

Éditorial : *Quels résultats mesurer lors d'interventions pour améliorer l'observance ?*



Trois nouvelles publications européennes majeures mettent en évidence l'importance de l'inobservance du traitement (ou non-adhésion). Les auteurs n'ont aucune difficulté à pointer du doigt l'existence de ce phénomène. Mais ils sont moins éloquents lorsqu'il faut démontrer les résultats systématiques des interventions « anti-inobservance », puisque celles-ci sont peu systématiques ; Silber's Net est donc très heureux de vous faire découvrir les outils de pilotage pratiqués dans les programmes d'accompagnement de patients en France (voir section 3).

Denise.Silber@BasilStrategies.com

SOMMAIRE

- | | |
|--|-----|
| 1. Les facteurs de la non-qualité du traitement | P 1 |
| 2. Initiatives d'amélioration de l'observance | P 3 |
| 3. Les outils de pilotage dans les programmes d'accompagnement de patients | P 4 |

1. Les facteurs de la non-qualité du traitement

Observance du traitement par statine et risque cardiovasculaire : une étude italienne sur 137 000 personnes !

Cet article fait état d'une recherche pharmaco-épidémiologique récente portant sur l'observance du traitement chez des patients italiens. Tous les patients traités par une statine et habitant la région d'Émilie Romagne, soit 137 217 personnes, ont été suivis pendant 12 mois. L'observance au traitement a été jugée « couverte » si le patient prenait > 300 comprimés par an. La relation entre « couverture » et âge, sexe,



Émilie - Romagne : Bologne

autres traitements et événements cardiovasculaires, posologie a été étudiée. Résultat : Le taux de couverture était de 46 %, quel que soit le profil de risque. (La couverture était légèrement supérieure chez les patients précédemment hospitalisés). Devant la faible couverture, les auteurs recommandent : 1) un rapprochement entre patients et médecins pour qu'il y ait un meilleur suivi (mais qu'est-ce que cela veut dire en pratique ?) et 2) des campagnes d'éducation. Ils craignent que l'augmentation du volume des prescriptions sous l'effet des génériques ne réduise encore la capacité du médecin à suivre efficacement les patients.

Eur J Clin Pharmacol (2008) 64:425–432 DOI 10.1007/s00228-007-0428-8

Adherence to statin therapy and patients' cardiovascular risk: a pharmacoepidemiological study in Italy Elisabetta Poluzzi & coll

Revue de la littérature : le sujet âgé et l'inobservance

En Angleterre, 45 % des médicaments sont prescrits chez le sujet âgé (> 65 ans). Environ 50 % de cette population seraient inobservants, selon les hypothèses, ce qui a conduit les auteurs à étudier la littérature portant sur : observance, compliance, adhésion, concordance entre médecin et patient – c'est-à-dire sur l'ensemble de termes invoqués par les chercheurs... 30 études ont été retenues par les auteurs et de (nombreuses) conclusions rassemblées.

Parmi les principales :

- Chez le sujet âgé de 75 ans et plus, des difficultés cognitives, un niveau d'éducation insuffisante, l'incapacité de gérer les médicaments exacerbent l'inobservance.
- Il convient de distinguer entre inobservance volontaire et involontaire. Parmi les facteurs d'inobservance volontaire, la crainte des effets secondaires est majeure. Pour l'inobservance involontaire, les auteurs relèvent: l'anxiété, le fait d'être asymptomatique, l'oubli, les contraintes du quotidien.
- Les typologies des patients peuvent également intervenir. Il existe des patients passifs qui acceptent tous les ordres, des patients pro-actifs qui vont ajuster l'ordonnance de leur propre chef, et des « rejectors » qui vont rejeter le traitement. Plusieurs études encouragent les prescripteurs à adopter un style participatif afin de renforcer la compréhension, la confiance du patient.
- Le concept d'adhésion au traitement serait à privilégier par rapport au terme d'observance, car tenant davantage compte du style de vie du patient
- Et notons surtout que les auteurs regrettent l'absence :
 - d'un étalon d'or en termes de méthodologie dans le domaine de l'observance ;
 - d'un indicateur de risque de non-adhésion qui pourrait aider les infirmières dans leur travail ;
 - d'une recherche qualitative sur les motivations du patient.

Nous ne pouvons qu'encourager la mise en application de leurs dernières recommandations.

Banning, M., **Older people and adherence with medication: A review of the literature**, Int J Nurs Stud (2008), doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.02.009

2. Initiatives de prévention et qualité de soins

Revue : impact des interventions sur l'observance des traitements hypolipémiants

Le Dr Schedlbauer de l'Université de Nottingham a analysé les résultats de 10 essais randomisés extraits de bases d'articles rigoureuses (Medline, Embase, Cochrane...). Ces essais portaient sur 6069 patients âgés de 49 à 64 ans et souffrant d'hypercholestérolémie. L'objectif de son étude était d'identifier l'impact « d'interventions additionnelles » sur l'observance des patients soumis à un traitement hypolipémiant. Six essais faisaient appel à des interventions dites intenses où le patient recevait un reminder téléphonique et de la documentation. Les résultats sont modestes dans 3 des 6 essais, légèrement négatifs (!) dans l'un des essais et meilleurs (25 %) dans deux études seulement. Silber's Net note qu'aucun des essais n'a inclus d'interventions personnalisées où un professionnel de santé a cherché à comprendre la problématique du patient ; il est donc permis de s'interroger sur l'aspect « intense » des moyens déployés. L'article de Schedlbauer est de qualité, mais le résultat confirme que, sur le terrain, les interventions efficaces pratiquées chez les patients chroniques sont encore rares.

Evidence-Based Nursing 2008;11:51; doi:10.1136/ebn.11.2.51

Copyright © 2008 by BMJ Publishing Group Ltd & Royal College of Nursing.

Review: intensified patient care may improve adherence to lipid-lowering medication in primary or secondary prevention of CV disease

3. Les outils de pilotage dans les programmes d'accompagnement de patients

Interview du docteur Laurent Goldstein, directeur Santé de Mondial Assistance France

Construire les indicateurs pertinents et assurer le pilotage de l'activité constituent des éléments clefs dans un projet de développement de programme d'accompagnement. Le docteur Goldstein nous en dit plus.

Comment assurez-vous le pilotage d'un programme

d'accompagnement ?

En amont du développement d'un programme d'accompagnement, il faut des objectifs clairs et partagés avec la communauté scientifique. Ces objectifs sont exprimés en termes d'appropriation des enjeux du traitement, d'autonomisation du patient vis-à-vis de son traitement, d'observance (quand cela est nécessaire), du renforcement du partage des informations entre les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient...

Les objectifs doivent répondre à la fois aux attentes :

- du patient ;
- du médecin traitant et des professionnels de santé impliqués (infirmière, pharmacien...) ;
- des directives et recommandations de Santé Publique.

Pour savoir si les objectifs sont atteints, nous pouvons adopter plusieurs typologies d'indicateurs : d'activité, d'efficacité ou descriptifs (profil des patients).

Vous parlez de différents types d'indicateurs, comment sont-ils élaborés ?

Quand les indicateurs pertinents ont été identifiés, nous déterminons les informations à collecter pour alimenter chaque indicateur. Le recueil de ces informations nécessaires conduit à l'élaboration de scripts, qui sont le plus souvent appliqués par les infirmières de notre plateforme d'accompagnement au cours de leurs entretiens téléphoniques de suivi avec les patients, parfois par courrier sous forme de questionnaires.

Quelle méthodologie adoptez-vous ?

Pour élaborer le programme, ses scripts, et les indicateurs associés, Mondial Assistance réunit le Laboratoire et des « Key Opinion Leaders » (KOL) pour une phase d'ingénierie en trois étapes.

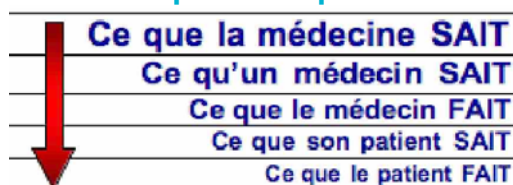
1. *Conceptualisation* : nous effectuons une analyse des échanges possibles entre les acteurs : médecin traitant, spécialiste, patient, laboratoire, pharmacien, infirmière, auxiliaire, assistant... Cette étape aboutit à une cartographie des flux d'échanges à partir de laquelle nous rédigeons les scripts qui permettent de recueillir les données élémentaires. Le recueil doit s'inscrire dans la cartographie des flux.
2. *Test* : à l'issue de la conceptualisation, nous testons la maquette du programme en réel sur un échantillon limité de patients et de médecins traitants (20 à 50). Le test permet d'ajuster le programme et de s'assurer que les données recueillies permettent effectivement la lecture des indicateurs correspondants.
3. *Mise en production* : après validations des ajustements, le

programme d'accompagnement est lancé officiellement. Une logique d'amélioration continue s'engage alors.

Notre expérience nous indique que l'élaboration d'un programme d'accompagnement (phase d'ingénierie) dure en moyenne de quatre à six mois.

Comment assurez-vous l'évolution de ces indicateurs dans le temps ?
Les réunions régulières de pilotage et de suivi entre les partenaires du programme (en général le laboratoire et l'assistant) permettent d'analyser l'évolution des indicateurs. Si nécessaire, de nouveaux indicateurs sont identifiés, amenant à faire évoluer le programme d'accompagnement, sa cartographie et ses scripts.

Combattre la perte de qualité des soins



© Basil Strategies 2008

Pour plus d'informations sur **Mondial Assistance France**, contactez Jérôme BOURDEAU, Responsable Marché Entreprises du Médicament au 01.40.25.56.49 jerome.bourdeau@mondial-assistance.fr

Silber's Net Santé & Qualité, N°5-2007. Editeur : Denise Silber, Basil Strategies. +331 4504 2794 Silber@basilstrategies.com

