

UNIVERSITÉ DE NANTES
FACULTÉ DE PHARMACIE

Année 2008

N°52

THÈSE
pour le
DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE

par
Céline Chartier

Présentée et soutenue publiquement le 22 octobre 2008

L'OBSERVANCE A UNE THÉRAPEUTIQUE
MÉDICAMENTEUSE AU LONG COURS
Exemple des patients douloureux chroniques pris en charge au
Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur
de Nantes

Président :

M. Marcel JUGÉ, Maître de conférences de pharmacologie

Membres du jury :

Mme Nicole GRIMAUD, Maître de conférences de pharmacologie

M. Michel MYLONAS, Pharmacien

M. Yunsan MÉAS, Médecin algologue

SOMMAIRE

Introduction	4
PARTIE I :	5
Prise en charge du patient douloureux chronique au CETD	5
1-Nature de la prise en charge pluridisciplinaire	6
1-1- Structure de lutte contre la douleur	6
1-2- Organisation du service	6
2- Approche pluridisciplinaire des patients douloureux chroniques.....	7
2-1- Objectifs de la prise en charge interdisciplinaire	7
2-2- Les différents professionnels de la structure pluridisciplinaire.....	8
2-3- La prise en charge pluridisciplinaire des patients suit 4 axes principaux	11
2-3-1- Axe médical	11
2-3-2- Axe fonctionnel.....	11
2-3-3- Axe psychologique.....	14
2-3-4- Axe socioprofessionnel.....	14
3- Médicaments utilisés	15
3-1- Antalgiques.....	15
3-2- Co-analgésiques	16
3-3- Autres	19
4- Evaluation de la douleur	19
4-1- Echelles d'évaluation	20
4-2- Questionnaire de CSQ ou coping douleur.....	21
4-3- Questions posées en début de séjour	22
4-4- Echelle HAD: Hospital anxiety and depression	23
4-5- Le schéma corporel	23
4-6- Questionnaire douleur de Saint Antoine	24
PARTIE II :	

L'observance à travers une étude clinique au CETD..... 25

1- Définitions	26
2- Etude clinique	30
2-1- Objectifs de l'étude	30
2-2- Méthodologie	30
2-2-1- Population	30
2-2-2- Outils.....	31
2-2-3- Résultats et analyse	33
2-3- Les limites de l'étude	49
2-4- Discussion	49
2-4-1- Histoire de la maladie	50
2-4-2- Le traitement médicamenteux.....	50
2-4-3- Questionnaire de coping	51
2-4-4- Health Beliefs Model	52
2-4-5- L'accompagnement, le suivi	53

PARTIE III :

L'observance dans les thérapies au long cours 54

1- Les différents types de non observance	55
2- Causes de non observance	55
2-1- Liés au patient	55
2-1-1- Attitude / comportement	55
2-1-2- Age.....	57
2-1-3- Psychologique/ éducationnel	57
2-1-4- Socioculturel	58
2-1-5- Cognition.....	59
2-1-6- Aptitude physique	60
2-2- Lié au traitement.....	60
2-3- Lié au système de soins.....	61
3- Détection de la non-adhésion	62
3-1- Méthodes directes.....	62
3-2- Méthodes indirectes.....	64
4- Rôle du pharmacien et des autres professionnels de santé dans l'adhésion du patient	67

4-1- Relation médecin-patient.....	67
4-1-1- Image, représentation, considération du médecin par le patient.....	67
4-1-2- Position du médecin face au patient.....	68
4-1-3- Personnalité des deux protagonistes	68
4-1-4- Perception de la maladie des deux cotés.....	69
4-1-5- Ecoute, intérêt du praticien pour le malade	69
4-1-6- Suivi	70
4-1-7- Communication.....	70
4-1-8- L'implication du patient dans la prise en charge	72
4-2- Relation pharmacien-patient	73
4-2-1- Pharmacien : professionnel de santé et spécialiste du médicament.....	73
4-2-2- Pharmacien : acteur de santé de proximité	74
4-2-3- Pharmacien : éducateur et conseiller.....	74
5- Stratégies à mettre en œuvre pour améliorer l'observance.....	76
5-1- Adaptation du traitement.....	76
5-2- Amélioration de la relation patient – professionnels de santé.....	77
5-2-1- Explication – élaboration du traitement.....	77
5-2-2- Responsabilisation du patient	77
5-2-3- Dialogue	78
5-2-4- Soutien du patient	79
5-3- Education thérapeutique.....	79
5-4- Le projet thérapeutique.....	81
5-5- Consultation d'observance	81
5-6- Conseils aux patients.....	82
Conclusion	83
LISTE DES ABREVIATIONS.....	84
LISTE DES FIGURES :	85
LISTE DES TABLEAUX :	85
LISTE DES ANNEXES :	85

Introduction (54) (55)

L'observance traduit le comportement du patient qui suit un traitement conformément à la prescription médicale. Au même titre que le diagnostic ou que l'acte médical, elle constitue une condition déterminante de l'efficacité de tout traitement, mais dont la réalisation paraît d'autant plus complexe que le traitement est long, ce qui projette la question de l'observance au cœur de la gestion des maladies chroniques.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que ces affections chroniques sont responsables de 60% des décès et représentent la première cause de mortalité au monde (47). Dans un rapport datant de 2003, l'OMS considère que résoudre le problème de non observance thérapeutique représenterait un progrès considérable et bien supérieur à n'importe quelle découverte biomédicale : autrement dit, l'OMS place la résolution du problème de non observance au premier rang des facteurs qui permettront de réduire la mortalité causée par les affections chroniques (50).

Au-delà de cette causalité immédiate avec la mortalité aigüe des maladies chroniques, la non-observance produit d'autres effets néfastes puisque dans certains cas, elle aura pour conséquence d'accroître les hospitalisations : dégradation de la qualité de vie du malade et augmentations des dépenses de santé. Au-delà des enjeux de santé publique, le problème de non observance introduit la question de la pérennité de notre système de santé.

Il apparaît intuitivement que l'observance dépend d'une part, de la façon dont le patient comprend et accepte son traitement et d'autre part, du suivi du patient postérieurement à la mise en place de ce traitement. Autrement dit, l'élaboration de toute stratégie médicale destinée à renforcer l'observance repose sur l'adhésion du patient au traitement et sur l'efficacité des relations du couple prescripteur-pharmacien car chacun intervient à des stades différents de la prise en charge du malade chronique.

L'objet de cette thèse est d'identifier des facteurs clés de réussite de ces stratégies médicales. Elle a comme point de départ une étude au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur dont les actions de prise en charge des douloureux chroniques sont présentées dans la première partie. Cette étude vise à formuler des hypothèses sur les causes de non observance chez ces patients. Elles seront exposées dans la seconde partie. Enfin, les conclusions de cette étude ont été élargies à une analyse plus globale de la non observance dans le traitement des maladies chroniques. Elle propose des pistes pour renforcer l'adhésion du patient à la stratégie proposée par le système médical.

PARTIE I :

Prise en charge du patient douloureux chronique au CETD

1-Nature de la prise en charge pluridisciplinaire ⁽⁴¹⁾ ⁽⁴⁵⁾ ⁽⁵⁹⁾

1-1- Structure de lutte contre la douleur

Au Centre d'évaluation et de traitement de la Douleur (CETD), on distingue trois niveaux de prise en charge :

- niveau I : consultations pluridisciplinaires (avec obligatoirement un neurologue ou un neurochirurgien, un médecin de la douleur et un psychiatre) ;
- niveau II : unité avec lits d'hospitalisation et plateau technique ;
- niveau III : CETD est une structure de lutte contre la douleur chronique rebelle non cancéreuse associant les niveaux précédents, l'enseignement et la recherche sur la douleur.

1-2- Organisation du service ⁽⁴⁵⁾

Le CETD de Nantes comporte sept lits d'hospitalisation, un plateau technique où peuvent être réalisés des gestes techniques algologiques ainsi qu'un bloc opératoire (bloc de neurochirurgie).

L'admission d'un patient se fait selon un processus de sélection qui détermine ses attentes, objectifs et demandes (procédé de Burkiel 1996). Ce procédé s'avère nécessaire compte tenu des demandes croissantes et du délai d'admission de 4 mois en moyenne. Le malade rencontre dans un premier temps un médecin algologue. Un staff pluridisciplinaire décide ensuite des modalités de suivi du patient. Si un avis diagnostic et/ou thérapeutique est nécessaire ou si la pathologie est considérée comme relativement bénigne, une prise en charge en ambulatoire est décidée. Par contre, lorsque le patient est confronté à une douleur chronique complexe, qu'il se trouve en situation d'échec thérapeutique ou que la pathologie est handicapante, qu'elle a un retentissement socio-professionnel, psychologique et/ou familial, une hospitalisation au CETD lui sera proposée.

Des objectifs personnalisés sont discutés dès la consultation de pré-admission avec un psychologue du centre et reportés dans un dossier unique. Les motivations du patient à faire évoluer ses croyances et son comportement face à la douleur seront évaluées ainsi que la compréhension de son état actuel et les objectifs du contrat thérapeutique. A ce stade de la procédure, l'objectif consiste à faire adhérer le patient à une dynamique de changement. Avant son hospitalisation, le patient reçoit un document explicitant les modalités de prise en charge et le rôle de chaque intervenant.

2- Approche pluridisciplinaire des patients douloureux chroniques ⁽⁴¹⁾ ⁽⁴⁵⁾

2-1- Objectifs de la prise en charge interdisciplinaire

- reconnaître et comprendre le syndrome douloureux chronique et l'envisager d'une autre manière que la douleur aiguë ;
- réduire les conséquences du vécu douloureux et les modifications comportementales personnelles, familiales et sociales ;
- aider le patient à prendre conscience de ces modifications et renforcer ses capacités à adopter une attitude active sur le plan cognitif et physique ;
- aborder le traitement en tenant compte de tous les aspects psychosociaux ;
- choisir les analgésiques les mieux adaptés ;
- envisager des thérapies alternatives non médicamenteuses ;
- insister sur le bénéfice d'une intervention pluridisciplinaire.

L'hospitalisation de cinq jours au minimum peut aller jusqu'à deux semaines (hors week-end).

Elle se déroule en deux temps :

- la première semaine débute par un entretien entre le patient et l'équipe soignante. Il permet de collecter des informations telles que les thérapies utilisées antérieurement (efficacité, tolérance), de préciser le type de douleur et sa localisation

et de rappeler les objectifs de la semaine. Dans la mesure du possible, un sevrage aux produits induisant une dépendance tels les dérivés morphiniques est réalisé et de nouvelles thérapeutiques mieux adaptées au type de douleur sont introduites. De même, les formes galéniques seront choisies en fonction des manifestations de la douleur durant la journée (pics, plateau...). A la fin de cette première semaine, le patient et l'équipe soignante se retrouvent pour faire le point sur les changements réalisés, les améliorations, les points négatifs ;

- la deuxième semaine permet une adaptation du programme établi précédemment et d'aborder la question de la réinsertion socioprofessionnelle.

Une prise en charge cohérente est rendue possible grâce à un dossier unique qui permet à chaque intervenant de suivre en temps réel les dispositions prises pour le patient.

2-2- Les différents professionnels de la structure pluridisciplinaire

(6)

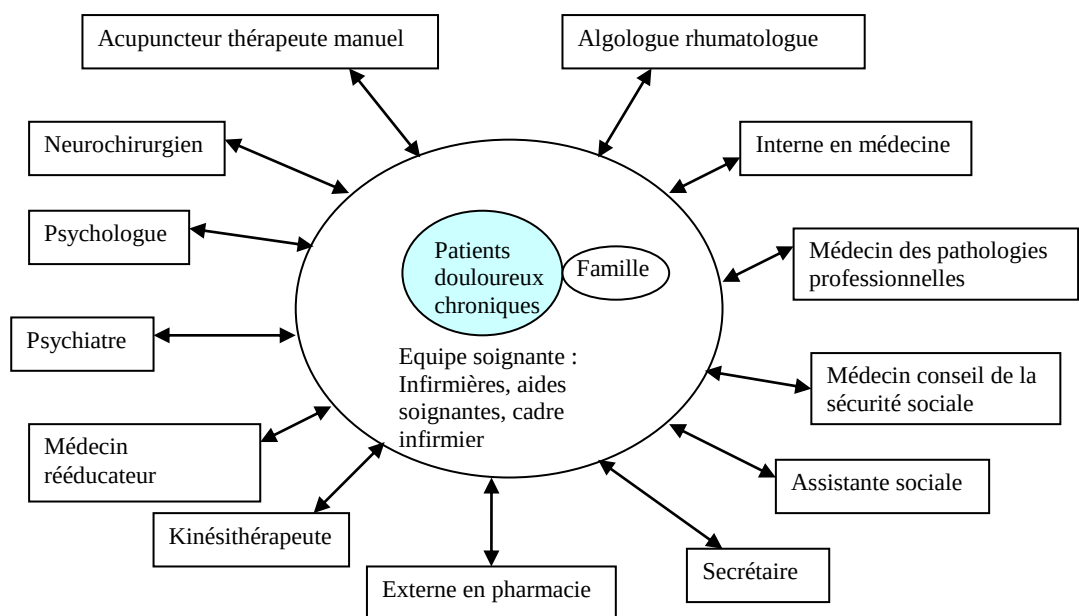


Figure 1 : Les différents acteurs de la prise en charge des douloureux chroniques

- Le **médecin hospitalier algologue** examine les patients en consultation et réalise durant l'hospitalisation trois visites hebdomadaires. Il coordonne l'action de l'équipe médicale lors de staffs pluridisciplinaires.

- Le **neurochirurgien** spécialiste des affections rachidiennes réalise des gestes algologiques lorsqu'il juge cela nécessaire. L'indication d'une chirurgie commence là où s'arrête l'efficacité des médicaments. Ce choix nécessite que les attentes du patient soient éclairées et réalisables. Le chirurgien ne laisse pas le malade espérer des lendemains meilleurs s'il estime cela impossible (pas de suppression totale de la douleur). (38)

- Le **médecin thérapeute manuel-ostéopathe acupuncteur** propose des thérapeutiques non médicamenteuses adaptées à la personnalité et aux traitements antérieurs du malade.

- Les **internes en médecine** font la visite quotidienne des patients, mettent en place les thérapeutiques médicamenteuses, évaluent leurs efficacité. Ils interviennent comme intermédiaire entre le patient et l'ensemble de l'équipe soignante.

- Les **kinésithérapeutes** accompagnent le patient, le conseillent, le forment à faire des exercices physiques adaptés afin de retrouver une certaine mobilité tout en contrôlant la douleur.

- Le **psychiatre** pose le diagnostic d'une éventuelle pathologie psychiatrique et évalue les répercussions de la maladie douloureuse (anxiété, dépression).

- Les **psychologues** à mi-temps donnent leur avis sur le comportement du patient, son attitude après l'étude de l'état psychologique de ce dernier en s'intéressant notamment à ses antécédents familiaux, socioprofessionnels...

- L'équipe soignante : les **infirmières** et les **aides soignantes** établissent une relation avec le patient qui constitue l'élément moteur de son accompagnement. Elles recueillent de jour comme de nuit des informations qui seront reportées dans le dossier unique du patient. Cet outil de communication élémentaire permet une mise en commun des données concernant le patient. On distingue notamment l'historique de la douleur et de sa prise en charge,

l'évaluation multidimensionnelle de la douleur, les attentes du patient. L'équipe soignante l'aide à formuler et à concrétiser ses objectifs.

- Le **médecin de pathologie professionnelle** mentionne l'ensemble des exercices professionnels antérieurs, estime les ressources actuelles et évalue les possibilités d'adaptations ou de reconversions professionnelles. Il aide le patient à élaborer un dossier COTOREP (Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel) et le soutient dans cette démarche.

- Le **médecin conseil de la Sécurité Sociale** et l'**assistance sociale** conseillent les travailleurs salariés sur l'obtention d'un taux d'invalidité ou sur sa réévaluation ainsi que sur des aides complémentaires (ressources limitées, demande de prise en charge de longue durée).

- Le **rééducateur fonctionnel** se présente dans le service de façon hebdomadaire afin d'évaluer les patients qui ont besoin d'une prise en charge fonctionnelle. La programmation d'une hospitalisation au centre de rééducation de Maubreuil peut être faite à la fin de ces entretiens.

- La **secrétaire hospitalière** accueille les patients et organise les prises en charges.

- L'**externe en pharmacie** se charge de répertorier l'ensemble des traitements antérieurs, d'évaluer leur efficacité sur le patient et sa tolérance. Il explique les traitements mis en place au centre, évalue l'efficacité ainsi que la tolérance durant l'hospitalisation et renseigne le patient sur les moyens de pallier les éventuels effets indésirables.

L'interdisciplinarité est un concept clé car elle constitue la condition *sine qua non* de toute stratégie médicale. En effet, le traitement n'implique pas qu'un acte médical mais un suivi et un encadrement mobilisant les acteurs de santé et ressources qui accompagnent, au quotidien, le praticien.

2-3- La prise en charge pluridisciplinaire des patients suit 4 axes principaux

2-3-1- Axe médical

L'arsenal thérapeutique englobe divers médicaments pouvant être utilisés individuellement ou en association : antalgiques de palier I, II, III et co-analgésiques.

En début d'hospitalisation, un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) le kétoprofène PROFENID* et du paracétamol en intraveineuse (PERFALGAN*) sont administrés au malade pour permettre une reprise rapide de l'exercice physique et la modification du traitement d'entrée.

Dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique, cet outil ne suffit pas et nécessite l'utilisation concomitante des stratégies fonctionnelle, psychologique et sociale.

2-3-2- Axe fonctionnel

La douleur induit une limitation progressive des activités physiques. Les patients souffrant de douleurs persistantes vont spontanément rechercher un soulagement en évitant toute situation susceptible d'aggraver leurs douleurs. Pourtant, le repos n'est, dans ce cas, pas nécessaire ni bénéfique. En effet, plus le muscle est sollicité, moins la douleur à l'effort est forte. La prise en charge physique encadrée est primordiale chez le douloureux chronique.

Au CETD, cette prise en charge peut prendre trois formes :

- Kinésithérapie (34)

Les stratégies personnalisées mises en place par le masseur kinésithérapeute visent à diminuer le phénomène douloureux, à améliorer les performances fonctionnelles du patient et par conséquent sa qualité de vie. La reprise de la marche et autres activités du quotidien favoriseront sa réinsertion socioprofessionnelle.

Il est indispensable que le patient participe activement à sa prise en charge et qu'il adhère aux stratégies de soins. Il faut pour cela instaurer une relation de confiance entre le malade et l'équipe médicale.

Les méthodes utilisées pour l'abord fonctionnel se déclinent en trois axes : l'antalgie, le réentraînement à l'effort et le travail de la souplesse.

La kinésithérapie débute par des méthodes d'analgésie qui participent à l'établissement d'une proximité entre le kinésithérapeute et le malade. Ces techniques constituent les premières étapes d'un programme d'exercices adaptés au patient. Il faut rappeler que l'analgésie n'est pas une fin en soi, des exercices fonctionnels devant être continués dans le temps (entraînement à l'effort).

- Les **massages** dans un premier temps, sont l'occasion pour le kinésithérapeute d'établir un contact avec le patient et de renforcer la compréhension de la prise en charge pluridisciplinaire. Ces manipulations ont un effet antalgique et permettent une remise en route en douceur ;
- l'utilisation de la **thermothérapie** est intéressante pour les propriétés analgésiques directes de la chaleur. Elle réduit les contractures musculaires, améliore la circulation sanguine et agit sur le mécanisme de contrôle de la douleur. Le froid peut être utilisé pour son action anti-inflammatoire et aide à réduire les œdèmes.
- Le **TENS** (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) ou neurostimulation transcutanée est un appareil qui, par les impulsions électriques qu'il délivre, va pouvoir contribuer à la réduction de la douleur notamment lorsqu'elle est d'origine neuropathique, lors de radiculalgies rebelles ou de douleur du membre fantôme.

Il existe deux modes de stimulations :

- le mode conventionnel appelé « gate control ». Le principe consiste à inhiber la transmission du message douloureux (conduit par les fibres de gros calibres A alpha, A beta). Les électrodes sont placées à proximité de la zone douloureuse. Les stimulations provoquent des paresthésies locales chez le patient.
- le mode « très basse fréquence » a pour objectif de stimuler la libération de substances endogènes mimant l'action de la morphine. L'intensité délivrée est élevée et crée une sensation désagréable à distance de la zone douloureuse où se situent les électrodes. L'apparition de l'analgésie est retardée mais demeure très efficace.

Le syndrome douloureux chronique conduit le plus souvent à un déconditionnement à l'effort, à une peur du mouvement. Une **rééducation** adaptée, personnalisée, progressive et simple est réalisée pour permettre un retour à la mobilisation. En effet, une limitation des mouvements conduit à une amyotrophie : le patient rencontre alors des difficultés à faire des mouvements quotidiens comme la marche, la montée d'un escalier... C'est pourquoi cette remise en route est réalisée sous le contrôle d'un kinésithérapeute qui guide à chaque étape le patient en toute sécurité. Lors du séjour au CETD, le patient fera des exercices quotidiens : marche active, vélo et gymnastique.

Des **étirements** sont effectués pour redonner de la souplesse au malade.

La pratique régulière de ces exercices est indispensable. Les mouvements enseignés de façon simple permettent au patient de les reproduire quotidiennement lors de son retour à domicile.

- Médecine physique (39)

Un médecin de rééducation passe de façon hebdomadaire au CETD pour éclairer certains patients sur une éventuelle prise en charge rééducative. Celle-ci peut être réalisée en ambulatoire ou dans un centre spécialisé. La médecine de rééducation a une place prépondérante notamment lors de lombalgies chroniques, de rhumatismes inflammatoires ou de syndrome douloureux régionaux complexes. En effet, la douleur engendrée par ces pathologies génère un déconditionnement à l'effort. Ce dernier correspond à la diminution des possibilités fonctionnelles du patient. Ainsi, un réentraînement à l'effort progressif et dosé vise à leur redonner une certaine autonomie au quotidien.

- Acupuncture

Les thérapies alternatives, comme l'acupuncture et l'ostéopathie, offrent aux patients un arsenal thérapeutique plus large. Elles participent à l'amélioration de la prise en charge notamment chez les sujets demandeurs ou présentant une tolérance modérée aux thérapeutiques habituelles. Ces thérapies sont proposées deux fois par semaine.

2-3-3- Axe psychologique

Le patient affronte quotidiennement des difficultés. La douleur, les pensées négatives récurrentes ou la dépression l'amènent à adopter des comportements inadéquats. Le syndrome douloureux se renforce, le malade se replie sur lui-même et s'enferme progressivement dans un cercle vicieux dont il ne peut sortir sans l'aide d'autrui.

Lors de son hospitalisation au CETD, des entretiens individuels avec un psychologue sont programmés et réalisés deux à trois fois par semaine. Il est possible de rencontrer un psychiatre lors de la deuxième semaine (ou plus tôt si nécessaire).

La prise en charge psychologique va permettre dans un premier temps au thérapeute de mieux appréhender le patient. Cette entrevue l'amène à mieux connaître le malade, sa personnalité, son vécu, son comportement face à la situation, la vision qu'il a de celle-ci.

Le thérapeute dialogue avec le patient afin de l'aider à mieux accepter sa situation et sa douleur. Il réalise également un travail sur la compréhension et l'adhésion du patient aux stratégies proposées durant son séjour au CETD.

Dans un second temps, le malade pourra, lors de ces entretiens, faire part de ses doutes, ses craintes, ses ambitions et trouver l'attention dont il a besoin pour établir un projet de soin et de vie.

2-3-4- Axe socioprofessionnel

Un thérapeute comportemental et stratégique peut intervenir au sein du CETD. Il cherche à recentrer l'attention du patient, initialement focalisée sur la douleur, en lui faisant découvrir d'autres sensations. Il l'encourage à se réappropriier les activités de la vie quotidienne et à avoir des occupations artistiques, sensorielles et socialisantes. L'objectif étant que le patient redéveloppe une vie sociale.

Au CETD, le médecin du travail élabore un projet de réinsertion professionnelle et de redynamisation globale du patient. Il intervient, si le malade le souhaite, en deuxième semaine d'hospitalisation. Il l'aide notamment dans la mise en œuvre d'un dossier COTOREP, donne un avis sur la stratégie de réinsertion à adopter (ex : réalisation d'un dossier pour être reconnu comme travailleur handicapé ce qui aboutit à un maintien de l'emploi à un poste adapté).

Ainsi, l'amélioration de la qualité de vie des patients douloureux chroniques passent par une réappropriation d'un corps moins douloureux par des approches corporelles ou des thérapies médicamenteuses, une reprise du sommeil et des mouvements, une amélioration de l'estime de soi, un renouveau d'espoir, un travail progressif de remise en liaison que ce soit au niveau personnel, thérapeutique ou social. (1)

3- Médicaments utilisés

3-1- Antalgiques

L'OMS a établi une classification des antalgiques. Ces médicaments ont une action ciblée sur la douleur et pour certains d'entre eux, une activité anti-inflammatoire associée. Cette classification se décline en trois niveaux appelés paliers. La progression au sein de ces paliers témoigne d'un effet antalgique croissant du médicament.

Le **palier I** englobe les thérapeutiques utilisées lors de douleurs légères à modérées. Leur utilisation sera préconisée dans des douleurs nociceptives. Le plus communément utilisé est le paracétamol du fait de sa grande sécurité d'emploi.

Les AINS et l'aspirine, également présents à ce niveau, nécessitent plus de surveillance et d'adaptation. Dans le cadre d'une prise charge au long cours, ils ne seront pas ou très peu utilisés.

L'absence d'une analgésie avec des doses maximales de médicaments du palier I mène au **palier II**. On y retrouve principalement les opioïdes faibles. La douleur est alors qualifiée de modérée à sévère. Le dextropropoxyphène et/ou la codéine sont alors employés en association au paracétamol. Celle-ci permet une conjugaison de leurs actions antalgiques. Ce phénomène est de même observé dans certaines spécialités où l'on retrouve le tramadol (palier II) avec le paracétamol.

Le néfopam est le seul antalgique central et non opioïde classé à ce niveau.

Le **palier III** renferme les opioïdes forts. Les douleurs traitées sont alors intenses et rebelles aux médicaments précédents. L'emploi de ces médicaments s'avère parfois nécessaire bien que leur intérêt au long terme soit très controversé. En effet, la diversité des effets indésirables engendrés, au premier rang desquels la dépendance, remet en cause leur utilisation dans le cas des douleurs chroniques diffuses.

Au sein du CETD, un sevrage à la morphine et dérivés sera, si cela est possible, réalisé. Ils seront alors remplacés par des thérapeutiques jugées efficaces et dénuées d'effets secondaires similaires.

3-2- Co-analgésiques

Les **co-analgésiques** sont des médicaments dont l'utilisation première n'est pas de diminuer la douleur. On distingue les antidépresseurs, les antiépileptiques, les myorelaxants et les benzodiazépines. Ils sont utilisés dans les cas de douleurs de type neurogène. Parmi celles-ci sont différenciées :

- les douleurs neuropathiques fulgurantes qui sont prises en charge par les anticonvulsivants et anesthésiques locaux ;
- les douleurs de type cuisante qui nécessitent l'utilisation d'antidépresseurs ou d'opioïdes à effet retard tels la morphine et l'oxycodone ;
- l'existence d'une allodynie au froid nécessite des antidépresseurs tricycliques ou de la lamotrigine ;
- enfin l'allodynie mécanique est prise en charge par de la lidocaïne, de la carbamazépine, de la phénitoïne ou de la lamotrigine.

Le choix du traitement dépend de multiples facteurs : le type de douleur et son intensité, les traitements médicamenteux antérieurs, la survenue d'intolérance chez le patient et les interactions et contre indications éventuelles.

Les **antidépresseurs** vont renforcer l'action des analgésiques de première intention et intervenir en modulant les composantes cognitives et affectives rencontrées lors de douleurs chroniques.

On observe en effet une coexistence entre la douleur et la dépression. Ainsi, l'amélioration de la qualité de vie du patient peut avoir un effet bénéfique sur son syndrome douloureux.

Leur usage présente certains avantages, l'absence de dépendance et l'action sur le mécanisme nociceptif notamment.

L'introduction doit se faire aux posologies les plus basses avant d'être augmentées progressivement jusqu'à l'effet escompté, pour deux principales raisons :

- en vue de prévenir les effets indésirables comme la sécheresse buccale, la constipation... ;
- en raison de la variabilité, d'un patient à l'autre, de la relation dose d'antidépresseur-effet antalgique.

L'amélioration du processus douloureux s'observe à des doses en deçà de celles communément utilisées dans le syndrome dépressif.

Lorsque le médecin prescrit pour la première fois un antidépresseur dans un contexte de douleurs chroniques, une partie de la consultation est destinée à discuter avec le patient du choix de l'antidépresseur et des raisons qui ont motivé ce choix. Devront être « évoquées » les indications (notamment que ce type de produit peut être utilisé dans le cadre d'une prise en charge de la douleur chronique), le mode d'action, l'adaptation de la posologie, le délai d'action (entre deux et quatre semaines) et la durée prévisible du traitement. Une dispensation sans explication adéquate risquerait d'aboutir à une incompréhension du patient. En effet, les effets indésirables rencontrés, la crainte d'une dépendance, l'ignorance de l'effet antalgique des antidépresseurs et la représentation que s'en fait le patient sont des déterminants majeurs de non observance. Il faudra aborder les craintes éventuelles du patient concernant la dépendance, les conséquences de la prise d'un tel médicament sur ses projets de vie comme une grossesse, un voyage, un examen... Lors de l'instauration du traitement, des consultations de suivi devront être fixées durant lesquelles un temps sera réservé à la discussion, à la gestion d'éventuels effets indésirables... (24) (48) (49)

La classe des antidépresseurs tricycliques est utilisée en première intention. De nombreuses expériences cliniques ont été réalisées. Elles attestent du rôle bénéfique de cette classe d'antidépresseurs notamment dans les douleurs neuropathiques, dorsalgies chroniques, fibromyalgie, algies post zostérienne, névralgies faciales et les neuropathies diabétiques. (24) Les plus utilisés sont l'amitriptylline LAROXYL*, la clomipramine ANAFRANIL* et l'imipramine TOFRANIL*.

Les autres classes telles que les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (paroxétine DEROXAT*, fluoxétine PROZAC*), et de la noradrénaline (venlafaxine EFFEXOR*) n'ont pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour la prise en charge des douleurs rebelles. Cependant elles sont dotées d'une plus grande spécificité d'action, et par conséquent entraînent moins d'effets indésirables. (24) (32) (62)

Enfin, la miansérine ATHYMIL*, antidépresseur tétracyclique, présente un intérêt lorsqu'il existe des troubles du sommeil en raison de ses composantes sédatrice et anxiolytique.

Les douleurs neurologiques sont à l'origine de retentissements tels que l'anxiété, la dépression, la fatigue, ce qui altère la qualité de la vie du patient.

Selon l'European Federation of Neurological Societies (EFNS), les antidépresseurs imipraminiques et **antiépileptiques** (carbamazépine, prégabaline) constituent les traitements de première intention des douleurs neuropathiques.

La prégabaline LYRICA* présente un service médical rendu (SMR) important mais son efficacité n'est pas supérieure à celle des autres traitements utilisés dans le cadre de douleurs neuropathiques. (3)

La lamotrigine LAMICTAL* constitue une substance de choix dans le cadre de douleurs neurogènes notamment celle du trijumeau ou encore lors de douleur suite à une amputation.

La carbamazépine TEGRETOL* et la phénytoïne DI-HYDAN* ont une activité particulièrement sur les névralgies du trijumeau, la gabapentine NEURONTIN* sur les neuropathies post zostériennes. (24) (60)

Les **benzodiazépines** anxiolytiques sont peu utilisées dans le syndrome douloureux. Le clonazépam RIVOTRIL*, l'oxazépam SERESTA*, le prazépam LYSANXIA* par exemple, peuvent induire des effets indésirables et à long terme une accoutumance voire une dépendance. Ils sont prescrits chez des patients très anxieux. (24)

Les myorelaxants tels que le tétrazépam MYOLASTAN* n'ont pas d'efficacité démontrée. (62)

3-3- Autres

La kétamine KETALAR* anesthésique non barbiturique est utilisé notamment dans l'induction et l'entretien de l'anesthésie générale.

Il sera indispensable de déterminer les causes des douleurs afin d'optimiser la prise en charge. De façon générale, les douleurs par excès de nociception répondent à des thérapeutiques antalgiques alors que celles d'origine neurogène sont enraillées par des co-analgésiques. (32)

Le choix des traitements instaurés ainsi que l'évaluation de leur efficacité sur la douleur sont réalisés grâce à différentes échelles mises à la disposition du patient dès le début de son hospitalisation. Elles seront par la suite utilisées pour suivre à moyen et long terme l'adaptation de la prise en charge globale au processus douloureux.

4- Evaluation de la douleur

Les échelles d'évaluation font partie d'une approche globale et sont répertoriées dans le dossier unique du patient. Elles permettent au malade d'exprimer l'intensité de sa douleur, d'apprécier l'efficacité des traitements mis en place et d'inscrire la douleur dans un repère fixe pouvant servir, par la suite, de référence. Pour les soignants, ces échelles constituent un outil d'évaluation et de communication essentiel. Elles favorisent la compréhension de situations telles qu'une augmentation ou une diminution de la douleur et permet ainsi une meilleure adaptation dans le choix des analgésiques. Enfin, leur pérennité constitue un lien indispensable dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire

4-1- Echelles d'évaluation

- Douleur

La douleur peut être cotée grâce à différentes échelles. Elles sont unidimensionnelles et constituent l'outil d'évaluation de choix malgré une perception très subjective de la douleur. Ces échelles ont une valeur descriptive pour un individu donné et sont indispensables au suivi du patient.

On en distingue trois types : (2)

- l'échelle verbale simple consiste à décrire l'intensité de la douleur en choisissant un adjectif. Elle peut être absente, faible, modérée, intense ou extrêmement intense ;

- l'échelle numérique : le patient cote sa douleur en donnant un chiffre en 0 et 10. 0 signifiant l'absence de douleur et 10 la douleur maximale imaginable ;

- l'EVA ou Echelle Visuelle Analogique existe sous deux formes l'une classique, l'autre mécanique. La première représente une ligne horizontale dont les extrémités comportent, à gauche la mention « pas de douleur » et à droite « douleur maximale ». Le patient trace un trait à l'endroit où il situe sa douleur. L'EVA « mécanique » est une règle munie d'un curseur. Les mentions précédentes se retrouvent aux extrémités de la règle. Le patient déplace le curseur et lui donne la position correspondant à sa douleur. Au verso de la règle se trouve une échelle numérique. Le praticien lit le score entre 0 et 10 qu'affiche le curseur.

Les méthodes utilisées au CETD sont soit verbales : « quelle note donneriez-vous à votre douleur entre 0 pas de douleur et 10 douleur maximale imaginable ? » soit sous forme de tableaux. Une feuille comportant des grilles est donnée en début de semaine au patient. Chaque grille représente un jour avec en abscisse les heures et en ordonnées la note donnée à la douleur entre 0 et 10. Toutes les deux heures environ, le patient note sa douleur et en fin de journée, la courbe formée permet de caractériser le syndrome douloureux. S'il évolue par pic, des médicaments à libération immédiate seront employés pour limiter ce processus. Au contraire, si la douleur persiste tout au long de la journée en formant un « plateau », on choisira une forme à libération prolongée.

Cette échelle est aussi utilisée pour évaluer les répercussions du syndrome douloureux sur le sommeil du patient ainsi que le retentissement fonctionnel.

- Sommeil

Ce procédé consiste à évaluer l'impact de la douleur sur la qualité du sommeil. « 0 » correspond à un sommeil parfait et « 10 » à un sommeil très altéré. Il est mis à la disposition du patient une feuille qu'il remplira en indiquant les moments où il a dormi, les réveils nocturnes ou les périodes de sommeil léger.

- Gène ou retentissement fonctionnel

Elaboré sur le même principe, le retentissement fonctionnel sera chiffré par le malade. « 0 » la douleur n'a aucune répercussion sur les activités de tous les jours. « 10 » la personne ne peut plus rien faire, la douleur est trop intense et invalidante.

4-2- Questionnaire de CSQ ou coping douleur

Le coping se définit comme l'ensemble des activités cognitives et comportementales à partir desquelles l'individu répond et s'ajuste aux pressions externes et/ou internes qui le mettent en danger et dépassent ses propres ressources. Le coping a deux fonctions majeures : gérer la situation qui est associée au stress et réguler les réponses émotionnelles au problème.

Face à une situation de stress, l'individu développe des stratégies cognitives et comportementales. Il en existe deux types : (9)

- centrée sur le problème : cette adaptation est basée sur l'action. La personne élabore des stratégies pour faire face à la situation ;
- centrée sur l'émotion : elle est fondée sur la réflexion. L'individu modifie son comportement compte tenu de la situation.

Dans le cas où le patient est centré sur le problème (coping comportemental):

- s'il agit contre son syndrome douloureux, son comportement va tendre vers la recherche d'informations. Il recherche un soutien social pour atténuer, mieux gérer son stress. Il met en œuvre une action pour maîtriser sa douleur ;
- si au contraire, il adopte une attitude d'évitement, il fera une activité lui permettant d'oublier sa douleur.

Le patient focalisé sur l'émotion (coping cognitif) choisissant un mode « réactionnel », modifie sa façon d'appréhender la vie. Il cherche à changer les relations qu'il a avec les autres. L'évitement dans ce cas, se manifeste par le repli sur soi-même.

Grâce à un questionnaire de coping remis au patient en début de séjour au CETD (annexe n°1), l'équipe soignante peut cerner un peu plus l'attitude adoptée par le malade face à sa douleur et élaborer une stratégie visant à atténuer sa souffrance.

4-3- Questions posées en début de séjour

Le patient doit répondre par écrit aux quatre questions suivantes :

- 1) Quelles sont vos attentes ?
- 2) Quels sont vos objectifs ?
- 3) Quelles stratégies thérapeutiques désirez-vous ?
- 4) A quel événement reliez-vous votre douleur ?

Ces questions font suite au master de recherche du docteur Meas (41)

Le but est de mieux connaître le patient, de recentrer ces attentes notamment dans le cas où son souhait est de ne plus avoir de douleur. Il est nécessaire de lui faire comprendre que cela est impossible, que l'objectif de son séjour est de diminuer sa douleur et d'apprendre à vivre avec elle. Sans ce recadrage, l'adhésion à la prise en charge demeure impossible.

4-4- Echelle HAD: Hospital anxiety and depression (1) (2) (annexe n° 2)

Les états douloureux sont très fréquemment accompagnés d'états dépressifs et anxieux. Ils ont pour conséquence de modifier le seuil douloureux et le vécu de la maladie. Ceci explique l'importance de l'exploration de ces deux composantes et leurs prises en charge parallèlement au syndrome douloureux.

L'échelle HAD est un questionnaire qui permet d'estimer l'appréhension, la nervosité, les inquiétudes d'un sujet à un moment donné, dans une situation déterminée. Ce questionnaire est à remplir par le patient en début de séjour.

Il est constitué de 14 questions à choix multiples. 7 d'entre elles visent à mettre en évidence un état anxieux (un « A » figure devant chacune de ces interrogations), les autres une dépression (présence d'un « D »). A chaque réponse est imputé un nombre de points. Ceux-ci sont comptabilisés et permettent l'obtention d'un score. L'intervalle des notes possibles est compris entre 0 et 21.

Pour chacun des deux états, il est considéré :

- qu'à un score entre 0 et 7, n'est associé aucun état d'anxiété et/ou de dépression ;
- qu'entre 8 et 10, le cas est qualifié de douteux ;
- que pour des valeurs égales ou supérieures à 11, la présence d'un trouble de l'humeur est certain.

Le bon positionnement de cette évaluation, en début d'hospitalisation, permet à l'équipe pluridisciplinaire d'attirer son attention sur un problème éventuel. Cette démarche s'inscrit dans la prise en charge globale et multidimensionnelle du patient douloureux chronique décrite précédemment.

4-5- Le schéma corporel

Cet outil permet au patient de localiser la ou les zones douloureuses sur un schéma représentatif d'un corps vu de face et de dos. Il est rempli par le patient en consultation de pré-admission. Le schéma corporel est utile pour faire figurer la topographie de la douleur dans le dossier unique du malade et représente les douleurs multiples et diffuses éventuelles. Le patient y introduit la notion d'intensité en ajoutant des signes (hachures...), des couleurs

ou la lettre « I » pour indiquer la zone où la douleur est la plus intense. Il peut indiquer si la douleur est localisée en surface en ajoutant la lettre « S » près de la région concernée ou un « P » si la douleur est ressentie plus en profondeur. (2)

4-6- Questionnaire douleur de Saint Antoine

Une liste de mots permettant de caractériser le type de douleur est remise au patient lors de la consultation de pré-admission. Y figure, par exemple, les termes suivants : fourmillement, pincement, décharges électriques, brûlures, douleur épuisante, angoissante... A chaque qualificatif (sensoriel ou affectif), il doit indiquer si cette sensation est absente, faible, modérée, forte ou extrêmement forte. Les réponses correspondront aux douleurs ressenties habituellement les huit jours précédents. (2)

A chaque item est imputé un score qui témoigne des répercussions plus ou moins importantes du syndrome douloureux.

Ce vocabulaire a une valeur d'orientation diagnostic qui facilite la reconnaissance de la douleur et permet d'apprécier son retentissement affectif.

PARTIE II :

L'observance à travers une étude clinique au CETD

1- Définitions (33) (44) (60)

- **Observance**

Ce terme exprime « la manière dont la règle est observée » ou « l'action de se conformer à une règle, à un modèle ou de suivre une habitude ». C'est aussi « l'adéquation entre le comportement du patient et la prescription médicale ».

L'observance se définit comme « la concordance entre le comportement du patient (en terme de prise médicamenteuse, de suivi de régime ou de changements de style de vie) et les prescriptions ou recommandations médicales ».

La perception est différente selon les intervenants en fonction de leur position dans le processus médical (patient, médecin...). Pour les professionnels de santé, elle correspond à la prise adéquate des médicaments en terme de posologies, moments de prise, régularité de prise ainsi que le respect des exigences hygiéno-diététiques qu'impose le traitement médicamenteux. Ces « contraintes » ont pour objectif une efficacité maximale.

L'observance correspond donc au respect des prescriptions c'est-à-dire à la prise effective du médicament aux posologies conseillées, pendant une durée déterminée. (12)

On distingue trois types d'observance : (7)

- l'observance médicamenteuse

Elle correspond au respect du nombre de prises médicamenteuses, du mode d'administration du produit, de l'horaire conseillé (moment de la journée, avant, pendant ou après le repas), ce dernier pouvant avoir une importance sur la pharmacocinétique du produit. La durée de traitement, les associations à éviter et les contre indications font également parties des « règles » à respecter. L'observance médicamenteuse réside dans la capacité et la volonté du patient à suivre ces différents points ;

- l'observance du suivi médical

Elle définit l'aptitude du patient à se rendre aux rendez-vous, que ce soit une consultation médicale pour réaliser le renouvellement de son ordonnance, des prélèvements sanguins de

contrôle, ou d'autres examens nécessaires dans le cadre de certains traitements (ophtalmologiste chez le diabétique par exemple) ;

- l'observance des règles hygiéno-diététiques

Il s'agit de recommandations visant à améliorer l'état général du patient : elle regroupe les régimes alimentaires à adapter lors de pathologies (par exemple l'hypercholestérolémie, le diabète...), l'activité physique régulière, les gestes du quotidien réalisés pour limiter certains effets indésirables (se rincer la bouche après la prise de corticoïdes inhalés), le sevrage tabagique ou la perte de poids. Ces conseils sont donnés par le médecin et le pharmacien pour optimiser la prise en charge de la pathologie chronique.

- **Compliance**

En physique, le terme de compliance est utilisé pour définir les caractéristiques des corps élastiques. Ainsi, un ballon en caoutchouc doit répondre à la formule $\text{compliance} = \text{déformation (D)} / \text{force (F)}$. La compliance, autrement dit l'élasticité, est le résultat de la force (F) exercée sur le volume (D) de l'objet. Plus il faut de pression pour obtenir un volume donné, moins la compliance est grande.

Appliquée à la question de l'observance, cette notion de physique représente le patient comme un objet plus ou moins élastique, plus ou moins résistant à l'action exercée sur lui par le médecin et place la relation patient-médecin dans le domaine d'un rapport de force. Or, une décision favorable du patient qui se montre disposé à consentir à son traitement ne dépend pas de pressions extérieures, de mises en garde ou de persuasion. (37)

Ce terme désigne également « la plus ou moins grande obéissance du malade et son désir de se conformer aux directives médicales ». On retrouve dans ce terme la notion d'autorité du thérapeute vis-à-vis du patient. Ce dernier est alors dépourvu d'autonomie et est contraint d'obéir. (12)

Cette notion au sens étroit d'obéissance à une prescription médicale ne reflète que très imparfaitement le rôle actif du patient dans la prise en charge de sa maladie. Il est, en effet, essentiel de s'intéresser au processus dynamique durant lequel le patient œuvre à maintenir sa santé en collaboration avec les professionnels de santé (médecin, pharmacien, infirmière, diététicienne...) ce qu'on appelle l'adhésion thérapeutique. (55)

- **Adhésion**

Ce terme correspond à l'ensemble des conditions (motivation, acceptation, information) qui permettent l'observance en impliquant la participation du patient (12). Ce dernier décide volontairement de participer à sa prise en charge et en devient l'acteur principal.

La notion d'adhésion implique un partage, notamment d'informations, et un « contrat » patient-médecin responsabilisant le patient et le personnel soignant. (55)

- **Douleurs chroniques**

Elles correspondent à des souffrances plus ou moins vives produites par une blessure, une brûlure, une lésion ou toute autre cause qui se manifeste par une perte d'équilibre de la santé, du bien-être et/ou à la diminution de l'intégrité physique. Ces symptômes apparaissent lentement, durent longtemps et parfois s'installent définitivement.

Selon l'International Association for the Study of Pain (IASP), la douleur se définit comme étant « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles en des termes évoquant de telles lésions ».

Cette définition mentionne deux aspects concernant la douleur : le caractère subjectif et multidimensionnel (sensoriel et émotionnel) et la dissociation entre l'intensité de la sensation douloureuse et la gravité de la lésion. (62)

On qualifie de chronique une douleur persistante et rebelle aux traitements usuels et qui dure plus de 3 à 6 mois. Ces douleurs chroniques affectent le psychisme et aboutissent à une baisse du seuil de tolérance à la douleur

Le syndrome douloureux chronique est un ensemble des manifestations somatiques, psychiques et comportementales qui peuvent intervenir comme cause ou conséquence de la pérennisation de la douleur. (26)

- **Douleur nociceptive**

Elle se définit comme un stimulus mécanique, thermique ou chimique transmis au cerveau par des systèmes afférents intacts.

- **Douleur psychogène**

Elle correspond à une douleur dont la cause est d'origine psychologique. Ces facteurs déclenchent la symptomatologie douloureuse et l'entretiennent. (2)

- **Douleur neuropathique**

Il s'agit d'une douleur liée à une lésion nerveuse ou à une compression provoquant une hyperactivité neuronale (centrale, périphérique)

- **Syndrome douloureux régional complexe : algodystrophie**

Le syndrome douloureux régional complexe (SDRC) regroupe les anciens termes de causalgie et algodystrophie. Il est souvent post chirurgical ou post traumatique mais peut aussi accompagner des pathologies médicales (osseuses, cancéreuses...). (4)

- **Allodynie**

Elle correspond à une sensation douloureuse ressentie suite à un stimulus normalement indolore. Elle est liée à des lésions nerveuses entraînant des modifications de la transmission des signaux (caresse, contact avec le froid, la chaleur).

2- Etude clinique

2-1- Objectifs de l'étude

L'étude réalisée au CETD a été élaborée dans le but d'émettre des hypothèses sur les causes de mauvaise observance. L'absence de questionnaire visant à déterminer le manque d'observance, a conduit à utiliser des outils qui ne servent pas, au départ, à détecter ce phénomène. L'échantillon de patients explorés étant restreint, des études statistiques n'ont pu être réalisées. La finalité de cette analyse est de rendre compte de l'impact du traitement et des caractéristiques personnelles de chaque patient sur l'adhésion aux prescriptions et à la prise en charge. Enfin, ces observations mènent à s'interroger sur les moyens qui permettent d'améliorer l'observance du patient et par conséquent de lutter contre ce phénomène.

2-2- Méthodologie

2-2-1- Population

Les patients inclus dans cette étude souffrent de douleurs chroniques diffuses et non cancéreuses depuis 6 ans en moyenne (de 1 an à 19 ans). Ils ont été pris en charge au CETD de Nantes et leur hospitalisation a eu lieu entre janvier et mars 2007. Un suivi a été réalisé quatre mois après leur hospitalisation lors d'une consultation en externe réalisée par les médecins du CETD.

Ont été exclus de l'étude les patients qui ne se sont pas présentés au rendez-vous fixé quelques mois après la fin de l'hospitalisation ainsi que les personnes âgées de plus de 70 ans en raison des difficultés rencontrées par ces personnes lors du remplissage des questionnaires.

L'échantillon étudié rassemble 21 patients (16 femmes et 5 hommes) âgés de 22 à 67 ans (moyenne de 48 ans).

2-2-2- Outils

Quatre outils ont été utilisés dans cette étude :

- le MQS (Medication Quantification Scale) validé en 1992 par S. Masters Steedman (17) (40) : consiste à attribuer un score à chaque médicament utilisé à des fins antalgiques chez le patient douloureux chronique. Ce score se calcule en faisant intervenir deux critères : la dose administrée quotidiennement et le degré de préjudice lié à la classe thérapeutique.

- A la **dose** prise quotidiennement est attribué un score compris entre 0 et 4 et désigné par les termes « niveau de dosage ». Il est déterminé en fonction de la posologie recommandée c'est-à-dire dose sub-thérapeutique, dose minimale, maximale et supra-thérapeutique ;

DOSE QUOTIDIENNE	NIVEAU DE DOSAGE
Moins d'une dose par semaine	0
Dose sub-thérapeutique	1
Dose thérapeutique minimale	2
Dose thérapeutique maximale	3
Dose supra-thérapeutique	4

Tableau I: Niveau de dosage en fonction de la dose quotidienne administrée

- dans le cadre d'une utilisation à long terme, chaque catégorie de médicament provoque des désagréments notamment des effets indésirables dont l'incidence et l'intensité sont variables. On parle de **degré de préjudice** coté de 1 à 6.

CLASSES THERAPEUTIQUES	DEGRE DE PREJUDICE
Antalgique de palier I	1
AINS	2
Antidépresseur	2
Myorelaxant/Antispastique	3
Antalgique de palier II	4
Benzodiazépine/Anxiolytique	4
Antiépileptique	5
Antalgique de palier III	6

Tableau II: Degré de préjudice en fonction de la classe thérapeutique

Le calcul du MQS pour un médicament s'effectue en multipliant le niveau de dosage au degré de préjudice. Afin d'obtenir le MQS global pour le traitement d'un patient, il suffit de faire la somme des MQS de chaque médicament.

Le MQS permet de visualiser la modulation éventuelle du traitement (sevrage en médicaments générateurs de dépendance...) et dans le cadre précis de cette étude, de mettre en évidence le respect des prescriptions.

- l'EVA : permet de suivre l'évolution de la douleur parallèlement à la modification de traitement par exemple, ainsi que l'évolution du sommeil, de la fonction au cours de l'hospitalisation et par la suite.

- le CSQ : est un outil qui permet de déterminer l'approche cognitivo-comportementale que le patient a développé en réponse à sa douleur.

- les 4 questions à l'entrée (attentes, objectifs, stratégies thérapeutiques, origine douleur)

2-2-3- Résultats et analyse

- Traitements

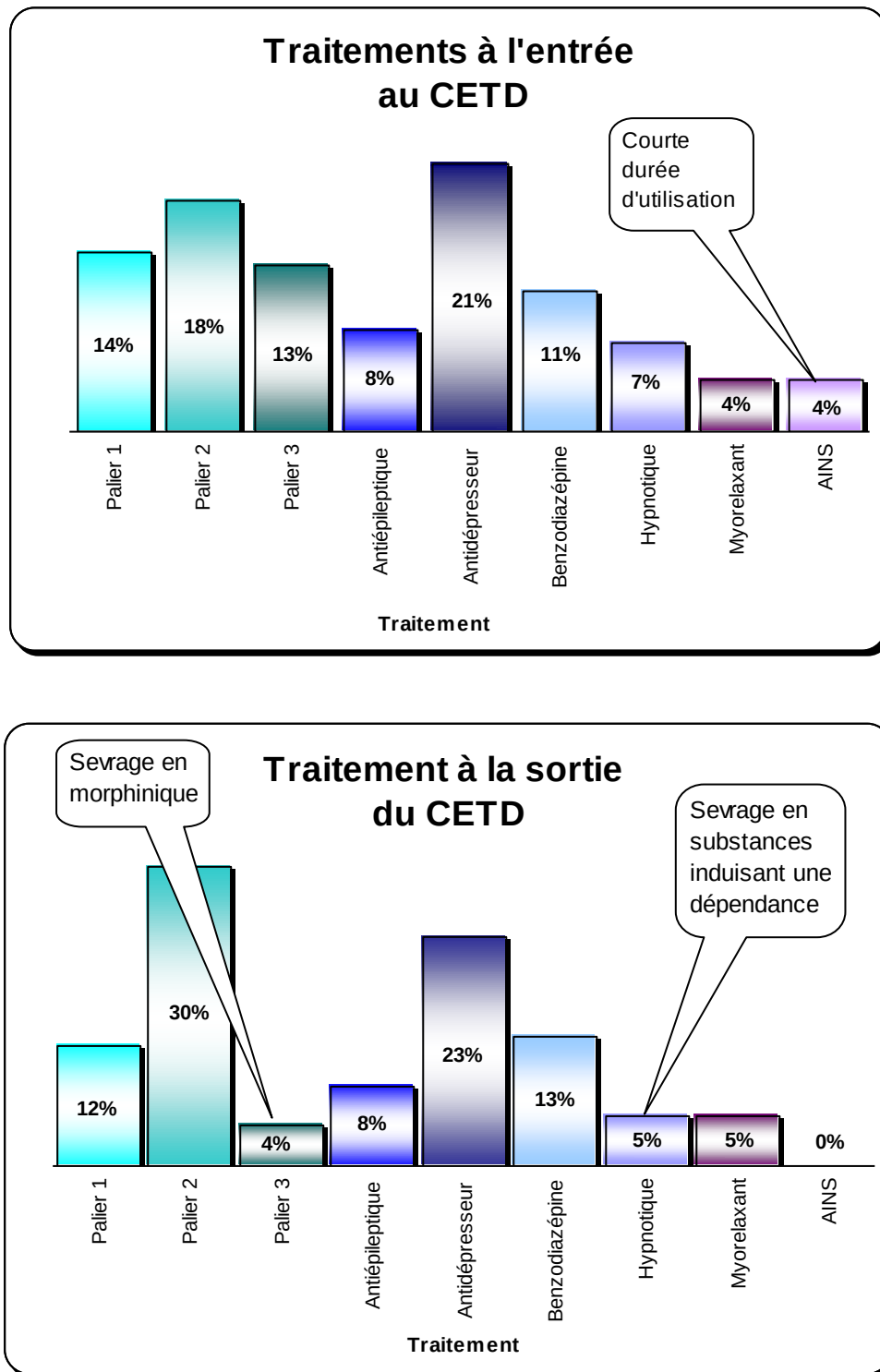


Figure 2 : Traitement à l'entrée et à la sortie du CETD

- Evolution du traitement de l'entrée à la sortie du CETD :

On observe une consommation moins importante des antalgiques de palier I à la sortie du CETD. Le paracétamol est utilisé ponctuellement pour tenter de diminuer la douleur du patient mais il ne constitue pas le traitement « de fond » d'une douleur chronique. Sa sécurité d'emploi (absence d'effet indésirable aux doses thérapeutiques) fait de lui le traitement de première intention des douleurs en général. Son utilisation ne concerne en revanche que des douleurs légères à modérées.

Le palier II est beaucoup plus utilisé en fin d'hospitalisation. Il est utilisé en association avec des co-analgésiques notamment pour effectuer le sevrage morphinique. Ce palier regroupe des formes à libération prolongée qui ont une action sur l'ensemble de la journée et qui permettent d'abaisser le seuil de douleur. Des formes à libération immédiate sont utilisées par les patients pour gérer les pics douloureux. On utilise fréquemment l'Exprim* qui contient du paracétamol associé à du tramadol.

L'arrêt des morphiniques, des anxiolytiques et des benzodiazépines se réalisent en prescrivant au patient des antalgiques de palier II, des antidépresseurs et/ou des antiépileptiques selon le type de douleur décrite. L'utilisation d'un antidépresseur à des fins antalgiques n'entraîne pas de dépendance et permet au soignant de prendre en charge une éventuelle anxiété et/ou dépression associée(s). Dans le cas présent, on observe une augmentation des anxiolytiques. Ceci n'illustre pas la tendance habituelle qui vise à abaisser les médicaments inducteurs de dépendance mais l'échantillon est faible et il suffit que dans le panel de patients étudiés certains aient une composante anxieuse avérée pour que le médecin décide de maintenir ce médicament.

La dépendance et l'accoutumance induites par ces produits peuvent être à l'origine d'une mauvaise observance. Le sevrage permet ainsi de limiter ces dérives.

Les myorelaxants ont un peu augmenté malgré la réalisation d'exercices de kinésithérapie notamment le travail sur la souplesse qui devrait conduire à une diminution de leur utilisation.

Lors de leur séjour au CETD, les patients voient leur traitement réévalué et adapté. Cet ajustement doit permettre une meilleure prise en charge du patient. Si ce dernier est soulagé par les médicaments prescrits, il ne sera pas tenter d'augmenter la dose pour aller mieux.

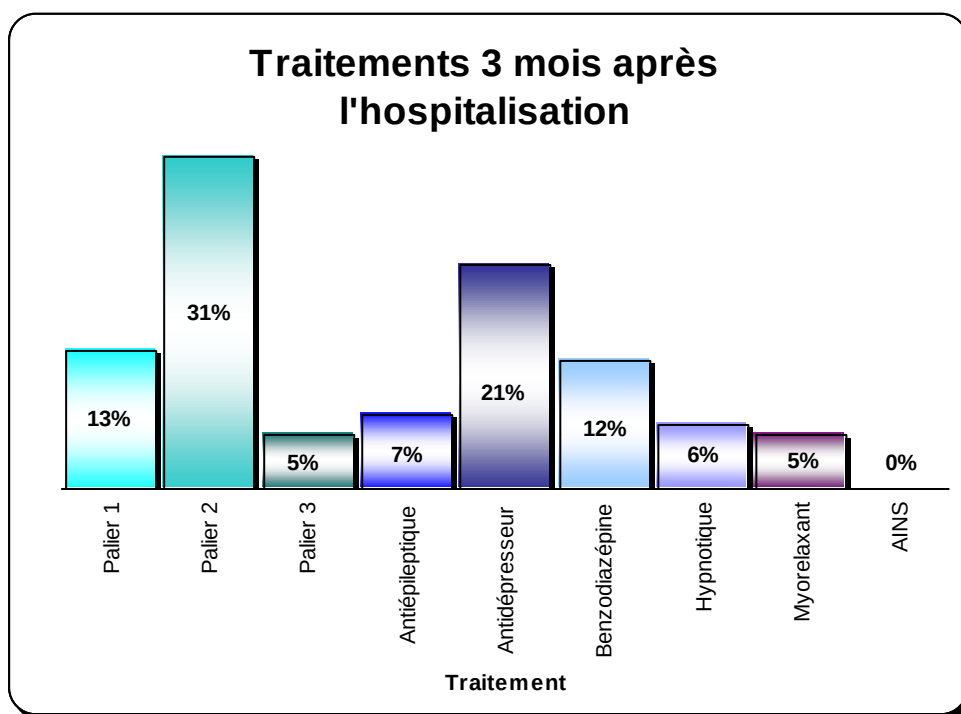


Figure 3 : Traitements 3 mois après l'hospitalisation

- Evolution du traitement entre la sortie et le rendez-vous de suivi 3 mois après l'hospitalisation :

On remarque que les traitements ont légèrement évolué depuis la sortie du CETD avec une faible augmentation des antalgiques de palier I, II et III et une tendance à baisser la consommation des antiépileptiques, des antidépresseurs et des benzodiazépines.

Ce graphique ne représente que les classes thérapeutiques utilisées. L'utilisation du MQS ci-après, va permettre d'explorer cette tendance plus précisément en tenant compte, en plus de la classe thérapeutique, de la posologie de ces médicaments.

- MQS : Medication Quantification Scale

1. Comparaison MQS prescrit et MQS pris à l'entrée au CETD :

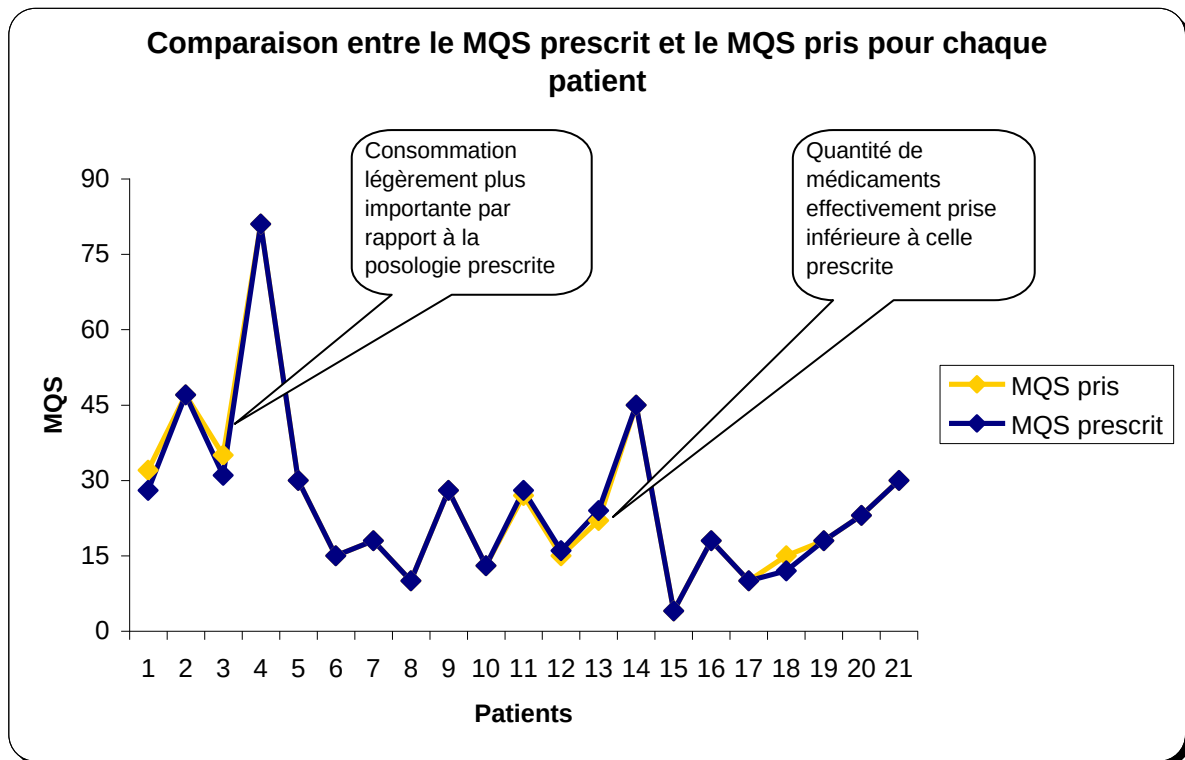


Figure 4 : Comparaison des MQS prescrit et pris en début d'hospitalisation

En début d'hospitalisation, un membre de l'équipe soignante (généralement l'externe en pharmacie) se charge de répertorier l'ensemble des médicaments prescrits au patient (l'idéal étant d'avoir une ordonnance). Ensuite, celui-ci attribue à chaque médicament la dose qu'il prend quotidiennement. A la posologie prescrite et à la quantité effectivement prise de chaque thérapeutique est imputé un score (MQS). Puis les scores globaux du traitement prescrit et de ce qui est réellement pris sont calculés en additionnant les MQS de chaque médicament. La comparaison des deux scores ainsi obtenus met, entre autre, en évidence l'observance du patient. J.H Von Roenn (63) dans l'étude qu'il a réalisée, utilise le MQS afin quantifier les analgésiques pris par des patients souffrant de douleurs cancéreuses et pour expliciter leur adhésion. Il constate que l'adhésion dans le cas de pathologies chroniques, notamment le VIH, est faible et les résultats obtenus approuvent cette remarque (55% d'adhésion).

Parmi les 21 douloureux chroniques étudiés, nous observons que six d'entre eux ne suivent pas exactement les doses prescrites.

Une première moitié consomme légèrement moins de médicaments. Un antidépresseur figure sur la prescription de l'un de ces trois patients. Il est utilisé pour apaiser ses douleurs et prendre en charge simultanément des composantes anxieuse et dépressive avérées. L'écart de MQS observé dans ce cas se comprend lorsque la patiente explique qu'elle prend son antidépresseur en fonction de son humeur. Elle ignore donc que ce médicament, pour qu'il soit actif, doit se prendre en continu. Une explication du principe de prise est alors réalisée pour favoriser l'observance de cette patiente.

Dans les deux autres cas, la différence entre le MQS prescrit et le MQS pris est liée à une moindre consommation de médicaments destinés à améliorer les pics douloureux. La posologie maximale prescrite n'est effectivement pas à prendre systématiquement mais, ayant des EVA douleur de 5/10 et 7/10, il est important de s'interroger sur les raisons qui poussent ces malades à minimiser les prises médicamenteuses alors que leurs douleurs sont importantes. Les deux raisons évoquées sont la peur de prendre trop médicaments ou encore la survenue d'effets indésirables qui gênent leur quotidien. Dans ce cas, il est intéressant d'identifier ces événements indésirables afin de mettre en place des méthodes simples pour y remédier si cela est possible ou de modifier les traitements s'ils sont trop handicapants.

L'autre moitié de l'échantillon consomme, au contraire, davantage de médicaments qu'il n'est recommandé par l'ordonnance du médecin.

L'un des patients a une ordonnance contenant du tramadol à libération prolongé qu'il doit prendre le matin et le soir. Celui-ci en prend un troisième le midi. Les modalités d'utilisation de ce médicament ne lui ont pas été expliquées ce qui l'amène à consommer un produit de durée d'action longue comme un médicament à libération rapide. L'externe en pharmacie explique à ce patient que la cinétique de ce produit ne permet pas qu'on le prenne trois fois par jour. Il est utile de savoir si la douleur est suffisamment maîtrisée sur l'ensemble de la journée, et dans le cas contraire de modifier le traitement pour mieux contrôler les manifestations algiques.

Un deuxième malade a augmenté la posologie d'un médicament. La troisième patiente a fait de même et a dépassé les doses maximales. Il est essentiel de les renseigner sur les posologies à ne pas dépasser en raison, notamment, de la toxicité de ces molécules. Dans des cas similaires, il est intéressant de s'assurer qu'il ne s'agit pas d'un début de dérive lié à la consommation de médicaments inducteurs de dépendance.

Dans le cadre de l'étude, l'âge, le sexe des patients ainsi que l'importance du nombre de médicaments pris (polymédication) ne semblent pas influencer sur l'observance. Cependant, il est important de considérer que le patient se sent jugé et évalué. Ces résultats probablement biaisés, ne reflètent qu'imparfaitement le manque d'observance et d'adhésion au traitement.

2. Comparaison MQS-EVA douleur à l'entrée, à la sortie du CETD et 3 mois après l'hospitalisation :

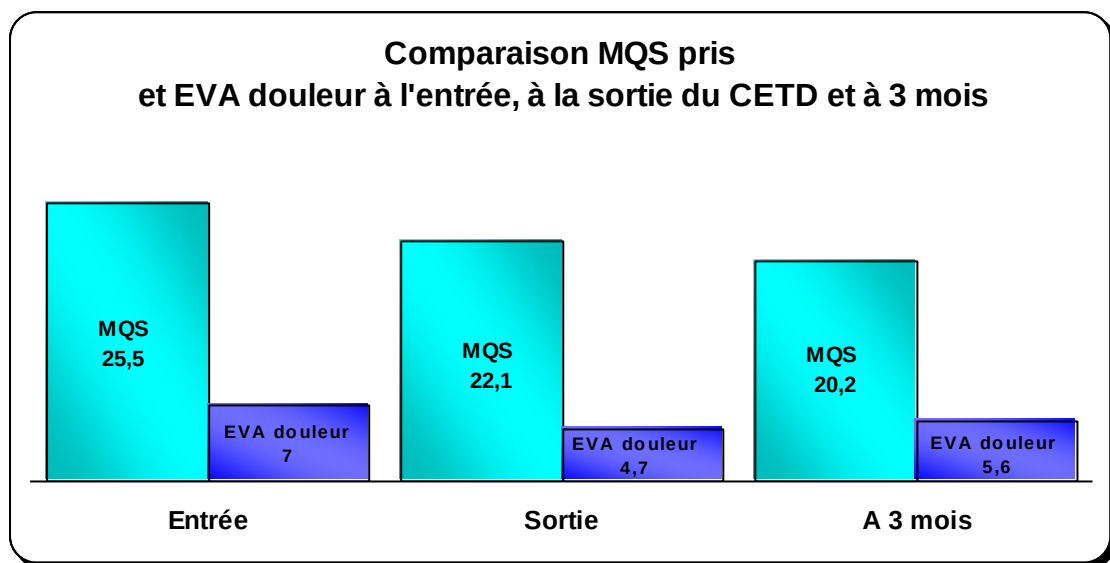


Figure 5 : Evolution du MQS pris à l'entrée au CETD, la sortie et 3 mois après l'hospitalisation

Ce graphique vise à mettre en parallèle les modifications de deux facteurs importants : le MQS pris et l'EVA douleur, de l'entrée au CETD jusqu'à 3 mois après la fin du séjour hospitalier.

On observe deux évolutions bénéfiques au cours de l'hospitalisation :

- la diminution des médicaments à risque élevé d'effets secondaires ou de leur posologie ;
- un abaissement simultané du seuil de douleur des patients.

Au CETD, les professionnels de santé sont confrontés à des patients qui, malgré leur traitement parfois conséquent, n'arrivent pas à gérer leur douleur. Une remise en question du traitement est essentielle. Les différents acteurs de la prise en charge tentent de comprendre pourquoi le patient est toujours douloureux et de voir comment améliorer et optimiser le

traitement. Les résultats obtenus dans les cas étudiés montrent que ce remaniement est favorable durant le séjour au CETD.

Après l'hospitalisation, les valeurs globales d'EVA remontent mais restent toujours inférieures à celles relevées à l'entrée du CETD et le MQS continue de diminuer.

Parmi les 21 patients étudiés, on observe :

- pour 19,1%, une augmentation de MQS liée une hausse de la posologie des thérapeutiques prescrites ou à l'introduction de nouveaux médicaments ;
- 33,3% des patients n'ont pas changé de traitement depuis leur sortie de l'hôpital ;
- et 47,6% ont diminués la quantité de médicaments pris dans une journée ou les ont arrêtés.

Simultanément on remarque que la valeur globale de la douleur augmente. On observe ce phénomène notamment chez des patients dont le MQS diminue. La raison la plus probable est l'arrêt d'une thérapeutique en raison des effets indésirables induits, au détriment d'une bonne gestion du syndrome douloureux. Dans ce cas, il est important de savoir si le patient a de lui-même interrompu son traitement ou si cette décision a été prise avec son médecin. En effet, l'arrêt d'un médicament sans consulter au préalable un professionnel de santé peut être dangereux et avoir une incidence sur l'adhésion du patient à sa prise en charge car certaines classes thérapeutiques, lorsqu'elles sont interrompues, exigent d'être arrêtées progressivement sous peine d'entraîner un effet rebond.

Le dialogue entre le patient, son médecin et son pharmacien s'inscrit dans une démarche d'amélioration de l'observance. Il est donc important que le malade leur fasse part de ses difficultés pour qu'un réaménagement du traitement soit envisagé.

La diminution du MQS est aussi dans quelques cas, accompagnée d'une valeur d'EVA douleur stable ou plus faible. La douleur est maîtrisée notamment en utilisant d'autres méthodes pour gérer sa douleur (comme les TENS par exemple) et le malade abaisse les posologies de son traitement chronique. Cette tendance introduit l'idée qu'un des premiers souhaits des patients est de limiter les prises médicamenteuses. Nous le verrons dans l'analyse des questions posées au malade en début d'hospitalisation. Il est en outre essentiel dans cette situation que les remaniements de traitement soient supervisés par le médecin traitant.

L'étude de ce graphique a permis de mettre en évidence l'importance des modulations de traitements effectuées dans un premier temps au CETD sous le contrôle de professionnels de

santé puis par le patient lors de son retour à domicile. Il est alors essentiel qu'un suivi régulier soit maintenu pour favoriser l'observance et la bonne gestion du traitement.

- **EVA : Echelle Visuelle Analogique**

1. Comparaison des EVA douleur à l'entrée, à la sortie du CETD et 3 mois après l'hospitalisation :

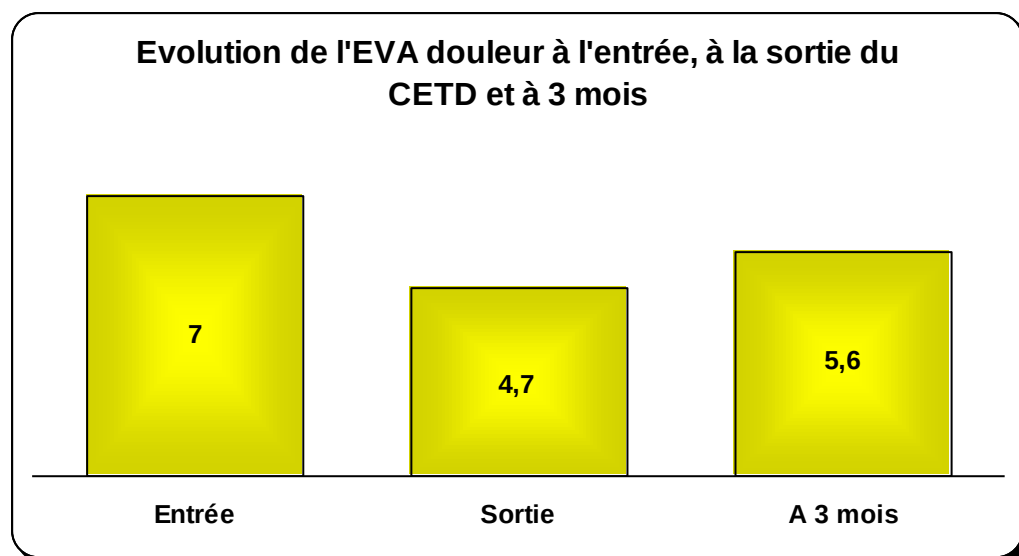


Figure 6 : Comparaison de l'EVA douleur à l'entrée, à la sortie du CETD et 3 mois après l'hospitalisation

Comme nous avons pu le voir précédemment, l'EVA douleur a tout d'abord diminué pendant le séjour au CETD pour atteindre une valeur globale inférieure à 5/10. Cette valeur augmente ensuite tout en restant inférieure à la douleur ressentie à l'entrée.

Des hypothèses sont formulées afin d'expliquer ces fluctuations. Le patient durant son hospitalisation est encadré :

- par les infirmières qui lui apportent les médicaments à prendre dans la journée ce qui évite les oublis ;
- par les professionnels de santé (médecin, kinésithérapeute, psychiatre...) qui viennent le voir tout au long de la journée. Il peut alors aisément parler de l'efficacité des médicaments mis en place ainsi que des éventuels effets indésirables observés.

Lorsque le patient revient chez lui, il reprend ses activités quotidiennes et il lui arrive d'oublier de prendre ses médicaments ou encore de moduler son traitement en fonction des effets ressentis. Ces facteurs peuvent contribuer à une élévation du seuil de douleur.

Le rendez-vous 3 mois après l'hospitalisation revêt donc une grande importance car le médecin s'assure que le traitement médicamenteux est suivi et bien toléré et recadre si nécessaire les modulations du traitement mises en œuvre par le patient.

2. Comparaison de l'EVA de retentissement fonctionnel (ou EVA fonction) à l'entrée, à la sortie du CETD et 3 mois après l'hospitalisation :

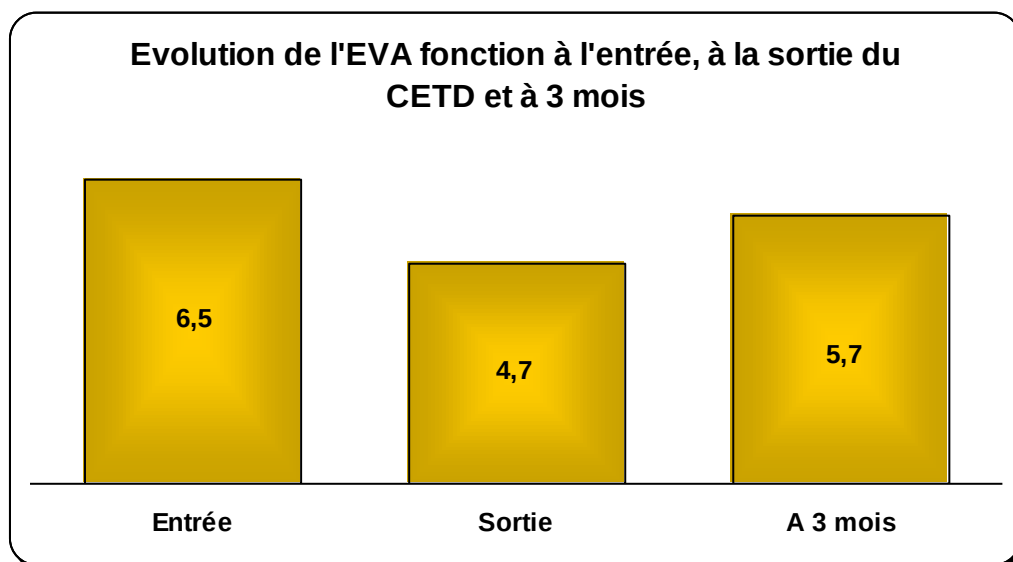


Figure 7 : Comparaison de l'EVA fonction à l'entrée, à la sortie du CETD et 3 mois après l'hospitalisation

L'EVA fonction affiche tout d'abord une nette amélioration qui peut être expliquée par une mobilisation des patients dès le premier jour d'hospitalisation. Les activités telles que la marche, la gymnastique et les étirements favorisent une remise en route adaptée et aboutissent à une diminution de la douleur lors de l'effort physique. Ceci est un élément positif car, un des objectifs de la prise en charge pluridisciplinaire est de permettre au patient de retrouver une vie sociale et éventuellement, un travail adapté. Ce processus de resocialisation n'est envisageable que si la douleur associée aux gestes du quotidien est tolérable.

Durant leur séjour au CETD, les patients ne se reposent pas et les exercices de marche et d'assouplissement rythment la majorité de leur journée. Les activités sont encadrées, les mouvements dosés et les efforts ainsi fournis aboutissent à une meilleure gestion de la douleur.

Quand les patients rentrent chez eux, les activités sont plus ou moins adaptées, agressives et la douleur s'en trouve augmentée. Le patient n'est plus entouré comme il l'était au centre. La recrudescence de la gêne fonctionnelle pourrait être liée à un manque d'observance quant aux activités physiques à réaliser.

Lors de la consultation 3 mois après l'hospitalisation, le praticien voit avec le malade si les séances de kinésithérapie sont réalisées. Si ce n'est pas le cas, il tente de comprendre pourquoi le patient refuse de continuer ses entraînements.

L'important dans ce cas n'est pas de juger la personne ou de lui dire que son comportement n'est pas satisfaisant mais de comprendre et de trouver des solutions pour améliorer à long terme son adhésion.

3. Comparaison de l'EVA sommeil à l'entrée, à la sortie du CETD et 3 mois après l'hospitalisation :

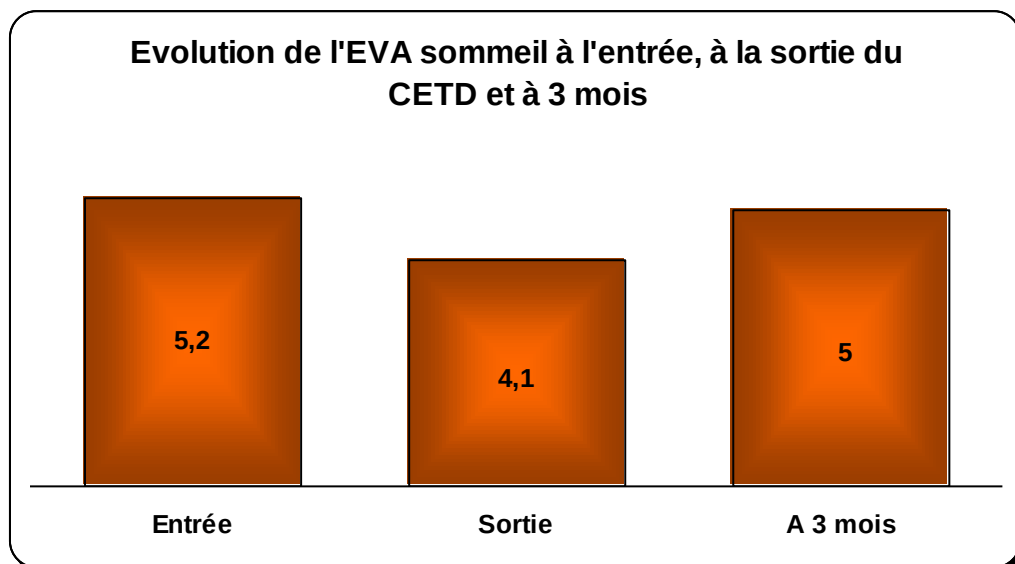


Figure 8 : Comparaison de l'EVA sommeil à l'entrée, à la sortie du CETD et 3 mois après l'hospitalisation

Pendant l'hospitalisation, l'EVA sommeil diminue légèrement ce qui signifie que le sommeil n'est pas réparateur (difficultés d'endormissement, réveils nocturnes...). L'altération du sommeil peut être liée au passage régulier des infirmières et aides soignantes durant la nuit ainsi qu'aux bruits éventuels dans les couloirs. On comprend aisément que le sommeil puisse être altéré lorsque le patient est loin de son environnement habituel. De plus, durant les semaines d'hospitalisation au CETD, certains sujets refoulés font l'objet de mises au point comme l'avenir professionnel ou les problèmes familiaux à résoudre.

Après 3 mois, le sommeil est rétabli et retrouve une qualité comparable à celui qui précédait l'hospitalisation.

- CSQ réalisé en début d'hospitalisation

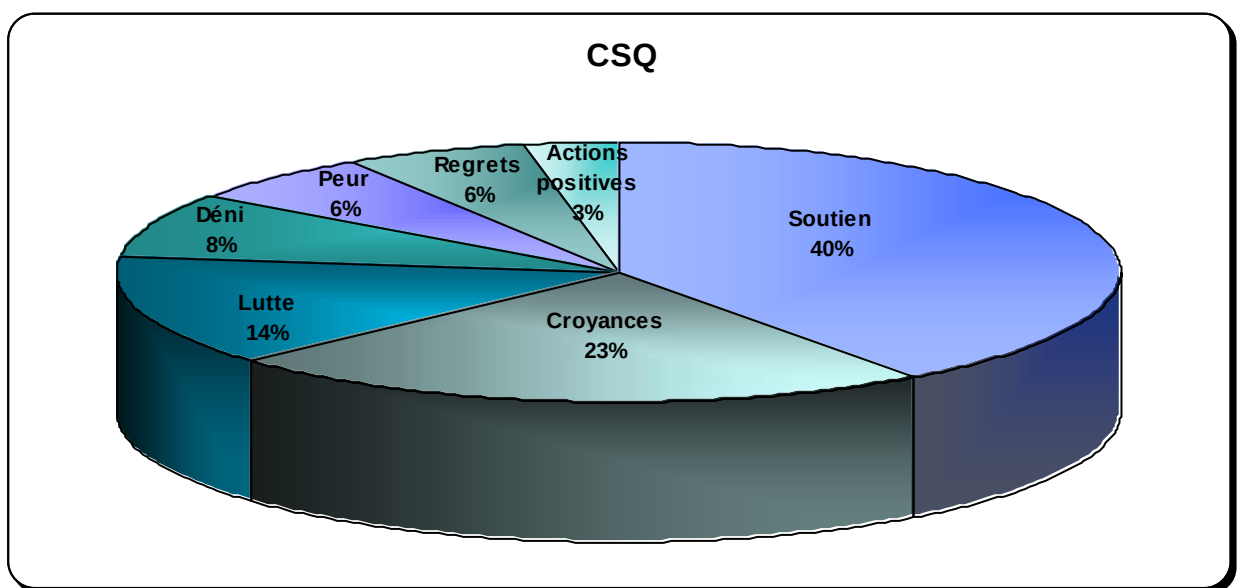


Figure 9 : Répartition des stratégies de coping développées par les patients

Le graphique représente les attitudes cognitivo-comportementales adoptées par les patients étudiés.

La demande de soutien est prédominante. Le patient se tourne vers sa famille, son entourage mais aussi vers les professionnels de santé qui l'entourent pour leur demander de l'aide. Le **soutien** est effectivement important pour le patient, et le fait de se sentir entouré le motivera au quotidien pour fournir des efforts. Cependant, il doit apprendre à se prendre en main et à développer une certaine indépendance car si l'attention qu'il souhaite de son entourage ne

correspond pas à ses attentes, il sera anéanti et abandonnera. Par exemple, la phrase du questionnaire « J'ai fait confiance aux médecins qui trouveront un jour un traitement pour soulager ma douleur » peut être interprétée de deux manières :

- interprétation positive : le patient a confiance dans le corps médical et ne rejette pas les soins ;
- interprétation négative : l'espoir que lui inspirent les médecins risque de le mener à la déception s'il n'obtient pas le résultat qu'il attend.

Il faut discuter avec le patient pour lui faire comprendre que les professionnels de santé sont là pour l'aider à soulager sa douleur en lui fournissant les outils dont il a besoin. En revanche, c'est le malade qui ressent la douleur, les effets des thérapeutiques utilisées et qui, en collaboration avec son médecin, sera acteur de son soulagement. La demande de soutien reste tout de même une adaptation cognitive préférable.

Les **croyanances** (destin, prière) constituent une sorte de soutien impalpable. Il est important dans ce cas que le patient ne s'isole pas et qu'il n'espère pas que seule la foi puisse l'aider à aller mieux. « J'ai prié Dieu ou le destin pour que ma douleur ne dure pas », « J'ai compté sur ma foi en Dieu ou dans le destin ».

D'autres comportements ressortent du questionnaire de coping comme le **déni** (« Je me suis dit que je n'avais pas mal », « J'ai ignoré ma douleur »), le **fatalisme**, le **pessimisme** (« J'ai trouvé que c'était terrible et j'ai eu l'impression que ça n'irait jamais mieux »). Un travail sur l'acceptation de la maladie peut être entrepris car le patient, lorsqu'il adopte ces attitudes, risque de rejeter la prise en charge et donc d'être non observant.

Les patients qui vivent dans le **regret** et la culpabilité ont besoin d'une aide pour qu'ils fassent le « deuil » de leur vie antérieure non douloureuse et qu'ils acceptent de vivre avec la maladie. « J'ai pensé à des moments agréables du passé ». Cette démarche psychologique concerne aussi les personnes qui ont peur « J'ai eu peur que la douleur ne cesse pas ».

La **lutte** contre la douleur est un moyen de défense développé en réponse à la maladie. « J'ai considéré la douleur comme un défi et je ne l'ai pas laissé me perturber » On pourrait considérer que ce « combat » livré à la douleur est une démarche positive mais elle demeure très risquée car le patient un jour ou l'autre s'essouffle et arrête la lutte. Il perd alors tout espoir.

Les **actions positives** sont à privilégier « J'ai essayé de ne pas m'isoler ». On observe pourtant que cette démarche n'est suivie que par une faible proportion de patients. La prise en charge doit orienter le patient vers ce comportement qui mène à une acceptation de la maladie, du traitement et par conséquent à une meilleure observance.

D'autres comportements n'ont pas été répertoriés dans l'étude, notamment :

- l'**acquisition de connaissances**, d'informations sur la maladie : « J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de ma douleur » ;
- l'**espoir** : « J'ai essayé de penser au futur, à ce que sera ma vie quand je serai débarrassé de ma douleur ». Dans ce cas, une mise au point est indispensable car le patient doit comprendre qu'il vivra avec sa douleur et qu'elle ne disparaîtra pas ;
- la **réinterprétation des sensations douloureuses** : « J'ai essayé de percevoir ma douleur non pas comme une douleur mais comme une sensation désagréable ».

Ce questionnaire est difficile à évaluer car son utilisation amène de nombreux biais. Ceux-ci seront développés ultérieurement. Cependant, il permet de comprendre quelle stratégie le patient adoptera à court et moyen terme. Cela permet de mieux le cerner et donc d'élaborer une stratégie thérapeutique plus performante.

- Réponses aux quatre questions d'entrée

En début d'hospitalisation, le médecin remet au patient une feuille sur laquelle sont inscrites quatre questions. Le patient formule par écrit ses attentes, ses objectifs, les stratégies thérapeutiques qu'il souhaite mettre en œuvre et décrit les causes de ses douleurs. Ses réponses sont ensuite analysées par l'équipe pluridisciplinaire et conservées dans le dossier unique du malade.

1. Quelles sont vos attentes ?

Le souhait qui revient le plus souvent dans les réponses des patients est d'avoir moins de douleur et/ou de pouvoir mieux vivre avec cette douleur. Eviter d'utiliser des médicaments ou minimiser leur emploi est une attente récurrente des patients à l'entrée du CETD. Il serait

utile de comprendre pourquoi ces patients souhaitent tant arrêter cette « consommation ». Les effets indésirables sont-ils trop handicapants ? Détériorent-ils le quotidien ? Le patient a-t-il le sentiment de consommer une quantité trop importante de médicaments ? Le risque d'inobservance est majeur si l'une de ces questions mène à une réponse positive. Une discussion avec le patient pour mieux comprendre son ressenti est amorcée par le médecin. Les malades souhaitent également diminuer ce qui provoque la douleur c'est-à-dire la frustration, le stress ou la peur. Pour cela, des techniques de relaxation, une prise en charge psychologique et éventuellement psychiatrique peuvent être proposées.

2. Quels sont vos objectifs ?

A cette question, les patients répondent de façon très homogène. Trois piliers ressortent de cette interrogation :

- réaliser des activités physiques (loisirs...) ;
- retrouver une vie familiale, sociale ;
- reprendre le travail.

L'équipe soignante doit alors voir si les attentes et les objectifs sont réalisables compte tenu du patient, du type de douleur et de ses antécédents.

3. Quelles stratégies souhaitez-vous entreprendre ?

Les malades pris en charge au CETD ont, la plupart du temps, la sensation d'avoir essayé toutes les thérapeutiques possibles. Ils répondent régulièrement au médecin : « à vous de me proposer d'autres stratégies thérapeutiques » ou « je vous fais confiance ». D'autres proposent des moyens divers tels l'acupuncture, l'hypnose, la rééducation fonctionnelle, la balnéothérapie... et recherchent des traitements moins contraignants, moins de médicaments. Ces attentes de thérapeutiques sont-elles envisageables et adaptées ? Le patient remet-il toute la responsabilité dans les mains des médecins ? Comme nous l'avons dit précédemment, le corps médical est là pour appliquer son savoir et l'adapter au mieux à chaque malade mais le patient doit être acteur de sa prise en charge. Ceci l'amènera à être plus adhérent à son traitement.

4. A quel événement reliez-vous votre douleur ?

Les douleurs font suite à des problèmes familiaux, à un travail difficile et traumatisant physiquement. Les accidents sont souvent la source de ces maux. Et parfois, l'origine de la douleur reste inconnue.

La cause des douleurs peut amener à des regrets, un sentiment de culpabilité ou de colère qui aboutissent à un rejet de la maladie et de sa prise en charge. Le patient doit accepter sa situation pour pouvoir avancer.

Ce « questionnaire » souligne bien l'idée que chaque cas est particulier, qu'il ne suffit pas d'essayer des méthodes au hasard dans l'espoir d'un soulagement. Il permet de recentrer si besoin certaines attentes irréalisables.

- Cas particulier de patients

Parmi les patients étudiés, des comportements/attitudes ont permis de comprendre pourquoi certains d'entre eux ne sont pas observants. Nous allons détailler ces cas.

- Patient ignorant son traitement, assisté par un tiers

Monsieur H. n'a aucune connaissance de son traitement et ignore même ses pathologies. Il n'a cependant aucun trouble de la mémoire ni de démence. Sa femme lui prépare son semainier. Lors d'une discussion avec le couple, on apprend que madame H. (ancienne secrétaire médicale) dispose d'un ancien VIDAL. Il lui arrive parfois de ne pas donner un médicament prescrit à son mari si elle l'estime inapproprié voire dangereux. La méfiance de madame H. vis-à-vis du corps médical et le désintérêt absolu de monsieur H. pour son traitement ne peuvent aboutir qu'à une absence d'adhésion. Le patient doit apprendre à accepter sa maladie, à se considérer comme malade et à être autonome vis-à-vis de son traitement.

- Situation d'urgence face à la douleur

Madame A. éprouve des douleurs qui lui sont insupportables et déclare ne pas être observante car le seul moyen qu'elle a trouvé pour se soulager est de se « shooter ». Ainsi, elle consomme des doses supérieures d'antalgiques et n'attache aucune importance aux conséquences éventuelles. L'arsenal thérapeutique disponible pour maîtriser la douleur chronique est relativement important. Pourquoi madame A. se retrouve-t-elle dans cette situation ? Le manque de confiance en son médecin, son pharmacien, un défaut de dialogue et/ou de suivi peuvent en être les raisons. Au CETD, une évaluation globale du syndrome douloureux, l'introduction de médicaments adaptés sont réalisés et un dialogue est instauré pour que la patiente ne se sente plus abandonnée et seule face à sa maladie.

- Compréhension imparfaite du traitement

Monsieur M. lors du premier entretien au sein du CETD énumère les médicaments qu'il prend et la fréquence des prises. Il absorbe notamment un comprimé à libération prolongée trois fois par jour alors que ce type de produit n'est à prendre qu'à deux reprises dans la journée en raison de leur cinétique. On constate que le patient a été mal informé sur son traitement ce qui aboutit à une mauvaise observance. Une explication appropriée est réalisée. Le respect *au pied de la lettre* de la prescription n'est pas recommandé. Un médicament destiné à estomper les crises et prescrit quatre fois par jour ne sera pas obligatoirement pris autant de fois. Cette dose correspond à un maximum et le pharmacien explique au patient le moment le plus adapté pour prendre le produit.

- Automédication

Madame Q possède une trousse renfermant des médicaments pris antérieurement. Sur les boîtes sont notées des indications. Cette patiente tient à les garder et ne perçoit pas le danger potentiel qui résulte de leur utilisation. L'automédication, même si elle ne remet pas en question l'adhésion de la patiente à son traitement chronique, demeure délicate car le risque d'interactions et de mauvaises utilisations des médicaments conservés demeurent.

2-3- Les limites de l'étude

L'étude de cas réalisée sur un faible échantillon de patients n'a pu donner lieu à une exploration statistique de l'observance. Les données qualitatives qui en découlent nous ont, en revanche, permis d'émettre des hypothèses sur les facteurs de non observance.

L'échantillon étudié est restreint en raison de données pas toujours renseignées dans les dossiers uniques des patients rendant difficile la collecte d'informations et l'interprétation des résultats.

Nous tiendrons compte des biais éventuels notamment dans les réponses aux questionnaires. En effet, les patients orientent parfois leur réponse par peur du jugement des soignants. Ainsi l'ensemble des méthodes d'évaluation de l'observance qui s'appuient sur les déclarations du patient sont soumises à sa volonté. Par exemple, le CSQ est une méthode qui comporte de nombreux biais notamment la mémoire de la stratégie adoptée. La réponse formulée sera influencée par la pression sociale : quelle est la manière exacte de répondre à cette question ? Il existe donc toujours un doute quant à la justesse des résultats. On pourrait se demander si le CSQ traduit de manière exhaustive les stratégies mises en œuvre par le patient. (9)

Il faut en outre considérer les limites du travail des professionnels de santé, notamment dans le cadre du CETD, lorsque les patients ne reviennent pas en consultation après l'hospitalisation. A ce stade, les professionnels de santé sont impuissants face à un comportement d'évitement qui montre un défaut d'adhésion à la prise en charge.

Pour minorer l'impact de ces limites, il est nécessaire d'instaurer dès le début, une relation de dialogue et de confiance afin que le patient se sente à l'aise. En effet, les sentiments de crainte, le jugement, les reproches peuvent conduire le patient à adopter des comportements qui nuiront à sa prise en charge.

2-4- Discussion

L'étude réalisée précédemment a montré que l'attitude des patients vis-à-vis de leur maladie et de leur traitement était parfois inadéquate. Des facteurs tels l'histoire de la maladie, le

coping (stratégie cognitive et comportementale), le comportement de santé ou la tolérance, l'efficacité du traitement permettent d'expliquer cette inadéquation comportement - maladie.

2-4-1- Histoire de la maladie ⁽¹⁾

Elle est décrite succinctement en début de dossier (date de survenue des douleurs, causes) puis, lors du premier entretien avec le psychologue, le patient fait le récit de sa douleur. La tonalité de son discours donne au praticien des informations essentielles. L'histoire du début de la symptomatologie et les causes exprimées doivent être minutieusement explorées (cf question : à quel(s) événement(s) reliez-vous votre douleur ?). Les traumatismes tels que la maltraitance infantile et le deuil sont malheureusement banalisés : ces événements revêtent une importance cruciale dans le vécu du douloureux.

L'histoire de la maladie fait également intervenir les rapports antérieurs avec le système de soin (cf question : quelles stratégies thérapeutiques souhaitez-vous entreprendre ?). Il est donc nécessaire d'établir un dialogue entre les thérapeutes et le patient pour exprimer les attentes mutuelles, pour discuter de la prise en charge sur la durée, exposer les limites du corps médical et proposer un cadre thérapeutique adapté avec notamment des rendez-vous réguliers.

2-4-2- Le traitement médicamenteux ⁽²³⁾

L'observance peut être appréhendée de deux manières selon que l'on considère l'approche des professionnels de santé ou celle du patient.

Les professionnels de santé considèrent la non observance comme la prise erronée de médicaments en terme de quantité, de respect des horaires, de contraintes alimentaires, de régularité de prises, le but étant de réduire les facteurs qui pénalisent une efficacité optimale et une tolérance maximale des traitements.

Pour le patient, elle est fonction de critères personnels, affectifs, culturels et comportementaux. Le respect de la prescription dépend de différents facteurs, comme le

soulagement physique, les représentations et les connaissances du médicament, les effets indésirables qui découlent de son utilisation et les contraintes qu'elle engendre.

Lorsque les objectifs thérapeutiques ne sont pas atteints, la détection d'une bonne observance, ou au contraire de son absence, renseigne le médecin sur la démarche à suivre. Par exemple, si le patient n'obtient pas des résultats significatifs malgré une bonne observance, le médecin peut réévaluer la situation clinique et adapter le traitement. En revanche, si les objectifs ne sont pas atteints car le patient n'est pas observant, le médecin a la possibilité de comprendre les causes de ce manque d'observance et de chercher des solutions pour aider le patient dans sa prise médicamenteuse préalablement à une modification éventuelle du traitement.

2-4-3- Questionnaire de coping (37)

L'étude de cas réalisée a révélé une adaptation souvent inadéquate du comportement face à la douleur. Le soignant doit élaborer une stratégie relationnelle afin de recentrer les réactions émotionnelles du patient.

Lorsqu'il adopte une attitude de déni, le patient fuit la réalité. Le praticien doit alors le mettre en garde, instaurer un climat de confiance pour tenter de déceler en quoi la personne se sent menacée. Des informations positives, encourageantes peuvent s'avérer favorables à l'accession du patient à une réalité plus objective.

Face à la révolte, le soignant tente de recentrer le patient sur les vrais problèmes. En effet, il dépense son énergie dans un combat perdu d'avance au lieu de l'utiliser à bon escient. L'instauration d'une relation de proximité entre le praticien et le patient est à privilégier mais elle demeure difficile à mettre en œuvre en raison du tempérament agressif caractéristique de cette typologie de malade.

La tristesse reliée à l'attitude de retrait ou au silence du patient doit être atténuée en lui manifestant de l'intérêt et du soutien. Une fois leur tristesse exprimée, ils sont davantage enclins d'une part à acquérir les connaissances fondamentales qui favoriseront la bonne gestion de leur traitement, et d'autre part à envisager un nouveau projet de vie.

Enfin, face à la résignation, le praticien tente d'enrayer ces sentiments d'impuissance et de fatalité qui accablent le patient, avec le même objectif de placer le malade dans une posture positive face au traitement.

La vision que le patient a de sa maladie, la représentation qu'il s'en fait, sont des paramètres à explorer. On peut alors mieux comprendre les angoisses du malade, son comportement ainsi que ses attentes.

Tout ceci tend vers une meilleure adéquation du projet de soin. Cette « co-construction » du projet thérapeutique évite les malentendus qui aboutissent le plus souvent à une observance défailante.

2-4-4- Health Beliefs Model ⁽³³⁾

Le Health Beliefs Model ou modèle de croyances relatives à la santé est une approche psychosociale très utilisée pour expliquer les comportements de santé.

Il permet l'exploration de quatre niveaux majeurs d'adhésion :

- l'intégration psychique : le patient se considère-il comme malade ?
- l'anticipation des conséquences morbides de la maladie et des bénéfices de la prise en charge : comment perçoit-il les risques de sa maladie ?
- la compréhension des enjeux et des décisions thérapeutiques : comment appréhende-t-il le traitement proposé ?
- la volonté de participation et d'autonomie : comment envisage-t-il les inconvénients et bénéfices liés au traitement ?

Chacun de ces points doit être abordé avec le patient afin de définir son positionnement face à sa maladie et sa vision de la situation pour ensuite, élaborer une stratégie et un projet thérapeutique adaptés qu'il acceptera et auxquels il adhèrera.

2-4-5- L'accompagnement, le suivi ⁽⁸⁾ (57)

Le patient de retour à son domicile après son hospitalisation peut se sentir vulnérable quant à la continuité des soins et éprouver un sentiment d'insécurité voire de confusion concernant la connaissance et le suivi de son traitement nouvellement prescrit. Le médecin doit rester attentif aux difficultés du patient. Un suivi régulier donne la possibilité au patient de verbaliser ses préoccupations. L'écoute du malade, le renforcement des connaissances concernant son traitement, les modalités de prise, les effets indésirables éventuels et les moyens d'y remédier sont la base d'une approche centrée sur le patient. Cette démarche est essentielle pour optimiser l'adhésion du patient à sa prise en charge.

PARTIE III :

L'observance dans les thérapies au long cours

1- Les différents types de non observance ⁽¹²⁾

- La non observance correspond à l'absence totale de prise médicamenteuse.
- La sous observance traduit un oubli de prise ou une interruption prématurée du traitement.
- L'observance variable s'observe chez les patients qui, en fonction de leur état, adaptent les prises médicamenteuses.
- La sur observance se caractérise par le respect excessivement strict des prescriptions médicales et/ou une anticipation des prises et/ou une majoration des doses (en dehors de toute conduite addictive).

2- Causes de non observance

Les causes de non observance sont diverses. Elles peuvent être liées au patient, à son traitement ou au système de soins. ⁽⁴⁹⁾

2-1- Liées au patient

2-1-1- Attitude / comportement ^{(12) (33) (36) (37)}

Lorsque le patient prend connaissance/conscience de sa pathologie, il passe, selon Berki (1998), par un cheminement psychologique rythmé par différentes étapes. Il est d'après l'auteur, nécessaire de respecter ce processus afin de permettre une adhésion future du malade.

Le comportement adopté face au traitement illustre le ressenti du patient. Tout d'abord, la colère et la révolte éprouvées pousse la patient à désirer reprendre le contrôle de sa vie. Il estime avoir le choix de se plier ou non au traitement qui lui est proposé. Ceci est un moyen pour lui de regagner un peu de liberté.

L'annonce de la maladie et la perspective d'éventuelles aggravations et complications empêchent le malade de se projeter dans l'avenir. Il rejette sa situation, se tourne vers le passé et fuit la réalité.

La tristesse et la dépression font suite à cette phase d'évitement. Le patient prend alors des risques inconsidérés en refusant de prendre ses médicaments.

Enfin, l'appropriation et l'acceptation de la maladie achèvent ce cheminement. Le patient peut alors développer un certain attachement pour un produit donné ou un mode d'administration.

Berki considère que le patient est dans les meilleures conditions pour acquérir les connaissances et les moyens de gérer au mieux son affection et son traitement lorsqu'il accepte sa maladie. Cette idée rejoint les observations faites précédemment dans l'étude et confirme l'importance capitale dans la prise en charge de s'intéresser aux réactions émotionnelles développées par le patient. De même, le Health Belief Model (33) aide à déterminer son positionnement face à la maladie et à établir par la suite un véritable projet thérapeutique (notion que nous développerons ultérieurement). Par conséquent, le patient doit avant tout accepter sa maladie et adhérer à la décision de traitement. Ceci implique qu'il soit convaincu de la nécessité de se soigner et qu'il ait évalué de façon éclairée les bénéfices mais aussi les contraintes induites par les thérapeutiques proposées. Cette **volonté** est un des piliers fondamentaux permettant de minimiser certaines dérives notamment la non observance. Cette motivation dépend également de la confiance du malade envers son médecin et autres professionnels de santé et est renforcée par le soutien de son entourage (famille, amis...). Le soutien de l'entourage doit l'aider à contrer les sentiments d'échec, d'agressivité, de peur, de culpabilité ou de honte que le patient peut éprouver dans de telles situations.

D'autre part, durant le traitement, le patient peut avoir des comportements inadaptés en arrêtant par exemple prématurément son traitement dès que son état s'améliore. En formulant des conseils adaptés, le pharmacien aide le patient à comprendre son traitement dans sa globalité et ainsi à adopter des attitudes visant à promouvoir l'efficacité du traitement (gestion des effets indésirables, respect des contraintes hygiéno-diététiques).

Les conduites addictives sont aussi des comportements préoccupants comme le décrit l'étude de Kouyanou K, Pither CE et Wessely S (36), qui montre l'importance du mésusage, des abus et dépendance chez les personnes douloureuses chroniques. Ces comportements à risque se retrouvent chez les patients qui consomment des substances psycho-actives telles les opioïdes, les benzodiazépines... Sur un panel de 125 personnes, 12 % consomment de façon exagérée ces substances et 9,6% rencontrent un phénomène de sevrage à leur arrêt. Comme décrit précédemment dans l'étude réalisée au CETD, le sevrage aux morphiniques et autres médicaments inducteurs de dépendance est réalisé dans le but de limiter ces comportements à

risque. Un suivi régulier des patients qui consomment ces types de produits est nécessaire pour éviter les dérives.

2-1-2- Age ⁽¹²⁾ ⁽³⁷⁾

L'âge du patient peut intervenir dans l'adhésion au traitement. Son influence est plus marquée chez les personnes jeunes ainsi que chez les personnes âgées. Les premiers car il n'est pas « normal » d'avoir une pathologie chronique lorsqu'on est adolescent. Les contraintes engendrées par la maladie et le traitement (heures de prise, régime alimentaire...) peuvent les mener à renier leur situation et à être non observant. Une proximité et un dialogue entre le patient et les professionnels de santé qu'il rencontre est important. En prenant conscience des difficultés rencontrées, le médecin tentera d'adapter au mieux le traitement au mode de vie de l'enfant. L'adhésion peut être obtenue en proposant un contrat : à un inconvénient on associe un avantage pour que la motivation du patient à prendre ses médicaments reste présente. Des groupes de soutien et de partage entre patients, au sein desquels ils se sentent reconnus peuvent être une solution surtout chez les jeunes qui ressentent davantage de sentiments d'injustice et de frustration que les personnes âgées. Les personnes âgées suivent le plus souvent scrupuleusement leur traitement tant que leurs facultés cognitives le permettent. Avec l'âge, apparaissent des troubles qui peuvent nuire à une utilisation adaptée des thérapeutiques. L'altération de la mémoire, la baisse de la vision qui amène des difficultés dans la lecture des ordonnances, des étiquettes et la polymédication quasi-systématique des personnes âgées conduisent à un risque majeur de confusion et d'erreur.

2-1-3- Psychologique / éducationnel ⁽¹²⁾ ⁽²⁸⁾ ⁽⁴²⁾

Chaque patient a une perception et un vécu de la maladie qui lui sont propres. Le regard qu'il porte sur sa situation, les représentations personnelles sur la santé et la maladie peuvent avoir des conséquences non négligeables sur l'adhésion au traitement. Accepte-t-il sa situation ? Se sent-il capable de se soigner ?

Le statut émotionnel des patients semble être étroitement lié à l'observance. La crainte, l'anxiété, la dépression mènent le patient à adopter des attitudes négatives pouvant nuire à la prise en charge. D'après l'étude menée par Tarquinio et Fischer (58), la dépression, la perte d'optimisme semblent être déterminantes en matière d'observance en renforçant le sentiment d'inefficacité des médicaments et du système médical. L'entourage a un rôle prépondérant dans la réduction du stress et par conséquent, dans l'adhésion du traitement.

De même, le poids des croyances vis-à-vis du traitement (« On a prescrit de l'insuline à ma grand-mère et elle en est morte ») et du corps médical le mène à être méfiant voire à douter des réelles compétences des professionnels de santé.

Enfin, l'appréhension d'être jugé par l'équipe médicale peut être dissipée par l'élaboration d'une alliance thérapeutique basée sur l'échange, l'écoute, la compréhension et le respect des croyances du patient. Il devient alors un partenaire actif et responsable.

2-1-4- Socioculturel (23) (28) (29) (37) (42) (51)

L'emprise de la famille, les influences ethnique, culturelle ou médiatique constituent de véritables obstacles en instaurant un climat d'incertitude quant au réel pouvoir de la médecine à faire changer les choses.

L'entourage proche du malade a son propre vécu de la maladie. L'absence de soutien social ou, au contraire une certaine pression sociale jouent des rôles non négligeables, favorables ou non, sur la gestion de la maladie par le patient. En effet, des attitudes positives de la famille et de l'entourage contribueront à l'équilibre et au bien être du patient. En revanche, les conflits ou la solitude ne pourront que nuire à son état. La connaissance de situations sociales ou familiales particulièrement difficiles permet de mieux comprendre les attitudes et comportements du malade. Par exemple, la précarité mène à vivre au jour le jour et les empêche de se projeter dans l'avenir. On comprend aisément qu'un tel état peut avoir des conséquences majeures sur l'observance thérapeutique des maladies chroniques. L'illettrisme constitue en outre un obstacle majeur qui nécessite une adaptation du médecin et du pharmacien au patient (à condition d'avoir connaissance de la situation).

Un traitement au long cours peut mettre le patient dans une position délicate notamment dans le milieu professionnel où le regard des autres n'est pas anodin. Il est parfois difficile d'assumer son traitement, sa maladie ou son handicap. Face à cette situation, l'absence de

prise médicamenteuse durant le temps de travail s'avère être pour lui la meilleure solution de façon à rester intégré à l'ensemble de l'équipe.

De même, le rythme de vie notamment lorsque l'activité professionnelle amène une personne à voyager régulièrement, à travailler de nuit constituent de nouveaux obstacles à franchir pour aboutir à l'adhésion.

L'aspect culturel peut être également un facteur de non observance. Par exemple, le Ramadan dans la religion musulmane est caractérisé par un jeûne qui s'étend du lever du soleil à la tombée de la nuit. Les personnes atteintes de maladies chroniques en sont dispensées mais, pour une personne pratiquante, faire le Ramadan peut avoir davantage d'importance que de suivre son traitement (notamment lors de pathologies silencieuses comme l'hypertension artérielle ou l'hypercholestérolémie pour lesquelles l'adhésion est intrinsèquement très difficile).

Enfin, l'omniprésence d'internet qui délivre des informations plus ou moins complètes et vérifiées s'avère problématique. Il est indispensable que le patient ait un regard critique et que les professionnels de santé soient là pour « recadrer », au besoin, les pensées qui découlent d'une interprétation erronée de l'information reçue.

2-1-5- Cognition (12) (33) (51)

Elle se définit comme étant le processus d'acquisition de connaissances. Dans le cadre d'un traitement, elle consiste à connaître ses indications, effets indésirables, précautions d'emploi, interactions médicamenteuses, mode d'administration et contre indications. Lors de la délivrance du traitement, le pharmacien doit se poser certaines questions : le patient sait-il comment utiliser ses médicaments ? Est-il capable de le faire ? Croit-il qu'il ne peut pas le faire ? Pense-t-il que les inconvénients liés à l'utilisation de ces médicaments sont supérieurs aux avantages ? Ces différents cas doivent être envisagés puis, le cas échéant, un apprentissage est recommandé pour le rendre autonome vis-à-vis de son traitement. Dans certains cas, une adaptation alimentaire et des règles hygiéno-diététiques sont à adopter. Le patient doit être renseigné par les professionnels de santé qu'il rencontre (médecin, pharmacien) sur ces différents points afin d'optimiser sa prise en charge. Pour que ce processus soit positif, le patient doit être actif et en confiance. Une totale ignorance du traitement conduira à l'échec inéluctablement.

2-1-6- Aptitude physique (12)

Afin de contrer les dérives telles la non observance, il faut s'assurer que le patient a la possibilité, la capacité de se traiter c'est-à-dire les aptitudes physiques, psychologiques d'assurer sa prise en charge. En effet, s'il n'est pas autonome, il ne pourra pas prendre correctement son traitement. Chez une personne âgée, l'administration d'un collyre peut se révéler difficile tout comme l'ouverture d'un flacon muni d'un bouchon avec une sécurité. La recherche de la forme galénique la mieux adaptée constitue à ce titre un élément important de la prescription. Dans le cas contraire, l'aide d'une tierce personne peut être proposée pour effectuer la préparation des doses quotidiennes et/ou l'administration de celles-ci.

2-2- Liées au traitement (12) (49) (50) (51)

La complexité du traitement notamment en terme de prise journalière peut conduire à une mauvaise observance. En effet, la polymédication pose des problèmes avec le risque, par exemple, d'interactions médicamenteuses, de majoration d'effets indésirables ou plus simplement de difficultés dans la mémorisation des prises.

Le patient peut rencontrer des difficultés dans la mise en œuvre pratique de son traitement et aura besoin des conseils de son pharmacien. Les horaires d'administration notamment la prise du midi est souvent oubliée volontairement ou non. L'utilisation de forme à action prolongée peut être envisagée dans la mesure du possible. Ce choix permet alors au patient de ne pas éprouver de difficultés, gênes ou craintes dans certaines situations (travail, vacances) dans lesquelles le regard de l'entourage pourrait s'avérer insurmontable.

Un problème majeur est celui de l'automédication surtout lors de l'utilisation de produits de la « pharmacie familiale ». Ceci expose le patient à un choix inadapté, à des risques d'interactions, d'effets indésirables mais également à une moindre activité du traitement habituel comme nous avons pu le souligner lors de l'étude de cas réalisée au CETD.

Parallèlement à l'administration en tant que tel, l'ergonomie du conditionnement et la forme galénique des substances peuvent constituer un obstacle à l'adhésion du patient. Il est décrit

que l'oubli d'une prise médicamenteuse se retrouve plus fréquemment avec une forme orale celle-ci étant assimilée à un bonbon (y-a-il une quelconque gravité à oublier de prendre un bonbon ?). Cependant, même si une forme injectable amènerait à une observance supérieure concernant le risque d'oubli, les contraintes que cette voie d'administration engendre sont également une source d'abandon et de déni.

Dans tous les cas, le patient doit avoir connaissance des indications des médicaments qui lui sont prescrits et de leur but thérapeutique dans sa situation. Une information complète est nécessaire. L'utilisateur des produits doit savoir dans quelles conditions sa tolérance peut être modifiée ou comment gérer les oublis. Différentes recherches ont montré que la représentation que le patient se fait des effets indésirables, sa manière de les appréhender sont des déterminants majeurs de non observance notamment quand ils ont des répercussions sur son quotidien et qu'il n'arrive pas à les gérer simplement.

L'information du patient est donc indispensable. De préférence écrite, la transmission même orale reste nécessaire pour optimiser l'adhésion. S'il se sent écouté, le patient redemande sans crainte quelle stratégie adoptée face à une situation qui lui pose problème.

Le traitement est très fréquemment associé à des mesures hygiéno-diététiques qui perturbent le mode de vie du malade. L'ensemble des conseils doivent lui être transmis (nécessité d'une activité physique régulière, régime alimentaire adapté, arrêt du tabac...) et un projet est élaboré pour que ces changements s'intègrent au mieux à son quotidien.

2-3- Liées au système de soins ⁽⁵⁰⁾

Il est parfois difficile pour le patient de prendre un rendez-vous. Les délais sont souvent longs et la consultation trop courte pour engager une réelle motivation du patient et réaliser une éducation thérapeutique complète. La qualité de l'accueil ne répondant parfois pas aux attentes du malade, peut nuire à l'élaboration d'une relation de confiance avec les professionnels de santé. Le suivi du traitement s'en trouve altéré.

Une surveillance accrue du traitement médical peut être bien acceptée mais, chez certains patients, elle est perçue comme contraignante et assimilée à une atteinte à sa liberté. Etablir

un dialogue favorise la compréhension quant à la nécessité de faire des examens biologiques tels des prises de sang et favorise l'adhésion. Lorsque le suivi est défaillant, qu'il n'y a pas de remise en question du traitement lors d'inefficacité ou d'interaction, le patient se sent incompris et modifie son traitement sans en parler à son médecin ou son pharmacien.

Afin d'éviter de telles situations, le soignant doit être à l'écoute et attentif. En développant une relation basée sur le respect et l'estime de l'autre, le patient se sentira en confiance. Ses attentes prises en compte, sa participation aux décisions feront qu'il sera plus réceptif aux explications et conseils délivrés par les professionnels de santé. Il sera plus motivé et suivra les recommandations pour, entre autre, ne pas décevoir ses interlocuteurs.

L'ensemble de ces facteurs sont intimement liés à l'observance future du patient.

3- Détection de la non-adhésion

Les patients parlent difficilement de façon spontanée des problèmes qu'ils rencontrent quotidiennement face à leur prise médicamenteuse. De plus, ils se souviennent rarement des oublis occasionnels et des prises partielles qui sont difficilement détectables. Enfin, l'adhésion thérapeutique n'est pas une caractéristique stable du patient, mais c'est une donnée dynamique qui varie au cours du temps chez le même individu en fonction des circonstances de la vie.

La détection est donc difficile et il est important de développer un système d'évaluation pour aider le médecin dans sa consultation et le patient dans sa prise médicamenteuse.

Elle peut se faire par des méthodes directes et indirectes :

3-1- Méthodes directes (7) (22) (29) (42)

- Détermination des taux sériques :

Cette méthode consiste à détecter la présence de produits dans l'organisme, en les mesurant directement. Elle renseigne de façon fidèle sur la quantité de médicament ingérée et permet un éventuel ajustement des doses administrées. En revanche, la demi-vie courte de certains produits, les modifications métaboliques variables d'un patient à l'autre, les fluctuations

individuelles des taux plasmatiques ou les interactions avec les aliments ne permettent pas de visualiser l'observance de plusieurs jours. De plus, la détermination des taux sériques n'est réalisable que pour quelques classes thérapeutiques (par exemple le lithium, les benzodiazépines...). Ce procédé est invasif, coûteux et limité. L'intérêt de cette technique dans la quête de l'observance est de pouvoir déterminer les taux sériques attestant d'un surdosage qui se manifeste par des effets secondaires. L'adaptation de la dose au patient permet d'éviter ces effets nuisibles et par conséquent, d'améliorer l'adhésion.

- Détermination des taux urinaires :

Cet examen présente les mêmes limites que la détermination du taux sérique même s'il demeure moins invasif. On ne peut pas déterminer les adaptations individuelles du traitement si la dose globale est prise. Cette méthode ne renseigne donc pas de façon précise sur le comportement du patient face à son traitement.

- Observation de l'effet thérapeutique clinique et biologique :

Le but de cette pratique est, avant tout, de s'assurer que le traitement amène les résultats escomptés. Cette observation permet, en fonction des résultats, d'adapter la posologie du médicament au patient. Parallèlement, le suivi de la pathologie dans sa globalité (par exemple : le dosage de l'hémoglobine glycosylée, l'évolution du contrôle du poids, la courbe tensionnelle...), des résultats thérapeutiques insatisfaisant ou une absence d'amélioration en dépit de posologies augmentées font suspecter une absence d'adhésion à la prise en charge.

- Observation des effets indésirables :

Certaines classes thérapeutiques, quand elles sont utilisées au long cours, provoquent des effets indésirables. Par exemple, des œdèmes des membres inférieurs sont observés avec les inhibiteurs calciques, une lipodystrophie accompagne la prise d'antirétroviraux... L'absence de ces signes induit le doute quant à la réelle prise du traitement.

D'autre part, les effets secondaires formulés par le patient doivent être considérés sérieusement. Ces plaintes constituent une alerte quant au risque de mauvaise observance future si l'on ne l'aide pas à remédier à ces manifestations.

- Questionnaire de Morisky :

C'est un outil fréquemment employé pour évaluer l'adhésion aux traitements. Il est composé de quatre questions qui portent sur le comportement qu'adopte le patient lorsqu'il est

confronté à certaines situations. C'est un outil rapide et simple à employer lors de l'exploration de l'historique médicamenteux du patient.

1) Vous arrive-t-il d'oublier de prendre votre médicament ?

2) Etes-vous quelques fois négligent dans la prise de votre médicament ?

3) Lorsque vous vous sentez mieux, vous arrive-t-il de cesser de prendre votre médicament ?

4) Si vous vous sentez moins bien quand vous prenez votre médicament, vous arrive-t-il de cesser de le prendre ?

Si le patient répond « non » à l'ensemble des questions, il est très observant.

Dans le cas où une ou deux réponses sont positives, il est considéré comme peu observant.

Enfin, si trois ou quatre réponses sont affirmatives, le patient n'est presque pas observant.

3-2- Méthodes indirectes ⁽⁵⁵⁾

- Dénombrement des doses restantes :

Cette méthode est facile à réaliser, peu coûteuse et reste très utilisée par les chercheurs notamment lors d'essais cliniques. Elle est limitée car elle renseigne sur une dose présumée absorbée. En effet, les unités manquantes n'ont pas obligatoirement été consommées par le patient. De plus, cet outil n'apporte pas de donnée sur le rythme et les modalités de prises. Le comptage des doses restantes ne peut donc pas être utilisé comme seul moyen de détection d'une mauvaise observance.

- Régularité des renouvellements :

C'est un procédé discret, facilement réalisable par le pharmacien et dont la manipulation par le patient s'avère difficile. En revanche, il ne renseigne pas sur les modalités de prise et l'observation d'une irrégularité dans le renouvellement d'une ordonnance nécessite, pour être interprétable, que le patient n'aille que dans une pharmacie et que le traitement médicamenteux chronique soit prescrit sur une ordonnance renouvelable. L'émergence du dossier pharmaceutique, expliqué plus longuement dans la troisième partie, permet au pharmacien de suivre la fréquence des renouvellements même si ceux-ci ne sont pas réalisés dans son officine. Cet outil a donc un véritable intérêt dans la démarche d'amélioration de l'observance. Analyser la régularité des renouvellements reste la méthode la plus utilisée car

cette méthode peut être spontanément mise en œuvre au comptoir lors de la délivrance de l'ordonnance.

- Questionnaire du Comité français de lutte contre l'hypertension :

Il est utilisable pour tout type de traitements. Six questions sont posées au patient. Il y répond en dehors de la consultation. A partir de deux réponses positives le problème mérite d'être abordé avec le patient. Il est qualifié de « non observant mineur ». Trois réponses et plus nécessitent de mettre en œuvre des moyens d'action pour comprendre et lutter contre l'absence d'observance. (annexe n° 3)

- Comptage d'ouverture d'un pilulier : (54)

Le pilulier électronique ou MEMS (Medication Event Monitoring System) est le moyen le plus précis pour obtenir une information complète sur la prise médicamenteuse des patients. Il s'agit d'un pilulier muni d'un bouchon électronique qui enregistre la date et l'heure de chaque ouverture du flacon. Ainsi on obtient des données en temps réel de la prise médicamenteuse qui peuvent ensuite être corrélées aux événements cliniques ou à l'objectif thérapeutique. Le suivi de l'adhésion est toujours effectué en accord avec le patient qui est précisément informé du recueil des données. Pour que les informations soient directement disponibles pour le patient, le pilulier peut être doté d'un affichage digital qui lui indique le nombre d'ouverture. Ce dernier sert alors d'aide mémoire intéressant pour le patient qui se demande fréquemment s'il a pris ou non son traitement. Le cas particulier des personnes âgées est à souligner car il leur arrive parfois de vérifier de manière compulsive le contenu du flacon sans absorber de comprimé, de l'ouvrir par simple curiosité ou encore pour s'assurer qu'il est bien fermé. En effet, cet appareil contrôle les ouvertures du flacon et non l'ingestion de médicament.

Les résultats obtenus grâce au pilulier électronique permettent de mettre en évidence les événements inhabituels qui ont conduits le patient à sous doser ou sur doser son traitement. C'est en analysant ces situations que le patient avec l'aide du pharmacien pourra cerner le problème, envisager des méthodes pour y remédier et anticiper la survenue de situations similaires. Cette démarche vise à encourager le patient à bâtir un comportement solide autour de la prise médicamenteuse et à développer une autonomie durable.

.

Ainsi le pilulier électronique permet de comprendre la dynamique de la prise médicamenteuse à long terme et d'avoir un historique médicamenteux de leurs patients.

- Dossier pharmaceutique (DP) : (46)

Le dossier pharmaceutique repose sur trois valeurs fondamentales :

- la liberté ;
- le secret professionnel ;
- la sécurité.

En matière de liberté, des garde-fous ont été prévus par le législateur puisque l'ouverture du dossier ne se fera que sur accord du patient qui pourra par la suite le consulter à tout moment et le fermer sans qu'il y ait de conséquence sur le remboursement des médicaments. Le DP renferme l'identité du patient, les médicaments qui lui ont été délivrés (noms, quantités, date de délivrance) avec ou sans ordonnance au cours des quatre derniers mois dans toutes les officines de France (sans préciser l'identité de la pharmacie). Ces données sont sous le contrôle du patient qui peut refuser que certains médicaments soient mentionnés.

Le dossier pharmaceutique est soumis au secret professionnel. Il ne peut être consulté que par le pharmacien et ses collaborateurs autorisés par la loi, qui délivrent les médicaments, consultent et mettent à jour le DP. Cette consultation n'est possible qu'en présence du patient puisque cette opération nécessite d'avoir sa carte vitale et une carte de professionnel de santé. Enfin, lors de la consultation du DP, le GIE SANTEOS (hébergeur agréé de données de santé à caractère personnel) sélectionné par le Conseil de l'Ordre des pharmaciens, transfère les données par un réseau informatique professionnel sécurisé. Dès que le pharmacien rend la carte vitale au patient, les données du DP disparaissent de l'ordinateur et laisse uniquement l'historique de la pharmacie.

Le dossier pharmaceutique est un outil capital pour le pharmacien. Il lui permet de formuler des conseils en ayant une connaissance globale du traitement. Il peut, grâce à ce système, s'assurer de l'absence d'interactions médicamenteuses dangereuses pour le patient, ce qui est primordial dans un environnement où le vieillissement de la population contribue à un accroissement des patients polymédiqués. De plus, le dossier pharmaceutique permet au pharmacien de détecter des redondances dans le traitement ou un abus de molécule. Par exemple : un patient demande spontanément et très régulièrement un produit à base de codéine alors que chaque mois, il lui est prescrit un médicament qui contient ce même principe actif. La vigilance peut aussi être portée sur la régularité des renouvellements qui, comme cela a été décrit précédemment, est un moyen de suspecter une mauvaise observance.

Enfin, le dossier pharmaceutique sera contenu dans le dossier médical personnel dans lequel figureront l'ensemble des examens biologiques, radiographiques ... réalisés et sera accessible par l'ensemble des professionnels de santé.

4- Rôle du pharmacien et des autres professionnels de santé dans l'adhésion du patient

4-1- Relation médecin-patient (5) (10) (14) (29) (64)

La relation médecin-malade doit être harmonieuse afin d'optimiser la gestion des principales difficultés rencontrées dans les pathologies chroniques : l'impact de la maladie sur la qualité de vie et l'observance au traitement.

4-1-1- Image, représentation, considération du médecin par le patient (56)

La confiance du patient en son médecin semble, entre autre, s'établir sur sa compétence professionnelle. Les malades avouent être attentifs au savoir de ce dernier, à son expérience professionnelle et à sa rigueur scientifique. Ils décrivent le « bon médecin » comme un expert attentif et consciencieux qui est aussi disponible, à l'écoute, désintéressé financièrement et ayant des qualités humaines comme la gentillesse ou la sympathie. A l'opposé, le « mauvais médecin » est caractérisé par sa négligence, le manque de disponibilité, l'intrusion dans la vie privée, la relation marchande...

Cette conception du rôle et des qualités du médecin s'inscrit dans la représentation du « médecin de famille ». La relation est alors personnalisée et le praticien prend le rôle de confident.

4-1-2- Position du médecin face au patient ⁽⁵⁶⁾

Certains généralistes considèrent qu'ils connaissent les niveaux d'adhésion de leurs patients. La ponctualité du renouvellement, l'interrogatoire du patient sont des stratégies largement utilisées et qui restent les meilleurs outils d'évaluation pour le médecin. Ce dernier estime que la relation de proximité centrée sur l'écoute, le partage et développée avec le malade permet d'optimiser la prise en charge. D'autres sont désireux d'imposer des normes sanitaires, des normes de vie, de cadrer les patients et de limiter leur liberté notamment concernant le comportement à adopter en matière de santé. Ils montrent des difficultés à considérer le patient en tant que sujet autonome vis-à-vis de sa maladie et de son traitement. Ces praticiens perçoivent les patients non compliants de façon négatives (« ils n'en font qu'à leur tête », « il n'y a rien à en tirer »).

4-1-3- Personnalité des deux protagonistes

La relation médecin-patient met en jeu des sentiments positifs et négatifs de la part des deux protagonistes. Ces éléments peuvent faciliter ou nuire à la communication. La personnalité de chacun va donc influencer sur la relation thérapeutique. Par exemple, un patient « dépendant » aura du mal à réfléchir, à prendre des décisions et aura besoin d'être sans cesse conseillé et rassuré par son médecin. Pour lui, le médecin idéal sera directif et paternaliste.

Dans le cadre, par exemple, de l'hypertension artérielle, la suspicion d'une mauvaise observance par les médecins est mal perçue par le patient car elle témoigne d'un manque de confiance du médecin à l'égard du patient. Dans le discours de certains hypertendus, l'observance renvoie à une relation de soumission et d'obéissance à l'égard du médecin qui détient le savoir. « C'est lui qui décide, ce n'est pas moi », « je lui fais confiance »...

L'obéissance n'exclut pas la négociation. Certains patients décrivent des situations où ils négocient la décision du médecin en lui imposant leur point de vue.

4-1-4- Perception de la maladie des deux cotés

Cette vision est différente que l'on se situe du côté du patient ou du praticien. Pour le malade, la pathologie fait partie de son vécu, de son quotidien et peut aboutir à une véritable souffrance. Pour le médecin, la maladie est un ensemble de symptômes qu'il faut éradiquer ou tenter d'atténuer. Pour aboutir à une relation médecin-patient optimale, il est tout d'abord nécessaire pour le médecin de cerner l'impact qu'a la maladie sur la qualité de vie du patient. Pour cela, il doit comprendre comment le malade se représente sa pathologie. Ces perceptions conscientes ou non sont inhérentes à sa culture, à son histoire personnelle et familiale. La personnalité du malade, son approche de la pathologie, du traitement mais aussi son vécu peuvent constituer des obstacles inconscients à la prise en charge et être nuisible à la relation avec les soignants.

4-1-5- Ecoute, intérêt du praticien pour le malade ⁽¹¹⁾

Le médecin doit être attentif et disponible. Lors de l'entretien avec le patient, il le considère dans sa globalité c'est-à-dire sans se limiter à la maladie. Le patient attend de son médecin une écoute assidue et qu'il le rassure. Il constate alors que le praticien a bien pris en compte l'ensemble des données de son histoire personnelle et ceci le conforte dans l'idée qu'il a établi avec le praticien un lien privilégié. Le véritable intérêt que porte le médecin pour son patient aboutit à une meilleure adhésion du malade à son traitement et l'aide à mieux vivre avec sa maladie. Au contraire, une écoute médiocre favorise le nomadisme médical et la mauvaise observance.

Au cours du traitement, la vigilance et l'écoute du patient sont primordiales notamment lorsqu'il évoque des symptômes ressentis qu'ils soient ou non dus à la toxicité d'une molécule. La plainte du patient peut exprimer la peur et/ou un désaccord qui devrait être pris en compte et être gérée pour aboutir à un consentement éclairé entre patient et praticien. La reconnaissance et la gestion des effets indésirables ressentis sont essentielles dans la démarche d'accompagnement du patient. La fréquence de ces événements, leur nature et leurs conséquences sur la vie quotidienne sont souvent sous-évaluées par les médecins et autres soignants. Il est donc important que le patient se sente en confiance pour parler sans crainte de ses difficultés. La proximité avec les professionnels de santé permet au patient de demander de l'aide sans être gêner, de poser des questions sans avoir le sentiment d'être idiot ou que cela est

inutile. Ceci est possible lorsque le patient est acteur de sa prise en charge et qu'il devient un véritable partenaire de soins. (14)

4-1-6- Suivi

L'adhésion est un processus dynamique nécessitant un suivi et une vigilance au long cours. La cohérence des conseils et des prescriptions est souvent difficile en raison des nombreux intervenants. Le « médecin de famille » a alors un rôle prépondérant. Il centralise l'ensemble des informations concernant la pathologie du patient et l'informe sur les conduites à tenir. Grâce à cette aide précieuse, le patient tente de s'approprier son traitement, de l'intégrer à son quotidien. Le respect d'une ordonnance concernant une pathologie chronique ou un traitement prolongé est difficile et nécessite que le patient soit soutenu, encadré par son médecin. Pour optimiser cette démarche, il est intéressant à chaque consultation de demander au patient s'il a rencontré des difficultés et de lui rappeler que nous sommes là pour l'aider.

4-1-7- Communication (52)

La relation médecin/malade exige des compétences en communication. En effet, si celle-ci est inadéquate, on aboutit à une détection insuffisante des troubles, de mauvaises investigations médicales, des traitements inappropriés, une insatisfaction du patient, une adaptation peu efficace à sa maladie, moins d'adhésion au traitement, une tendance à changer de médecin, une moindre compréhension et mémorisation de ce qui a été dit lors de la consultation.

Au contraire, les stratégies de communication efficaces utilisées par les médecins sont susceptibles de soutenir l'adaptation du patient à la maladie, d'augmenter son adhésion au traitement, sa connaissance de la maladie, sa satisfaction quant à l'entretien, voire d'influencer l'évolution de son état de santé. Elles permettent également la détection de troubles émotionnels et la diminution des comportements à risque (tabagisme, alcool, sédentarité...).

La première condition est donc que le médecin possède des connaissances et des aptitudes en matière de stratégies de communication, la seconde qu'il soit motivé à les mettre en pratique et la troisième qu'il y soit encouragé par son entourage professionnel.

- L'entretien :

La prescription, pour qu'elle soit respectée, devrait être l'aboutissement d'une discussion au cours de laquelle le patient comprend, admet et assume la décision prise. Cet échange permet de préciser les responsabilités et les rôles de chacun des partenaires. Il implique un respect du patient tant d'un point de vue physique, psychique, culturel que religieux. C'est de la qualité de cette négociation que dépendra la qualité de l'observance de la prescription.

- Le langage :

Le langage utilisé lors de l'entretien avec le malade doit être adapté. Chaque mot peut être compris différemment selon les références de chacun. Le discours du médecin, s'il est mal interprété par le patient, peut donner lieu à une remise en question de la prise en charge.

D'autre part, le praticien doit attirer son attention sur le langage non verbal du patient. La non observance peut être un moyen pour celui-ci de montrer son désaccord ou une difficulté qui interfère dans la relation avec le médecin.

- Les explications, les informations :

Les patients expriment leur insatisfaction concernant le manque d'informations fournies par le médecin sur l'indication, le mode d'action des médicaments et leurs effets indésirables. Ils justifient cette insuffisance de renseignements par le manque de temps dont dispose le médecin. Face à ce déficit d'informations, le patient effectue notamment des recherches sur internet où la représentation schématique fournie ne correspondra pas à la particularité de chaque cas. Ceci amène un risque majeur d'interprétations erronées.

Le diagnostic d'une pathologie annoncé sans explication, sans information sur les implications, sur ce que cela signifie, met le patient dans une situation d'incompréhension.

La mise en place d'un traitement sans impliquer ni consulter le malade notamment en se renseignant sur son mode de vie pour y adapter la prise médicamenteuse peut le désarçonner.

Le malade se sent exclu de sa prise en charge. Il n'a aucune connaissance de sa pathologie et de son traitement.

Comment est ce possible, pour une personne, d'adhérer à quelque chose qu'elle ignore ?

L'information en début de traitement mais également au cours de la prise en charge, demeure primordiale. Après plusieurs semaines, plusieurs mois de traitement, les conditions de vie du patient peuvent changer. Le traitement peut alors interférer avec le mode de vie et produire des contraintes majeures pour le malade.

C'est en établissant un dialogue dans lequel chacun des protagonistes écoute, est attentif et délivre les informations dont l'autre à besoin, que nous pourrions aboutir à une adhésion du patient sur le long terme.

- Un conseiller, un partenaire : (37)

Le médecin reste garant des objectifs et moyens thérapeutiques même s'il est important que le patient participe activement à sa propre prise en charge. Le médecin devient au-delà du prescripteur, un conseiller partageant avec le malade une partie de son savoir, négociant avec ce dernier les objectifs intermédiaires à atteindre, analysant avec lui les données psychologiques et sociales et faisant appel à différentes compétences (médecins généralistes, spécialistes, psychologues...) selon les besoins.

L'attitude empathique, l'absence de jugement, la patience du soignant permettent progressivement au patient de comprendre les erreurs rencontrées lors de sa formation thérapeutique et de mieux contrôler sa maladie. Dans les affections de longue durée, la gestion des erreurs est en lien direct avec la prévention des rechutes.

4-1-8- L'implication du patient dans la prise en charge (21) (56)

Le malade devient un partenaire de l'équipe soignante. L'observance n'est plus la face cachée d'une relation d'autorité puisqu'elle est l'objet même de la relation.

Le patient est introduit dans la démarche de soins pour qu'il se sente impliqué, prenne une place favorable et assume les difficultés rencontrées.

L'élaboration d'une alliance thérapeutique et d'un travail en réseau est primordiale. En effet, les actions éducatives du pharmacien ne peuvent s'élaborer que dans la conscience d'appartenir à un réseau pluridisciplinaire (professionnels de santé et proches du patient) et de collaborer avec celui-ci. (33)

4-2- Relation pharmacien-patient ⁽²⁵⁾

4-2-1- Pharmacien : professionnel de santé et spécialiste du médicament ^{(5) (27) (33)}

Le pharmacien incarne le médicament. Avant de dispenser le traitement, il contrôle l'ensemble de la prescription. En la décryptant, il s'assure de la cohérence des propos médicamenteux et en déduit concrètement le plan thérapeutique.

Dans un premier temps, il informe le patient sur sa pathologie et sur les objectifs de son traitement. C'est à ce moment qu'il renforce ou rectifie les données comprises par le malade. Au cours de son traitement, le patient peut éprouver certaines difficultés. Le pharmacien est alors amené à identifier et résoudre les problèmes associés à l'utilisation des médicaments dans les maladies chroniques qui, s'ils ne sont pas résolus, peuvent nuire aux résultats. Par exemple, lorsque la prescription, les doses, les instructions d'utilisation sont inadaptées ou lorsque un nombre injustifié de médicaments est prescrit, le patient peut être amené à modifier lui-même son traitement et ceci peut compromettre l'obtention des résultats escomptés.

Le pharmacien est un interlocuteur privilégié. Il adapte au mieux les formes galéniques du médicament, joue un rôle de médiateur entre le patient et son médecin. Avant le médecin et après la famille, le pharmacien constitue le recours le plus direct pour les problèmes de santé courants. Le pharmacien détient des connaissances sur les médicaments et représente une source fiable et nécessaire d'informations sur les thérapeutiques. Il est le conseiller de référence en matière d'usage des médicaments. De part sa formation, le pharmacien a une vue d'ensemble sur le médicament (connaissances pharmaceutiques, pharmacologiques et pharmacocinétiques) qui lui confère une place privilégiée dans la prise en charge des traitements au long cours et un rôle complémentaire au médecin pour motiver le patient et soutenir son adhésion. Il aide les personnes à comprendre les dangers des maladies chroniques et intervient dans la prévention.

Au quotidien, le pharmacien exerce le rôle de conseiller dans l'usage des thérapeutiques en établissant un lien entre le savoir et l'application (gestes, comportement). Il réalise ainsi la démonstration d'utilisation d'un nouveau traitement et s'assure que le patient a compris les règles de bon usage.

4-2-2- Pharmacien : acteur de santé de proximité ⁽⁵⁴⁾

Le pharmacien par sa disponibilité, sa présence permanente et son libre accès développe avec le patient une relation de proximité. Il est le professionnel de santé le plus consulté et voit chaque patient parfois plus souvent que les autres soignants. L'absence de prise de rendez-vous permet au malade, dès qu'il en éprouve le besoin, de s'entretenir avec son pharmacien qui représente un conseiller, un confident neutre et bienveillant.

De par sa proximité, le pharmacien a connaissance de l'environnement familial, social et professionnel du patient. Ceci lui permet d'avoir une vision globale de la situation et d'identifier notamment les modes de vie comportant des risques pour la santé. Il soutient et accompagne le patient régulièrement et à long terme.

Chaque mois viennent les malades atteints de pathologies chroniques (la majorité allant toujours dans la même officine). Dans ce cas, le pharmacien a accès à l'historique médicamenteux du patient ce qui lui permet d'être vigilant lors de la délivrance d'un conseil et d'une demande spontanée de médicament. Les entretiens réguliers facilitent l'élaboration d'une relation de confiance entre le pharmacien et le patient. Il est alors plus aisé de parler des difficultés rencontrées lors du traitement et de l'adhésion à ce dernier. Cette question est à aborder régulièrement, dès le début de la prise en charge de façon informative et pas uniquement en cas de suspicion. Ce sentiment entraînerait de la culpabilité et des réactions de défense du malade. Le but premier est de motiver et d'encourager le patient à être responsable de sa santé.

Le pharmacien détient également une place prépondérante dans le maintien à domicile (MAD) en intervenant comme fournisseur de médicaments, conseiller, en s'assurant que le domicile du patient permet la mise en place des soins de manière adaptée, et en se rendant disponible pour garantir des soins de qualité équivalente à ceux réalisés en milieu hospitalier.

4-2-3- Pharmacien : éducateur et conseiller ^{(5) (15) (20) (33) (43) (47)}

Son statut de professionnel de santé et de spécialiste du médicament associé à sa proximité avec le patient, permettent aisément au pharmacien d'informer et de promouvoir la prévention et le dépistage de certaines pathologies.

Le pharmacien, au cours de son exercice professionnel est majoritairement amené à délivrer des ordonnances. La finalité de la dispensation est que le médicament soit effectivement et correctement pris et qu'il soit efficace avec le minimum d'effets secondaires. Cet acte s'accompagne de conseils et d'informations et s'avère être un moment privilégié durant lequel sera réalisé l'éducation pour le bon usage du médicament.

Afin de promouvoir une utilisation adéquate des produits pharmaceutiques, différents aspects doivent être abordés :

- un apprentissage pour l'utilisation des dispositifs médicaux ;
- un enseignement par anticipation, c'est-à-dire une aide à l'adaptation de la prise médicamenteuse dans des circonstances particulières ;
- la gestion de la crise par un soutien, un accueil constant et des conseils d'urgence formulés par le pharmacien.

Ce dernier peut mettre à la disposition du patient un feuillet personnalisé d'autogestion thérapeutique notamment dans les pathologies comme le diabète, l'hypertension artérielle ou les troubles de la coagulation.

Au sein de l'officine, sont exposés des documents concernant certaines maladies. Ils permettent d'étayer le discours du pharmacien et le patient peut les consulter à tête reposée à son domicile. Le pharmacien se doit enfin de soutenir et d'accompagner le malade tout au long de son traitement afin de l'aider à réduire les facteurs de risque mais aussi pour maintenir son observance.

La consultation, la prescription et la délivrance d'une ordonnance sont des moments clés dans la mise en place d'un traitement. Des facteurs ont été désignés comme prédisposant le patient à être observant et satisfait de son traitement : une information dispensée suffisante, des compétences professionnelles, le respect, l'écoute et la capacité du professionnel de santé à motiver le patient.

La diminution du phénomène de non observance semble être envisageable si l'éducation thérapeutique est adaptée et que les patients trouvent des réponses à leurs attentes.

5- Stratégies à mettre en œuvre pour améliorer l'observance

L'amélioration de l'observance nécessite une identification de ces facteurs et d'agir en se basant sur les principes de changement comportementaux utilisés dans l'éducation du patient prenant en compte la personne, son mode de vie et son entourage.

Quatre types d'intervention :

- faciliter le programme de prise des médicaments (pilulier, plan de prise...) ;
- améliorer et renforcer la relation professionnels de santé/patient ;
- développer l'éducation du patient et/ou de sa famille ;
- proposer divers modes de rappels (visites de suivi, intervention d'une infirmière, d'un pharmacien...).

5-1- Adaptation du traitement (29) (42)

L'historique médicamenteux est pris en compte lors du choix du traitement. Ce dernier est adapté aux besoins et aux possibilités du malade. La forme galénique choisie est celle qui lui convient le mieux car la difficulté de prendre un médicament au quotidien ne peut que, à court ou moyen terme, nuire à l'observance du malade. Dans la mesure du possible, le nombre de médicaments est limité ainsi que la fréquence des prises durant la journée. Ce facteur est reconnu comme ayant une incidence majeure sur l'adhésion du patient.

Le traitement, dès son instauration puis de façon régulière, est réévalué. On observe souvent une accumulation des thérapeutiques au fil du temps sans qu'il y ait de réelle remise en question du traitement dans sa globalité. Le prescripteur doit fréquemment s'interroger sur l'aspect indispensable de chaque thérapeutique, la pertinence de leur horaire de prise, les problèmes à traiter en priorité ainsi que le risque d'interaction soulevé à chaque changement du traitement.

5-2- Amélioration de la relation patient – professionnels de santé

(29) (42) (48) (53)

Les quatre piliers permettant l'élaboration d'une relation patient – soignants optimale sont :

5-2-1- Explication – élaboration du traitement

Le partage du diagnostic avec le patient, la compréhension du lien entre symptômes et diagnostic sont les premières étapes qui permettent au patient de mieux comprendre sa situation. Dans un second temps, le médecin explique le lien entre la pathologie et le traitement proposé c'est-à-dire les raisons qui l'ont poussé à choisir telle thérapeutique plutôt qu'une autre.

L'information délivrée doit être claire, simple et suffisante. Le médecin se met à la portée du patient en adaptant son langage et en faisant preuve d'empathie.

Le pharmacien à son tour, accueille le patient en lui expliquant les modalités du traitement. Ces informations orales sont également formulées par écrit pour assurer leur pérennité en cas d'oubli. La posologie par exemple, est inscrite sur chaque boîte en insistant sur l'importance du respect des doses afin de lutter contre la toxicité et les phénomènes d'accoutumance. Une fiche conseil ainsi qu'un plan de prise intégré à la vie du patient pourront être rédigés. Ces éléments aident le malade à s'approprier peu à peu son traitement. Il doit savoir à quoi sert chaque médicament, les effets escomptés, les éventuels effets indésirables et savoir comment les gérer ainsi que le mode de prise des thérapeutiques.

Certains médicaments ont un procédé d'utilisation particulier qui nécessite que le pharmacien en fasse la démonstration. Il profite de cette entrevue pour montrer au patient comment utiliser le médicament et s'assure que ce dernier a compris en lui faisant reproduire le geste (ex : utilisation de diskus dans le traitement de fond de l'asthme).

5-2-2- Responsabilisation du patient

Le malade atteint d'une pathologie chronique doit être autonome vis-à-vis de son traitement (si ses capacités physiques et mentales le permettent). Ce n'est qu'en se « comportant » comme un partenaire actif dans sa prise en charge qu'une adhésion est possible. Pour cela,

les médecins et pharmaciens qui l'entourent doivent s'assurer qu'il a bien compris son traitement, que celui-ci est intégré au quotidien du patient et que ce dernier est motivé. Le patient devient peu à peu responsable de son traitement et est capable de le gérer.

5-2-3- Dialogue

L'instauration d'un dialogue avec le malade est progressive. Il doit se sentir écouté, respecté et considéré. Il parle alors de ses attentes et de ses craintes avec son médecin qui en tiendra compte lors de la prescription pour qu'il n'y ait pas de malentendu ni de désaccord qui conduiraient à une mauvaise observance.

Le médecin et le pharmacien doivent tenir compte des croyances du patient c'est-à-dire de la position qu'il adopte face à la maladie : se considère-t-il comme malade ? Est-il convaincu que les complications de sa maladie peuvent être graves ? Considère-t-il que le traitement soit bénéfique ? Pense-t-il que les médicaments lui apportent plus d'avantages que d'inconvénients ?

Les réponses obtenues permettent de définir plusieurs comportements qui ont notamment des conséquences sur la prescription médicamenteuse :

- pré-contemplation : « je ne suis pas malade ». Le patient considère qu'il n'a pas besoin de traitement. Il faut alors l'informer et comprendre d'où viennent ces résistances ;
- contemplation : « je vais essayer ... ». On parle alors des avantages et des inconvénients de la méthode utilisée ;
- préparation : « je veux bien essayer mais... ». On définit les objectifs, identifie les avantages ;
- action : « je prends mon traitement tous les jours ». Il est indispensable de l'encourager, insister sur les effets positifs, repérer les effets indésirables, l'aider à les maîtriser et adapter le traitement si besoin ;
- maintenance : « j'oublie parfois mon traitement ». Les professionnels de santé cherchent alors des stratégies pour remotiver le malade, éviter ces oublis, ils discutent des risques liés à la non observance, renforce les aspects bénéfiques. (29)

5-2-4- Soutien du patient

Face à la maladie, un patient seul risque de perdre espoir et de ne pas suivre correctement son traitement. Les soutiens familiaux, socioprofessionnels jouent un rôle fondamental. Son entourage le motive, l'encourage et l'aide dans toutes les phases qu'il traverse.

Les professionnels de santé doivent suivre régulièrement le patient pour s'assurer que la prise en charge est optimale et que le traitement est pris correctement. La planification d'entretiens réguliers permet de rester à l'écoute des éventuelles questions, plaintes que le patient peut formuler. Le malade en voyant les soignants qui l'entourent disponibles se confiera sans crainte. C'est grâce à cette relation de confiance mutuelle que nous pourrions espérer lutter contre le manque d'observance des patients.

L'observance au sens strict de respect de prescription devrait plutôt faire place au concept d'adhésion impliquant une négociation réussie entre les professionnels de santé et le patient.

Il faut que le patient soit placé au cœur de l'action. Les besoins du patient et ses possibilités sont déterminés en se basant sur ses caractéristiques : contexte socioprofessionnel, état de ses connaissances et surtout le stade d'acceptation de sa maladie.

D'après ces critères, on pourra fixer les objectifs thérapeutiques qui seront élaborés de façon à ce que le patient ait un certain degré d'autonomie.

5-3- Education thérapeutique (5) (16) (21) (31)

L'éducation thérapeutique est un processus permanent intégré aux soins et centré sur le patient. Selon l'OMS (publication 1996), l'enjeu de l'éducation thérapeutique est d'aider les patients à acquérir ou maintenir des compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. L'éducation thérapeutique se définit comme : « un processus par étapes, intégré dans la démarche de soins, comprenant un ensemble d'activités 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 destiné 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. » Le but est de former le patient à adopter

un comportement de santé fondé sur l'autogestion et l'adaptation du traitement à la maladie chronique.

Les objectifs de l'éducation thérapeutique sont divers :

- une utilisation optimale des services de santé ;
- un rôle actif du patient dans le dialogue avec le soignant ;
- un accompagnement du malade vers une acceptation du caractère chronique de sa maladie ;
- un encouragement, une aide pour qu'il assume les contraintes engendrées par la pathologie et le traitement ;
- une prise en charge complète du traitement ;
- la prévention des complications et rechutes ;
- l'amélioration de l'adhésion ;
- le changement de certaines habitudes de vie.

L'éducation thérapeutique doit répondre à des critères de qualité :

- cette démarche doit être structurée, organisée et proposée à tous les patients ;
- elle doit tenir compte des processus d'adaptation du patient à sa maladie (coping), sa représentation de la maladie et de la santé ;
- elle s'inscrit dans une démarche au long cours ;
- elle est réalisée par des professionnels de santé formés à cet effet ;
- l'éducation thérapeutique est une démarche pluridisciplinaire et basée sur un travail en réseau ;
- une évaluation du processus d'apprentissage et des effets est effectuée régulièrement.

L'éducation thérapeutique dans les maladies chroniques demande un réel investissement du patient qui acquiert un savoir-faire lui permettant d'atteindre un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de sa maladie.

Toute éducation thérapeutique (information, communication, éducation) ne peut être acceptée que si elle s'appuie sur des éléments de confiance et de respect mutuels. Ce n'est qu'une fois ces pré-requis posés qu'il devient réaliste d'insister sur les effets secondaires d'une médication mal suivie et sur l'utilité du respect des recommandations médicales.

5-4- Le projet thérapeutique ⁽³³⁾

Il a pour but de rendre au traitement une perspective évolutive. La prise en charge d'une maladie chronique nécessite des réévaluations régulières, l'instauration d'une démarche progressive d'apprentissage en travaillant en collaboration avec le patient.

Cette notion de projet est centrale dans le processus d'adhésion. Le pharmacien a un rôle clé, devient un partenaire compétent et compréhensif et permet au patient d'évoquer ses craintes, ses doutes.

5-5- Consultation d'observance ^{(18) (61)}

Il s'agit d'un programme spécifique d'aide et d'écoute du patient par des professionnels (psychologues, infirmières, pharmaciens, médecins) formés à cet effet qui se déroule au sein de centres hospitaliers. La consultation d'observance a pour but d'accompagner le patient sur le plan médical, psychologique et social. Elle est particulièrement indiquée lors de l'initiation d'un traitement ou de sa modification.

A la mise en route d'un traitement (notamment antirétroviral), les professionnels et le patient déterminent les objectifs de la prise en charge en tenant compte des attentes, contraintes et du mode de vie du patient.

Lorsque le patient est non observant, celui-ci, accompagné de l'équipe, tente de comprendre et d'en déterminer les causes. Des questions peuvent aider le patient à identifier l'origine de son manque d'adhésion au traitement.

- Est-il suffisamment informé sur sa maladie et son traitement ?
- Comment organise-t-il son quotidien avec le traitement ?
- A quel moment de la journée prend-il ses médicaments ?
- A-t-il trouvé des astuces pour ne pas oublier ou se tromper de produits ?
- Le patient a-t-il déjà interrompu son traitement ? Quelles sont les raisons ?
- Reçoit-il du soutien de la part de son entourage ?
- Est-il amené à être absent de son domicile ? ⁽²⁹⁾

Ensuite, sont élaborées des stratégies personnalisées visant à résoudre les difficultés rencontrées et à promouvoir une observance durable.

L'accompagnement vers l'observance doit être régulier, variablement espacé pour prévenir les éventuelles rechutes et limiter les conséquences d'un manque d'adhésion. Ce suivi permet de détecter les événements pouvant nuire à l'observance notamment la survenue d'effets indésirables et de l'aider à les maîtriser.

5-6- Conseils aux patients (30) (54)

Une maladie chronique exige des prises quotidiennes de médicaments. Il arrive parfois que le patient ne se souvienne plus s'il a pris ou non son traitement. Les occupations de chaque jour peuvent aussi contribuer à un oubli.

Le pharmacien peut indiquer au patient des moyens lui permettant d'éviter ces situations :

- le pilulier/semainier : préparé chaque jour/semaine, assure que le médicament a été administré ou non en cas de doute ;
- le pilulier électronique décrit précédemment affiche la date et l'heure de la dernière ouverte du flacon ;
- un réveil ou une alarme de téléphone rappelant les heures de prise est intéressant dans le cas de médicaments qui exigent des administrations à intervalles réguliers.

Le patient peut aussi intégrer le médicament à la routine quotidienne. Adapter la prise médicamenteuse à une activité permet de renforcer les chances d'adhésion au traitement. Par exemple : le brossage de dents, la tisane du soir, la promenade du chien.

Conclusion (13) (29)

L'observance est un processus complexe qui concerne autant le traitement médicamenteux que les règles hygiéno-diététiques ou le suivi médical. L'identification d'un manque d'observance est délicate et les investigations supposent de la méthode pour éviter de placer le patient en position d'accusé.

L'étude réalisée au CETD souligne l'importance d'aborder le patient douloureux chronique dans sa globalité, c'est-à-dire de s'intéresser à son vécu (histoire de la maladie) et aux adaptations cognitivo-comportementales qu'il a développées face à sa pathologie. L'ajustement du traitement aux attentes et au mode de vie du patient s'avère nécessaire. Le malade doit avoir une bonne connaissance des modalités d'utilisation des médicaments qu'il consomme.

Les facteurs de mauvaise observance tels l'attitude, l'âge du patient, ses capacités physiques ou son environnement socioculturel doivent attirer l'attention des professionnels de santé.

Des moyens aident ces derniers à détecter un manque d'observance, notamment le dossier pharmaceutique qui permet au pharmacien de suivre la régularité des renouvellements.

Enfin, des solutions sont proposées, particulièrement l'éducation thérapeutique du patient et l'amélioration de la relation du malade avec son médecin et son pharmacien lors d'entrevues régulières, aboutissant à l'instauration d'un dialogue fondé sur une écoute attentive et une confiance mutuelle.

L'optimisation de l'observance nécessite de passer d'une observance passive à une adhésion réelle impliquant une participation du patient à la sélection, à l'ajustement et à la mise en œuvre des prescriptions.

LISTE DES ABREVIATIONS :

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

CETD : Centre d’Evaluation et de Traitement de la Douleur

COTOREP : Commission Technique d’Orientation et de Reclassement Professionnel

CSQ : Coping Strategies Questionnaire

DP : Dossier Pharmaceutique

EFNS : European Federation of Neurological Societies

EVA : Echelle Visuelle Analogique

HAD : Hospital Anxiety and Depression

IASP : International Association for the Study of Pain

MAD : Maintien à Domicile

MEMS : Medication Event Monitoring System

MQS : Medication Quantification Scale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SMR : Service Médical Rendu

TENS : Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation

VIH : Virus de l’Immunodéficience Humaine

LISTE DES FIGURES :

Figure 1 : Les différents acteurs de la prise en charge des douloureux chroniques.....	8
Figure 2 : Traitement à l'entrée et à la sortie du CETD.....	33
Figure 3 : Traitements 3 mois après l'hospitalisation.....	35
Figure 4 : Comparaison des MQS prescrit et pris en début d'hospitalisation	36
Figure 5 : Evolution du MQS pris à l'entrée au CETD, la sortie et 3 mois après l'hospitalisation.....	38
Figure 6 : Comparaison de l'EVA douleur à l'entrée, à la sortie du CETD et 3 mois après l'hospitalisation.....	40
Figure 7 : Comparaison de l'EVA fonction à l'entrée, à la sortie du CETD et 3 mois après l'hospitalisation.....	41
Figure 8 : Comparaison de l'EVA sommeil à l'entrée, à la sortie du CETD et 3 mois après l'hospitalisation.....	42
Figure 9 : Répartition des stratégies de coping développées par les patients	43

LISTE DES TABLEAUX :

Tableau I: Niveau de dosage en fonction de la dose quotidienne administrée	31
Tableau II: Degré de préjudice en fonction de la classe thérapeutique	32
Tableau III : Tableau MQS.....	92
Tableau IV : Données de l'étude clinique.....	93

LISTE DES ANNEXES :

Annexe n° 1 : Questionnaire de coping	88
Annexe n° 2 : Echelle de HAD.....	89
Annexe n° 3 : Questionnaire d'évaluation de l'observance à un traitement médicamenteux	90

QUESTIONNAIRE DE COPING (C.S.Q.)

Consigne : Quand vous avez eu mal, vous avez réagi de diverses manières. Indiquez, pour chacune des stratégies suivantes, si vous l'avez utilisée pour faire face à votre douleur.

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
	1	2	3	4
1. J'ai essayé de prendre de la distance par rapport à la douleur, comme si elle était dans le corps de quelqu'un d'autre.	☐	☐	☐	☐
2. Je suis sortie de chez moi, par exemple pour aller au cinéma ou faire des courses.	☐	☐	☐	☐
3. J'ai essayé de penser à quelque chose d'agréable.	☐	☐	☐	☐
4. J'ai essayé de percevoir ma douleur non comme une douleur mais plutôt comme une sensation déplaisante.	☐	☐	☐	☐
5. J'ai trouvé que c'était terrible et j'ai eu l'impression que ça n'irait jamais mieux.	☐	☐	☐	☐
6. J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais.	☐	☐	☐	☐
7. Je me suis incitée à être courageuse et à poursuivre mes activités malgré la douleur.	☐	☐	☐	☐
8. J'ai lu.	☐	☐	☐	☐
9. Je me suis dit que je pouvais surmonter ma douleur.	☐	☐	☐	☐
10. J'ai pris mes médicaments.	☐	☐	☐	☐
11. J'ai sollicité l'aide d'un professionnel et j'ai fait ce qu'on m'a conseillé.	☐	☐	☐	☐
12. J'ai compté ou je me suis chanté une chanson dans la tête.	☐	☐	☐	☐
13. J'ai essayé de percevoir ma douleur autrement, comme une sensation d'engourdissement par exemple.	☐	☐	☐	☐
14. J'ai trouvé que c'était affreux et j'ai eu l'impression que la douleur m'écrasait.	☐	☐	☐	☐
15. J'ai joué à des jeux dans ma tête pour éloigner mon esprit de la douleur.	☐	☐	☐	☐
16. J'ai demandé des conseils à une personne digne de respect et je les ai suivis.	☐	☐	☐	☐
17. J'ai eu l'impression que la vie ne valait pas la peine d'être vécue.	☐	☐	☐	☐
18. J'ai espéré rencontrer quelqu'un qui pourrait m'aider et soulager ma douleur quelque temps.	☐	☐	☐	☐

Annexe : Protocole de recherche

		Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
		1	2	3	4
19.	J'ai beaucoup marché.	☐	☐	☐	☐
20.	J'ai prié Dieu ou le destin pour que ma douleur ne dure pas.	☐	☐	☐	☐
21.	J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de ma douleur.	☐	☐	☐	☐
22.	J'ai essayé de penser à la douleur comme si elle était séparée de mon corps.	☐	☐	☐	☐
23.	Je me suis reposée, je me suis détendue.	☐	☐	☐	☐
24.	J'ai essayé de ne pas penser à la douleur.	☐	☐	☐	☐
25.	J'ai essayé de penser au futur, à ce que sera ma vie quand je serais débarrassé de ma douleur.	☐	☐	☐	☐
26.	J'ai contenu (gardé pour moi) mes émotions.	☐	☐	☐	☐
27.	Je me suis dit que je n'avais pas mal.	☐	☐	☐	☐
28.	Je me suis dit que je ne pouvais pas laisser la douleur contrarier mes projets.	☐	☐	☐	☐
29.	Je n'ai pas prêté attention à la douleur.	☐	☐	☐	☐
30.	J'ai fait confiance aux médecins qui trouveront un jour un traitement pour soulager ma douleur.	☐	☐	☐	☐
31.	Peu importait la douleur, je savais que je pouvais la prendre en main.	☐	☐	☐	☐
32.	J'ai parlé avec quelqu'un qui pouvait agir concrètement au sujet de ma douleur.	☐	☐	☐	☐
33.	J'ai fait comme si je ne souffrais pas.	☐	☐	☐	☐
34.	J'ai eu peur que la douleur ne cesse pas.	☐	☐	☐	☐
35.	Je me suis couchée.	☐	☐	☐	☐
36.	J'ai repensé à des moments agréables du passé.	☐	☐	☐	☐
37.	J'ai essayé de ne pas m'isoler.	☐	☐	☐	☐
38.	J'ai pensé à des personnes avec qui j'aime faire des choses.	☐	☐	☐	☐
39.	J'ai prié pour que la douleur disparaisse.	☐	☐	☐	☐
40.	J'ai pris une douche ou un bain.	☐	☐	☐	☐
41.	J'ai imaginé que la douleur était en dehors de mon corps.	☐	☐	☐	☐
42.	J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un.	☐	☐	☐	☐

Annexe : Protocole de recherche

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
	1	2	3	4
43. J'ai continué comme si de rien n'était.	☐	☐	☐	☐
44. J'ai considéré la douleur comme un défi et je ne l'ai pas laissé me perturber.	☐	☐	☐	☐
45. Bien que j'ai eu mal, j'ai continué mes activités.	☐	☐	☐	☐
46. J'ai eu l'impression que je ne pouvais plus supporter la douleur.	☐	☐	☐	☐
47. J'ai recherché la compagnie des autres, j'ai essayé de ne pas rester seule.	☐	☐	☐	☐
48. J'ai ignoré la douleur.	☐	☐	☐	☐
49. J'ai compté sur ma foi en Dieu ou dans le destin.	☐	☐	☐	☐
50. J'ai eu l'impression de ne plus pouvoir aller de l'avant.	☐	☐	☐	☐
51. J'ai penser à des choses que j'aime faire.	☐	☐	☐	☐
52. J'ai fait tout mon possible pour éloigner mon esprit de la douleur.	☐	☐	☐	☐
53. J'ai fait quelque chose que j'aime comme regarder la télévision ou écouter de la musique.	☐	☐	☐	☐
54. J'ai fait comme si la douleur ne faisait pas partie de moi.	☐	☐	☐	☐
55. J'ai essayé d'être actif, par exemple en faisant le ménage ou en bâtissant des projets.	☐	☐	☐	☐
56. J'ai utilisé une compresse chauffante.	☐	☐	☐	☐

Annexe n° 1 : Questionnaire de coping

ECHELLE H.A.D.

Consigne : Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif. Lisez chaque série de questions et choisissez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire : votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez qu'une réponse longuement méditée.

(1-A) Je me sens tendu(e) ou énervé(e) : 3 - La plupart du temps 2 - Souvent 1 - De temps en temps 0 - Jamais	(8-D) J'ai l'impression de fonctionner au ralenti : 3 - Presque toujours 2 - Très souvent 1 - Parfois 0 - Jamais
(2-D) Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois : 0 - Oui, tout autant qu'avant 1 - Pas autant 2 - Un peu seulement 3 - Presque plus	(9-A) J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué : 0 - Jamais 1 - Parfois 2 - Assez souvent 3 - Très souvent
(3-A) J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver : 3 - Oui, très nettement 2 - Oui, mais ce n'est pas trop grave 1 - Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 0 - Pas du tout	(10-D) Je ne m'intéresse plus à mon apparence : 3 - Plus du tout 2 - Pas autant que je devrais 1 - Cela se peut 0 - J'y prête autant attention que par le passé
(4-D) Je ris et vois le bon côté des choses : 0 - Autant que par le passé 1 - Plus autant qu'avant 2 - Vraiment moins qu'avant 3 - Plus du tout	(11-A) J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place 3 - Oui, c'est tout à fait le cas 2 - Un peu 1 - Pas tellement 0 - Pas du tout
(5-A) Je me fais du souci : 3 - Très souvent 2 - Assez souvent 1 - Occasionnellement 0 - Très occasionnellement	(12-D) Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses : 0 - Autant qu'avant 1 - Un peu moins qu'avant 2 - Bien moins qu'avant 3 - Presque jamais
(6-D) Je suis de bonne humeur 3 - Jamais 2 - Rarement 1 - Assez souvent 0 - La plupart du temps	(13-A) J'éprouve des sensations soudaines de panique : 3 - Vraiment très souvent 2 - Assez souvent 1 - Pas très souvent 0 - Jamais
(7-A) Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) : 0 - Oui, quoi qu'il arrive 1 - Oui, en général 2 - Rarement 3 - Jamais	(14-D) Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de télévision : 0 - Souvent 1 - Parfois 2 - Rarement 3 - Très rarement

ÉVALUATION DE L'OBSERVANCE D'UN TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Respect du traitement prescrit : où en est votre patient ?

	Oui	Non
Ce matin avez-vous oublié de prendre votre traitement ?	☐	☐
Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?	☐	☐
Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?	☐	☐
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?	☐	☐
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?	☐	☐
Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	☐	☐

Girard X. et al. Evaluation de l'observance par l'interrogatoire au cours du suivi des hypertendus dans des consultations spécialisées - Arch Mal Cœur Vaiss. 2001 Aug ; 94 (8) : 839-42

Comment évaluer le niveau d'observance de votre patient ?

Votre patient répond par oui ou par non à chacune de ces 6 questions.

- Si votre patient répond non à toutes les questions, il est considéré comme un bon observant.
- Si votre patient répond oui une ou deux fois, il est considéré comme non observant mineur.
- Si votre patient répond oui trois fois ou plus, il est considéré comme non observant.

Ce questionnaire est également disponible sur www.ansli.fr
espace Professionnels de santé>Médecins, rubrique Exercer au quotidien>Prescriptions>La prescription de médicaments.



	Moins d'une prise par semaine	Dose sub- thérapeutique	Dose minimale adulte	Dose maximale adulte	Dose supra- thérapeutique
ANTALGIQUES DE PALIER I					
Paracétamol DAFALGAN*		< 1,5g/24h	1,5-3g/24h	3,5-4g/24h	>4g/24h
	Score=0	Score=1	Score=2	Score=3	Score=4
AINS					
Diclofénac VOLTARENE*		<75mg/24h	75mg/24h	150mg/24h	>150mg/24h
Kétoprofène PROFENID*		<150mg/24h	150-200mg/24h	300mg/24h	>300mg/24h
	Score=0	Score=2	Score=4	Score=6	Score=8
ANTIDEPRESSEURS					
Amitriptyline LAROXYL* (1 goutte=1 mg)		<50mg/24h	50-150mg/24h	151- 300mg/24h	>300mg/24h
Clomipramine ANAFRANIL*		<20mg/24h	20-150mg/24h	151- 200mg/24h	
Fluoxétine PROZAC*		<20mg/24h	20mg/24h	60mg/24h	>60mg/24h
Paroxétine DEROXAT*		<20mg/24h	20mg/24h	50mg/24h	>50mg/24h
Venlafaxine EFFEXOR*		<50mg/24h	50-150mg/24h	151- 375mg/24h	>375mg/24h
Minalcipran IXEL*		<25mg/24h	25-50mg/24h	100mg/24h	>100mg/24h
Citalopram SEROPRAM*		<20mg/24h	20-40mg/24h	60mg/24h	>60mg/24h
Tianeptine STABLON*		<12,5mg/24h	12,5-25mg/24h	26- 37,5mg/24h	>37,5mg/24h
Miansérine ATHYMIL*		<30mg/24h	30-60mg/24h	60-90mg/24h	>90mg/24h
Escitalopram SEROPLEX*		<10mg/24h	10mg/24h	20mg/24h	>20mg/24h
Mirtazapine NORSET*		<15mg/24h	15-30mg/24h	30-45mg/24h	>45mg/24h
	Score=0	Score=2	Score=4	Score=6	Score=8
ANTISPASTIQUES					
Baclofène LIORESAL*		<1,5mg/24h	15-75mg/24h	76-120mg/24h	>120mg/24h
MYORELAXANTS					
Tétrazépam MYOLASTAN*		<50mg/24h	50-100mg/24h	101- 150mg/24h	>150mg/24h
Thiocolchicoside MIOREL*		<2cps/24h	2cps/24h	4cps/24h	>4cps/24h
	Score=0	Score=3	Score=6	Score=9	Score=12
BENZODIAZEPINES					
Bromazepam LEXOMIL*		1/4cp/24h	1/2-2cps/24h	3-6cps/24h	>6cps/24h
Alprazolam XANAX*		0,25-0,5mg/24h	0,75-2mg/24h	2,25-4mg/24h	>4mg/24h
Clonazépam RIVOTRIL*		<0,5/24h (<5 gouttes)	0,5-4mg/24h (5-40 gouttes)	4,4-8mg/24h (44-80 gouttes)	>8mg/24h (>80 gouttes)
Oxazépam SERESTA*		<20mg/24h	20-150mg/24h	151- 200mg/24h	>200mg/24h
Prazepam LYSANXIA*		<10mg/24h	10-30mg/24h	31-60mg/24h	
HYPNOTIQUES					
Loprazolam HAVLANE*		<0,5mg/24h	0,5mg/24h	1mg/24h	>1mg/24h
Lormétazépam NOCTAMIDE*		<0,5mg/24h	0,5-1mg/24h	2mg/24h	>2mg/24h
NOCTRAN*		<1/2cp/24h	1/2-1cp/24h	2cps/24h	>2cps/24h
MEPRONIZINE*		<1/2cp/24h	1/2-1cp/24h	2cps/24h	>2cps/24h
Zolpidem STILNOX*		<5mg/24h	5-10mg/24h	20mg/24h	>20mg/24h
	Score = 0	Score = 4	Score = 8	Score = 12	Score = 16

DERIVES OPIOÏDES FAIBLES					
Dextropropoxyphène + paracétamol DIANTALVIC*		1cp/24h = 5mg morphine	2cp /24h = 10mg morphine	6cp/24h = 30mg morphine	>6cp/24
Codéine + paracétamol EFFERALGAN CODEINE*		1cp/24h = 5mg de morphine	2cp/24h = 10mg de morphine	6cp/24h = 30mg de morphine	>6cp/24
	Score = 0	Score = 4	Score = 4	Score = 8	Score = 12-16
Tramadol TOPALGIC* (80mg=10mg de morphine)		<100mg	100-200mg	300mg-400mg	600-960mg
	Score = 0	Score = 4	Score = 4-6	Score = 8	Score= 12
ANTIEPILEPTIQUES					
Carbamazépine TERGRETOL*		<600mg/24h	600-800mg/24h	801-1200mg/24h	1201-2400mg/24h
Gabapentine NEURONTIN*		300-600mg/24h	800-900mg/24h	1200-3600mg	3600-7200mg/24h
Prégabaline LYRICA*		75mg/24h	150-300mg/24h	301-600mg/24h	600-1200mg/24h
	Score = 0	Score = 5	Score = 10	Score = 15	Score = 20
DERIVES OPIOÏDES FORTS					
Morphine SKENAN*		1-20mg/24h	21-70mg/24h	71-120mg/24h	120-240mg/24h
	Score = 0	Score = 6	Score = 12	Score = 18	Score = 24
Fentanyl DUROGESIC* (25µg/h=60mg/jr de morphine)		12µg/h/3j	25-50µg/h/3J	75-100mg/h/3j	
	Score = 0	Score = 12	Score = 12 - 18	Score = 24 - 30	
Hydromorphone SOPHIDONE* (1,3mg=10mg de morphine)		4mg/j	8-16mg/j	24-48mg/j	
	Score = 0	Score = 12	Score = 12 - 24	Score = 24 - 36	
Oxycodone OXYCONTIN* (5mg=10mg de morphine)		5-10mg/j	20-40mg/j	80-160mg/j	
	Score = 0	Score = 6	Score = 12 - 18	Score = 24 - 36	
Dihydrocodéine DICODIN LP60*		1/2cp/24h	1cp/24h	2cp/24h	3-4cp/24h
	Score = 0	Score = 6	Score = 6	Score = 12	Score = 18

Tableau III : Tableau MQS

Patients	Age	Sexe	MQS prescrit	MQS pris	EVA douleur (/10)	EVA sommeil (/10)	EVA fonction (/10)
SA	42	F	28	32	5	6	8
DI	41	F	47	47	10	8	8
MA	41	M	31	35	6	7	10
AK	42	F	81	81	10	0	4
BO	50	M	30	30	7,5	5	8
FA	22	F	15	15	7	4	4
KO	67	F	18	18	5	0	5
LEB	59	F	10	10	10	5	7
ME	45	F	28	28	6,5	4,5	5
LER	31	F	13	13	7	7	5
RO	52	F	28	27	5	8	8
CH	57	F	16	15	7	7	7
TA	57	F	24	22	7	5	8
DE	50	M	45	45	6,5	7	5
MER	39	F	4	4	5	2	2
HU	57	M	18	18	7,5	2,5	5,5
DEN	48	F	10	10	6,5	7	7
LE	62	M	12	15	6,5	8	8
FO	43	F	18	18	7,5	4,5	8
JO	53	F	23	23	7	3,5	6,5
CO	53	F	30	30	7	8	8

Patients	MQS sortie	EVA douleur sortie	EVA sommeil sortie	EVA fonction sortie	MQS à 4 mois	EVA douleur à 4 mois	EVA sommeil à 4 mois	EVA fonction à 4 mois
SA	33	5,5	0	5	24	9	0	6
DI	32	7	4	6	32	8	0	6
MA	27	4	4	6	27	6	2	6
AK	65	9,5	4	4	57	8	4	7
BO	26	5	3	7	32	6	6	7
FA	4	2	4	2	4	1,5	6	0
KO	10	5	4	4	9	5	0	4,5
LEB	10	2	3	4	9	2	7	6
ME	30	6	8	5	20	5	8	8
LER	19	7	7	4	5	10	8	8
RO	26	6	6	7	26	7	7	7,5
CH	17	3	7	3	12	8	9	9
TA	29	0	0	8	24	3,5	0	7
DE	24	5	2,5	4,5	29	4,5	7,5	3,5
MER	7	1	1	1	7	1	1	1
HU	6	4	5	3	6	4	10	4
DEN	12	5	6	5	8	7	8	7
LE	19	6	5	6	19	7	5	9
FO	14	5	5	3,5	23	4,5	2,5	3,5
JO	27	4	2,5	4,5	29	4	5	5
CO	27	6	5	7	23	6	9	5

Tableau IV : Données de l'étude clinique

BIBLIOGRAPHIE :

1- Allaz A-F

Douleurs chroniques rebelles : une plainte polysémique.
Médecine et Hygiène n°2488, 1372-1375, 2004

2- ANAES : Agence Nationale d'accréditation et d'Evaluation en Santé

Service des recommandations et références professionnelles :

Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire.
1999

www.has-santé.fr consulté le 06/03/2008

3- ANAES :

Quelle place pour la Prégabaline (LYRICA*) dans les douleurs neuropathiques ?
Fiche de bon usage des médicaments 2007

www.has-santé.fr consulté le 12/01/2008

4- Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) des Pays de la Loire

La prise en charge de la douleur chronique

[http://www.parhtage.sante.fr/re7/plo/doc.nsf/VDoc/D9C6EBE4541E74CDC12572A4004A7729/\\$FILE/Prise_charge_douleur_chronique.doc](http://www.parhtage.sante.fr/re7/plo/doc.nsf/VDoc/D9C6EBE4541E74CDC12572A4004A7729/$FILE/Prise_charge_douleur_chronique.doc) consulté le : 24/09/2008

5- Baumann & al

L'échelle des attitudes des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine favorisant l'observance thérapeutique.

Revue médicale de l'assurance maladie vol. 36 n°1 2005

6- Bizet M.P, Vigot I, Nizard J, Lajat Y

Accompagner les patients douloureux chroniques : rôle de l'équipe soignante au centre d'évaluation et de traitement de la douleur.

Douleur et analgésie vol. 16, n° 3, p 141-144, 2003

7- Bouassab S.

Thèse : Comment optimiser l'observance des traitements médicamenteux : rôle et implication du pharmacien d'officine. 2007

8- Boulé R., Girard G.

L'approche centrée sur le patient : concepts et exemples
Revue de la médecine générale n° 166 1999

9- Chabrol H., Callahan S. :

Mécanismes de défense et coping 2004

10- Choukroun M.G.

L'adhésion du patient au traitement 2006

<http://www.spdob.be/cours%20adhesion%20patient.htm> consulté le :16/06/2008

11- Consoli S.

Dermatologie : et si c'était votre patient... Clés de communication médecin-patient
Edition : Scientifiques L&C Brain, 2005

12- CRESIF : Comité Régional d'Education pour la Santé d'Ile-de-France

Colloque sur l'observance thérapeutique chez la personne âgée 2001

<http://www.cresif.org/pdf/syntheseobservance.PDF> consulté le : 06/03/2008

13- De Blic J

Observance thérapeutique chez l'enfant asthmatique : recommandations pour la pratique clinique.

Revue des Maladies Respiratoires n° 24, p 419-425, 2007

14- Deccache A.

Aider le patient à apprendre sa santé et sa maladie : ce que nous apprend l'évolution de l'éducation thérapeutique et ses développements psychosociaux.

Médecine et hygiène n° 2484, p1168-1172, 2004

15- Deccache A.

Education pour la santé : reconnaître les « nouveaux rôles » des médecins et pharmaciens

La santé de l'homme n° 376, p 9-13, 2005

16- Deccache A., Lavendhomme E.

Information et éducation du patient : des fondements aux méthodes.

De Boeck université p239 1989

17- De Chauvigny E.

Thèse : Intérêt de la quantification de la consommation de médicaments dans la prise en charge globale du patient douloureux chronique 2007

18- Delfraissy J-F

Prise en charge des personnes infectées par le VIH

Rapport de 2002, chapitre 7

<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/delfraissy/> consulté le : 15/04/2008

19- Desmeules, V. Piguet, A-F Allaz , P. Dayer :

Les opioïdes dans le traitement des douleurs non cancéreuses

www.dolor.ch consulté le : 20/01/2008

20- Desse C. :

Thèse : Le rôle majeur du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient et le Suivi de l'observance 2006

21- Dominicé P.

Donner au patient sa place dans le traitement médical.

Médecine et Hygiène vol 62, p1164-1167, 2004

22- Donald E.

Morisky's questions

http://www.psych.yorku.ca/jirvine/3440/lectures/lecture_6_using_health_services/sld043.htm

consulté le : 08/06/2008

23- Donovan JL, Blake DR

Patient non-compliance. Deviance or reasoned decision-making ?

Social Science & Medecine vol. 34(5):p507-13, 1992

24- Dorosz :

Guide pratique des médicaments

Maloine, Paris, Edition 2005

25- Dupin-Spriet T., Garat-Chabrot C., Wierre P., Luyckx M.

Le pharmacien et l'observance

Actualités pharmaceutiques n° 412, 2002

26- FFST : Fédération Française de Santé au Travail

La douleur chronique mars 2006

<http://www.federationsantetravail.org/publications/m28Douleurs2006.html>

consulté le : 16/06/2008

27- FIP : Fédération Internationale Pharmaceutique

Le rôle du pharmacien dans la prévention et le traitement des maladies chroniques

2006

www.fip.org consulté le : 14/06/2008

28- Friard D.

Le risque de non observance médicamenteuse 2003

http://www.serpsy.org/formation_debat/diagnostic/non_observance.html consulté le : 09/06/2008

29- Gallois P., Vallée J.P, Le Noc Y.

L'observance des prescriptions médicales : quels sont les facteurs en cause ?

Comment l'améliorer ?

Médecine vol. 2, n° 9, p 402-406, 2006

30- Gottlieb H.

Medication nonadherence : finding solutions to a costly medical problem

Drug Benefit Trends vol. 12, n° 6, p57-62, 2000

31- Haute Autorité de Santé (HAS)

L'éducation thérapeutique du patient en 15 questions-réponses

www.hassante.fr consulté le : 11/06/2008

32- Heike E. Künzel :

Les antidépresseurs dans le traitement de la douleur

Site www.dolor.ch consulté le : 18/12/2007

33- Jacquemet S., Certain A.:

Education thérapeutique du patient : rôle du pharmacien

Bulletin de l'Ordre 2000

34- Jadaud A, Nizard J, Danglot C, Fourneau M, Lajat Y.

Place du masseur kinésithérapeute dans la prise en charge pluridisciplinaire des douloureux chroniques au centre de traitement de la douleur.

Douleur et analgésie vol. 16, n° 3, p145-149, 2003

- 35- Jeammet Ph., Reynaud M., Consoli S.M :**
Psychologie médicale
Abrégés Masson 2^{ème} édition 1996
- 36- Kouyanou K., Pither CE, Wessely S.**
Medication misuse, abuse and dependence in chronic pain patients
Journal of psychosomatic research vol. 43, n° 5, p 497-504, 1997
- 37- Lacroix A., Assal J-P.**
L'éducation thérapeutique des patients : nouvelles approches de la maladie chronique.
Maloine, 2^{ème} édition 2003
- 38- Lajat Y, Nizard J**
Le chirurgien et la pluridisciplinarité.
Douleur et analgésie vol. 16, n° 3, Editorial, 2003
- 39- Lanoiselée J-M, Nizard J, Meas Y, Lajat Y**
Rôle du médecin de médecine physique et réadaptation dans un centre d'évaluation et de traitement de la douleur.
Douleur et analgésie vol. 16, n° 3, p151-154, 2003
- 40- Masters Steedman S., Middaugh SJ, Kee WG, Carson DS, Harden RN, Miller MC.**
Chronic-pain medications: equivalence levels and methods of quantifying usage.
The Clinical Journal of Pain vol. 8, n° 3, p204-214, 1992
- 41- Meas Y. :**
Mémoire master de recherche : spécialité psychologie, cognition, communication
2005-2006

42- Montesi E.

Observance : vous avez dit observance ?

La revue de la médecine générale n° 200, 2003

43- Morrow N.C, Speedy P., Totten C.

Health education perspectives in continuing education programmes for pharmacist

Health education journal vol. 45, n° 3, p 166-170, 1986

44- Nezha P.:

Les déterminants de l'observance : une étude à l'officine. Thèse : 2005

45- Nizard J, Lombrail P, Potel G, Meas Y, Lanoiselée J-M, Robin B, Nguyen J-M, Lajat Y.

Evaluation de la prise en charge de lombalgies rebelles par un centre d'évaluation et de traitement de la douleur.

Douleur et analgésie vol. 16, n° 3, p187-196, 2003

46- Ordre national des pharmaciens

Le dossier pharmaceutique 2007

www.ordre.pharmacien.fr consulté le : 11/06/2008

47- Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

L'observance des traitements prescrits pour les maladies chroniques pose problème dans le monde entier 2003

48- Piguet V

De la pharmacologie à la prise en charge globale de la douleur : intégration d'une approche plurimodale.

La thérapeutique p132-142

- 49- Piguet V., Cedraschi C., Allaz A-F, Desmeules J., Ahmadi A., Samer C., Dayer P.**
Antidépresseurs et douleurs chroniques : une prescription difficile.
Médecine et Hygiène vol 62, p 1382-1385, 2004
- 50- Reach G.**
La non-observance thérapeutique: une question complexe
Médecine p 411-415, 2006
- 51- Reach G.**
Pourquoi se soigne-t-on ? Enquête sur la rationalité morale de l'observance.
Edition Le bord de l'eau 2005
- 52- Reynaert Ch., Libert Y., Zdanowicz N.**
« Je t'écoute... moi non plus » à propos de la communication médecin-patient 2004
<http://www.md.ucl.ac.be/loumed/V123,%202004/905-REYNAERT.pdf> consulté le : 05/09/2008
- 53- Richard C., Lussier M-T**
Le médecin, le pharmacien et le médicament
2005
http://www.cma.ca/index.cfm/ci_id/10028522/la_id/2.htm consulté le : 08/09/2008
- 54- Santschi Chiolero V.**
Adhésion au traitement médicamenteux et suivi électronique : une approche clinique de la prise en charge à long terme du patient chronique dans un réseau ambulatoire patient, pharmacien, médecin. Thèse 2007
- 55- Santschi V., Favrat B., Bugnon O., Taddei S., Burnier M., Schneider M-P.**
Promouvoir l'adhésion au traitement du patient dans le cadre d'une collaboration entre pharmaciens et médecins
Médecine et Hygiène vol. 62, p2069-2073, 2004

56- Sarradon-Eck Aline

Le sens de l'observance

Sciences sociales et santé vol. 25, n° 2, 2007

57- Simonet L.

Amélioration de la connaissance de son traitement par le patient à la sortie de l'hôpital

Revue médicale Suisse vol. 1, n° 42, p 2737-2740, 2005

58- Tarquinio C., Fischer G-N :

La compliance chez les patients atteints par le VIH : Validation d'une échelle française et mesures de variables psychosociales.

Revue Internationale de Psychologie Sociale vol. 2, p 61-91, 2000

59- Tesson F.:

Evaluation à 12 mois de l'efficacité de la prise en charge de 33 patients fibromyalgiques au centre d'évaluation et de traitement de la douleur de Nantes.

Thèse : 2006

60- Ulrich W. Buettner :

Douleurs neuropathiques

Site www.dolor.ch consulté le : 19/12/2007

61- Valentini G.

La consultation d'observance pour une meilleure efficacité du traitement antirétroviral

Médecine et maladies infectieuses vol. 35, n° S1, p 1-3, 2005

62- Vanhalewyn M., Cerexhe F. Société Scientifique de Médecine Générale:

Recommandations de bonnes pratiques : la douleur chronique 2004

http://www.ssmg.be/new/files/RBP_DouleurChronique.pdf consulté le : 10/01/2008

63- Von Roenn J.H

Are we barrier?

Journal of Clinical Oncology, vol. 19, issue 23. 2001 4273-4274

64- Weber J.C.

La relation médecin-malade : la formation du patient atteint de maladie chronique et la personnalisation de la prise en charge.

http://www-ulpmed.u-strasbg.fr/medecine/cours_en_ligne/e_cours/module_1/pdf/chapitre2.pdf

consulté le : 05/09/2008

Nom – Prénom : CHARTIER Céline

Titre de la thèse : L'OBSERVANCE A UNE THÉRAPEUTIQUE MÉDICAMENTEUSE AU LONG COURS : EXEMPLE DES PATIENTS DOULOUREUX CHRONIQUES PRIS EN CHARGE AU CENTRE D'ÉVALUATION ET DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR DE NANTES.

Résumé de la thèse :

L'observance est un facteur majeur de réussite thérapeutique notamment dans le cadre des maladies de longue durée. A partir de l'exemple des patients douloureux chroniques pris en charge au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur de Nantes, des hypothèses sont émises sur les facteurs pouvant amener à un manque d'observance.

Afin de corriger cette mauvaise observance, les professionnels de santé doivent, tout d'abord, la détecter à l'aide de moyens évoqués dans cette thèse.

Enfin, des solutions sont proposées telles l'amélioration de la relation du patient avec son médecin et son pharmacien, la promotion de l'éducation thérapeutique du malade et l'élaboration d'un projet de soins afin de promouvoir l'adhésion à la prise en charge et par conséquent, l'observance.

MOTS CLÉS : OBSERVANCE, ADHESION, EDUCATION THERAPEUTIQUE, PATIENTS DOULOUREUX CHRONIQUES, CETD

JURY :

PRESIDENT : M. Marcel JUGE, Maître de conférences de Pharmacologie
Faculté de Pharmacie de Nantes

ASSESSEURS : Mme Nicole GRIMAUD, Maître de conférences de Pharmacologie
Faculté de Pharmacie de Nantes
M. Michel MYLONAS, Pharmacien
Centre commercial de la bouletterie
rue Emile Broodcoorens, 44600 Saint Nazaire
M. Yunsan MEAS, Médecin algologue au CETD de Nantes
10 passage Leroy, 44000 Nantes

Adresse de l'auteur : 6 rue Gresset, 44000 Nantes