

Le diabète et la question de la compliance

Maximilien Bachelart

L’OBSERVANCE est une problématique cruciale dans la gestion des maladies chroniques notamment le diabète à tel point qu’elle a donné lieu à une multitude de recherches. La non-observance est un paradigme typique qui définit bien l’écart entre une volonté de soin et paradoxalement un suivi non satisfaisant des comportements proposés par le corps médical.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

La notion de compliance

La compliance peut se définir comme les réponses d’un patient suite à un avis qui peut être médical et qui d’une manière générale fait autorité par une place de savoir face à un patient. La compliance consiste donc à prendre par exemple au moment prévu les médicaments proposés par le médecin, en suivant les quantités et la durée de prescription. Dans le cadre du diabète, la compliance peut comprendre l’insulinothérapie, le suivi d’un régime, l’activité physique et l’autosurveillance glycémique. Cet ensemble d’actions définit la prise en charge personnelle du diabétique (self-care).

Diabète et compliance

Selon les études, environ 80 % des patients souffrant de maladies chroniques ne suivent pas correctement leur traitement, c'est-à-dire de façon suffisante pour atteindre un bénéfice thérapeutique optimal ; c'est le cas pour le diabète (Kravitz *et al.*, 1993), un point qui attire l'attention de l'OMS depuis plusieurs années. Dans le cas du diabète, une mauvaise observance peut conduire des difficultés sur le plan de l'équilibre glycémique, du bilan lipidique mais aussi sur le plan cardio-vasculaire. Une mauvaise compliance médicamenteuse accroît indirectement le risque d'hospitalisation (Lau et Nau, 2004) et les coûts de santé (Balkrishnan *et al.*, 2003). Penfornis (2003) rapporte que la non-observance des traitements est supérieure dans ces conditions : patient âgé, polymédicamentés, un nombre de prises quotidiennes élevé, un long traitement et une maladie peu ou pas symptomatique. Penfornis déplore le manque d'études sur les conséquences d'une mauvaise observance sur l'équilibre du diabète. Reach (2006) nous rappelle que le pourcentage de non-observance thérapeutique dans le diabète varie selon les études, de 20 à 80 % pour l'insulinothérapie, environ 65 % pour le suivi d'un régime, 57 à 70 % pour l'autosurveillance glycémique et 19 à 30 % pour l'activité physique. Plusieurs variables peuvent expliquer les niveaux de compliance au traitement, Landel-Graham *et al.* (2003) en retiennent quant à eux six : connaissances du patient, stress, dépression, support social, relation médecin-patient, barrières perçues et type de coping.

Compliance en pratique clinique : le *Health Belief Model*

Le Health Belief Model ou modèle des croyances sur la santé (Becker, 1974 ; Rosenstock, 1974) permet de saisir les raisons que peut avoir une personne de suivre ou non son traitement. Il repose sur quatre croyances relatives à la maladie et à la santé ainsi qu'aux traitements.

Le modèle postule que, pour que le patient soit en mesure d'accepter le traitement, les quatre croyances doivent être favorables :

1. Etre persuadé d'être atteint par la maladie ;
2. Croire que la maladie et ses conséquences sont graves ;
3. Croire que le traitement est bénéfique ;
4. Croire que les bienfaits du traitement sont plus importants que ses désavantages (effets secondaires, contraintes, coûts...).

Dans le diabète de type 2, une grande proportion de patients ne se sent pas malade et ce sont les contraintes comme la prise de traitements qui sont révélateurs de la maladie (Levasseur, 2004).

Il faut donc être particulièrement attentif aux effets secondaires du traitement du diabète de type 2 et notamment aux risques d'hypoglycémie (qui provoque une baisse d'énergie, des tremblements, une faim importante) qui sont mal vécus par les patients et qui peuvent contribuer à une mauvaise observance du traitement voire à un arrêt de celui-ci.

Pour comprendre la notion de compliance, il reste important de ne pas se limiter à notre point de vue et de questionner le sujet sur ses croyances concernant sa maladie, son traitement et son quotidien. En effet, on constate parfois un décalage entre le discours donné par le patient et ses croyances un peu plus profondes ainsi qu'une confusion entre des souhaits personnels comme la guérison et une réalité médicale comme le soin. La question de la compliance, en grande partie responsable du pronostic médical, est amenée à attirer de plus en plus l'attention des chercheurs et cliniciens à l'avenir.

Bibliographie

Bibliographie

BALKRISHNAN R., RAJAGOPOLAN R., CAMACHO FT., HUSTON S.A., MURRAY F.T., ANDERSON R.T. (2003), « Predictors of medication adherence and associated health care costs in an older population with type 2 diabetes mellitus : a longitudinal cohort study », *Clinical Therapeutics*, 25, p. 2958-2971.

BECKER M.H. (1974), « The health belief model and personal health behavior », *Health Education Monographs*, 2, p. 324-473.

KRAVITZ R.L., HAYS R.D., SHERBOURNE C.D., DIMATTEO M.R., ROGERS W.H., ORDWAY L., GREENFIELD S. (1993), « Recall of recommendations and adherence to advice among patients with chronic medical conditions », *Archives of Internal Medicine*, 153, p. 1869-1878.

LANDEL-GRAHAM J., YOUNT S.E., RUDNICKI S.R. (2003), « Diabetes mellitus », in Nezu A.M et al.

(eds.), *Handbook of Psychology*, (9), *Health Psychology*, New York, Wiley, p. 191-217.

LAU D.T., NAU D.P. (2004), « Oral antihyperglycemic medication nonadherence and subsequent hospitalization among individual with type 2 diabetes », *Diabetes Care*, 27, p. 2149-2153.

LEVASSEUR G. (2004), « À propos de la "maladie-du-malade" diabétique de type 2 », *Éducation du patient et enjeux de santé*, 3, p. 66-72.

PENFORNIS A. (2003), « Observance médicamenteuse dans le diabète de type 2 : influence des modalités du traitement médicamenteux et conséquences sur son efficacité », *Diabetes et Metabolism*, 29, 2-C3, p. 31-37.

REACH G. (2006), « La non-observance thérapeutique : une question complexe. Un problème

Comment certaines pathologies illustrent des questions centrales en psychologie médicale

55. Le diabète et la question de la compliance

↳ crucial de la médecine contemporaine », *Médecine*, 2, 9, p. 411-415.

Health Belief Model », *Health Education Monographs*, 2, p. 4.

ROSENSTOCK I. (1974), « Historical origins of the