

## Le dossier – Lipidologie

# La difficile observance aux statines : l'enseignement de l'étude ESCORTE



**G. REACH**

Laboratoire Éducatifs  
et Pratiques de Santé, EA 3412,  
Sorbonne Paris Cité, BOBIGNY.

La non-observance est un phénomène fréquent [1] ayant des conséquences délétères en termes de morbi-mortalité et de dépenses de santé [2], représentant un problème majeur de la médecine contemporaine [3]. Celle-ci peut être non intentionnelle ou intentionnelle [4]. Dans le premier cas, elle est due à des facteurs qui ne dépendent pas d'un choix du patient : mauvaise compréhension, accès difficile aux médicaments, simple oubli ou intervention de facteurs tels que des mécanismes de défense, voire l'irrationalité propre aux êtres humains [5]. Dans la non-observance intentionnelle, après avoir pesé le pour et le contre, le patient fait le choix raisonné d'être non observant et il peut donner la raison de son choix. Par ailleurs, il y a beaucoup de choses que nous faisons par habitude, sans que nous soyons obligés de former une intention de le faire. Cela peut-être à la base d'un nouveau concept : l'observance non intentionnelle.

L'étude ESCORTE a eu pour objet de rechercher les déterminants de la non-observance chez des patients atteints de maladies cardiométaboliques [6] : diabète, hypertension artérielle, hypercholestérolémie. Il s'est agi d'une étude en ligne utilisant le panel NORSTAT français de 54 000 consommateurs parmi lesquels 3 001 patients présentant ces affections ont été repérés. Parmi eux, 1 458 patients présentaient une hypercholestérolémie éventuellement associée à un diabète ou une hypertension artérielle et 784 patients n'avaient qu'une hypercholestérolémie. Nous présentons ici les données issues de cette sous-population de l'étude ESCORTE, constituée de 48 % de sujets de sexe masculin ayant un âge moyen de 52,8 ans.

Dans cette étude, l'observance a été évaluée en utilisant le questionnaire de Girerd [7]. Nous avons défini l'observance comme le fait de ne jamais répondre positivement à une des six questions du type *“cela vous arrive-t-il de ne pas prendre votre médicament parce que votre mémoire vous fait défaut?”*. Dans notre population, 265 patients, c'est-à-dire 34 %, étaient observants selon cette définition.

Deux questions recherchaient la non-observance intentionnelle : *“vous arrive-t-il de ne pas prendre délibérément vos médicaments ?”* et *“lorsque vous ne prenez pas vos médicaments, pouvez-vous en donner la raison ?”*. Des questions exploraient la présence des effets secondaires et la manière dont les patients apprécient les médicaments. Plusieurs questions interrogeaient la qualité de la relation entre le patient et son médecin,

notamment le fait de recevoir suffisamment d'informations sur la maladie et le traitement, l'attitude du médecin vis-à-vis des problèmes et des besoins du patient, et la qualité de la confiance, le fait pour le patient de se sentir impliqué dans son traitement [8]. On demandait aussi aux patients s'ils prenaient leurs médicaments par habitude [9] et si, lorsqu'ils avaient une habitude, ils s'y tenaient, ces deux questions ayant pour but de rechercher l'observance non intentionnelle telle qu'elle a été définie plus haut.

Dans notre population de 784 patients présentant une hypercholestérolémie, sur les 519 patients qui n'étaient pas observants, 17 % d'entre eux déclaraient qu'il leur arrivait de ne pas prendre délibérément leurs médicaments (non-observance intentionnelle). Parmi les 784 patients, 33 % d'entre eux déclaraient présenter des effets secondaires des médicaments.

Une analyse univariée des déterminants de la non-observance a montré que, parmi les facteurs qui lui étaient le plus fortement associés ( $p < 0,0001$ ), on retrouvait le fait de présenter des effets secondaires aux médicaments, de ne pas répondre qu'on a une totale confiance dans le médecin, de ne pas avoir été suffisamment informé au sujet de la maladie et des médicaments et le fait que le médecin ne prenne pas suffisamment en compte les besoins du patient.

L'analyse par une étude univariée des déterminants du fait de déclarer la présence d'effets secondaires a montré des associations fortes ( $p < 0,0001$ ) à la non-observance, et notamment la non-observance intentionnelle, mais aussi

# Le dossier – Lipidologie

à différents facteurs qui relèvent de la qualité de la relation thérapeutique : l'absence de confiance totale dans le médecin, le fait de ne pas trouver que les médecins prennent en considération les besoins et les problèmes du patient.

Enfin, nous avons également observé dans une analyse univariée que le fait

de se tenir à ses habitudes était associé de manière forte ( $p < 0,0001$ ) aux mêmes attitudes relevant de la relation thérapeutique, et en particulier de se sentir impliqué dans le traitement.

Ces multiples associations sont montrées sur la **figure 1**, qui présente dans une analyse en correspondances multiples

les facteurs associés à la non-observance en général et à la non-observance intentionnelle en particulier : un âge jeune, la présence des effets secondaires, le fait de ne pas se tenir à ses habitudes, de ne pas avoir une confiance complète dans le médecin généraliste ou le spécialiste, le fait de manifester une non-observance intentionnelle.

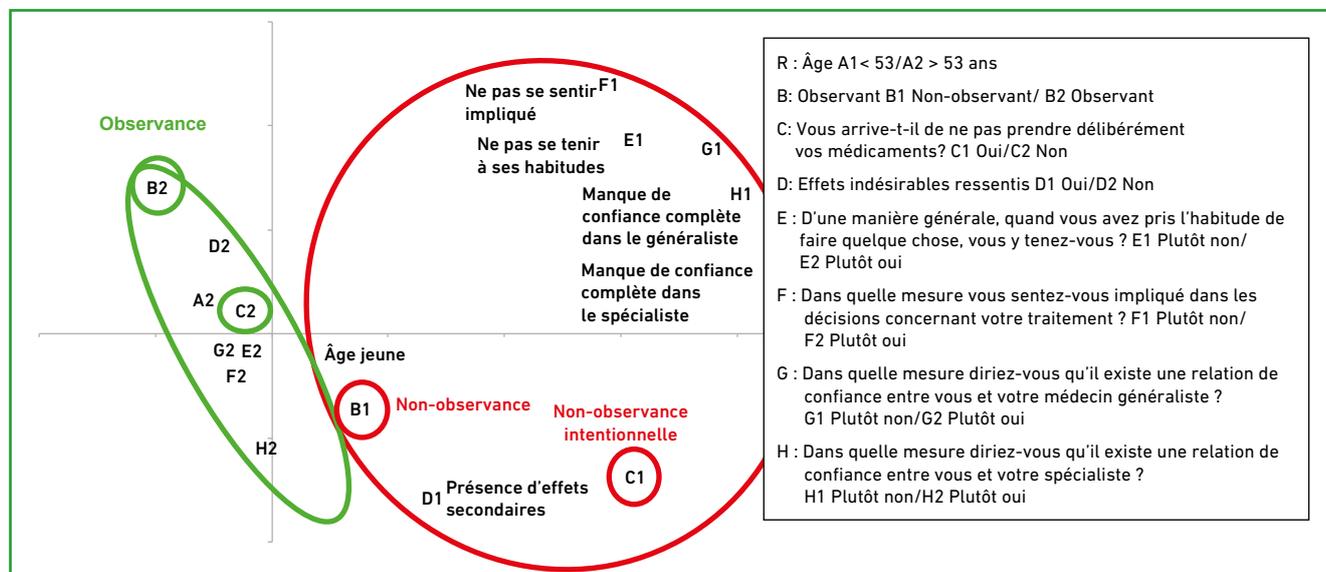


Fig. 1 : Analyse en correspondances multiples montrant les facteurs associés à l'observance (en vert) et à la non-observance (en rouge) chez des patients présentant une hypercholestérolémie.

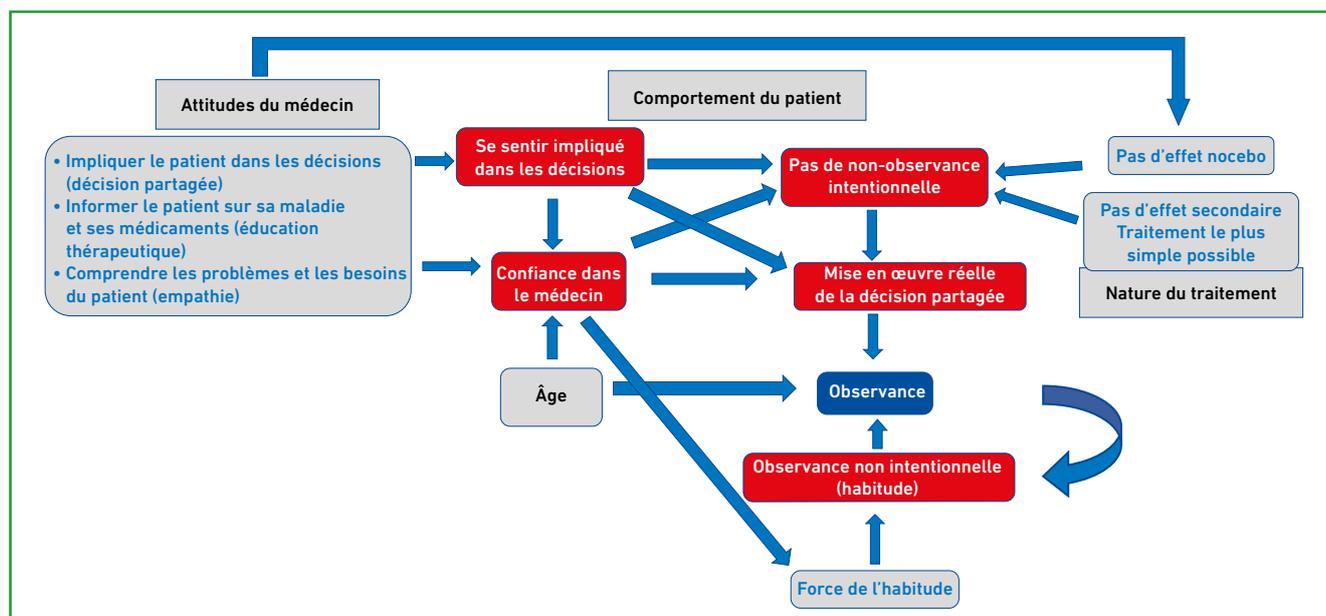


Fig. 2 : L'intentionnalité dans l'observance.

À partir de ces résultats, nous avons proposé un nouveau modèle de l'observance, représenté sur la **figure 2**. Selon ce modèle, il y a deux portes d'entrée vers l'observance : l'absence de non-observance intentionnelle, qui dépend largement de la qualité de la relation de soin, et l'observance non intentionnelle par habitude. La flèche du haut suggère que les attitudes du médecin sont impliquées dans le fait que le patient déclare présenter ou non des effets secondaires, donc expliquant en partie la présence des effets placebo. La flèche courbe suggère qu'on pourrait commencer par être observant de manière intentionnelle, ce qui permettrait dans un deuxième temps de prendre son traitement par habitude, le tout créant un cercle vertueux. Chacune des flèches de cette figure est attestée par une association trouvée significative dans l'étude.

## ■ Conclusion

Les données de cette étude rappellent que l'observance ne va pas de soi, surtout dans une maladie comme l'hypercholestérolémie, qui est une maladie silencieuse et dont le traitement est connu pour pouvoir engendrer des effets secondaires. Elles rappellent le rôle pivot de la confiance qui permet d'éviter la non-observance intentionnelle et de favoriser

ce que nous avons appelé l'observance non intentionnelle, c'est-à-dire celle réalisée sous l'effet de la force de l'habitude. On remarquera que la confiance, qui joue un rôle central dans ce modèle, repose largement sur les attitudes du médecin : savoir impliquer le patient dans les décisions (décision médicale partagée), donner des informations au patient sur la maladie et son traitement (éducation thérapeutique), comprendre les problèmes du patient et considérer ses besoins (faire preuve d'empathie).

Cette étude illustre ainsi la nécessité de mettre en œuvre une médecine humaine dans laquelle les deux protagonistes du soin, le patient et son médecin, prennent, au cours de leur rencontre en consultation, le temps de la conversation [10].

## BIBLIOGRAPHIE

1. BRIESACHER BA, ANDRADE SE, FOUAYZI H *et al*. Comparison of drug adherence rates among patients with seven different medical conditions. *Pharmacotherapy*, 2008;28:437-443.
2. KHUNTI K, SEIDU S, KUNUTSOR S *et al*. Association between adherence to pharmacotherapy and outcomes in type 2 diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 2017;40:1588-1596.
3. WHO report: Adherence to long-term therapies, evidence for action (2003, 211 p).
4. LEHANE E, MCCARTHY G. Intentional and unintentional medication non-adherence: a comprehensive framework for clinical research and practice? A discussion paper. *Int J Nurs Stud*, 2007; 44:1468-1477.
5. REACH G. The Mental Mechanisms of Patient Adherence to Long-Term Therapies, Mind and Care. Coll "Philosophy and Medicine", Springer, 2015, 207 p.
6. REACH G, BENARBA L, BRUCKERT E *et al*. Intentionality in adherence to long-term therapies. Results from an online survey of 3,001 patients with cardio-metabolic pathologies in France. *Patient Prefer Adherence*, 2021;15:1739-1753.
7. GIRERD X, HANON O, ANAGNOSTOPOULOS K *et al*. Évaluation de l'observance du traitement antihypertenseur par un questionnaire : mise au point et utilisation dans un service spécialisé. *Presse Med*, 2001;30:1044-1048.
8. RATANAWONGSA N, KARTER AJ, PARKER MM *et al*. Communication and medication adherence: the Diabetes Study of Northern California. *JAMA Intern Med*, 2013;173:210-218.
9. PHILLIPS LA, BURNS E, LEVENTHAL H. Time-of-Day Differences in Treatment-Related Habit Strength and Adherence. *Ann Behav Med*, 2021;55:280-285.
10. REACH G. *Pour une médecine humaine, étude philosophique d'une rencontre*. Hermann, coll. "Le Bel Aujourd'hui", 2022, 450 p.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.