thérapeutique sont de plusieurs natures.

- Réduction de l'efficacité des traitements, en particulier les traitements à long cours,
- Surdosages soit directement par un excès de prise (mais on l'a vu, cet aspect est rare), soit surtout du fait des tentatives du thérapeute d'équilibrer un traitement considéré comme inefficace en augmentant les doses prescrites ;

- Engendrer des interactions pathogènes.

Chacune de ces conséquences engendre, outre les souffrances liées aux complications, de nouvelles dépenses de santé qui auraient pu être évitées, en dehors des effets secondaires des produits.

GRYMONPRE R. E. et coll.³⁹ ont étudié au Canada 718 admissions de patients âgés de plus de 50 ans ayant des médicaments prescrits. Ils ont relevé 162 pathologies associées aux médicaments (**23% des admissions**) qui représentaient pour la grande majorité **une des causes principales d'hospitalisation (20% des admissions)**. 48% étaient liées à des effets secondaires des produits, 27% à une non observance intentionnelle, 19% à un échec d'un traitement la plupart du temps de prescription récente, 14% à une interaction avec l'alcool et 10% à des erreurs de prescription.

IVES T. J. et coll.⁴⁰, étudiant 293 admissions en retrouvent 15,3% liées aux médicaments (chiffre qui passe à 18,3% pour les plus de 60 ans) dont les deux tiers(**soit 10% des admissions**) étaient liés à un mauvais usage des produits.

JOHNSON J. A. et coll.⁴¹ ont eux mobilisé aux Etats Unis un groupe d'experts pour développer un modèle d'estimation de ces conséquences. Ce travail leur a permis de chiffrer la mortalité et la morbidité liées aux médicaments (incluant non observance, mauvaises prescriptions et effets secondaires), et d'en estimer les coûts associés. Pour eux, **23% des patients subissent un échec thérapeutique** directement lié à ces questions de traitement, **10,5% voient émerger un nouveau problème** de santé lié à leur traitement et **6,5% subissent les deux**. Au total donc, **seuls 60% des patients seraient totalement indemnes** de pathologies liées aux médicaments. Pour ces auteurs, entre 3,5 et 8 millions de personnes seraient hospitalisées (de **11 à 28% des admissions totales**) et entre 79.159 et 198.815 personnes mourraient chaque année du fait de problèmes liés aux médicaments. Le coût annuel total est estimé entre 30 et 137 milliards de dollars (210 à 959 milliards de francs). Cet ordre de grandeur est retrouvé par une autre étude⁴² : 100 milliards de dollars (700 milliards de francs français).

On retrouve un coût approximatif de 2.600 F par habitant et par an, ce qui, rapporté à la population française correspondrait à **156 milliards de francs pour la France**.

Cependant, une importante méta-analyse conduite aux Etats Unis en 1986⁴³, donne des chiffres plus faibles : selon les auteurs en moyenne 5,3% des admissions hospitalières seraient directement liées à une non observance au traitement prescrit, induisant un coût direct à l'hôpital de 8 milliards de dollars (soit 56 milliards de francs), et indirectement de 25 milliards de dollars (175 milliards de francs).

Au Canada, une étude menée par l'Association Canadienne de l'Industrie du Médicament en 1995, chiffre ce coût entre 7 et 9 milliards de dollars canadiens (28 à 36 milliards de francs) pour le Canada et 2 milliards de dollars (soit 8 milliards de francs français) pour le Québec.⁴⁴ Ces chiffres rapportés à la population du Canada donnent un coût par habitant de 1.200 Francs par an, ce qui rapporté à la population française **donnerait une estimation de 72 milliards de francs**.

Les recherches menées en France sur le plan documentaire, les entretiens téléphoniques avec le SNIP, le CREDES, l'ANAES, le Centre anti-poison Ile-de-France, le Centre Régional de Pharmacovigilance de l'hôpital Fernand Widal, l'observatoire et recommandations professionnelles de l'AFSSAPS et l'APNET ne nous ont pas permis d'identifier des travaux en cours ou réalisés concernant les conséquences de la mauvaise observance thérapeutique.

JACQUEMET S. et CERTAIN A.⁴⁵ avancent le chiffre de 30% d'admissions des personnes âgées liées à un problème de médicament (12% à une mauvaise observance et 16% à des effets indésirables). Mais d'autres données sont moins pessimistes. L'ANDEM²⁶ chiffre les motifs d'hospitalisation de patients de plus de 70 ans liés aux médicaments à 8,46%. En 1990, une étude de prévalence de type un jour donné réalisée par QUENEAU P. et coll.⁴⁶ a montré

que 6,28% des patients hospitalisés l'étaient pour un accident thérapeutique, cause de leur hospitalisation (74%) ou de sa prolongation. Cette même étude a relevé que les causes étaient une dysobservance (9%), une automédication (9%), des erreurs thérapeutiques (30%) et des effets secondaires (52%).

La différence relevée entre les études (**de 5,3 à 30% des admissions**) provient des seuils de prise en compte de la cause iatrogénique, et, en particulier de son rôle principal dans le déclenchement de l'hospitalisation. Si elle est considérée comme accessoire ou connexe, un grand nombre de cas reste ignorés, entre autres facteurs⁴⁷, et cette estimation devient subjective⁴⁰.

Typologie

Même si la dysobservance n'est pas systématiquement mise en cause, il peut être intéressant de repérer les formes cliniques des pathologies iatrogéniques chez les personnes âgées⁴⁸. Deux grands syndromes parfois liés sont cités : les chutes liés à l'hypotension orthostatique et les syndromes confusionnels, comme le montre l'étude de FANELLO S. et coll.³¹.

DOUCET J. et coll.⁴⁹ chiffrent à 15% les syndromes confusionnels qui sont d'origine iatrogénique et en parlent comme un diagnostic important. Ils citent une étude complète des produits mis en cause⁵⁰.

Dans un travail sur les personnes âgées, le CFES⁵¹ cite une enquête de la CNAMTS qui révèle que 68% des personnes de plus de 60 ans font des chutes. 33% des plus de 65 ans et 50% des plus de 80 ans tombent au moins une fois dans l'année. Selon l'INSERM, les chutes des plus de 65 ans provoquent chaque année près de 9 000 décès. Dans cette même étude, le CFES cite les causes médicamenteuses comme cause de 10% des chutes. **On peut donc estimer que 900 décès par chute chaque année sont liés à des médicaments**

Décrivant le phénomène, GEOFFROY C. E. et coll.⁵² soulignent que ces **chutes iatrogènes sont liées aux produits les plus fréquemment prescrits** en particulier cardio-vasculaires et psychotropes, auxquels l'ANDEM²⁶ rajoute les anti-inflammatoires stéroïdiens et non stéroïdiens.

DETERMINANTS DE L'OBSERVANCE THERAPEUTIQUE CHEZ LES PERSONNES AGEES

Déterminants liés à l'individu

Capacités physiques et cognitives

A l'égard de la prise de traitement, les difficultés rencontrées par les personnes âgées peuvent être :

- Mémorisation des prescriptions et de leurs horaires ;
- Lecture et compréhension des étiquettes et des modalités de prescription ;
- Visualisation des différentes formes galéniques (taille, couleur ...)
- Manipulation des flacons munis de bouchons de sécurité, utilisation d'aérosol, de collyre...

Les questions de mémorisation ont été décrites plus haut, en général quelles que soient les études, la moitié des patients seulement est capable de citer sans problème l'ensemble de ses prescriptions.

ISAAC L. M. et coll.³² ont montré que les capacités cognitives, notamment dans le domaine de la vision chez les personnes âgées influençaient l'observance au traitement. Ainsi 28% de leurs patients lisaient les instructions de prescription de manière incorrecte. Ces auteurs insistent sur les difficultés de certains gestes tels que rompre les comprimés, d'une part pour comprendre et d'autre part pour exécuter correctement le geste, provoquant une dysobservance de cette prescription dans **60% des cas**...

Sur les questions de mémorisation, SPIERS M. V. et coll.⁵³ ont interrogé des personnes autonomes de plus de 55 ans (moyenne 81 ans). 24% se souvenaient mal des produits prescrits, mais 71% affirmaient avoir des stratégies pour penser à prendre leur traitement comme les repas, l'heure du coucher, disposer les médicaments sur une assiette, etc.

Sexe – niveau d'études – Profession - Résidence

Il semble que en général les hommes soient un peu mieux observants que les femmes. Deux études le montrent clairement^{34 et 36}. Même si BAYADA J. M. et coll.³⁵ ne le retrouve pas, il cite de nombreux auteurs qui ont relevé ce phénomène qui se chiffre en des différences de l'ordre de 10 à 20% entre les deux sexes.

Parmi les facteurs socio-économiques, les données de la littérature concernant l'influence éventuelle du lieu de naissance, de résidence, du niveau d'études ou de la profession sont contradictoires. L'étude de BAYADA J. M. et coll.³⁵ ne montre aucun résultat significatif. Si l'influence de ces facteurs existe, elle est très probablement marginale.

En revanche, l'entourage semble déterminant. JEANDEL C. et coll.³⁶ montrent que la présence du conjoint ou d'un tiers fait passer l'observance parfaite de 41,5% (seul à domicile) à 66,7% (tierce personne à domicile). BAYADA J. M. et coll.³⁵ citent d'autres études qui montrent que vivre seul à domicile augmente la probabilité de dysobservance, et que la vie en institution a contrario la favorisait (83% contre 62%). Il faut cependant souligner que l'enquête de FANELLO S. et coll.³¹ a montré que l'institutionnalisation était un facteur important de dégradation des connaissances, indépendamment de l'état cognitif et de l'âge. Ces auteurs impute ce résultat au mode de dispensation des médicaments qui sont administrés 3 fois plus souvent (67% versus 24%) n'encourageant pas l'effort de mémorisation.

Cependant, LE BOT M.⁵⁴ note également le rôle néfaste de l'entourage quant celui-ci affiche des croyances qui vont à l'encontre du traitement souhaitable.

Représentations de la santé

Les représentations de la santé sont souvent citées dans les modèles explicatifs de l'observance thérapeutique. Il reste qu'elles ne sont pas souvent étudiées, en particulier chez

les personnes âgées. L'anthropologie du médicament, riche au plan des études internationales, est pauvre face à cette tranche d'âge.

MORROW D. et coll.⁵⁵ parlent de dysobservants « intentionnels » qu'ils considèrent comme un facteur majeur, refusant leur traitement parce qu'ils se considèrent comme sur-médiqués ou victimes d'effets secondaires.

LEGER S. et coll.¹³ ont montré dans leur enquête que 29% des personnes interrogées pensent consommer trop de médicaments, 62% suffisamment et 2% souhaitent en absorber davantage.

BEAUFILS B.⁵⁶ propose une classification des « observants » selon leur perception d'eux-mêmes :

- Les observants parfaits se disent lucides, réalistes, concrets, organisés, stables, détendus, sereins.
- Les fantaisistes, insoucians, improvisateurs, émotifs, instables, anxieux, pas sûrs d'eux.
- Les peu observants, imaginatifs, critiques, individualistes, confiants, intelligents ...

Déterminants liés au traitement

Connaissance du traitement

Une bonne connaissance des médicaments par le sujet âgé comme l'écrit LEGRAIN S.⁵⁷ est un facteur de bonne observance. Savoir à quoi sert le médicament qu'il prend, quels sont les risques s'il s'arrête, s'il existe des interactions avec l'alcool, l'alimentation ou d'autres médicaments, dans quelles situations la tolérance du médicament peut être modifiée est un facteur déterminant. Cette connaissance dépend, on l'a vu, du niveau cognitif de la personne âgée, mais aussi, on le verra des relations avec les professionnels de santé.

L'hospitalisation

L'hospitalisation est un facteur majeur de rupture dans la vie de la personne âgée, et particulièrement dans son traitement, mais étrangement, les études (toutes faites en milieu hospitalier) ne s'appesantissent pas vraiment sur l'influence de cet épisode sur l'observance subséquente.

Une étude réalisée aux Etats Unis chiffre à 30% le taux de modification des traitements après hospitalisations⁵⁸. A Heidelberg, NIKOLAUS T. et coll.⁵⁹ ont montré que seuls 39% des patients avaient un régime thérapeutique qui restait stable de l'admission jusqu'à trois mois après la sortie.

FANELLO S. et coll.³¹ a montré que l'hospitalisation réduit de moitié la connaissance du traitement, du fait des modifications (dont près de la moitié n'étaient que de dénomination commerciale) ou de l'introduction de nouveaux produits.

Rappelons l'étude de KRUSE W. et coll.¹⁷ citée plus haut qui montre que la moitié des patients ne prennent que la moitié du traitement prescrit six semaines après une hospitalisation.

LEGER S. et coll.¹³ souligne dans son travail que l'observance parfaite mesurée en milieu hospitalier ne se retrouve pas en ambulatoire par déficit d'éducation du patient avant sa sortie et par une excessive assistance exercée en milieu hospitalier.

Polymédication

L'un des déterminants de la mauvaise observance thérapeutique chez les personnes âgées cité par tous les auteurs est le grand nombre de médicaments prescrits. Cette poly médication pose des questions de mémorisation mais aussi des difficultés pratiques de mise en œuvre.

Aux Etats Unis, une étude a montré que la compliance passe de 75% lorsqu'un seul produit est prescrit à 40% pour 4 produits ou plus⁶⁰.

L'enquête PAQUID²⁵, réalisée en 1994 auprès de 3.800 personnes âgées a montré qu'à domicile, 89% prenaient un traitement, en moyenne 4,5 médicaments par jour. 43% prennent

entre 5 et 10 médicaments et 2,3% en prennent plus de 10 par jour. En institution, les personnes âgées consomment en moyenne 5,2 médicaments par jour, plus de 50% des personnes prennent entre 5 et 10 médicaments par jour et 4% en prennent plus de 10.

Une étude de 1.500 ordonnances (90% provenant des omnipraticiens) d'assurés de plus de 65 ans en région Nord-Est en 1996⁶¹ a montré que 49% des ordonnances pour les femmes et 44,6% de celles pour les hommes avaient plus de 5 produits, 7% plus de 10 médicaments (maximum 21 spécialités).

NIKOLAUS T. et coll.⁵⁹ cite en Allemagne 9% de ses patients avec plus de 7 produits.

Automédication

L'automédication chez les personnes âgées joue un rôle majeur dans les effets nocifs des médicaments mais elle n'est pas toujours considérée comme une dysobservance. Son chiffrage est très aléatoire car il repose sur la déclaration plus ou moins spontanée du patient.

QUENEAU P.⁴⁷ sépare deux types d'automédication, tout en soulignant l'absence de données épidémiologiques. L'automédication peu dangereuse, avec des produits conçus pour cet usage ou conseillés par le pharmacien et l'automédication dangereuse par recours à la pharmacie familiale ou aux conseils de l'entourage.

BAYADA J. M. et coll.³⁵ a noté un taux d'automédication de 26%, qu'ils corrèlent avec les taux d'observance. FANELLO S. et coll.³¹ S. trouve de son côté un taux de 38%, dont 60% des laxatifs, 26% des antalgiques et 7% des antitussifs et des somnifères.

Amélioration des symptômes

Aller mieux est un grand facteur d'interruption des médicaments en particulier en France. Ainsi BAYADA J. M. et coll.³⁵, montrent que le premier motif d'arrêt du traitement est justement l'amélioration des symptômes (28%). NIKOLAUS T. et coll.⁵⁹ ne trouve que 13% de leurs patients (allemands) invoquant cette raison.

Effets secondaires

Les effets secondaires des médicaments sont un motif de non observance thérapeutique souvent souligné par les auteurs. Inversement, il faut souligner que les effets secondaires sont plus graves chez cette population du fait de la fragilité du terrain⁶².

Dans l'étude de BAYADA J. M. et coll.³⁵, ce motif d'arrêt du traitement est cité par 19% des patients et se trouve ainsi en 2^{ème} position. NIKOLAUS T. et coll.⁵⁹ trouve le même chiffre mais en troisième position, après l'incertitude sur le traitement (28%) et les autres problèmes.

La présentation des médicaments

Les difficultés de manipuler les conditionnements sont souvent soulevées. Les personnes âgées ne parviennent pas à ouvrir les flacons (2/3 des patients étudiés par NIKOLAUS T. et coll.⁵⁹), à ouvrir une boîte (10% de la même série), etc. Une étude en Nouvelle Zélande⁶³ a chiffré à 78% les patients âgés ne pouvant rompre un cachet ou saisir un médicament sur la tablette, 57% ne pouvant ouvrir les flacons et 41% incapables d'effectuer une ou plusieurs tâches nécessaires pour accéder à leur traitement.

Pour mieux comprendre ces questions, ISAAC L. M. et coll.³² ont développé un test (*Standardized medication task SM task*) qui mesure les capacités nécessaires pour prendre avec succès un traitement. Il mesure les capacités à lire la prescription, à interpréter les instructions, à ouvrir une bouteille contenant le sirop ou les comprimés, à les couper si nécessaire, à connaître le planning des doses et les horaires de prises.

Les présentations ne sont pas toujours appréciées par les personnes âgées.

LEGER S. et coll.¹³ ont noté les appréciations subjectives des formes galéniques orales : 80% sont favorables aux formes solides, seulement 20% aux formes liquides. Les difficultés et les désagréments rencontrés lors des prises médicamenteuses sont le goût (66%), les difficultés liées au conditionnement (55%), la grosseur des comprimés (50%).

Le nombre de prises quotidiennes influence aussi négativement l'observance³⁵. Une étude américaine chiffre la chute d'observance à 84% lors d'une prise unique ou bi quotidienne et à 59% pour une prise trois fois par jour⁶⁰.

Déterminants liés aux professionnels de santé

La qualité de la relation médecin patient lors de la prescription est jugée par tous les auteurs comme cruciale, mais les autres professionnels de santé sont aussi cités comme étant déterminants, même si leurs rôles sont plus diversifiés en fonction des systèmes de santé. Cependant, il est intéressant de noter que, les questions liées aux professionnels de santé ne font que rarement l'objet d'études spécifiques qui se concentrent sur des éléments plus faciles à quantifier tels que le nombre de produits, l'état civil des patients, leur statut cognitif, etc.

Médecins

Les personnes âgées interrogées par BAYADA J. M. et coll.³⁵ sont d'autant plus observantes qu'elles considèrent leur médecin comme étant disponible (69% contre 35%), ainsi qu'une fréquence de visite tous les 15 jours (80%). Au delà l'observance plafonne (65%) quel que soit le délai entre les visites. Ces auteurs ne trouvent pas de corrélation entre le nombre de médecins prescripteurs et la qualité de l'observance.

NIKOLAUS T. et coll.⁵⁹ montre que seuls 64% de ses patients disposaient d'un calendrier écrit des prescriptions et de leurs horaires mais que même parmi ceux-là, 30% étaient erronés, mais n'établit pas de corrélation avec l'observance de ses patients.

KRAVITZ R. L. et coll.¹⁹ observe que 96% des patients interrogés se souvenaient des recommandations faites par leur médecins aussi bien pour les médicaments que pour les modes de vie (exercice, etc.) mais que seules les premières étaient correctement suivies (91% contre de 69% –régime- à 7% - arrêter de fumer-). SHAH P. N. et coll.⁶⁴ retrouve la même proportion (85% contre 46%).

Pharmaciens

Le rôle des pharmaciens est crucial mais peu étudié. Lors de la lecture de la littérature, il est important de bien différencier les systèmes de santé. Le « clinical pharmacist » américain est ainsi investi de plus de responsabilités en matière de prescription qu'en France et son rôle est souligné par de multiples auteurs. Dans une étude cas-témoin⁶⁵, leur intervention après hospitalisation a permis de diminuer les oublis de prise de médicaments de 23% à 8%. Une autre étude a montré toujours aux Etats Unis que le risque de non observance était multiplié par 3,6 lorsque le patient âgé avait recours à deux pharmacies au lieu d'une pour la dispensation⁵⁸. KIMBERLIN C. et coll.⁶⁶ ont étudié l'effet d'un programme dans les pharmacies d'officine pour évaluer les traitements et intervenir mais s'étant concentrés sur les questions d'interactions et d'erreurs de dosage, les auteurs n'ont pas trouvé d'influence du programme sur la compliance.

BAYADA J. M. et coll.³⁵ montre que l'observance est meilleure si le patient est directement en contact avec le pharmacien(47%), et non une tierce personne (31%).

Une étude menée sur l'ensemble de la clientèle des pharmacies lyonnaises⁶⁷ a montré que 23 cas d'inobservance pouvant présenter un danger ont été dépistés lors du renouvellement de l'ordonnance. Cette même enquête montre que 75% des cas d'inobservance sont liés à une incompréhension de la prescription ou une sous-estimation de la gravité. C'est dans ce cadre d'inobservance que les pharmaciens affirment avoir le meilleur contact avec le prescripteur (88% de bon contact contre 36% dans le cas d'erreur de posologie).

En résumé, il apparaît que le rôle des professionnels de santé est tellement évident aux yeux des auteurs de ces travaux qu'il n'a mérité que peu d'études spécifiques.

Récapitulatif

BARBEAU G. et coll.⁴ proposent un tableau récapitulatif que nous comparons avec les données de la littérature que nous avons pu recueillir :

Déterminants de l'observance	Caractéristiques	Influence sur l'observance	Remarques des auteurs du tableau	Données actuelles de la littérature (CRESIF)
Déterminants liés à l'individu	<i>Sociales</i>			
	Age	Indirecte	Attention aux 75 ans et plus.	Pas d'influence directe
	Sexe	Indirecte	Les femmes sont plus exposées parce qu'elles reçoivent plus d'ordonnance.	Facteur retrouvé
	Education	Indirecte	L'éducation peut influencer les valeurs et les comportements.	Facteur non retrouvé dans la littérature
	Ethnie	Variable	La juxtaposition des facteurs de communication et d'éducation peut influencer l'observance.	Non retrouvé
	Isolement social	Variable	L'isolement social peut entraîner un manque de motivation et une perception négative de la personne.	Retrouvé
	Statut économique	Variable	Facteur second.	Non retrouvé
	Soutien naturel	Inconnue	Le soutien familial est l'élément clé ; facteur associé à l'isolement social.	Non étudié précisément
	<i>Physiques</i>			
	Dextérité	Directe	La perte de dextérité cause des difficultés à manipuler certains contenants dits sécuritaires.	Retrouvé
	Acuité visuelle et auditive	directe	La diminution de l'acuité visuelle et auditive entraîne des difficultés de compréhension des instructions verbales et écrites.	Retrouvé
	<i>Cognitives</i>			
	Capacité de mémorisation et d'apprentissage	Directe	La diminution de la capacité d'apprendre et de retenir des instructions réduit l'impact de l'information.	Retrouvé
	<i>Psychologiques</i>			
Perception de l'individu	Directe	Une attitude négative entraîne un comportement négatif à l'égard du traitement.	Retrouvé	
Acceptation des limites physiques et mentales	Inconnue	Le refus de ses limites rend improbable l'acceptation du traitement.	Non étudié	
Perception de la gravité de la maladie	Directe	La perception négative de la maladie et du traitement modifie l'observance.	Non étudié	
Déterminants liés à l'état de santé	Maladies chroniques	Directe	Les traitements prolongés favorisent l'abandon.	Retrouvé
	Gravité de la maladie	Variable	La connaissance de la gravité de la maladie et de l'efficacité du traitement favorisent l'observance.	Retrouvé
	Symptômes	Directe	Les maladies asymptomatiques favorisent l'inobservance.	Retrouvé
	Polypathologies	Variable	Non prévisibles, sauf en présence de maladies psychiatriques où l'inobservance est constante.	Retrouvé

Déterminants de l'observance	Caractéristiques	Influence sur l'observance	Remarques des auteurs du tableau	Données actuelles de la littérature (CRESIF)
Déterminants liés aux médicaments	Ordonnances	Directe	Le patient informé de sa maladie et de son traitement est plus enclin à faire exécuter sa prescription.	Retrouvé, ainsi que la qualité de l'explication
	Contenants	Variable	Les contenants mal adaptés compliquent la prise des médicaments.	Retrouvé massivement
	Etiquette	Directe	Les indications doivent être précises et complètes pour en faciliter la compréhension.	Retrouvé
	Nombre de médicaments	Directe	Le nombre d'erreurs et d'oublis est directement proportionnel au nombre de médicaments.	Retrouvé
	Simplicité de l'ordonnance	Directe	Le nombre de doses quotidiennes va de pair avec le nombre de médicaments.	Retrouvé
	Effets indésirables	Indirecte	Le lien entre les effets indésirables et le médicament est peu marqué.	Retrouvé de façon importante
	Couleur des comprimés	Inconnue	La similarité physique des comprimés peut compromettre la gestion du traitement.	Retrouvé, avec en plus des questions de taille et de goût
Déterminants liés au milieu thérapeutique	Milieu physique	Inconnue	L'aménagement non favorable à la confidentialité diminue la communication avec le malade.	Non étudié
	<i>Composante sociale</i>			
	Médecin	Directe	La mauvaise relation patient-médecin favorise l'inobservance.	Retrouvé
	Pharmacien	Directe	Le pharmacien peut évaluer la fidélité au traitement.	Retrouvé sous forme de conseils
Autres professionnels	Directe	Infirmières, diététiciens, travailleurs sociaux et autres professionnels de la santé peuvent influencer l'attitude du malade face à son traitement.	Retrouvé	

METHODES PROPOSEES POUR AMELIORER L'OBSERVANCE THERAPEUTIQUE

L'amélioration de la qualité de la relation prescripteur-patient est l'élément principal retenu par les auteurs.

Qualité de la prescription

ROLLASON V. et coll.⁶⁸ proposent une grille stratégique pour orienter le choix de traitement et une liste de médicaments à éviter chez le sujet âgé.

	Oui	Non	Ne s'applique pas
Efficacité			
L'indication est-elle encore actuelle ?			
L'indication est-elle bien fondée ?			
Ce traitement est-il prioritaire ?			
La durée du traitement est-elle adaptée à l'indication ?			
Sécurité emploi			
Est-ce le médicament le plus sûr de sa classe ?			
Est-ce qu'il y a des interactions médicamenteuses ?			
Est-ce qu'il y a des contre-indications ?			
Une individualisation posologique est-elle nécessaire ?			
Est-ce qu'il y a des médicaments faisant double emploi ?			
Confort du patient			
Est-ce que ce traitement convient au patient ?			
Est-ce que la forme galénique convient ?			
La voie d'administration est-elle la plus pratique pour le patient ?			
Existe-t-il une formulation retard ?			
Existe-t-il des médicaments combinés ?			
Alternatives non médicamenteuses			
Existe-t-il des alternatives non médicamenteuses ?			
Coût			
Le médicament est-il remboursé ?			
Existe-t-il un générique ?			
Est-ce que le rapport coût/bénéfice est optimal ?			

L'ANDEM (nouvellement nommée ANAES) a proposé, des recommandations relatives au thème de la prescription pluri-médicamenteuse chez les personnes âgées⁶⁹ :

- vérification des antécédents pathologiques et thérapeutiques,
- vérification du nombre d'ordonnances,
- fixer des objectifs thérapeutiques clairs
- connaître les éléments influençant la pharmacocinétique (poids, déshydratation éventuelle, calcul de la fonction rénale avec l'échelle de Katz)
- s'assurer de la compréhension par le patient de l'ordonnance, de son autonomie en particulier manuelle, les fonctions cognitives avec le « Mini Mental State ».
- vérifier l'absence d'interactions
- adapter la présentation et la galénique aux possibilités et goûts du patient
- réévaluer périodiquement tous les produits pris par le patient et leur pertinence

Influence du patient sur la prescription

Une étude⁷⁰ réalisée en 1997 chez des médecins généralistes a montré que 70% des retraités interviennent spontanément au moment où le médecin rédige l'ordonnance pour en faire modifier le contenu.

Dans leur étude FANELLO S. et coll.³¹ ont souligné que l'initiative de renouvellement de l'ordonnance était prise à 50% par les patients eux mêmes et dans 33% des cas par le médecin.

Selon l'enquête du CREDES en 1997 le pourcentage de personnes ayant demandé à leur généraliste de rajouter un ou plusieurs médicaments en plus de la prescription déjà réalisée pour les 60 ans et plus est de 7,2% pour les hommes et 9,1% pour les femmes.

L'éducation du patient

Selon DECCACHE A.⁷¹ l'éducation du patient « est [...] un processus par étapes, intégré dans la démarche de soins, comprenant un ensemble d'activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale, concernant la maladie, les traitements, les soins, l'organisation et procédures hospitalières, les comportements de santé et ceux liés à la maladie, et destinées à aider le patient (et sa famille) à comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins, prendre en charge son état de santé, et favoriser un retour aux activités normales. »

Dans le cadre de l'observance, qu'il nomme compliance, DECCACHE A.⁷² propose un cadre explicatif. Les catégories de déterminants qui entrent en jeu sont :

- 1- **le contexte politique et social de la santé** : les choix et priorités de santé qui orientent les décisions institutionnelles en matière de processus thérapeutiques et de démarches de soins;
- 2- **le contexte institutionnel, organisationnel, et éducatif**, la priorité, le soutien et les moyens accordés à l'éducation du patient et le fonctionnement de l'équipe, tant au niveau de la relation de soins qu'à celui de la relation éducative.
- 3- **le cadre de la relation interpersonnelle de soins et d'éducation**, interaction entre chaque patient et le(s) soignant(s) qu'il rencontre;
- 4- **les facteurs relatifs aux soignants et à leurs contextes sociaux et culturels**, qui influencent leur représentations et prédispositions vis-à-vis de la relation de soins et des patients (rôles, attentes, compétences professionnelles, etc.)
- 5- **Les facteurs relatifs au(x) patient(s), représentations, comportements, prédispositions, valeurs, et les caractéristiques culturelles et sociales dans lesquelles ils s'inscrivent.**

Le point de départ est la multifactorialité (et peut-être de la multicausalité) de la compliance, conçue comme une construction des patients. Cela implique des facteurs qu'on peut essayer de cerner globalement, mais qui prennent une place et un sens différent pour chaque patient concerné. Même si l'on peut concevoir un «profil» de patients selon leur pathologie, par exemple, chacun est et reste un sujet particulier.

Le cadre proposé pour la compréhension de la compliance tient en trois «principes».

- 1- **Globalité** : La compliance est un ensemble de comportements liés à l'adaptation du patient à sa maladie chronique. Elle doit être abordée du point de vue du patient et de ses représentations.
- 2- **Intégration** : La compliance met en jeu plusieurs facteurs agissant en interaction et liés à chacun des acteurs impliqués dans le processus. Ces facteurs se combinent diversement selon les patients.
- 3- **Personnalisation et individualisation** : La compliance doit être regardée comme le fait de patients et non comme objet indépendant, prise comme objet central d'attention (de recherche ou d'action).

Ce processus éducatif est à la base de l'amélioration de la relation médecin patient et de la relation du patient à l'égard de sa pathologie et de son traitement. Il est intéressant dans un tel document de décrire d'autres démarches qui s'en inspirent ou s'en approchent.

Modèle PRECEDE

GREEN L. W. a proposé en 1980 un modèle PRECEDE/PROCEED⁷³ reposant sur un ensemble de diagnostics pour la planification d'interventions cohérentes et pertinentes en éducation pour la santé.

Ce modèle distingue 8 phases : le diagnostic social, le diagnostic épidémiologique, le diagnostic comportemental et environnemental, le diagnostic éducationnel et organisationnel, Le diagnostic social (phase 1), évalue la qualité de vie (relation étroite entre qualité de vie et problème de santé, facteurs non relatifs à la santé : bien-être, statut marital, ressources financières,...) ;

Le diagnostic épidémiologique (phase 2) évalue les pathologies et leurs étiologies (problème de santé, incidence, prévalence, répartition du problème au sein de la population) ;

Le diagnostic comportemental et environnemental (phase 3) distingue les causes comportementales (modèle de consommation, identification de comportements liés à la prévention du problème de santé, self-care,...), et les non comportementales (prédispositions génétiques, handicaps physiques ou mentaux, mais aussi l'âge, le sexe,...). Ce diagnostic permet de cibler les comportements posant problème ;

Le diagnostic éducationnel et organisationnel (phase 4) fait référence aux facteurs déterminant les comportements de santé. Ils sont classés en trois catégories :

- Les facteurs prédisposants qui sont les connaissances, les attitudes, les croyances et les perceptions qui facilitent ou diminuent la motivation au changement.
- Les facteurs facilitants qui sont les capacités, les ressources ou les barrières qui aident ou nuisent aux changements comportementaux ou environnementaux.
- Les facteurs renforçants qui sont les influences positives et négatives provenant de l'entourage (famille, pair, professionnel de santé) et peuvent l'encourager ou la décourager.

Suivent le diagnostic administratif et politique (phase 5), la mise en œuvre et l'évaluation du programme (phases 6, 7 et 8).

Les personnalités du patient et du soignant

FRIEDMAN R. S.⁷⁴ constate que l'avancée en âge ne limite pas, bien au contraire, les affirmations d'individualité et qu'il est important d'en tenir compte.

Pour distinguer certains types de personnalité le test PERSONA⁷⁵ a été mis en place. Il permet d'améliorer l'observance en analysant le mode de fonctionnement des patients et l'attitude des professionnels de santé. Les thérapeutes doivent évaluer si le patient a, d'une part, une personnalité dominante ou consentante, et, d'autre part, une personnalité expansive ou réservée. Ce test permet distinguer quatre types de personnalités, définissant quatre approches thérapeutiques différentes :

- Promouvante (dominante, expansive),
- Facilitante (consentante, expansive)
- Contrôlante (dominante, réservée)
- Analysante (consentante. réservée).

En connaissant sa propre personnalité et celle de son patient, le thérapeute peut affiner son attitude, et améliorer sa relation médecin-malade pour favoriser une meilleure observance thérapeutique. De plus, le médecin, connaissant sa propre personnalité, devra se méfier de ne pas avoir de contre-attitudes thérapeutiques, face à un patient dont la personnalité est à l'opposé de la sienne (Promouvant-Analysant et Contrôlant-Facilitant).

JACQUEMET S. et coll.⁴⁵ souligne les spécificités du pharmacien qui incarne le médicament. Son rôle de détenir, contrôler et dispenser les médicaments, s'ajoute à sa position de premier référent de santé du fait de sa proximité, sa permanence et sa disponibilité pour lui faire

occuper une position privilégiée pour prévenir et résoudre les problèmes liés aux médicaments en soins ambulatoires.

Un programme d'éducation du patient par les pharmaciens basé sur le modèle PRECEDE a été mis en place et évalué par OPDYCKE R. A. et coll.⁷⁶ sur 94 patients âgés avec des pathologies complexes et a démontré la pertinence de l'implication des pharmaciens, tout comme LOWE C. et coll.¹¹.

Les représentations du médicament

PIGUET V. et coll.⁷⁷ constatent qu'il est nécessaire de prendre en considération les représentations des médicaments par les patients, notamment de leurs effets secondaires et de mesurer leurs attentes pour éviter certains malentendus ou désaccords, sources de mauvaise observance.

SABRAN V. et coll.⁷⁸ ont construit deux questionnaires pour analyser ces représentations : Questionnaire des Représentations Générales des Médicaments (QRGM) qui comporte 26 affirmations et le Questionnaire des Représentations Spécifiques des Médicaments (QRSM) qui comporte 22 affirmations et concerne des produits particuliers. Les réponses proposées sont identiques pour chaque questionnaire : A Tout à fait d'accord, B Plutôt d'accord, C Plutôt pas d'accord, D Pas du tout d'accord.

Liste des items du QRGM :

1. Les médicaments sont indispensables pour les maladies graves, mais dans les autres cas ils sont superflus
2. Les médicaments n'apportent rien de bon
3. Les médicaments aident à mieux vivre
4. Il est nécessaire d'être informé sur les médicaments que l'on prend
5. Les médicaments sont bénéfiques
6. Les médicaments sont nécessaires quand on est malade
7. Les médicaments sont à la fois bénéfiques et nuisibles
8. Il ne faut pas hésiter à prendre des médicaments
9. Les médicaments ne sont pas des produits naturels pour la plupart d'entre eux, ce sont des produits chimiques
10. Les médicaments doivent être employés à bon escient, sur prescription médicale
11. Les médicaments sont efficaces
12. Les médicaments inspirent confiance
13. Il ne faut pas abuser des médicaments
14. On peut arrêter de prendre son traitement dès que l'on se sent mieux
15. Les médicaments procurent un bien-être
16. L'idée de prendre des médicaments est désagréable parce que cela signifie que l'on est malade
17. Quand on prend des médicaments trop longtemps ils deviennent moins efficaces
18. Les médicaments sont chers
19. Les médicaments peuvent être dangereux
20. Il faut éviter de prendre des médicaments tant que ce n'est pas absolument nécessaire
21. Les médicaments représentent un progrès pour la société
22. Le conditionnement des médicaments est mal étudié et provoque un gaspillage
23. Actuellement les gens consomment trop de médicaments
24. C'est une contrainte de prendre un médicament
25. On devient facilement dépendant des médicaments
26. Les médicaments ont trop d'effets indésirables ou désagréables

Liste des items du QRSM (exemple du lithium) :

1. J'ai confiance dans le lithium
2. J'ai peur de devenir dépendant(e) au lithium et de ne plus pouvoir m'en passer
3. J'aimerais bien pouvoir me passer de prendre du lithium
4. Le lithium est efficace
5. Prendre du lithium m'inspire un sentiment de honte
6. Je suis obligé(e) de prendre du lithium et je pense que je n'ai pas le choix
7. Quand j'ai des problèmes j'ai tendance à avoir recours au lithium ; c'est comme un refuge
8. Il est nécessaire que je prenne du lithium actuellement
9. Quand on prend du lithium trop longtemps on s'y habitue et il devient moins efficace
10. C'est une contrainte de prendre du lithium
11. Le lithium m'aide mais ne guérit pas ma maladie
12. J'ai peur que le lithium n'intoxique mon organisme
13. Je n'aime pas l'idée de prendre du lithium parce que ça signifie que je suis malade
14. Il ne faut pas abuser du lithium
15. Dès que je me sens mieux, j'ai tendance à arrêter le lithium sans prendre l'avis de mon médecin

16. Le lithium n'est pas assez efficace
17. Le lithium est à la fois bénéfique et nuisible
18. Le lithium a trop d'effets indésirables ou désagréables
19. Le lithium me procure un bien-être
20. Le lithium m'aide à mieux vivre
21. Prendre du lithium me paraît actuellement superflu
22. Je n'ai pas une opinion favorable du lithium

REACH G.⁷⁹ propose de mettre en avant le rôle conjoint des désirs et des croyances dans le déterminisme de l'action, et l'importance du partage des croyances dans la relation médecin-malade. Ce dialogue marque le début de la négociation qui conduira à la nécessaire alliance thérapeutique entre le soignant et le patient.

Programme d'auto administration des médicaments

Aux Etats Unis un certain nombre de programmes permettant aux patients de s'automédiquer ont été mis en place. PERELES L. et coll.⁸⁰ ont évalué un programme de ce type (*Self-Medication Program SMP*) chez des personnes âgées. Cette évaluation, si elle était positive en termes de compliance, l'était moins en termes de connaissances des traitements par les patients. Les auteurs imputent ce relatif échec à un effet majeur des facultés cognitives sur l'observance et recommandent le recours à des méthodes de rappel (téléphonique, ordinateur, etc.) telles que celles qui sont détaillées plus bas.

La proposition thérapeutique

POSTEL VINAY N. et MENARD J.¹⁶ décrit sous ce terme l'introduction et la présentation d'un traitement au patient :

Mise en forme du message

- conception correcte (limitation des effets secondaires, respect des règles de la pharmacologie)
- prise en compte de la polymédication (+++)
- prise en compte de l'automédication
- présentation claire, bien détaillée et lisible de l'ordonnance
- adaptation de la prescription au patient (prise en compte de l'emploi du temps du patient pour la prise des médicaments)
- utilisation de documents préimprimés (exemple : fiches de régime)
- se fixer des objectifs thérapeutiques partiels, raisonnables et concrets
- ne pas demander l'impossible (exemple : arrêt brutal du tabac et de l'alcool chez un sujet déprimé, à qui l'on conseille aussi de maigrir; etc)

Délivrance du message

- disponibilité du médecin (prendre le temps d'expliquer l'ordonnance, faire un dessin si besoin)
- négocier plutôt qu'imposer (savoir négocier en tenant compte des préférences du patient)
- s'adapter à la personnalité du patient (donner confiance, rassurer)
- chercher l'adhésion plutôt que l'obéissance (donner des explications sur la maladie ou les enjeux de la prévention)
- prendre en compte certaines difficultés d'administration (utilisation des aérosols doseurs des thérapeutiques inhalées, comprimés difficiles à couper en deux. Collyre ; le cas échéant, recommander un pilulier; un stylo à insuline, une chambre d'inhalation. un matériel spécialement adapté aux personnes âgées)
- prévenir de la possibilité d'effets secondaires, anticiper sur les solutions et la conduite à tenir; annoncer la possibilité d'un long délai d'action

Réception du message

- évaluer la compréhension (personne âgée, Alzheimer, faible niveau culturel, compréhension du français)
- ne pas négliger un handicap physique (surdité ? malvoyance ?)
- faire répéter au patient ce qu'il a compris
- si besoin faire appel à l'aide de l'entourage (famille. personnel infirmier; pharmacien, interprète, assistance sociale)
- dépister un obstacle socioéconomique au suivi du traitement
- s'aider éventuellement d'un carnet de suivi (diabétique insulinodépendant, asthmatique, hypertendu)
- s'aider éventuellement de techniques particulières (automesure de la glycémie ou de la pression artérielle, mesure du souffle avec le débitmètre de pointe)

La « clé des sens »

La « clé des sens » est un outil développé par PERRON M.⁸¹, et est destiné à relancer une mise ou remise de la communication de l'adulte âgé quels que soient son âge, son état de santé, ses handicaps avec son entourage immédiat, soignant et non soignant. Il permet ainsi de

recueillir des informations sur les capacités relationnelles, communicationnelles, sensorielles et cognitives de la personne.

Outils d'information

De nombreuses études ont proposé comme moyen d'amélioration de l'observance thérapeutique chez les personnes âgées la mise en place d'outils de communication en direction des patients expliquant les pathologies, ainsi qu'en direction des professionnels de santé.

Cependant, dans une étude réalisée en 2000, l'ANAES⁸² souligne la primauté de l'information orale adaptable à chaque individu tout en précisant qu'il est souhaitable de remettre aux patients un document écrit pour lui permettre de s'y reporter et/ou en discuter avec toute personne de son choix notamment avec les médecins qui lui dispensent des soins.

Elle recommande que l'information des documents écrits ou audiovisuels ou multimédia diffusés au patient soit :

- Hiérarchisée, repose sur des données validées, et présente les bénéfices attendus des soins envisagés avant leurs inconvénients et risques éventuels, et précise les risques graves, y compris exceptionnels. Elle doit indiquer les moyens qui seront mis en œuvre pour faire face à des complications éventuelles, ainsi que les signes d'alerte détectables par le patient ;
- Synthétique et claire, sachant que le document remis au patient ne devrait généralement pas excéder 4 pages ;
- Compréhensible pour le plus grand nombre de patients, ce qui implique de soumettre pour avis les projets de documents à des patients, notamment par l'intermédiaire de leurs associations, voire même de les faire participer à leur élaboration. Il s'agit de s'assurer que les informations sont comprises, sinon de les modifier en conséquence ;
- Validée, par exemple par les sociétés savantes, selon des critères de qualité reconnus (par exemple, critères de recommandations professionnelles utilisés par l'ANAES)

Les documents écrits doivent porter l'indication que le patient est invité à formuler toute question qu'il souhaite poser.

Il recommande également 3 types d'évaluations :

- évaluation de la satisfaction des patients à l'égard des documents ;
- évaluation des pratiques fondée sur des enquêtes régulières auprès des patients afin de savoir si l'information leur a été donnée et de quelle manière, sur l'analyse rétrospective des dossiers médicaux afin de vérifier, entre autres, que l'information y figure ;
- évaluation de la qualité des documents écrits qui doit porter sur la méthode d'élaboration (en particulier la méthode utilisée pour apprécier la compréhension par les non médecins des documents rédigés) et le contenu scientifique des documents d'information ; et la possibilité d'identifier les rédacteurs de l'information (société savantes, établissement, service etc.) et la date à laquelle celle-ci a été établie.

Le King's Fund⁸³, propose une série de critères de qualité des documents d'informations aux patients en s'appuyant sur l'analyse approfondie de plus de 50 documents destinés à informer les patients sur 10 pathologies courantes.

Ces critères concernent à la fois les modalités de production et le contenu des documents.

Production du document

- Impliquer des patients à tous les stades de la production d'information ;
- Impliquer des experts de toutes les disciplines concernées ;
- être extrêmement précis sur les objectifs du document et sur le public auquel il s'adresse ;
- prendre en considération les besoins en information des patients parlant une langue étrangère, etc. ;
- réaliser une synthèse préalable des données scientifiques disponibles et s'appuyer sur des synthèses méthodiques lorsqu'elles existent ;

- prévoir et promouvoir l'utilisation possible du document d'information dans l'optique d'une participation des patients aux décisions médicales qui les concernent ;
- dans le choix du support d'information, ne pas oublier de prendre en compte le coût et la praticabilité de la diffusion et des mises à jour ;
- élaborer une stratégie de diffusion ;
- procéder à l'évaluation, d'une part du document lui-même, d'autre part de son utilisation ;
- planifier la mise à jour périodique du document ;
- retirer les documents périmés de la circulation ;
- faire connaître au public la disponibilité du document.

Contenu du document

- Prendre comme point de départ les questions que se posent les patients ;
- s'assurer que le document aborde les questions les plus fréquentes et les idées fausses les plus courantes ;
- couvrir la totalité des options thérapeutiques et des options de prise en charge ;
- donner une information sincère, sur les risques autant que sur les bénéfices ;
- donner autant que possible des informations chiffrées ;
- intégrer au document des listes de questions à poser au médecin (NDLR : ou au pharmacien, à l'infirmier, au dentiste, etc.) ;
- intégrer une rubrique de sources d'information complémentaires ("Pour en savoir plus...") ;
- adopter un ton non alarmiste, non paternaliste, et préférer la forme active à la forme passive dans la forme grammaticale du document ;
- structurer de façon concise, avec des illustrations judicieusement choisies, la présentation du document ;
- mentionner clairement les auteurs du document et ses financeurs ;
- préciser le niveau de preuve des sources documentaires et citer les références bibliographiques ;
- faire apparaître la date de publication sur le document.

Outils d'aide à la prise de médicaments

Pilulier

Cet outil est largement utilisé pour les personnes âgées et toutes les études en confirment la pertinence. Les limites sont liées au remplissage des cases et à l'identification des jours.

Rappel automatique par téléphone

Certains chercheurs ont voulu mettre en place cette procédure pour rappeler aux patients l'heure de prise des produits. Ce système a été évalué positivement aux Etats Unis⁸⁴.

Autres interventions

GOZLAN M.⁸⁵ décrit les nombreux systèmes, tous commerciaux, développés aux Etats Unis pour améliorer l'observance. Outre les piluliers, ont été proposés des montres programmables, qui peuvent sonner l'heure de prise en affichant un message qui indique le médicament à prendre, des flacons munis d'une horloge qui émet une alarme ou un flash lumineux aux heures de prises.

Le dispositif Compu-Med® permet de présenter automatiquement sept compartiments de médicaments (préalablement assortis par un tiers) correspondant à chacun des jours de la semaine. Le patient est averti de l'heure de la prise par un signal visuel ou sonore.

Le Dosing Partners® permet, via un micro-processeur, intégré au flacon ou au nébulisateur connecté à Internet de transmettre chaque nuit à un ordinateur central, les données enregistrées au cours de la journée. Si le malade a oublié de prendre son médicament ou a exagérément différé la prise, une infirmière l'appelle pour lui en parler ou lui conseiller de trouver des astuces pour mieux respecter les horaires.

CONCLUSIONS

La littérature scientifique montre que les travaux en matière d'observance thérapeutique se sont beaucoup concentrés sur l'étude des pathologies chroniques chez les adolescents ou les adultes. Deux grands axes se dégagent selon les attitudes des chercheurs :

La perspective de l'éducation du patient qui implique une responsabilisation de celui-ci dans la prise en charge de son traitement est relativement peu représentée dans les études descriptives mais fait l'objet de longs développements et plaidoyers.

Celle de la thérapeutique classique, qui recherche des facteurs explicatifs simples dans les causes de non observance est en revanche sur représentée. Elle correspond d'une part à une facilité méthodologique car il est plus aisé de décompter et de comparer des catégories fermées que de décrire des comportements complexes. D'autre part, il semble aussi qu'elle reflète la perception des principaux auteurs des travaux scientifiques et donc de leur reflet dans la littérature, à savoir les hospitaliers.

Il est clair que dans la préparation du colloque, nous nous sommes efforcés de rechercher des écrits s'inscrivant dans une perspective éducative, mais nous ne pouvions bien évidemment passer sous silence les autres travaux qui sont majoritaires. C'est pourquoi nous nous sentons un peu frustrés à l'achèvement de ce travail qui finalement ne retrouve que peu d'écrits éducatifs, mais nous sommes aussi stimulés pour engager de nouvelles pistes de recherche dans cette perspective.

LIEUX DES RECHERCHES DOCUMENTAIRES**Bases de données****- En ligne :**ARTICLE@INIST : <http://www.inist.fr>BDSP : <http://www.bdsp.tm.fr>MEDLINE / PUBMED : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/Pubmed>**- CD ROM :**

MEDLINE / OVID

CURRENT CONTENT

PASCAL BIOMED

PSYCINFO

Institutions**Fondation Nationale de Gérontologie**

Centre de documentation

49 rue Mirabeau

75016 Paris

Tél. : 01 55 74 67 00

CERFEP – CRAM Nord Picardie

11 allée vauban

59662 Villeneuve d'Ascq

Tél. : 03 20 05 63 96 Fax : 03 20 05 62 50

Bibliothèque InterUniversitaire de Médecine de l'Université Paris V

12 rue de l'école de médecine

75005 Paris

Tél. : 01 40 46 19 51

Internet : <http://www.bium.univ-paris5.fr>**Comité Français d'Education pour la Santé - CFES**

Centre de documentation

2 rue Auguste Comte

BP 51 92174 Vanves cedex

Tél. : 01 41 33 33 33 Fax : 01 41 33 33 90

Internet : <http://www.cfes.sante.fr>**Centre de documentation de l'école des cadres – Assistance Publique Hôpitaux de Paris**

Centre hospitalier La Pitié Salpêtrière

47 boulevard de l'hôpital

75005 Paris

Tél. : 01 42 16 07 76 Fax : 01 42 16 06 99

Internet : <http://formation.ap-hop-paris.fr>

Comité d'Education Sanitaire et Sociale de la Pharmacie Française - CESSPF

Ordre National des Pharmaciens
4 avenue Ruysdaël
75379 Paris cedex 08
Tél. : 01 56 21 35 00 Fax : 01 56 21 35 09

Centre de documentation médico-pharmaceutique - Assistance Publique Hôpitaux de Paris

7 rue du fer à moulin
bât. Inserm 6^{ème} étage
75005 Paris
Tél. : 01 40 69 14 25 Fax : 01 46 69 14 39

Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé - CREDES

Centre de documentation
1 rue Paul Cézanne
75008 Paris
Tél. : 01 53 93 43 00 Fax : 01 53 93 43 50
Internet : <http://www.credes.fr>

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé - ANAES

159 rue Nationale
75640 Paris cedex 13
tél. : 01 42 16 72 72
Internet : <http://www.anaes.fr>

Caisse Régionale d'Assurance maladie d'Ile-de-France - CRAMIF

Division éducation pour la santé
Centre de documentation
17-19 place de l'Argonne
75019 Paris
Tél. : 01 40 05 38 94 Fax : 01 40 05 38 31
Internet : www.cramif.fr

Syndicat National de l'Industrie Pharmaceutique – SNIP

88 rue de la Faisandrie
75782 Paris cedex 16
Tél. : 01 45 03 88 90

Service d'information médico-pharmaceutique - Assistance Publique Hôpitaux de Paris

7 rue du fer à moulin
75005 Paris
Tél. : 01 46 69 13 13

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé - AFSSAPS

Direction médico-économique et de l'information scientifique
Observatoire et recommandation professionnelle

143-147 boulevard Anatole France
93185 St Denis cedex
Tél. : 01 55 87 30 00
Internet : <http://afssaps.sante.fr>

Association Pédagogique Nationale pour l'Enseignement de la Thérapeutique - APNET

M le Doyen Patrice Queneau
CHU de St Etienne
Hôpital Bellevue
Boulevard Pasteur
42055 St etienne cedex 02
E-mail : queneau@univ-st-etienne.fr
Internet : <http://lbfa.ujf-grenoble.fr/APNET>

Centre anti-poison

Hôpital Fernand Widal
200 rue Faubourg St Denis
75010 Paris
Tél. : 01 40 05 48 48

Centre Régional de la Pharmacovigilance

Hôpital Fernand Widal
200 rue Faubourg St Denis
75010 Paris
Tél. : 01 40 05 45 45

Agence Régionale de l'Hospitalisation – ARH

17-19 place de l'Argonne
75019 Paris
Tél. : 01 40 05 68 90

BIBLIOGRAPHIE

- ¹ VIEIRA TEIXEIRA J.J., LEFEVRE F., CARDOSO DE CASTRO L. L., WITT DE PINHO SPINOLA A., **Drug compliance and the elderly : who is publishing, where, and when ?**. CAD. SAUDE PUBLICA, vol. 16, n°1, p. 139-144, 2000/01-03
- ²) ENNUYER B., **L'objet « Personne âgée »**. *Extrait de* : Etre vieux : de la négation à l'échange. Série mutation, n°124, 1991/10, Paris : EDITION AUTREMENT, p. 14-28
- ³) CFES, **Analyse des concepts en Education du patient. Second séminaire « Education pour la santé du patient »**. Non publié, 2000/02/02
- ⁴) BARBEAU G., GUIMOND J., MALLER C., **Observance du régime médicamenteux**. *Extrait de* : Médicaments et personnes âgées. Paris : MALOINE, 1991, 576 p.
- ⁵) LACROIX A., ASSAL J.-P., **L'éducation thérapeutique des patients. Nouvelles approches de la maladie chronique**. Paris : VIGOT, 1998, p. 10
- ⁶) REACH G., **Application de la théorie causale de l'action à l'analyse de la non-observance thérapeutique**. LA PRESSE MEDICALE, 2000, vol. 29, n°35, p. 1939-1946
- ⁷) DAHAN R., DAHAN A., CADRANEL J., CAULIN C., **La compliance : mesure de l'adhérence au traitement et au suivi thérapeutique**. THERAPIE, vol. 40, 1985, p. 17-23
- ⁸) BLACKWELL B., **Treatment adherence**. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRIE, n°129, 1976, p. 513-531
- ⁹) BERGMANN J.-F., **Observance**. *Extrait de* : CAULIN C. (Dir), CAHSTANY C. (Dir), OAHAN R. (Dir) Méthodologie de l'évaluation thérapeutique. Paris : MASSON, 1993, p. 42-50
- ¹⁰) THE CORONARY DRUG PROJECT RESEARCH GROUP, **Influence of adherence to treatment and response of cholesterol on mortality in the coronary drug project**. NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDECINE, n°303, 1980, p. 1038-1041 [cité par¹⁶]
- ¹¹) LOWE C. J., RAYNOR D. K., PURVIS J., FARRIN A., HUDSON J., **Effects of a medicine review and education programme for older people in general practice**. BRITISH JOURNAL OF CLINICAL PHARMACOLOGY, vol. 50, p. 172-175
- ¹²) ANKRI J., LE DISERT D., HENRARD J.C., **Comportements individuels face aux médicaments. De l'observance thérapeutique à l'expérience de la maladie. Analyse de la littérature**. SANTE PUBLIQUE, 1995/12, vol. 7, p. 427-441
- ¹³) LEGER S., BEDOUCH P., ALLENET B., CALOP J., **Culture pharmaceutique, perception du traitement médicamenteux et difficultés de consommation des médicaments chez le sujet âgé**. JOURNAL PHARMACEUTIQUE CLINIQUE, vol. 20, 2001, p. 110-113
- ¹⁴) FABRE J., ASSAL J. P., BALANT L., DAYER P., **L'observance thérapeutique, un sujet de préoccupation en médecine pratique**. REVUE SUISSE DE MEDECINE, vol. 81, n° 6, 1992, p. 129-132
- ¹⁵) MANCIAUX M. A., **L'observance**. *Extrait de* : Thérapeutique médicamenteuse en gériatrie. Paris : MASSON, 1993, p. 56-62
- ¹⁶) POSTEL-VINAY N., MENARD J., **Observance en pratique médicale courante**. ENCYCLOPEDIE MEDICALE CHIURGICALE, n°1-0030, 1998, 4 p.
- ¹⁷) KRUSE W., RAMPNAIER J., FRAUENRATH-VOLKERS C., VOLKERT D., WANKMULLER I., MICOL W., OSTER P., SCHIERF G., **Drug-prescribing patterns in old age. A study of the impact of hospitalization on drug prescriptions and follow-up survey in patients 75 years and older**. EUROPEAN JOURNAL OF CLINICAL PHARMACOLOGY, vol. 41, 1991, p. 441-447
- ¹⁸) ARNET I., HAEFELI W. E.; **Overconsumption detected by electronic drug monitoring requires subtle interpretation**. CLINICAL PHARMACOLOGY AND THERAPEUTICS, vol. 67, n° 1, 2000, p. 44-47
- ¹⁹) KRAVITZ R. L., HAYS R. D., SHERBOURNE C. D., DIMATTEO M. R., ROGERS W. H., ORDWAY L., GREENFIELD S., **Recall of recommendations and adherence to advice among patients with chronic medical conditions**. ARCHIVES INTERNAL OF MEDECINE, vol. 153, n°23, 1993/08, p 1869-1878
- ²⁰) HAMON A., MESBATH M., **Validation statistique interne d'un questionnaire de qualité de vie**. REVUE EPIDEMIOLOGIQUE ET SANTE PUBLIQUE. vol. 47, 1999, p. 571-583

- 21) FISCHER G. N., TARQUINIO C., **Les aspects psychosociaux dans les méthodologies en psychologie de la santé.** PRATIQUES PSYCHOLOGIQUES, vol. 4, 1999, p. 31-43
- 22) KLERK (DE) E., HEIJDE (VAN DER) D., TEMPEL (VAN DER) H., LINDEN (VAN DER) S., **Development of a questionnaire to investigate patient compliance with antirheumatic drug therapy.** THE JOURNAL OF RHEUMATOLOGY, vol. 26, n°12, 1999, p. 2635-2641
- 23) INSEE repris et détaillé par CRAMIF DIVISION STATISTIQUE, **Les personnes âgées.** CRAMIF, n°3, 2000/06
- 24) DUMESNIL S., GRANDFILS N., LE FUR P., GRIGNON M., ORDONNEAU C., SERMET C., **Santé, soins et protection sociale en 1997 : Enquête sur la santé et la protection sociale : France 1997.** Paris : CREDES, 167 p.
- 25) SERMET C., **Consommation et prescription de médicaments chez les personnes âgées.** LES CAHIERS ALBERT LE GRAND, n°140, 06/05/1999, p. 4-7
- 26) ANDEM, **Guide à l'intention des médecins et des pharmaciens d'officine. Prescrire et dispenser un médicament à une personne âgée.** MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES, 1996, 31 p.
- 27) FABRE J., ASSAL J.-Ph, DAYER P., **L'importance de la compliance dans l'introduction de nouveaux médicaments.** JOURNAL SUISSE DE PHARMACOLOGIE, n°122, 1984, p. 1158-1170
- 28) COOPER J. K., LOVE D. W., RAFFOUL P. R., **Intentional prescription non adherence (non compliance) by the elderly.** JOURNAL OF THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, vol. 30, 1982, p. 329
- 29) HELLING D. K., LEMKE J. H., SEMLA T. P., et al. **Medication use characteristics in the elderly: the Iowa 65+ rural health study.** JOURNAL OF THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, vol. 35, 1987, p. 4-12. [cité par ³⁰⁾
- 30) SALZMAN C., **Medication compliance in the elderly.** JOURNAL OF CLINICAL PSYCHIATRY, vol. 56, suppl. 1, 1995, p. 18-22
- 31) FANELLO S., DUTARTRE N., JOUSSET N., DELBOS V., GIRAULT C., **Les personnes âgées et leurs médicaments : niveaux de connaissance et influence du séjour hospitalier.** LA REVUE DE GERIATRIE, 2000/03, tome 25, n°3, p. 161-167
- 32) ISAAC L. M., TAMBLYN R. M., **Compliance and cognitive function : a methodological approach to measuring unintentional errors in medication compliance in the elderly.** Mc Gill-Calgary Drug Research team. THE GERONTOLOGIST, vol. 33, n°6, 1993/12, p. 772-781
- 33) ROST K., ROTER D., **Predictors of recall of medication regimens and recommendations for lifestyle change in elderly patients.** THE GERONTOLOGIST, vol. 27, n°4, 1987, p. 510-515
- 34) HUNTER K. A., FLORIO E. R., LANGBERG R. G. **Pharmaceutical care for home-dwelling elderly persons: a determination of need and program description.** THE GERONTOLOGIST, vol. 36, n°4, 1996, p. 543-548
- 35) BAYADA J. M., PRAS P., BERTRAND F., SANANES G., BABEAU P., **Observance médicamenteuse : enquête réalisée auprès de 170 patients de plus de 65 ans et analyse de la littérature.** LA REVUE DE GERIATRIE, tome 10, n°10, 1985/10, p. 459-324
- 36) JEANDEL C., BARRAT V., PIERSON H., PREISS M. A., MANCIAUX M. A., PENIN F., CUNY G., **L'observance médicamenteuse et ses facteurs chez le sujet âgé : enquête portant sur 300 patients hospitalisés.** LA REVUE DE GERIATRIE, tome 16, n°7, 1991/09, p. 319-324
- 37) KRUSE W., KOCH-GWINNER P., NIKOLAUS T., OSTER P., SCHLIERF G., WEBER E., **Measurement of drug compliance by continuous electronic monitoring : a pilot study in elderly patients discharged from hospital.** JOURNAL OF THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, vol. 40, n°11, 1992/11, p. 1151-1155
- 38) LEIRER V. O., MORROW D. G., TANKE E. D., PARIANTE G. M., **Elders' non adherence: its assessment and medication reminding by voice mail.** THE GERONTOLOGIST, vol. 31, n°4, p. 514-520
- 39) GRYPONPRE R. E., MITENKO P. A., SITAR D. S., AOKI F. Y., MONTGOMERY P. R., **Drug-associated hospital admissions in older medical patients.** JOURNAL OF THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, vol. 36, n° 12, 1988/12, p. 1092-1098
- 40) IVES T. J., BENTZ E. J., GWYTHYR R. E., **Drug related admissions to a family medicine inpatient service.** ARCHIVES INTERNAL OF MEDECINE, vol. 147, 1987, p. 1117-1120
- 41) JOHNSON J. A., BOOTMAN J. L., **Drug-related morbidity and mortality. A cost of illness model.** ARCHIVES INTERNAL OF MEDECINE, vol. 155, 1995/10, p. 1949-1956
- 42) COONS S. J., SHEAHAN S. L., MARTIN S. S., HENDRICKS J., ROBBINS C. A., JOHNSON J. A.; **Predictors of non compliance in a sample of older adults.** CLINICAL THERAPEUTICS, n°16, 1994, p. 110-117 [cité par ¹⁾

- 43) SULLIVAN S. D., KRELING D. H., HAZLET T. K., **Non compliance with medication regimens and subsequent hospitalisations: a literature analysis and cost of hospitalisation estimate.** JOURNAL OF RESEARCH PHARMACEUTICAL ECONOMIC, n°2, 1990, p. 19-33 [cité par ^{1 et 41}]
- 44) RESEAU ASSURANCE QUEBEC, **L'observance thérapeutique ou prendre une part active à sa propre santé.** UNIVERSITE DU QUEBEC. [En ligne]
http://www.uquebec.ca/daf-public/assurance-sante/decembre_98/decembre_98.html
- 45) JACQUEMET S., CERTAIN A., **Education thérapeutique du patient : rôles du pharmacien.** LES NOUVELLES PHARMACEUTIQUES TRIMESTRIEL : BULLETIN DE L'ORDRE DES PHARMACIENS, n°367, 2000/07, p. 269-275
- 46) QUENEAU P., CHABOT J.-M., RAJAONA H., BOISSIER C., GRANDMOTTET P., **Iatrogénie observée en milieu hospitalier. A propos de 109 cas corrigés à partir d'une enquête transversale de l'APNET.** BULLETIN DE L'ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE, vol. 176, n°4, 1992, p. 511-529
- 47) QUENEAU P., **Rapport de Mission Ministérielle sur la iatrogénie médicamenteuse et sa prévention ;** MINISTERE DE LA SANTE, 1998/03, 82 p.
- 48) QUENEAU P., CHABOT J.-M., RAJAONA H., BOISSIER C., GRANDMOTTET P., **Iatrogénie observée en milieu hospitalier. Analyse des causes et propositions pour de nouvelles mesures préventives.** BULLETIN DE L'ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE, vol. 176, n°5, 1992, p. 651-667
- 49) DOUCET J., JEGO A., CAPET C., **La confusion iatrogène.** In Le risque thérapeutique, IMPACT MEDECIN, 1999/10/08, p. IX- XI
- 50) LAKE J. T., RAHMAN A. H., GROSSBERG G. T., **Diagnosis and treatment of psychotic symptoms in elderly patients.** DRUG AND AGEING, vol. 11, n°3, 1997, p. 170-177 [cité par ⁴⁹]
- 51) CFES, **Guide pour la prévention des accidents de la vie courante.** Vanves : CFES, mis à jour en 2001
- 52) GEOFFROY C. E., MARTIN E., DOUCET J., **Les chutes et les médicaments.** In Le risque thérapeutique, IMPACT MEDECIN, 1999/10/08, p. VII-IX
- 53) SPIERS M. V., KUTZIK D. M., **Self-reported memory of medication use by the elderly.** AMERICAN JOURNAL OF HEALTH SYSTEME PHARMACOLOGY, vol. 52, 1995/05, p. 985-990
- 54) LE BOT M., **Dossier observance.** LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE, 1999/09/20, tome 13, n°469, p. 1335-1348
- 55) MORROW D., VON LEIRER, SHEIKH J., **Adherence and medication instructions : review and recommendations.** JOURNAL OF THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, vol. 36, 1988, p. 1147-1160
- 56) BEAUFILS B., **Comportement vis-à-vis des médicaments.** Extrait de : Dossier : Personnes âgées et pharmacodépendance. LES CAHIERS ALBERT LE GRAND. N°40, 1999/05-06, p. 8-11
- 57) LEGRAIN S., **Du bon usage des médicaments au cours du vieillissement.** Extrait de : Vieillir en bonne santé. SEBAG LANOE R. (Sous la direction de). Paris : DESCLEE DE BROUWER, 1997, p.287-297
- 58) COL FANALE J. E., KRONHOLM P., **The role of medication non compliance and adverse drug reactions in hospitalizations of the elderly.** ARCHIVES INTERNAL OF MEDECINE, vol. 150, 1990, p. 841-845 [cité par ³⁰]
- 59) NIKOLAUS T., KRUSE W., BACH M., SPECHT-LEIBE N., OSTER P., SCHLIEF G., **Elderly patients' problems with medication. An in-hospital and follow-up study.** EUROPEAN JOURNAL OF CLINICAL PHARMACOLOGY, vol. 49, n°4, 1996, p. 255-259
- 60) GERMAN P. S., KLEIN L; E., MC PHEE S. J. et al., **Knowledge of and compliance with drug regimens in the elderly.** JOURNAL OF THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, vol. 30, 1982, p. 568-571 [cité par ³⁰]
- 61) JEANDEL C., GRAILLE M., FERRY J. C., **La prescription médicamenteuse chez la personne âgée.** REVUE DE GERIATRIE, tome 21, n°7, 1996, p. 483-488
- 62) DOUCET J., CAPT C., TRIVALLE C., **Les personnes âgées et le haut risque thérapeutique.** IMPACT MEDECIN HEBDO, n°464, 1999/10/08, p. XVII-XIX
- 63) ATKIN P. A., FINNEGEAN T. P., IGLE S. J., SHENNFELD G. M., **Functional ability of patients to manage medication packaging : a survey of geriatric in patient.** AGE AND AGEING, vol. 23, n°2, 1994/03, p. 113-116
- 64) SHAH P. N., MALY C. R., FRANK J. C., HIRSCH S., REUBEN D. B., **Managing geriatric syndromes : what geriatric assessment teams recommend, what primary care physicians implement, what patients adhere to.** JOURNAL OF THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, vol. 45, 1997, p. 413-419

- 65) LIPTON H. L., BIRD J. A., **The impact of clinical pharmacists' consultations on geriatric patients' compliance and medical care use: a randomised controlled trial.** THE GERONTOLOGIST, vol. 34, n°3, p. 307-315
- 66) KIMBERLIN C., BERARDO D., PENDERGAST J. F., MCKENZIE L. C., **Effects of an education program for community pharmacists on detecting drug related problems in elderly patients.** MEDICAL CARE, vol. 31, n°5, 1993/05, p. 451-468
- 67) BAUGUIL G., CHAMBA G., GALLETZOT J., **Mais à quoi sert le pharmacien ?.** LA REVUE PRESCRIRE, tome 18, n°189, 1998/11, p. 796-797
- 68) ROLLASON V., BONNABRY P., VOGT N., **Réduire la plurimédication chez la personne âgée : du vœu pieux à des solutions applicables.** MEDECINE ET HYGIENE, n°2296, 2000/04/12, p. 818-825
- 69) ANDEM, **Recommandations et références médicales 1994 : Prescription plurimédicamenteuse chez la personne âgée de plus de 70 ans.** LE CONCOURS MEDICAL, 1997/12/06, p. 119-139
- 70) LAMBERT L., CAPOBIANCO J., BASTIEN P., MOSNIER A., **La rédaction de l'ordonnance : un travail partagé. Le patient et la gestion de ses médicaments.** LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE, tome 13, n°468, 1999/09/13, p. 1295-1299
- 71) DECCACHE A., LAVENDHOMME E., **La définition.** Extrait de : Information et éducation du patient : des fondements aux méthodes. Bruxelles : DE BOECK UNIVERSITE, 1989, p. 45
- 72) DECCACHE A., **Un cadre théorique pour comprendre et agir sur le problème de la non-compliance aux traitements.** BULLETIN D'EDUCATION DU PATIENT, vol. 13, n°1, 1995/03, p. 6-12
- 73) RENAUD L. et BALTHAZAR M., **Le modèle PRECEDE et PROCEED. Résumé du livre Health Promotion Planning. An Educational and Environmental Approach. L.W. Green et M. W. Kreuter.** Non paginé, 1996/06
- 74) FRIEDMANN R. S., **When the patient intrudes on the treatment : the aging of personality types in medical management.** JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY, vol. 26, n°2, 1993, p. 149-177
- 75) GOLAY A., LEHMANN T., JACQUEMET S., JAGSTADT V., NICOLET J., ASSAL J.-P., **Comment améliorer l'observance des patients ?.** PSYCHOTHERAPIES, vol. 15, n°3, 1995, p. 137-144
- 76) OPDYCKE R. A., ASCIONE F. J., SHIMP L. A., ROSEN R. I., **A systematic approach to educating elderly patients about their medications.** PATIENT EDUCATION COUNSELING, vol. 19, n°1, 1992/02, p.43-60
- 77) PIGUET V., CEDRASCHI C., DESMEULES J., ALLAZ A. F., KONDO-OESTRAICHER M., DAYER P., **Prescription médicamenteuse : les attentes des patients.** MEDECINE ET HYGIENE, n°2296, 2000/04/12, p. 814-817
- 78) SABRAN V., HARDY P., HALFON P., FELINE A., **Représentation mentale des médicaments : constructions de deux questionnaires appliqués à l'étude de patient traités par psychotropes ou hypoglycémiantes oraux.** ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES, n°8, vol. 153, 1995, p. 536-542
- 79) REACH G., **Application de la théorie causale de l'action à l'analyse de la non-observance thérapeutique.** LA PRESSE MEDICALE, 2000, vol. 29, n°35, p. 1939-1946
- 80) PERELES L., ROMONKO L., MURZYN T., HOGAN D., SILVIUS J., STOKES E., LONG S., FUNG T., **Evaluation of a self-medication program.** JOURNAL OF THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, vol. 44, 1996, p. 161-165
- 81) PERRON M., **Communiquer avec des personnes âgées : la « clé des sens ».** Paris : CHRONIQUE SOCIALE, 2000/10, 157 p.
- 82) ANAES, **Information des patients : recommandations destinées aux médecins.** ANAES, 2000/03, 4 p.
- 83) LA REVUE PRESCRIRE, **Recommandations : Critères de qualité des documents d'information aux patients.** LA REVUE PRESCRIRE, tome 19, n°200, 1999/11, p. 788-791
- 84) FRIEDMANN R. H., KAZIS L. E., JETTE A., SMITH M. B., STOLLERMAN J., TORGERSON J., CAREY K., **A telecommunications system for monitoring and counseling patients with hypertension. Impact on medication adherence and blood pressure control.** AMERICAN JOURNAL HYPERTENSIVE, vol. 9, 1996/04, p. 285-292
- 85) GOZLAN M., **Observance thérapeutique : L'affaire de tous.** PHARMACEUTIQUES, n°58, 1998/06-07, p. 73-77