

Observance thérapeutique :

le rôle clé du soignant

Guide soignant · Éducation thérapeutique · Maladies chroniques · Entretien motivationnel

Rédigé par Florent Durand, MediScribe · À destination des médecins, infirmiers, pharmaciens · Validation médicale recommandée avant diffusion institutionnelle

50 % des patients atteints de maladies chroniques ne prennent pas leur traitement comme prescrit — un chiffre stable depuis 20 ans malgré les avancées pharmacologiques. Ce n'est pas un problème de molécule : c'est un problème de relation de soin. Ce guide donne les outils pour le changer.

1. Non-observance : une priorité de santé publique

La non-observance thérapeutique est responsable de **200 000 décès évitables par an en Europe** et d'un surcoût estimé à 125 Md€ (OMS, 2003 ; OCDE, 2018). En France, elle représente la première cause d'échec thérapeutique dans les pathologies chroniques.

Pathologie	Non-observance	Conséquence clinique
HTA	40–60 %	Doublement du risque d'AVC (Morisky, 2008)
Diabète type 2	50–65 %	Complications microvasculaires accélérées
MRC / IRC	30–50 %	Progression vers l'IRT
Psychiatrie	40–75 %	1 ^{re} cause de rechute et d'hospitalisation
VIH / ARV	< 95 % = échec virologique	Émergence de résistances

Sources : OMS (2003) · Vrijens B. et al. Br J Clin Pharmacol (2012) · HAS (2024)

LE PARADOXE DE LA SURESTIMATION

Les soignants évaluent à 70–80 % une observance réelle de 40–50 %. Les patients déclarent rarement leurs oublis — par honte ou peur de décevoir. Documenté dans plus de 40 essais cliniques (Horne R., 2013).

2. Les 5 dimensions de la non-observance (OMS, 2003)

Liés au patient	Représentations erronées, peur des EI, troubles cognitifs, précarité, croyances culturelles.
Liés au traitement	Complexité posologique (≥ 2 prises/j = chute ~10 %/prise, Claxton 2001), EI sous-déclarés, galénique inadaptée.
Relation de soin	Information incomprise, sentiment de ne pas être écouté, absence de décision médicale partagée.
Système de santé	Délais RDV, rupture hôpital-ville, absence de suivi structuré.
Facteurs socio-économiques	Reste à charge, accès pharmacie, contraintes professionnelles.

3. Évaluer l'observance en consultation

L'enjeu : créer un espace de parole honnête, pas contrôler le patient.

Formulations normalisantes (à préférer aux questions fermées)

→ « *Beaucoup de patients ont du mal à prendre leur traitement tous les jours — est-ce que ça vous arrive ?* »

→ « *Sur les 7 derniers jours, combien de fois avez-vous pris votre médicament ?* »

Échelle de Morisky MMAS-8

Validée internationalement (Morisky D.E., 2008). Réalisable en 2 min. Stratifie l'observance (faible / moyen / élevé). Sensibilité 93 %, spécificité 53 % pour détecter la non-observance sévère.

Biomarqueurs d'objectivation

HbA1c	Observance aux antidiabétiques sur 3 mois
MAPA vs PA consultation	Différentiel → effet blouse blanche ou non-observance
Dosages plasmatiques	Antiépileptiques, immunosuppresseurs, ARV
LDL résiduel sous statine forte	Non-réponse = signal de non-observance

4. Entretien motivationnel (EM) — méthode validée HAS 2024

Développé par Miller & Rollnick (1983), formalisé HAS (2024) pour tous les professionnels de santé. Méta-analyse : améliore l'observance de 17–26 % vs. conseil standard (Lundahl B. et al., 2013 — 119 études, n = 16 803).

4 PROCESSUS (Miller & Rollnick)

1. **Engager** — alliance thérapeutique.
2. **Focaliser** — sujet prioritaire partagé.
3. **Évoquer** — motivations intrinsèques du patient.
4. **Planifier** — plan d'action co-construit.

MODÈLE O-U-V-E-R

- O** — Questions ouvertes.
- U** — Affirmations valorisantes.
- V** — Écoute réflexive (reflets).
- E** — Résumés (encapsulation).
- R** — Provoquer le discours-changement.

Intervention motivationnelle brève (5–20 min)

1	Soulever le sujet avec permission — « <i>Puis-je vous parler de votre traitement ?</i> »
2	Importance (0–10) — « <i>À quel point est-ce important pour vous ?</i> »
3	Explorer les raisons — « <i>Pourquoi 7 plutôt que 4 ?</i> »
4	Confiance (0–10) — « <i>Dans quelle mesure vous sentez-vous capable ?</i> »
5	Obstacles / ressources — <i>Questions ouvertes, écoute réflexive.</i>
6	Planifier un pas concret — <i>Un seul changement, choisi par le patient.</i>

5. Stratégies pratiques d'amélioration de l'observance

Simplification posologique	Réduire le nombre de prises/j (galénique LP, associations fixes). Chaque prise supplémentaire → -10 % d'observance (Claxton, 2001).
Décision médicale partagée	Adhésion significativement meilleure quand le patient participe au choix thérapeutique (Joosten E.A. et al., <i>Psychother Psychosom</i> , 2008 — méta-analyse, 11 études).
Éducation thérapeutique (ETP)	Programmes structurés (décret 2010-904). Efficacité démontrée : diabète, insuffisance cardiaque, asthme (HAS, 2007). Objectif : compétences d'auto-soin et d'adaptation.
Outils de rappel	Piluliers, applications mobiles (Medisafe, Idunn), alarmes. Efficacité modérée, additionnelle aux interventions éducatives.
Suivi renforcé	Appel infirmier J+15 + consultation dédiée J+30 : -23 % d'hospitalisations liées à la non-observance (NICE, CG76, 2009).

Références bibliographiques

- OMS (2003). *Adherence to Long-Term Therapies — Evidence for Action*. WHO Press.
- Morisky D.E. et al. (2008). Predictive validity of a medication adherence measure. *J Clin Hypertens*. 10(5):348–354.
- Vrijens B. et al. (2012). A new taxonomy for adherence to medications. *Br J Clin Pharmacol*. 73(5):691–705.
- Lundahl B. et al. (2013). Motivational interviewing in medical care. *Patient Educ Couns*. 93(2):157–168.
- Miller W.R. & Rollnick S. (2013). *Motivational Interviewing* (3e éd.). Guilford Press.
- Claxton A.J. et al. (2001). Dose regimens and medication compliance. *Clin Ther*. 23(8):1296–1310.
- Joosten E.A. et al. (2008). Effects of shared decision-making on adherence. *Psychother Psychosom*. 77(4):219–226.
- HAS (2007). *Éducation thérapeutique du patient — Définition, finalités et organisation*.
- HAS (2024). *Améliorer l'observance médicamenteuse — Recommandations de bonnes pratiques*.
- NICE (2009). *Medicines adherence*. CG76. National Institute for Health and Care Excellence.
- Horne R. et al. (2013). Adherence to medication. *N Engl J Med*. 369(5):450–451.

FICHE DE DÉMONSTRATION MEDISCRIBE

Ce document illustre la qualité rédactionnelle, la rigueur scientifique et le potentiel SEO des contenus MediScribe destinés aux équipes soignantes et aux établissements de santé.



Version longue en ligne

Scannez ce QR code pour accéder au guide soignant complet : exemples cliniques, outils pratiques, ressources supplémentaires.

mediscribe.fr/exemples/observance-soignant.html

Contact : florent@mediscribe.fr · SIRET 50336919100047 · www.mediscribe.fr