



ELSEVIER  
MASSON

Disponible en ligne sur [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

 ScienceDirect

Pratiques psychologiques 13 (2007) 1–19

Pratiques  
psychologiques

<http://france.elsevier.com/direct/PRPS/>

Psychologie clinique

## L'observance thérapeutique : déterminants et modèles théoriques

### Therapeutic observance: determinants and models

C. Tarquinio<sup>\*,1</sup>, M.-P. Tarquinio<sup>2</sup>

*LPCC - laboratoire de psychologie de la santé, université Paul-Verlaine de Metz, 57000 Metz, France*

---

#### Résumé

L'objectif de cet article sera de passer en revue un certain nombre de paramètres classiquement impliqués dans l'émergence des conduites d'observance thérapeutique. Ce comportement de santé peut se définir comme la résultante d'un processus de conformation du patient aux prescriptions médicales adressées par l'autorité médicale dans le cadre d'une prise en charge de sa maladie. Cependant, les déterminants de ce suivi des prescriptions médicales sont nombreux et interdépendants. C'est la raison pour laquelle cet article s'attachera à présenter le concept d'observance en proposant certaines définitions au contour assez vague. Nous présenterons ensuite trois des principaux modèles spécifiquement consacrés à son étude. Puis une étude des déterminants de l'observance versus non-observance sera envisagée et traitera des caractéristiques propres aux malades, ainsi que de la qualité de la relation qu'entretiennent avec eux les soignants–médecins. Loin d'être exhaustif dans la présentation du concept d'observance, il s'agira d'insister sur la difficulté à véritablement saisir un tel comportement ; problématique qui trouve une nouvelle originalité pour la psychologie et les sciences humaines par son inscription dans le champ de la santé et de la maladie.

© 2006 Société française de psychologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

#### Abstract

The aim of this paper is to examine a certain number of parameters which are classically implicated in the emergence of therapeutic observance behavior. This health behavior can be defined as the consequence of a process of a patient's conforming to medical instructions issued by the medical authority in the framework of treating his illness. However, the determinants of following these medical instructions

---

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [CTarquinio@aol.com](mailto:CTarquinio@aol.com) (C. Tarquinio).

<sup>1</sup> Professeur de psychologie de la santé.

<sup>2</sup> Doctorante.

are numerous and interdependent. Therefore, this paper will attempt to present the concept of observance by proposing certain definitions with a rather vague outline. We will then present three principal models specifically devoted to its study. A study of the determinants of observance versus non-observance will then be envisaged and will treat the characteristics peculiar to the sick, as well as the quality of the relation which is maintained between them and the medical staff—doctors. Far from being exhaustive in the presentation of the concept of observance, we will emphasize more the difficulty in truly understanding such behavior; a problematic which finds a new originality for psychology and the human sciences by its focus on the field of health and illness.

© 2006 Société française de psychologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

*Mots clés* : Observance ; Comportements ; Santé ; Maladie ; Soins

*Keywords*: Compliance; Behavior; Health; Illness; Care

---

## 1. Introduction

Les différents travaux sur l'observance utilisent une variété de termes qui méritent d'être précisés. Celui de compliance, dès 1975, a été utilisé dans le lexique médical et dans les travaux anglo-saxons pour désigner et remplacer l'expression « fuite du patient ». Mais ce n'est en fait que très progressivement que la notion de compliance s'est imposée comme un facteur important dans le domaine thérapeutique. Son usage favorise la diffusion implicite du stéréotype du mauvais patient qui ne veut pas ou ne peut pas se soumettre (*to comply*) aux prescriptions médicales. Cependant, le malade compliant ne peut se réduire à un sujet qui se conforme, accepte tous les conseils médicaux sans jamais les questionner et le malade non compliant à un sujet qui simplement refuse l'autorité médicale et qui donc peut être considéré comme déviant, irresponsable, voire inconscient par le seul fait de sortir du cadre des prescriptions dont il fait l'objet et qui seul doit être considéré comme bon pour la santé.

À cet égard il est essentiel pour les comprendre de situer les comportements de santé comme l'observance dans un système de relation complexe qui implique les médecins, les personnels soignants et les patients. La nature particulière de cette relation est d'ordre normative, elle se réfère à des paroles et des actes qui fixent les comportements à suivre et qui visent à maintenir la santé, à prévenir les maladies, guérir, réconforter et lorsque les traitements curatifs n'ont plus d'effets, à accompagner le patient vers la mort.

C'est donc en fonction et à l'intérieur de la relation entre professionnel de la santé et les patients que se définit le cadre thérapeutique où l'observance thérapeutique doit être abordée. Celle-ci est indéniablement liée à un modèle de relation thérapeutique qui établit un cadre de compétence médicale socialement reconnu et qui confère aux personnels soignants, aux médecins en particulier, une autorité qui leur permet de prescrire et d'imposer aux patients un ensemble de traitements impliquant des comportements à suivre. On désigne sous le nom d'autorité d'esculape, ce pouvoir conféré aux médecins tant au moment du diagnostic que dans la prescription d'un traitement, lui permettant ainsi d'obtenir l'attention, le respect et l'obéissance du patient. Après avoir présenté le concept d'observance et passé en revue trois modèles spécifiques propres à l'explication de comportement de santé, nous insisterons sur les déterminants majeurs de l'observance qui s'inscrivent dans le cadre particulier de la relation entre médecins—soignants et malades. Ainsi, nous évoquerons certaines caractéristiques des malades associées à l'observance, les déficits de compréhension des patients des maladies et des traitements qui sont des freins

majeurs à l'observance. Enfin nous montrerons en quoi la qualité de la relation reste un facteur décisif à prendre en compte pour espérer des patients une bonne observance.

## 2. Le concept d'observance thérapeutique

Les premières études ayant pour objet l'observance thérapeutique des patients datent des années 1970 et montraient chez des patients souffrant d'hypertension que 50 % d'entre eux ne suivaient pas correctement les prescriptions médicales (Cotton et Antill, 1984). Depuis, l'étude de ce comportement de santé s'est systématisée à toutes les populations qu'il s'agisse des enfants (Krasnegor et al., 1993), des adolescents (Gavin et al., 1999), des adultes (Myers et Midence, 1998), ou encore des personnes âgées chez qui on estime à environ 11 % le nombre d'hospitalisations causées plus ou moins directement par une mauvaise observance (Balkrshman, 1998 ; Ryan, 1999). Près de 8000 articles, en majorité anglo-saxons ont été publiés sur ce thème avant 1990 et environ 4000 depuis ces dix dernières années. On montre ainsi que plus de 80 % des patients souffrant de maladies chroniques, telles que le diabète (Kravitz et al., 1993), l'asthme (Bailey et al., 1990, Brooks et al., 1994), ou encore l'hypertension (Hamilton et al., 1993) ne suivent pas correctement leur traitement, c'est-à-dire de façon suffisante pour atteindre un bénéfice thérapeutique optimal. Un constat identique se dégage des travaux portant sur l'observance des personnes souffrant de troubles psychiatriques telles que la schizophrénie pour laquelle 73 % des réhospitalisations sont liés à un non-respect des prises médicamenteuses (Fenton et al., 1997 ; Novak, 1999), ou encore la dépression, où seulement 74 % des personnes sous antidépresseurs prennent correctement leurs médicaments, c'est-à-dire en respectant le nombre de prises et la durée du traitement (Carney et al., 1995 ; Thase, 1999). La non-observance a souvent pour effet de prolonger la durée des maladies (dans 10 à 20 % des cas), de contribuer à l'augmentation des arrêts de travail pour raison de santé (dans 5 à 10 % des cas), d'augmenter la fréquence des visites chez le médecin ou le spécialiste (dans 5 à 10 % des cas) et d'augmenter la durée des hospitalisations (en moyenne d'un à trois jours). C'est ce que montrent également Gryfe et Gryfe (1984) indiquant que 15 % des hospitalisations des personnes âgées sont le fait d'une mauvaise observance. Pour Gordis et al. (1969), une bonne observance avec la pénicilline ne peut être envisagée que lorsque le dosage des urines conduit à un taux de présence de la substance égal à 75 %. Pour Black et al. (1987), une bonne observance implique dans la prise des médicaments un taux supérieur à 85 %.

Il est possible d'identifier plusieurs modalités d'expression des conduites d'observance qui vont de l'arrêt définitif du traitement à la prise groupée (Munzenberger et al., 1996) (Tableau 1).

Tableau 1

Les différentes formes de non-observance, tiré de Munzenberger et al. (1996)

Gradation de la non-observance	Caractéristiques
Les arrêts définitifs	Forme de non-observance la plus aigüe Comportements non observants les plus visibles : « perdus de vue »
Les arrêts « momentanés »	Comportements décidés par les patients (par exemple pendant quelques semaines) Plus difficile à mesurer pour le médecin
Les « oublis »	Comportements les plus fréquents et difficilement visibles pour le médecin La quasi-totalité des patients avoue oublier fréquemment ou occasionnellement leurs médicaments
Les « prises groupées »	Comportements moins fréquents Prise de la totalité des médicaments en une ou deux prises par jour au lieu de trois

Les oublis de prise restent tout à fait occasionnels pour les patients observants, ainsi que les prises groupées. Ces comportements sont néanmoins fréquents chez les patients qui décident d'adapter, de leur propre initiative, la prescription initiale à leur façon de vivre. Ils respectent alors le nombre de médicaments à prendre par jour mais sans tenir compte des délais et des fréquences de prises. De tels comportements peuvent avoir des effets désastreux sur la santé et réduire l'efficacité du traitement. Les arrêts momentanés sont généralement révélateurs d'une difficulté à suivre un traitement, voire d'une baisse de la motivation à se soigner. D'autres patients enfin, vont prendre un nombre plus important de médicaments que celui qui est prescrit par le médecin. Cette décision se fait généralement en fonction des effets secondaires et des améliorations constatées. Le traitement est donc en quelque sorte reconstruit par le patient qui s'aménage un traitement individualisé. Cette maîtrise retrouvée n'est pas sans conséquence sur le plan psychologique parce qu'elle permet au patient de retrouver du contrôle là où justement la maladie et l'entrée dans le rôle de malade l'en ont dépossédé. En outre, l'observance des patients doit être considérée comme évolutive et dynamique, il n'existe pas de patient « strictement » observant ou non observant. Ainsi, l'observance n'est ni acquise pour le médecin, ni définitive pour le patient.

L'observance ne se limite pas à l'unique prise de médicaments, elle englobe également des comportements comme venir aux rendez-vous à l'hôpital ou au cabinet du médecin, avoir une alimentation saine et équilibrée, faire de l'exercice, éviter de fumer, etc. Dans un sens large, l'observance désigne donc le comportement d'un patient qui suit le traitement qui lui a été prescrit et tient compte des recommandations médicales. Haynes (1979) la définit comme « l'importance avec laquelle les comportements (en termes de prise de médicaments, de suivi des régimes, ou de changements des habitudes de vie) d'un individu coïncident avec les conseils médicaux ou de santé ». Selon la définition de Haynes, le patient est placé dans une position de passivité manifeste : ce sont les prescriptions médicales, les injonctions (ordonnances) qui fixent le cadre de l'observance ou de la non-observance. Or, la situation des patients, la nature de la maladie ou encore le niveau de compréhension et d'entendement qu'ils pourront avoir de ce qu'ils vivent ou de ce qui leur arrive seront des paramètres qui vont influencer l'observance versus non-observance. Par conséquent, la non-observance ne peut être réduite à une non-conformité des conduites des patients aux attentes des médecins et plus largement des professionnels de santé. Elle ne peut se définir qu'en référence à la capacité du patient à s'inscrire dans les cadres médicaux qui, au regard de sa situation de malade, devraient pouvoir optimiser sa santé et son bien-être. La notion de capacité du patient renvoie aux ressources mentales, sociales, physiques et psychologiques qu'il sera ou non en mesure de mobiliser pour faire face à la maladie qui le touche et aux exigences qui s'imposent à lui en termes de soins, s'il ne veut pas mettre en cause le caractère vital de sa situation. L'observance doit donc s'envisager et se définir comme un espace de confrontation entre les exigences médicales (définition du bien-être et de la santé, attentes de conduites permettant d'atteindre de tels idéaux) et les ressources que le sujet pourra développer et mobiliser pour s'adapter à sa situation de malade. Ainsi, le concept d'observance thérapeutique dévoile sa complexité quant à sa définition mais également l'importance qu'il prend dans le rapport que le patient entretient avec sa maladie et son référent : le médecin.

### **3. Les modèles théoriques relatifs à l'observance thérapeutique**

Il existe des modèles théoriques spécifiques à l'étude de l'observance thérapeutique. Ces modèles sont, pour la plupart, assez récents et s'inscrivent dans une perspective d'appréhension

sion des comportements qui prend en compte de nombreux paramètres issus le plus souvent des modèles traditionnels de la psychologie de la santé. Nous avons fait le choix d'en présenter trois parmi les plus représentatifs de cette orientation, le modèle de compliance en santé, le modèle systémique de soins préventifs et le modèle de prédiction des comportements de santé. On notera que ces modèles qui sont d'origine anglo-saxonne, utilisent plutôt le terme de compliance que celui d'observance.

### 3.1. Le modèle de compliance en santé

Le Health Compliance Model (modèle de compliance en santé, HCM développé par Heiby et Carlston (1986) est une version complétée d'un modèle sociocomportemental explicatif de l'observance aux recommandations d'exercices physiques réguliers. Le HCM se veut explicatif des comportements relatifs au suivi des traitements médicaux, qui est présenté comme dépendant à la fois de facteurs situationnels antécédents) et des conséquences qu'impliquent pour le patient la prise des médicaments par exemple. Ces conséquences sont définies tant en termes de contexte objectif que de perception subjective de ce contexte par le patient.

Le HCM a été le premier modèle à prendre en compte la manière dont les sujets vivent et ressentent leur observance à travers les effets (conséquences immédiates ou différées) que celle-ci a sur leur vie (Fig. 1).

Ce modèle comprend trois types de variables :

- les variables dites antécédentes ou situationnelles qui se déclinent selon plusieurs aspects, comme les caractéristiques du traitement (dosage, goût, couleur, complexité de la posologie, emballage du médicament), la qualité des instructions fournies (nature et objectifs du traitement, adaptation au mode de vie, le type d'instructions (écrit-verbal), l'adéquation de la communication (verbale et écrite), la facilité de compréhension et de lisibilité des instructions, le suivi du patient (quantité et fréquence des consultations...), le soutien social, familial, ainsi que la qualité de la relation entre le patient et le médecin ;
- les facteurs individuels subjectifs impliquent quant à eux la perception que le patient a de sa situation de malade. Ce sont ses croyances, ses perceptions vis-à-vis de l'efficacité des traitements, le coût perçu, la gravité estimée et le degré de satisfaction qui sont ici envisagés ;

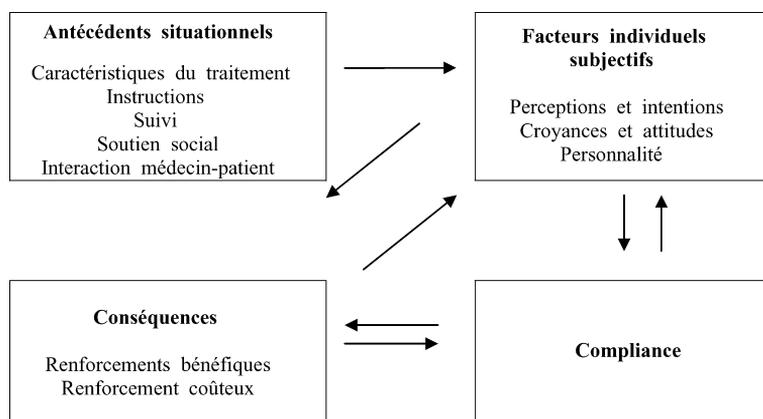


Fig. 1. Modèle de compliance en santé (Heiby et Carlston 1986).

- Les conséquences concernent à la fois les bénéfices et les inconvénients qui peuvent induire ou être induits en retour par les facteurs individuels subjectifs et par la compli-ance elle-même. Ces bénéfices peuvent être sociaux (valorisation par autrui), personnels (amélioration de l'état de santé, ou réduction des symptômes), voire financiers (gains économiques par l'arrêt de la cigarette). Les inconvénients sont du même registre, physiques (par l'aggrava-tion de la situation du malade ou par l'augmentation de l'intensité ou du nombre des effets secondaires), financiers (à travers les répercussions économiques du traitement) ou sociaux (par la stigmatisation que la maladie ou les symptômes peuvent impliquer pour le malade dans sa vie quotidienne). Bénéfices et inconvénients peuvent ici être immédiats ou différés !

### 3.2. Le modèle systémique de soins préventifs (MSSP)

Le Model for Clinical Prevention se veut un modèle intégratif, directement construit pour l'étude de l'observance, dans le cadre de la pratique clinique, même s'il intègre en son sein bon nombre de paramètres issus de la prévention. Pour ses auteurs le MSSP a la particularité de mettre en évidence les rôles respectifs du patient et du médecin (soignant) dans l'émergence des conduites de prévention et d'observance. Le modèle a été conçu, en 1992, par Walsh et McPhee à partir du HBM et des modèles de Bandura (1977) et de Fishbein et Ajzen (1975). Le MSSP distingue trois catégories de facteurs (prédisposants, facilitateurs, renforçants) et y intègre les facteurs relatifs au soignant. En outre, il ajoute des facteurs organisationnels, des facteurs liés au comportement de prévention, et des facteurs situationnels (Fig. 2).

Pour les patients les facteurs prédisposants concernent aussi bien les caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge, statut...), les croyances et attitudes (croyances religieuses ou culturelles, les peurs, les motivations de l'individu, les attitudes à l'égard de la prévention, le sentiment d'auto-efficacité et de contrôle par rapport à la maladie, ainsi que la valeur accordée à la maladie). Pour les médecins les facteurs prédisposants incluent des paramètres

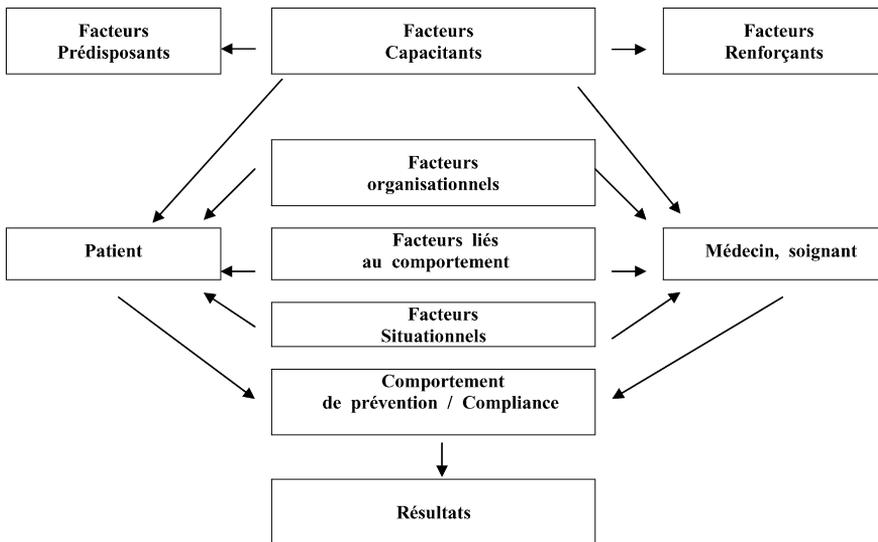


Fig. 2. Modèle systémique de soins préventifs (MSSP).

similaires à ceux des patients comme le sexe ou l'âge. Certains sont plus spécifiques comme les attitudes envers la prévention, la perception de son autoefficacité, la perception qu'il a de la motivation du patient et de son niveau d'information ou encore la perception de sa propre compétence médicale et de son rôle éducatif.

Les facteurs capacitants pour le patient concernent son habileté et ses ressources par rapport à l'observance, les connaissances à sa disposition, les facteurs physiologiques propres à chaque patient et logistiques en terme par exemple d'accessibilité matérielle aux soins (accès aux soins plus ou moins aisés, horaires...). Pour le médecin cela concerne plutôt ses compétences réelles en prévention (en éducation et formation), sa spécialité médicale, son degré d'expertise technique (médicale), sa compréhension des buts et orientations de la prévention. Cela concerne également les facteurs logistiques à sa disposition (temps, place, personnel, équipement, disponibilité de matériel éducatif).

Enfin, les facteurs renforçants sont pour les patients le soutien de l'entourage, les effets positifs du traitement comme la perte de poids ou le renforcement identitaire dont il pourra faire l'objet. Pour le médecin il s'agit de l'obtention d'effets positifs perceptibles, de la satisfaction du patient, de la qualité de la communication interprofessionnelle sur la prévention et des feedbacks positifs dont il sera ou non le destinataire.

En ce qui concerne les facteurs organisationnels, ils touchent à la fois le médecin et le patient et comprennent l'accessibilité aux soins et la disponibilité de services de soins et de prévention.

Les facteurs liés au comportement concernent quant à eux l'efficacité des comportements d'observance manifestés (capacité à produire l'effet attendu chez le patient). Ces facteurs touchent aussi aux effets secondaires réels ou potentiels et aux désagréments qu'ils peuvent engendrer chez le patient.

Enfin, on trouve dans ce modèle des facteurs situationnels internes (symptômes) ou externes (intervention d'autrui, rappel du médecin, informations données par les médias) qui sont autant de paramètres à prendre en compte afin d'optimiser l'observance des patients.

Le MSSP est un modèle récent, représentatif de l'évolution des dernières années. Il intègre la majorité des apports des autres modèles, et ouvre d'intéressantes possibilités de recherche et d'action. Pour ses auteurs eux-mêmes, le MSSP présente néanmoins des faiblesses car il reste un modèle encore trop générique, et donc incapable de préciser le rôle des facteurs selon le type de maladie. En outre, les facteurs proposés mériteraient d'être pondérés en fonction des contextes et des publics qu'il souhaite étudier. Enfin, on peut reprocher à ce modèle d'être un peu trop centré sur la dyade médecin-patient, alors même que les autres soignants et la famille ont un rôle tout aussi crucial à jouer dans le processus promotion de l'observance.

### *3.3. Le modèle de prédiction des comportements de santé (MPCS)*

Le modèle de prédiction des comportements de santé (MPCS) intègre plusieurs approches, théories et concepts isolés explicatifs de l'observance (et des comportements de santé en général). Il a été proposé par Pender (1975) et utilisé avec une population de patients ayant fait l'objet d'un pontage cardiaque. Le MPCS se fonde principalement sur le modèle des croyances de santé (HBM) et y intègre des facteurs issus de la théorie d'apprentissage social, du lieu de contrôle de la santé (HLC), et de plusieurs autres facteurs, originaux ou modifiés. Intégré, le MPCS se compose de cinq catégories de facteurs :

- les facteurs de modification concernent les variables sociodémographiques (âge, sexe...) et les variables interpersonnelles, c'est-à-dire ce que les malades peuvent attendre ou espérer du rapport aux autres et des réseaux sociaux dans lequel ils sont insérés. On trouve également à ce niveau les variables conjoncturelles qui renvoient à l'ancrage psychosocial des comportements de santé et qui prennent en compte l'acceptabilité culturelle ou normative des conduites des malades. Un tel paramètre confère à ce modèle une véritable originalité par rapport aux autres, car il donne toute sa dimension au cadre psychosocial qui entoure les malades. Les dimensions culturelles, normatives et idéologiques des groupes sociaux deviennent ici autant de pondérations majeures susceptibles d'orienter ou non les comportements de santé des sujets ;
- les perceptions individuelles, relatives à la santé, à la maladie et aux bénéfices du traitement. Cela inclut l'importance que la santé a pour le sujet, son lieu de contrôle (interne ou externe) au sens de Wallston et al. (1978), c'est-à-dire un ensemble de paramètres qui vont influencer sur les comportements de santé ou la recherche d'informations sur la maladie ou le traitement. On trouve aussi à ce niveau la perception de la gravité de la maladie, la présence et le nombre de symptômes, ainsi que la perception des bénéfices qu'apportent aux malades leurs comportements de santé ;
- la perception des obstacles aux comportements de santé renvoie aux priorités personnelles du patient, à ce qui compte véritablement pour lui qu'il faut mettre en lien avec son style de vie. C'est la confrontation entre ces aspirations de vie et les conséquences du traitement qui vont ou non augmenter les probabilités d'obtention de conduites de santé spécifiques et adaptées à la situation du malade ;
- les signaux d'action ou déclencheurs peuvent être considérés comme des indicateurs internes (fatigue, signes corporels, symptômes...) ou externes (rappel de l'environnement social ou médiatique) sur la situation du malade. On peut considérer que leur expression a pour effet de resituer les sujets dans sa réalité de malade. Agissant comme un principe de réalité ces signaux obligent les sujets à tenir compte d'une réalité qu'il peut parfois sur un mode purement défensif mettre à distance et occulter ;
- la probabilité d'adoption du comportement de santé va résulter de l'interaction entre les signaux d'action, la perception des obstacles et les perceptions individuelles. C'est le traitement de l'ensemble de ces paramètres qui va ou non conduire, selon ce modèle, à une plus ou moins bonne observance (Fig. 3).

Le MPCS est un modèle qui tente un rapprochement entre des approches distinctes les unes des autres. Mais certains facteurs dont l'influence sur l'observance a été démontrée sont absents de cette tentative d'intégration. C'est le cas par exemple des intentions de comportement, du sentiment d'autoefficacité, ou du lieu de contrôle.

Tous ces modèles théoriques ont été élaborés afin de prédire au mieux l'émergence des conduites d'observance thérapeutique. Ils se sont attachés à prendre en compte la complexité psychologique, sociale et économique du malade et de la maladie. Une telle approche bien qu'écologique reste dans les faits particulièrement difficile à expérimenter et à valider. On est loin, bien entendu, des modèles peut-être parfois trop simples qui, dans ce domaine tiennent le haut du pavé. Cependant, les difficultés d'opérationnalisation des paramètres impliqués par ces modèles intégratifs et la pauvreté de nos méthodes d'évaluation souvent trop linéaires confrontent les chercheurs à de véritables difficultés de mise en œuvre. Pourtant cette prise en compte de la complexité est une voie majeure de recherche qu'il faudra déve-

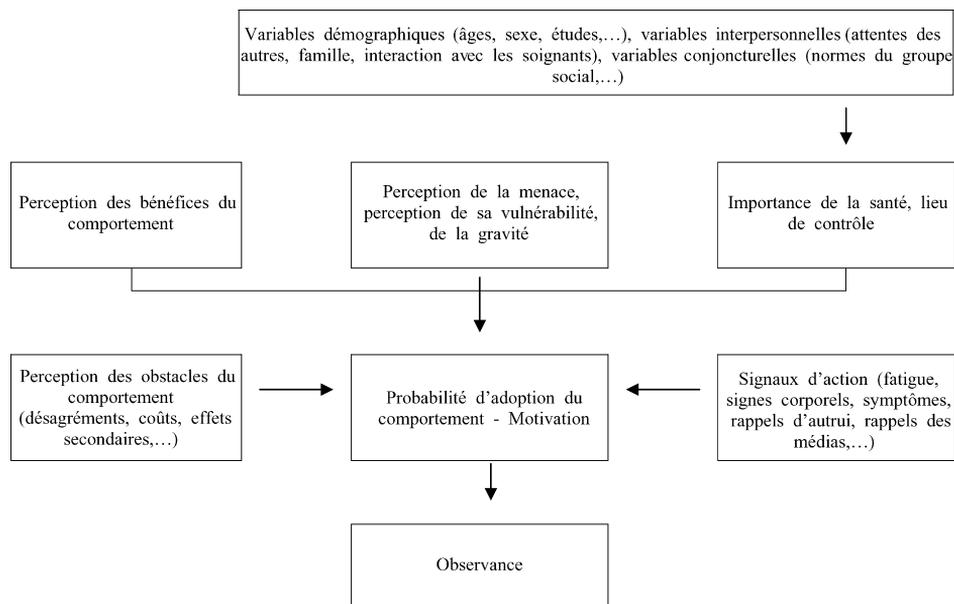


Fig. 3. Modèle de prédiction des comportements de santé (MPCS).

lopper dans l'avenir, afin d'assurer une compréhension plus juste de ce que vivent les patients confrontés à la maladie et qui ne manifestent pas toujours l'observance que l'on attend d'eux.

#### 4. Les déterminants majeurs de l'observance thérapeutique

Plus de 200 variables ont été étudiées en relation avec la compliance (Haynes et al., 1979), et plus de 50 de ces variables se sont révélées être des facteurs de non-compliance (Meichenbaum et Turk, 1987), mais on n'a pas pu démontrer qu'une seule variable, ou que la combinaison de plusieurs d'entre elles pouvait constituer le facteur qui fait qu'un patient adhère ou non à un traitement (Tableau 2).

Toutes ces variables sont intéressantes à prendre en compte dans le cadre d'une compréhension globale du processus qui conduit à l'observance versus non-observance. Si l'ensemble de ces paramètres reste difficile à mettre en œuvre ou à contrôler, le praticien ou le chercheur ont néanmoins intérêt à les avoir à l'esprit lorsqu'ils s'intéressent à la problématique de l'observance ou de l'éducation à la maladie qui est son corollaire. C'est sans doute pourquoi il est si difficile de mettre sur pied des études écologiquement valides, permettant de comprendre les raisons de l'observance versus non-observance ; toutes ces études font nécessairement pénétrer le chercheur ou le praticien dans la complexité des conduites humaines que nos modèles — quand ils existent et quand ils sont appliqués (Tarquinio et Fischer, 2001) — même les plus exhaustifs sont incapables de saisir totalement.

Nous présenterons trois des déterminants les plus documentés et les plus consistants dans l'étude de l'observance thérapeutique : les caractéristiques du patient, les facteurs qui entretiennent un lien avec le niveau de compréhension des malades par rapport à leur situation et enfin, la qualité du lien psychoaffectif existant entre un soignant et un malade. Dans de nom-

Tableau 2

Récapitulatif des déterminants de l'observance/non observance (Gauchet, 2005)

Déterminants	Favorisent/défavorisent l'observance	Pas d'influence sur l'observance
La complexité du traitement	Eldred et al. (1998)	Blackwell (1973)
Style de vie et traitement	Wenger et al. (1999)	
Caractéristiques de la maladie	Munzenberger et al. (1997)	
Les effets indésirables	D'arminio Monforte et al. (2000) ; Duran et al. (2001) ; Stone (2001) ; Forgaty et al. (2002) ; Spire et al. (2002)	
La chronicité des symptômes	Samet et al. (1992) ; Singh et al. (1996) ; Eldred et al. (1997)	
Les facteurs liés au patient		
Les caractéristiques sociodémographiques du patient (âge, sexe, CSP, état civil)	Bruchon-Schweitzer et Dantzer (1994) ; Fontaine et Salah (1991)	Meichenbaum et Turk (1987) ; Muma et al. (1995) ; Singh et al. (1996) ; Eldred et al. (1997)
Ethnie, religion, niveau d'éducation		Besch (1995)
Type de personnalité		Meichenbaum et Turk (1987)
Dépression	Spire et al. (2002)	
Alcool et drogue	Moatti et al. (2000)	
Le statut clinique du patient	Forgaty et al. (2002)	
Les facteurs socioéconomiques	Samet et al. (1992), Mehta et al. (1997)	
Le manque de soutien social	Fontaine et Salah (1991) ; Blackwell (1992) ; Mehta et al. (1997) ; Paterson et al. (2000)	
Les facteurs liés à la relation médecin-patient	Becker et Maiman (1975) ; Cotton et Antill (1984) ; Di Nicola et Di Matteo (1982) ; Becker (1985) ; Steele et al. (1990) ; Tarquinio et Fischer (2001)	
L'aspect information-compréhension	Svarstad (1976) ; Burgoon et al. (1987) ; Hall et al. (1988) ; Ley (1988) ; Kravitz et al. (1993)	
La dimension affective	Ong et al. (1995)	
	Korsch et al. (1968) ; Francis et al. (1969) ; Davis (1971) ; Rodin et Janis (1979) ; Hessen-Klemens et Lapinska (1984) ; Di Matteo et al. (1986) ; Squier (1990) ; Barnhoorn et Adriaanse (1992)	

breuses configurations (type de maladie, situation des patients...), ces aspects ont révélé toute leur importance et la nécessité de les prendre en compte afin de mieux comprendre et réguler l'observance thérapeutique des patients.

#### 4.1. Les caractéristiques des patients

Il n'a jamais été vraiment possible d'isoler des profils psychologiques susceptibles d'expliquer la plus ou moins bonne observance des patients. Cependant, il semble exister un certain consensus sur le fait qu'un faible soutien social, associé à une forte isolation des malades conduit à une mauvaise observance. Le soutien social en tant que ressource externe à la disposition de l'individu va moduler et généralement atténuer l'impact des facteurs liés au traitement et à la maladie. Son mécanisme d'action est plutôt indirect que direct par une modification de l'évaluation de la situation stressante et par la promotion de stratégies

d'ajustement plus efficaces. La solitude est un facteur de vulnérabilité face à la substance (Stein et Gelberg, 1995), au stress (La Gory et al., 1990) et aux problèmes de santé physique (Gelberg et al., 1997). Dans la plupart des cas le soutien social constitue un facteur d'efficacité face à la maladie, en particulier chez les plus démunis socialement rendus plus vulnérables en raison de leur désinsertion sociale. Les inégalités sociales se prolongent donc non seulement dans la maladie, mais aussi dans les chances de rémission, en raison notamment de l'impossibilité de certains malades de faire appel à leur environnement social (Mutran et al., 2001). C'est encore ce qu'ont montré Myers et Midence (1998) chez des patients diabétiques ou touchés par la tuberculose (Tableau 3).

Myers et Midence (1998) ont montré qu'il n'y avait pas de lien entre l'observance et des variables telles que l'âge, le sexe, le statut marital, le niveau de formation ou la classe sociale. En revanche, le système de croyance et de représentation des patients est un élément essentiel dans la compréhension des conduites d'observance thérapeutique. L'une des théories naïves les plus étudiées reste sans aucun doute le Health Belief Model de Rosenstock (1974). Ce modèle a été conçu afin de rendre compte des différents facteurs psychosociaux qui déterminent les comportements de santé comme l'observance. L'intérêt de ce modèle réside dans le fait qu'il met en évidence le rôle et l'importance des évaluations faites par les patients des prescriptions et du traitement médical, dans la mesure où ils développent dans le cadre et par rapport à l'observance des croyances relatives à la pertinence de la démarche thérapeutique et à la menace représentée par la maladie elle-même. Ce modèle a été utilisé dans l'étude de l'observance alimentaire, en particulier pour le respect de certains régimes (Caggiula et Watson, 1992 ; Urban et al., 1992), mais aussi dans le cadre de travaux portant sur les comportements d'autopalpation du sein chez les femmes à risque (Calnan, 1984). Ce modèle a aussi été utilisé dans l'étude de la compliance chez les patients souffrant d'hypertension (Nelson et al., 1978), de diabète (Alogna, 1980) ou encore de désordres psychiatriques (Budd et al., 1996). Si de nombreux travaux ont montré la pertinence du modèle, peu l'ont concrètement utilisé dans la mise en œuvre par exemple de dispositifs visant à améliorer l'observance (Jones et al., 1987).

D'autres systèmes de croyance comme le sentiment d'efficacité ont souvent été étudiés par les auteurs en lien avec l'observance des patients. Il s'agit d'une croyance selon laquelle nous pouvons provoquer des changements grâce à nos efforts personnels. Notre façon de percevoir, nos propres capacités pour faire face aux événements et les maîtriser sont considérées comme ayant une influence sur notre manière de réagir face à la maladie. Cette notion a été développée par Bandura (1997). De nombreuses études ont montré un lien entre l'observance

Tableau 3  
Caractéristiques associées avec l'observance thérapeutique (inspiré de Meichenbaum et Turk, 1987)

Variables psychosociales	Variables personnelles	Représentations et croyances en matière de santé
Situation sociale du malade	Typologie et sévérité des désordres psychiatriques	Représentation inadaptée ou erronée
Potentiel et qualité du soutien social perçu	Mauvaise mémoire	Représentation ethnique ou culturelle de la maladie et du traitement en conflit avec les exigences médicales
Instabilité familiale	Niveau de compréhension	
Attitudes de l'entourage familial vis-à-vis du traitement et la maladie	Sensibilité à l'empathie	
Domiciliation stabilisée		

vance et le sentiment d'efficacité qu'il s'agisse d'observance comportementale dans l'arrêt des comportements tabagiques (DiClemente et al., 1985) de la médication contre la tuberculose en Inde (Barnhoom et Adriaanse, 1992) ou de l'observance médicamenteuse (Flanders et McNamara, 1984). Le sentiment d'efficacité personnelle revêt ainsi un intérêt particulier dans la mesure où il permet à un individu de créer sa propre réalité, il influe sur la façon dont il la vit, ce qui se révèle essentiel dans la compréhension des comportements d'observance des patients.

#### *4.2. Compréhension des traitements et des soins comme facteur d'observance*

On a établi qu'une mauvaise observance était souvent le résultat non pas d'un manque de coopération du patient, comme semblent l'indiquer 60 % des médecins dans l'étude de Ong et al. (1995), mais d'un manque d'explication des médecins et de compréhension des patients. Ley (1988) fait une distinction claire entre les médecins et les patients en ce qui concerne la compréhension de la terminologie anatomique, souvent superficielle chez les non-initiés, en dépit de la tendance récente des médias à diffuser et à vulgariser le savoir médical. Le pourcentage de patients qui ne comprennent pas les conditions et les raisons de leurs prescriptions médicales varie de 5 à 53 %. Or, de nombreuses études montrent que si le patient ne peut comprendre ce qui se joue à propos de sa santé lors de la consultation médicale, il ne sera pas observant. Ley et ses collaborateurs (Ley et al., 1975) montrent qu'approximativement 40 % de ce qui se dit pendant la consultation est immédiatement oublié. Une étude de Crane (1996) réalisée dans un service d'urgence a montré que seulement 59 % des informations médicales étaient correctement comprises par les patients ; les seuls éléments dont les patients se rappelaient étaient généralement le diagnostic ou la catégorisation médicale. Les médecins sont souvent démunis face à ce type de problèmes et sous-estiment trop souvent le besoin qu'ont les patients de disposer d'informations (Brink-Muinen, 2000). Une bonne compréhension de la maladie et des traitements est le plus souvent positivement liée à une bonne observance (Burgoon et al., 1987). Observance, satisfaction du malade, capacité de rappel des informations et compréhension de qualité semblent donc interdépendantes. C'est ce que montre par exemple la recherche de Svarstad (1976) où 70 % des patients qui avaient compris les recommandations médicales étaient considérés comme observants, alors que 15 % seulement des patients qui faisaient des erreurs de rappel suivaient correctement les recommandations médicales. Il apparaît donc important que les médecins donnent à leurs patients des informations et des instructions précises (horaires, nombre de comprimés, restrictions alimentaires...), non seulement oralement, mais aussi par écrit. Or, il est vrai que traditionnellement, la production des écrits dans le cadre des consultations est rarement destinée aux malades, mais plutôt aux autres professionnels de santé (pharmaciens, infirmiers, autres soignants...), ce qui en soit est un véritable paradoxe, car toutes les informations ne peuvent être mémorisées et les données les plus essentielles pour une observance optimale sont alors inexorablement perdues.

Les études ont montré que le niveau de compréhension des patients par rapport à leur traitement et leur situation de malade était intimement lié au comportement d'adhérence (Burgoon et al., 1987). Cette adhérence, la satisfaction des patients, le rappel et la compréhension étant quant à eux corrélés positivement avec la qualité des informations données par le médecin. Une étude réalisée dans un centre médical de proximité a montré que 50 % des patients accueillis ne savaient pas de façon précise durant combien de temps leur médication

devait être poursuivie, 25 % n'étaient pas en mesure d'indiquer le dosage correct qui leur avait été prescrit, et 15 % ne connaissaient même pas les fréquences de prise (Svarstad, 1976). Lorsque les informations transmises au patient sont considérées comme claires par des juges extérieurs, (on enregistre le contenu des échanges entre médecin et malade) on observe alors qu'environ 60 % de ces informations sont comprises par les malades, ce qui conduit à un taux d'observance d'au moins 50 %. En revanche, lorsque les instructions sont jugées confuses par ces mêmes juges, le niveau de compréhension passe à 40 % et le taux d'observance à 30 %. D'autres ont montré que cinq mois après la date de la prescription initiale, le taux d'adhérence était de 58 % lorsque les patients jugeaient avoir bien saisi les explications du médecin, contre 29 % lorsque les explications avaient été jugées peu compréhensibles (Daltroy et al., 1991). De même dans les problèmes de rhumatismes on retrouvait une configuration identique quatre mois après (Daltroy et al., 1992). En effet, lorsque le niveau de compréhension était satisfaisant, 79 % des patients pouvaient être considérés comme observants contre 33 % quand ils n'avaient pas totalement compris les consignes des médecins.

Une telle situation ne peut que conduire à un sentiment d'insatisfaction chez les patients ; d'une part, parce que le fait de ne pas comprendre et donc de dépendre de l'expertise du médecin les soumet au contrôle social de l'instance médicale ; d'autre part, parce qu'ils ne sont pas toujours convaincus de la pertinence du traitement, ce qui laisse la place à des attitudes de suspicion à l'endroit du médecin et de la médecine en général, si le traitement ne fonctionne pas (Daltroy et al., 1991). On sait que le temps nécessaire à un patient pour faire un exposé suffisamment clair de sa situation est en moyenne de moins d'une minute (Beckman et Frankel, 1984). Or, il apparaît que le délai à partir duquel les médecins vont interrompre le patient peut varier de 5 à 50 secondes (Beckman et al., 1985). Beckman et Frankel (1984) avaient déjà montré que les patients étaient en moyenne interrompus 18 secondes après avoir commencé à exposer les motifs qui les conduisaient à consulter. Après cette interruption, seulement 23 % d'entre eux étaient en mesure ou disposés à poursuivre l'exposé des raisons de leur consultation. Cela a pour effet d'appauvrir de façon assez importante la description que le patient peut faire de sa situation et de son état de santé. De façon identique Noble (1998) a montré que lors de consultations de médecine générale, le médecin laissait le patient s'exprimer librement (sur la raison de sa visite) pendant 20 secondes, avant de l'interrompre par des questions de plus en plus précises et fermées, et que les patients n'étaient autorisés à terminer leur exposé que dans 23 % des cas. En laissant le patient exprimer sa « plainte » jusqu'au bout, celle-ci ne prend en moyenne qu'une minute, et deux minutes 30 secondes dans les cas les plus longs. Dans cette situation, il y a eu manifestement communication (échange), et probablement des démonstrations d'intérêt, pourtant les patients se considéraient insatisfaits et percevaient le médecin comme peu intéressé par leurs informations (spontanées).

L'attention du médecin semble en outre se focaliser essentiellement sur les données biomédicales, plutôt que sur l'écoute du patient et de sa souffrance psychologique (Ley, 1988). Ce manque de prise en compte de la réalité du malade est un frein au respect des prescriptions médicales. Steele et al. (1990), distinguent deux types d'attitudes chez les médecins : une attitude indirecte et une attitude directe. La première consiste à poser aux patients des questions précises sur leur niveau d'observance, sur ses causes et ses conséquences. La seconde attitude est, en revanche, plus diffuse et aborde de manière plus évasive le sujet. Comme le montrent les auteurs, la première attitude améliore de plus de 20 % le niveau d'observance. Le fait de traiter explicitement le problème de l'observance lors des consulta-

tions médicales développe chez le patient une attention et une sensibilité particulière qu'il interprète le plus souvent comme une prise en compte de sa réalité de malade. Zola (1980) indique que trop souvent la question de l'observance n'est abordée qu'à partir du moment où la situation est déjà fortement dégradée. L'auteur suggère à cet égard une attitude plus préventive, qui consisterait à aborder la question de la non-observance dès les premières consultations, en particulier lorsqu'une maladie chronique comme l'asthme, le diabète ou l'hypertension vient de se déclarer. Cette approche a été expérimentée avec un groupe de médecins dans le cas de l'hypertension, ce qui a conduit à une augmentation significative du niveau d'observance par rapport à un groupe vis-à-vis duquel les médecins avaient eu une attitude plus commune.

Au-delà de la dimension informationnelle et cognitive qui doit nécessairement être prise en compte dans le cadre thérapeutique, la dimension du lien affectif entre le patient et le médecin se révèle aussi être un facteur d'efficacité pour l'observance des patients.

#### 4.3. *Qualité relationnelle, implication du patient et observance*

L'interaction entre un médecin et un patient est loin de constituer un aspect neutre ou secondaire. Dans la plupart des cas un malade fait face à un professionnel de la santé qui lui est souvent étranger et dans les mains duquel il met sa santé et souvent sa vie. Une telle situation implique pour le patient de trouver *a minima* dans cette relation des éléments de type psychoaffectifs qui vont le sécuriser et le rassurer. Une telle exigence a conduit au développement de deux orientations de recherche, toutes deux pouvant optimiser l'observance des patients : l'une insiste sur la qualité de la relation entre médecin et patient et l'autre porte davantage sur l'implication et la participation du patient dans la consultation.

En ce qui concerne les dimensions affectives de la relation médecin-patient, Korsch et al. (1968) ont très tôt mis en évidence à quel point l'observance est déterminée par la satisfaction que les patients retirent de leur consultation et la façon dont les médecins interagissent et se comportent avec eux (Di Matteo et al., 1986). Deux facteurs seraient d'une importance fondamentale chez le médecin : l'attitude positive envers son patient et le fait de lui montrer qu'il s'en préoccupe réellement. Tous deux seraient de nature à favoriser chez le patient un sentiment de responsabilité à l'égard de son propre bien-être (Rodin et Janis, 1979). Les travaux de Davis (1968, 1971) ont montré à travers l'étude de 223 consultations que l'observance est plus faible lorsque la consultation est tendue ou quand le médecin ne répond pas suffisamment aux questions. De même Francis et al. (1969), ont montré lors de consultations pédiatriques que l'observance était d'autant meilleure que le médecin avait été perçu comme amical plutôt que comme un bon professionnel. Ainsi, la dimension affective semble très importante, car plus le médecin encourage et supporte le patient, plus ce dernier semble observant (Hessen-Klemens et Lapinska, 1984). Les qualités affectives du médecin sont aussi des clés essentielles à l'observance des patients, en particulier en ce qui concerne la chaleur humaine et le niveau d'empathie qu'il sera capable de manifester (Squier, 1990). Hessen-Klemens (1987) suggère que la non-observance est souvent vécue par les médecins comme une frustration, ce qui les conduit le plus souvent à être sur la défensive. Une analyse de 109 enregistrements de consultations médicales dont 30 montraient de manière explicite que les patients ne suivaient pas les recommandations médicales, a permis de mettre à jour les stratégies des médecins face à une telle situation (Hessen-Klemens, 1987). La plus fréquente est la « medical threat » où les médecins insistent essentiellement sur les conséquen-

ces médicales du non-respect par les patients des consignes médicales. La seconde consiste à créer un contexte d'indulgence et à inviter les malades à exprimer leur point de vue, même si, comme le montrent les auteurs, le malade n'est finalement pas souvent intégré dans la nouvelle planification des traitements. La troisième, enfin, consiste à utiliser sa position de domination et à manifester une certaine autorité en obligeant le patient à s'y conformer. Le problème de l'observance n'est en fait que rarement abordé de front. Quand c'est le cas, l'empathie et la prise en compte des souffrances des patients sont absentes.

## 5. Conclusion

Afin d'améliorer l'observance des patients, il convient de décrypter le sens de la non-observance. Par définition ce sens revêt un caractère singulier, propre à chaque patient, même si les situations rencontrées peuvent présenter quelques similitudes. Suivre un traitement à la lettre ne va jamais de soi, surtout lorsque celui-ci est un tant soit peu prolongé ou que ses résultats ne sont pas concrètement et rapidement perceptibles. Quoi qu'il en soit l'observance est un reflet (peut-être un symptôme) important du vécu existentiel d'une maladie et il convient de l'évoquer à chaque occasion, comme une affaire allant de soi, cela pour chaque aspect du traitement. Ne pas le faire ne peut que contribuer à une méconnaissance des patients, de ce qu'ils vivent quotidiennement et entretenir le cercle vicieux des retombées négatives d'une mauvaise observance lorsqu'elle existe et qu'elle est ignorée. Face à un problème de non-observance, il n'existe pas de réponse ni de solutions univoques. Elle ne doit en tout cas pas être réduite à une simple question d'éducation à la maladie ou de compétences du patient. Il importe de procéder à une analyse qui avec le concours du patient lui-même devrait permettre de dégager au mieux les facteurs spécifiquement en cause. Les situations de non-observance ne sont jamais fortuites. Elles traduisent le plus souvent un climat de profonde insécurité où se mêlent angoisses, révolte, déni et culpabilité. L'important est de savoir en décoder la véritable signification. Et dans un tel contexte l'aide d'un psychologue de la santé formé à ce type de problématique peut être d'une valeur inestimable.

Les actions éducatives dans le champ de la santé sont des réponses importantes pour juguler les problèmes de la non-observance. Certes ces démarches pédagogiques dans le domaine de la santé se multiplient, s'enrichissent et deviennent de plus en plus efficaces, mais elles restent souvent à l'initiative des médecins ou des équipes soignantes plus ou moins sensibilisés au problème. Soigner est une exigence des professionnels de la santé, alors que l'éducation et la prise en compte des patients dans leur individualité restent le plus souvent une démarche optionnelle. Une réponse peut être apportée par le principe de l'*empowerment* en éducation du patient. La notion d'*empowerment* repose sur le fait que les sujets ne sont pas entièrement libres dans leurs choix de comportement en matière de santé et que ces choix peuvent être restreints par leurs conditions sociales et environnementales. Elle consiste à développer l'autonomie en matière de santé. L'objectif de cette éducation est de développer les compétences qui aident à la réalisation de cette autonomie. Mais ici encore cette conception du patient responsable et autonome doit être appréhendée avec lucidité par les chercheurs et les praticiens. Cette internalisation des conduites est bien connue des psychologues sociaux. Une telle perspective amène certes à une reconnaissance du rôle que peuvent jouer les patients dans la prise en charge de leur santé, mais elle correspond surtout à un changement de nature plus vaste, par lequel on abandonne l'idéologie de victimisation pour une idéologie de la responsabilité individuelle. Cette expansion à terme d'une idéologie de la

« responsabilité individuelle du malade » va devenir de plus en plus naturelle dans tout le système médical et conduira à faire peser le poids de la responsabilité sur lui.

On ne peut dissocier la question des comportements de santé de celle de leur prise en charge psychologique à partir des psychothérapies. Même si en France les tenants de la psychologie de la santé ne l'évoquent que très rarement, dans la pratique, les psychothérapies restent un mode d'intervention majeur auprès des malades (Fischer, 2002). Soutenir, réduire les impacts psychologiques de la maladie, permettre l'expression de la souffrance et des angoisses sont autant de déclinaisons possibles de cette forme particulière de prise en charge psychologique qui permettra aussi d'optimiser l'observance des patients. De ce point de vue les thérapies cognitives restent des réponses à envisager (Fischer et Tarquinio, 2006).

Comprendre ou changer les comportements et les conduites est loin d'être une nouveauté en psychologie. Un tel projet constitue pour une part au moins le cœur même de la discipline depuis son origine. En s'inscrivant dans le champ de la santé et de la maladie, cette problématique devient un enjeu majeur où il s'agit de parvenir à améliorer la vie des personnes, et souvent aussi, d'éviter qu'elles ne meurent. Cela nous impose de confronter nos modèles à d'autres, parfois issus de disciplines éloignées, afin d'estimer leur efficacité à prédire et corriger les conduites des malades. Le principe de réalité épistémologique, devient une question d'éthique, ce qui oblige la psychologie de la santé (parce que la vie des gens est en jeu) à poser la question de l'efficacité, de l'interdisciplinarité (non simulée) et de la prise en compte de la complexité, ce que de nombreux modèles et méthodologies en vogue dans notre discipline ne savent pas faire.

## Références

- Alogna, M., 1980. Perception of severity of disease and health locus of control in compliant and non-compliant diabetic patients. *Diabetes Care* 3, 533–534.
- Bailey, W.C., Richards, J.M., Rooks, C.M., Soong, S., Windsor, R.A., Manzella, B.A., 1990. A randomised trial to improve self-management practices of adults with asthma. *Archives of Internal Medicine* 150, 1664–1668.
- Balkrishnan, R., 1998. Predictor of medication adherence in the elderly: clinical therapeutics. *The International Journal* 20 (4), 764–771.
- Bandura, A., 1977. *Self-Efficacy. The exercise of control*. Freeman, New York.
- Barnhoom, F., Adriaanse, H., 1992. In search of factors responsible for non compliance among tuberculosis patients in Wardha District, India. *Social Science and Medicine* 34, 291–306.
- Beckman, H.B., Frankel, R.M., 1984. The effect of physician behavior on the collection of data. *Annals of Internal Medicine* 101, 692–696.
- Beckman, H.B., Frankel, R.M., Darnley, J., 1985. Soliciting the patients' complete agenda: a relationship to the distribution of concerns. *Clinical Research* 33, 714A.
- Besch, C.L., 1995. Compliance in clinical trials. *AIDS* 9, 1–10.
- Black, D.M., Brand, R.J., Greenlick, M., Hughes, G., Smith, J., 1987. Compliance to treatment for hypertension in elderly patients. *Journal of Gerontology* 42, 552–557.
- Blackwell, B., 1973. Patient compliance. *The New England Journal of Medicine* 2, 249–252.
- Blackwell, B., 1992. Compliance. *Psychotherapy and Psychosomatics* 58 (3–4), 161–169.
- Becker, M.H., Maiman, L.A., 1975. Sociobehavioral determinants of compliance with health medical care recommendations. *Medical Care* 13, 10–24.
- Brink-Muinen, H., 2000. Doctor-patient communication in different European health care systems : Relevance and performance from the patients' perspective. *Patient Education and Counseling* 39 (1), 115–127.
- Brooks, G.M., Richard, J.M., Kohler, C.L., Soong, S.J., 1994. Assessing adherence to asthma medication and inhaler regimens: a psychometric analysis of adult self-report scales. *Medical Care* 32, 298–307.
- Bruchon-Schweitzer, M., Dantzer, R., 1994. *Introduction à la psychologie de la santé*. PUF, Paris.
- Budd, R.J., Hughes, I.C.T., Smith, J.A., 1996. Health beliefs and compliance with antipsychotic medication. *British Journal of Clinical Psychology* 35, 393–397.

- Burgoon, J.K., Pfau, M., Parrott, R., Birk, T., Coker, R., Burgoon, M., 1987. Relational communication, satisfaction, compliance-gaining strategies and compliance in communication between physicians and patients. *Communication Monographs* 54, 307–324.
- Caggiula, A.W., Watson, J.E., 1992. Characteristics associated with compliance to cholesterol lowering eating patterns. *Patient Education and Counseling* 19, 33–41.
- Calnan, M., 1984. The health belief model and participation in programs for the early detection of breast cancer: a comparative analysis. *Social Science and Medicine* 19, 823–830.
- Carney, R.M., Freedland, K.E., Eisen, S.A., Rich, M.W., Jaffe, A.S., 1995. Major depression and medication adherence in elderly patients with coronary artery disease. *Health Psychology* 14, 88–90.
- Cotton, S., Antill, J.K., 1984. Noncompliance: medical and psychological aspects. *Australian Psychologist* 19, 193–204.
- Crane, J., 1996. Patient comprehension of doctor–patient communication on discharge from the emergency department. *The Journal of Emergency Medicine* 15 (1), 1–7.
- D’Arminio Monforte, A., Cozi Lepri, A., Rezza, G., 2000. Insights into the reasons for discontinuation of the first highly active antiretroviral therapy (HAART) regimen in a cohort of antiretroviral naïve patient. *AIDS* 14, 499–507.
- Daltroy, L.H., Katz, J.N., Liang, M.H., 1992. Doctor–patient communication and adherence to arthritis treatments. *Arthritis Care and Research* 5, S19.
- Daltroy, L.H., Katz, J.N., Morlino, C.I., Liang, M.H., 1991. Improving doctor–patient communication. *Arthritis Care and Research* 4, S19.
- Davis, M.S., 1968. Variations in patient’ compliance with doctor’ advice: an empirical analysis of patterns of communication. *American Journal of Public Health* 58, 274–288.
- Davis, M.S., 1971. Variations in patient’ compliance with doctor’ advice: medical practice and doctor–patient interaction. *Psychiatric Medicine* 2, 31.
- Di Matteo, M.R., Hays, R., Prince, L.M., 1986. Relationship of physicians’ non verbal communication skill to patient satisfaction, appointment noncompliance, and patient workload. *Health Psychology* 6, 581–594.
- Di Nicola, D.D., Di Matteo, M.R., 1982. Communication interpersonal influence, and resistance to medical treatment. *Basic Process in Helping Relationships*. Academic Press, New York.
- Di Clemente, C.C., Prochaska, J.O., Gilbertini, M., 1985. Self efficacy and the stages of self-change of smoking. *Cognitive Therapy and Research* 9, 181–200.
- Duran, S., Spire, B., Raffi, F., Walter, V., Bouhour, D., 2001. Self-reported symptoms after initiation of a protease inhibitor in HIV-infected patients and their impact on adherence to HAART. *HIV Clinical Trials* 2 (1), 38–45.
- Eldred, L.J., Aw, W., Chaisson, R.E., Moore, R.D., 1998. Adherence to antiretroviral and pneumocystis prophylaxis in HIV disease. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 18, 117–125.
- Fenton, W.S., Blyler, C.R., Heinssen, R.K., 1997. Determinants of medication compliance in schizophrenia: Empirical and clinical findings. *Schizophrenia Bulletin* 23 (4), 637–651.
- Fishbein, M., Ajzen, I., 1975. *Beliefs attitudes intention and behavior: an introduction to theory and research*. Reading, mass, Addison-Wesley.
- Fischer, G.N., 2002. *Traité de psychologie de la santé*. Dunod, Paris.
- Fischer, G.N., Tarquinio, C., 2006. *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*. Dunod, Paris.
- Flanders, P.A., McNamara, J.R., 1984. Prediction of compliance with an over the counter acne medication. *Journal of Psychology* 118, 31–36.
- Fontaine, O., Salah, D., 1991. La compliance : un problème de santé. *Revue Médicale de Liège* XLVI (6), 343–349.
- Forgaty, L., Roter, D., Larson, S., Burke, J., Gillepsie, J., Levy, R., 2002. Patient adherence to HIV medication regimens: a review of published and abstract reports. *Patient Education and Counseling* 1568, 1–16.
- Francis, V., Korsch, B.M., Morris, M.J., 1969. Gaps in doctor–patient communication: patient’ response to medical advice. *New England Journal of Medicine* 280, 535–540.
- Gauchet, A., 2005. *Les déterminants psychosociaux de l’observance thérapeutique chez les personnes séropositives : représentations et valeurs*. Thèse de troisième cycle. Université de Metz.
- Gavin, L.A., Wamboldt, M.Z., Sorokin, N., Levy, S.Y., Wamboldt, F.S., 1999. Treatment alliance and its association with family functioning, adherence, and medical outcome in adolescents with severe, chronic asthma. *Journal of Pediatric Psychology* 24 (4), 355–365.
- Gelberg, L., Gallagher, T.C., Andersen, R.M., Koegel, P., 1997. Competing priorities as a barrier to medical care among homeless adults in Los Angeles. *American Journal of Public Health* 87, 217–220.
- Gordis, L., Markowitz, P.H.M., Lilienfeld, A.M., 1969. The inaccuracy in using interviews to estimate patient reliability in taking medications at home. *Medical Care* 7, 49–54.

- Gryfe, C.I., Gryfe, B.M., 1984. Drug therapy of the aged: the problem of compliance and the roles of physicians and pharmacists. *Journal of the American Geriatrics Society* 32, 301–307.
- Hall, J.A., Roter, D.L., Katz, N.R., 1988. Correlates of provider behavior: a meta-analysis. *Medical Care* 26, 657–675.
- Hamilton, G.A., Roberts, S.J., Johnson, J.M., Tropp, J.R., Anthony-Odgren, D., Johnson, B.F., 1993. Increasing adherence in patients with primary hypertension: an intervention. *Health Values* 17 (1), 3–11.
- Haynes, R.B., 1979. Introduction. In: Haynes, R.B., Taylor, D.W., Sackett, D.L. (Eds.), *Compliance in health care*. John Hopkins University Press, Baltimore.
- Haynes, R.B., Taylor, D.W., Sackett, D.L., 1979. *Compliance in health care*. John Hopkins University Press, Baltimore.
- Heiby, E.M., Carlston, J.G., 1986. The Health Compliance Model. *Journal of Compliance Health Care* 1 (2), 135–152.
- Hessen-Klemens, I., Lapinska, E., 1984. Doctor-patient interaction, patient health behavior and effects of treatment. *Social Science and Medicine* 19, 9–18.
- Hessen-Klemens, I., 1987. Patients' non-compliance and how doctors manage this. *Social Science and Medicine* 24, 409–416.
- Jones, P.K., Jones, S.L., Katz, J., 1987. Improving compliance for asthma patients visiting the emergency department using a health belief model intervention. *Journal of Asthma* 24, 199–206.
- Korsch, B.M., Gozzi, E.K., Francis, V., 1968. Gaps Doctor–Patient communication Doctor–Patient interaction and Patient satisfaction. *Journal of Pediatrics* 42 (5), 518–527.
- Krasnegor, N.A., Epstein, L., Johnson, S.B., Yaffe, S.J., 1993. *Developmental aspects of health compliance behavior*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale.
- Kravitz, R., Hayes, R.D., Sherbourne, C.D., DiMatteo, M.R., Rogers, W., Ordway, L., Greenfield, S., 1993. Recall of recommendations and adherence to advice among patients with chronic medical conditions. *Archives of Internal Medicine* 153 (16), 1869–1878.
- La Gory, M., Richey, F., Mullis, J., 1990. Depression among homeless. *Journal of Health and Social Behavior* 31, 87–101.
- Ley, P., 1988. *Communicating with Patients*. Croom Helm, London.
- Ley, P., Jain, V.K., Skillbeck, C.E., 1975. A method for decreasing patients medication errors. *Psychological Medicine* 6 (4), 599–601.
- Meichenbaum, D., Turk, D.C., 1987. *Facilitating treatment adherence.- A practitioners guidebook*. Plenum Press, New York.
- Moatti, J.P., Spire, B., 2000. Au-delà de l'observance : les recherches sociocomportementales sur l'impact des multithérapies antirétrovirales. *Transcriptase* 83, 1–7.
- Mehta, S., Moore, R.R., Graham, N.M.H., 1997. Potential factors affecting adherence with HIV therapy. *AIDS* 11, 1665–1670.
- Muma, R.D., Ross, M.W., Parcel, G.S., Pollard, R.B., 1995. Zidovudine adherence among individuals with HIV infection. *AIDS Care* 7 (4), 439–447.
- Munzenberger, N., Souville, M., Morin, M., Moatti, J.-P., 1996. Approche psychosociale de l'observance thérapeutique et de l'adhérence aux essais cliniques chez les patients infectés par le VIH. ANRS, Paris.
- Munzenberger, N., Cassuto, J.P., Gastaut, J.A., Souville, M., Morin, M., Moatti, J.P., 1997. L'observance au cours des essais thérapeutiques dans l'infection à VIH, une discontinuité entre l'histoire des patients et la logique des essais. *La Presse Médicale* 26 (8), 358–365.
- Mutran, E., Reed, P.S., Sudha, S., 2001. Social support: clarifying the construct with applications for minority populations. *Journal of Mental Health and Aging* 7 (1), 67–78.
- Myers, L.B., Midence, K., 1998. *Adherence to treatment in medical conditions*. Harwood Academic Publishers, Amsterdam.
- Nelson, E.C., Stason, W.B., Neutra, R.R., Solomon, H.S., McArdle, P.J., 1978. Impact of patient perceptions on compliance treatment in hypertension. *Medical Care* 16, 893–906.
- Noble, L.M., 1998. Doctor-patient communication and adherence to treatment. In: Myers, L.B., Midence, K. (Eds.), *Adherence to treatment in medical conditions*. Harwood Academic Publishers, Amsterdam.
- Novak, G.V., 1999. Treatment compliance in first-episode schizophrenia. *Psychiatric Services* 50 (7), 970–971.
- Ong, L.M.L., Dehaes, J.C.J., Hoos, A.M., Lemmes, F.B., 1995. Doctor–patient communication: a review of the literature. *Social Science and Medicine* 40 (7), 903–918.
- Paterson, D.L., Swindells, S., Mohr, J., 2000. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of International Medicine* 133, 21–30.
- Pender, N.J., 1975. A conceptual model for a preventive health Behavior. *Nursing Outlook* 23 (6), 385–390.

- Rodin, J., Janis, L., 1979. The social power of health-care practitioners as agent of change. *Journal of Social Issues* 35, 60–81.
- Rosenstock, I.M., 1974. Historical origins of the health belief model. *Health Education Monography* 2, 321–328.
- Ryan, A.A., 1999. Medication compliance and older people: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies* 36 (2), 153–162.
- Samet, J.H., Libman, H., Steger, K.A., Dhawan, R., Chen, J., Shevitz, A.H., et al., 1992. Compliance With Zidovudine Therapy in Patients Infected With Human Immunodeficiency Virus Type 1: a Cross-Sectional Study in a Municipal Hospital Clinic. *The American Journal of Medicine* 92, 495–502.
- Singh, N., Squier, C., Sivek, C., Wagener, M., Hong Nguyen, M., et al., 1996. Determinants of compliance with antiretroviral therapy in patients with human immunodeficiency virus: prospective assessment with implications for enhancing compliance. *AIDS Care* 8 (3), 261–269.
- Spire, B., Durand, S., Souville, M., Leprot, C., Raffi, F., 2002. Adherence to highly active antiretroviral therapies (HAART) in HIV-infected patients: from a predictive to a dynamic approach. *Social Science and Medicine* 54, 1481–1496.
- Squier, R.W., 1990. A model of empathic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner-patient relationships. *Social Science and Medicine* 30, 325–339.
- Steele, D., Jackson, T.C., Gutmann, M.C., 1990. Have you been taking your pills? The adherence monitoring sequence in the medical interview. *Journal of Family Practice* 30, 294–299.
- Stein, J., Gelberg, J., 1995. Homeless men and women: differential associations among substance abuse, psychosocial factors and severity of homelessness. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 3, 75–86.
- Stone, V.E., Hogan, J.W., Scuman, P., Rompalo, A.M., 2001. Antiretroviral regimen complexity, self-reported adherence, and HIV patient's understanding of their regimens: survey of women in the HER study. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 28, 124–131.
- Svarstad, B., 1976. Physician-patient communication and patient conformity with medical advice. In: Mechanic, M. (Ed.), *The growth of bureaucratic medicine. an inquiry into the dynamics of patient behavior and the organization of medical care*. Wiley, New York.
- Tarquinio, C., Fischer, G.N., 2001. La compliance : dimensions conceptuelles et facteurs psychosociaux. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale* 49, 15–33.
- Thase, M.E., 1999. Long-term nature of depression. *Journal of Clinical Psychiatry* 60 (14), 3–9.
- Urban, N., White, E., Anderson, G.L., Curry, S., Kristal, A.R., 1992. Correlates of maintenance of a low-fat diet among women in the Women's Health Trial. *Preventive Medicine* 21, 279–291.
- Wallston, K.A., Wallston, B.S., De Vellis, R.F., 1978. Development of the multidimensional locus of control scale (MHLCS). *Health Education Monographs* 6, 161–170.
- Wenger, N., Gifford, A., Liu, H., Chesney, M., Golin, C., Crystal, S., 1999. Patient characteristics and attitudes associated with antiretroviral (AR) adherence (abstracts 98). Program and abstracts book. Presented at the 6<sup>th</sup> *Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*, January 31-February 4. Illinois, Chicago p. 85.
- Zola, I.K., 1980. Structural constraints in the doctor-patient relationship: the case of non-compliance. In: Eisenberg, I., Kleinman, A. (Eds.), *The relevance of social science for medicine*. D. Reidel Publishing Company, Dordrecht.