

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

5 januari 2010

5 janvier 2010

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

**tot verbetering
van de therapietrouw bij patiënten**

(ingediend door mevrouw Yolande Avontroodt)

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

**relative à l'amélioration de l'observance
thérapeutique des patients**

(déposée par Mme Yolande Avontroodt)

cdH	:	centre démocrate Humaniste
CD&V	:	Christen-Democratisch en Vlaams
Ecolo-Groen!	:	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
FN	:	Front National
LDD	:	Lijst Dedecker
MR	:	Mouvement Réformateur
N-VA	:	Nieuw-Vlaamse Alliantie
Open Vld	:	Open Vlaamse liberalen en democraten
PS	:	Parti Socialiste
sp.a	:	socialistische partij anders
VB	:	Vlaams Belang

Afkortingen bij de nummering van de publicaties:

DOC 52 0000/000:	Parlementair document van de 52 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA:	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV:	Voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)
CRABV:	Beknopt Verslag (blauwe kaft)
CRIV:	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen) (PLEN: witte kaft; COM: zalmkleurige kaft)
PLEN:	Plenum
COM:	Commissievergadering
MOT:	Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)

Abréviations dans la numérotation des publications:

DOC 52 0000/000:	Document parlementaire de la 52 ^{ème} législature, suivi du n° de base et du n° consécutif
QRVA:	Questions et Réponses écrites
CRIV:	Version Provisoire du Compte Rendu intégral (couverture verte)
CRABV:	Compte Rendu Analytique (couverture bleue)
CRIV:	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes) (PLEN: couverture blanche; COM: couverture saumon)
PLEN:	Séance plénière
COM:	Réunion de commission
MOT:	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers

Bestellingen:
Natieplein 2
1008 Brussel
Tel. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.deKamer.be
e-mail : publicaties@deKamer.be

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants

Commandes:
Place de la Nation 2
1008 Bruxelles
Tél. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.laChambre.be
e-mail : publications@laChambre.be

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Wereldwijd wordt het gebrek aan therapietrouw bij patiënten meer en meer ervaren als een ernstig probleem. Het bestaat in alle gezondheidssystemen, veroorzaakt een grote verspilling van financiële middelen, heeft schadelijke gezondheidseffecten bij de patiënt en kan mogelijk het gevaar op een epidemie verhogen.

1. Prevalentie

De omvang van het gebrek aan therapietrouw wordt duidelijk onderschat. Nochtans zijn de cijfers overduidelijk. Het niet naleven van de therapie neemt belangrijke proporties aan. Een gebrek aan therapietrouw wordt vastgesteld bij verschillende aandoeningen en bij verschillende geneesmiddelen. Het niveau van het gebrek aan therapietrouw situeert zich van 40 tot 60% bij artritis¹, 15 tot 43% bij ontvangers van orgaandonaties² en tussen 18 en 70% bij de behandeling van depressies³. Onderzoek heeft aangetoond dat tot 50% van de patiënten met hypertensie of hoge bloeddruk hun medicatie stopzetten. Van diegenen die de medicatie voortzetten neemt 33% van de patiënten onvoldoende geneesmiddelen om hun bloeddruk onder controle te houden.⁴ Uiteindelijk neemt slechts 17% van de patiënten met hypertensie hun geneesmiddelen op een correcte manier.

2. De kostprijs op financieel vlak en op vlak van gezondheid

De kostprijs van een gebrek aan therapietrouw is weinig gekend. Die kostprijs is financieel voor de gemeenschap omdat het leidt tot ziekenhuisopnames, herval wat leidt tot bijkomende uitgaven door de ziekteverzekering van de patiënt. Bovendien is er ook een kostprijs voor de gezondheid en de levenskwaliteit van de patiënt.

Onderzoek raamt de directe en indirecte kostprijs van het gebrek aan therapietrouw in de Verenigde Staten

- ¹ Belcon, M.C. et al (1984), *Arth and Rheum*, 27 : 1227-1233; 1984. Hocks, J. E. (1985), *Comp Ther*, 11: 31-37.
- ² Didlake, R. H. et al (1988), *Trans Proc*, 20(3): 63-69; Rovelli, M. et al (1989), *Trans Proc*, 21 : 83-834.
- ³ Engstrom, F. W. (1991) in J A Cramer and B. Spiker, eds., *Patient compliance in medical practice and clinical trials*, Ravens Press, New York, NY; Myers E. D. and A. Branthwaite (1995), *Br Psych*, 160: 83-86.
- ⁴ Vermaire et al (2001) *n J Clin Pharm Therapy* , 26(5): 331-334.

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

On considère de plus en plus de par le monde que le manque d'observance thérapeutique des patients constitue un problème grave. Le phénomène s'observe dans tous les systèmes de santé, occasionne un grand gaspillage de moyens financiers, a des effets néfastes sur la santé du patient et peut accroître le risque d'une épidémie.

1. La prévalence

L'ampleur du manque d'observance thérapeutique est manifestement sous-estimée. Or, les chiffres parlent d'eux-mêmes. La non-observance thérapeutique prend des proportions importantes. On constate un manque d'observance pour différentes affections et pour différents médicaments. Le niveau de manque d'observance oscille entre 40 et 60% pour l'arthrite¹, entre 15 et 43% pour les bénéficiaires de dons d'organes² et entre 18 et 70% pour le traitement des dépressions³. Il ressort d'enquêtes que jusqu'à 50% des patients atteints d'hypertension ou de tension artérielle trop élevée arrêtent leur traitement. Parmi ceux qui poursuivent leur traitement, 33% prennent les médicaments en doses insuffisantes pour faire baisser la tension artérielle⁴. En fin de compte, seuls 17% des patients souffrant d'hypertension prennent correctement les médicaments.

2. Le coût financier et sanitaire

Le coût d'un manque d'observance thérapeutique est peu connu. Sur le plan financier, ce coût est à charge de la société dès lors que le phénomène conduit à des hospitalisations, des rechutes entraînant des dépenses supplémentaires pour l'assurance-maladie du patient. Il existe en outre un coût en termes de santé et de qualité de vie du patient.

Les experts estiment le coût direct et indirect du manque d'observance thérapeutique aux États-Unis à

- ¹ Belcon, M.C. et al (1984), *Arth and Rheum*, 27: 1227-1233; 1984. Hocks, J. E. (1985), *Comp Ther*, 11: 31-37.
- ² Didlake, R. H. et al (1988), *Trans Proc*, 20(3): 63-69; Rovelli, M. et al (1989), *Trans Proc*, 21: 83-834.
- ³ Engstrom, F. W. (1991) in J A Cramer and B. Spiker, eds., *Patient compliance in medical practice and clinical trials*, Ravens Press, New York, NY; Myers E. D. and A. Branthwaite (1995), *Br Psych*, 160: 83-86.
- ⁴ Vermaire et al (2001) *n J Clin Pharm Therapy* , 26(5): 331-334.

op 300 miljard dollar per jaar. In Duitsland wordt de budgettaire kost op 10 miljard euro geschat.⁵

Onderzoek in de Verenigde Staten wees uit dat het gebrek aan therapietrouw jaarlijks leidt tot de dood van 125 000 patiënten en goed is voor 10 tot 25% van de ziekenhuis- en rustoordopnames.⁶ 11% van de ziekenhuisopnames van oudere mensen is een gevolg van het niet of niet correct gebruik van geneesmiddelen.⁷ Meer dan 33% van de heropnames in een ziekenhuis wegens hartfalen vloeit voort uit het niet naleven van het dieet en het voorgeschreven medicijngebruik.⁸ Inzake hartaandoeningen stelde ander onderzoek vast dat therapietrouw het risico op een beroerte met de helft zou verminderen en die van een coronaire hartaandoening met één vijfde.

Een gebrekkige therapietrouw is ook verantwoordelijk voor 39% van een eenmalige en 31% van meervoudige ziekenhuisopname bij insuline-afhankelijke diabetespatiënten.⁹

We kunnen deze problematiek uitdrukken in termen van kostenefficiënte gezondheidseconomie. Therapietrouw realiseert een aanzienlijke vermindering inzake uitgaven voor de gezondheidszorg. Daarenboven neemt het aantal gewonnen jaren levenskwaliteit (*Quality Adjusted Life Years — QALY*) toe. Van hieruit kan men dan bepalen of het zinvol en efficiënt is om interventies uit te voeren die de therapietrouw verhogen. Het betreft hier het vaststellen van de (*Incremental Cost-Effectiveness Ratio — ICER*). In de USA wordt deze drempel beraamd op \$ 50 000 per QALY; in het VK ligt deze grens op £ 20 000. Hoewel KCE rapport 100A de problematiek van de ICER uitvoerig bestudeert, bestaat er voor ons land geen concrete drempelwaarde omdat deze moeilijk in te vullen is.

Aan de hand van het onderzoek van Munakata e.a. in 2006 over trouw aan “*highly active antiretroviral therapy*” (HAART) bij HIV patiënten kunnen we dit concreet illustreren.¹⁰ Hieruit bleek dat patiënten die de voorgeschreven regels niet strikt naleefde 1,2 QALY's verloren ten opzichte van zij die zich aan de ideale regels hielden. Overigens is het effect van strikte therapietrouw

300 milliards de dollars par an. En Allemagne, le coût budgétaire présumé est de 10 milliards d'euros.⁵

Des études menées aux États-Unis ont démontré que le manque d'observance thérapeutique entraîne chaque année la mort de 125 000 patients, et qu'il est à l'origine de 10 à 25% des admissions en hôpital et en maison de repos.⁶ Onze pour cent des hospitalisations de personnes âgées sont dues à l'arrêt ou à l'application incorrecte du traitement médicamenteux.⁷ Plus de 33% des réadmissions en milieu hospitalier pour cause de défaillance cardiaque sont dues au non-respect du régime alimentaire et de la médication prescrite.⁸ En ce qui concerne les affections cardiaques, une autre étude a permis de constater que l'observance thérapeutique réduirait de moitié le risque d'attaque et d'un cinquième le risque de développement d'une maladie coronarienne.

Le manque d'observance thérapeutique est également responsable de 39% des hospitalisations uniques et de 31% des hospitalisations multiples chez les patients diabétiques insulino-dépendants.⁹

Nous pouvons exprimer cette problématique en termes d'économie de la santé offrant un rapport coût/efficacité satisfaisant. L'observance thérapeutique réduit considérablement les dépenses en soins de santé. Elle augmente de surcroît le nombre d'années de vie pondérées par la qualité de vie (*Quality Adjusted Life Years — QALY*). Compte tenu de ces éléments, l'on peut alors déterminer s'il est utile et efficace de procéder à des interventions en vue d'accroître l'observance thérapeutique. Il convient, en l'espèce, de déterminer le rapport coût-efficacité différentiel (*Incremental Cost-Effectiveness Ratio — ICER*). Aux États-Unis, ce seuil est évalué à 50 000 dollars par QALY; au Royaume-Uni, il est de 10 000 livres. Bien que le rapport 100B du Centre fédéral d'expertise des soins de santé examine en détail la problématique des ICER, il n'existe aucune valeur-seuil concrète pour notre pays, cette valeur étant difficile à interpréter.

Nous pouvons illustrer concrètement cette problématique au moyen de l'étude de Munakata *et al*, réalisée en 2006, sur l'observance du traitement antirétroviral hautement actif (TAHA) chez les patients séropositifs.¹⁰ Cette étude a révélé que les patients qui ne respectaient pas strictement les règles prescrites perdaient 1,2 QALY par rapport à ceux qui observaient les règles

⁵ Balkrishnan, R. (2005), *Med Care* 43: 517-520.

⁶ Smith D. (1989), *Am Pharm*; NS29(2): 42-45, 49-53.

⁷ Col, N. et al (1990), *Arch Int Med* 150: 841-845.

⁸ Ghali, J. K. et al 1989, *Arch Int Med*, 148: 2013-2016.

⁹ Fishbein, H. A. (1985), *Diabetes Care*, 8(1): 61-64.

¹⁰ Munakata, J. et al (2006), *Med Care* 44: 893-899.

⁵ Balkrishnan, R. (2005), *Med Care* 43: 517-520.

⁶ Smith D. (1989), *Am Pharm*; NS29(2): 42-45, 49-53.

⁷ Col, N. et al (1990), *Arch Int Med* 150: 841-845.

⁸ Ghali, J. K. et al 1989, *Arch Int Med*, 148: 2013-2016.

⁹ Fishbein, H. A. (1985), *Diabetes Care*, 8(1): 61-64.

¹⁰ Munakata, J. et al (2006), *Med Care* 44: 893-899.

niet te onderschatten. Zelfs als men een kost maakt om de therapietrouw in HAART te bevorderen, blijkt deze efficiënt. Indien aan de betrokken patiënten per jaar \$ 1 600 wordt besteed om therapietrouw te versterken, dan nog wordt volgens de studie van Munakata J. de ICER van 50 000/QALY niet bereikt.

3. De verschillende vormen van het gebrek aan therapietrouw

De laatste drie decennia is onderzoek gedaan naar het gebrek aan therapietrouw bij chronische ziekten. Uit dit onderzoek is gebleken dat men patiënten kan indelen in zes groepen met verschillend gedrag inzake therapietrouw:

- 1/6 volgt bijna perfect het medicatieschema op;
- 1/6 neemt bijna alle voorgeschreven dosissen, maar vertoont soms wat onregelmatigheid met betrekking tot de tijdstippen van inname;
- 1/6 mist occasioneel een dagdosis en vertoont wat inconsistentie in de tijdstippen van de inname;
- 1/6 neemt drie of vier keer per jaar gedurende één dag geen geneesmiddelen en slaat occasioneel een dosis over;
- 1/6 neemt maandelijks gedurende één dag geen geneesmiddelen en slaat frequent een dosis over;
- 1/6 neemt weinig of geen geneesmiddelen terwijl ze de indruk geven van een goede therapietrouw.

4. Onderliggende redenen van het gebrek aan therapietrouw

De publicatie — Belkin, D. (2009), patient non adherence in Belgium: from problems to solutions, Louvain la Neuve: Abbott, 25 — brengt voor België de onderliggende redenen voor het gebrek aan therapietrouw in kaart. Hij definieerde 7 redenen:

- 1) Afwezigheid van het besef van de omvang en de impact van gebrek aan therapietrouw

Onderzoekers stellen vast dat de verschillende actoren in de gezondheidszorg (patiënten, zorgverstrekkers, ziekteverzekering, patiëntenorganisaties, e.a.) onvoldoende de omvang van het probleem van het gebrek aan therapietrouw kennen. Ook de impact van dit gebrek aan therapietrouw is onvoldoende gekend.

idéales. D'ailleurs, il ne faut pas sous-estimer l'effet d'une observance stricte. La promotion de l'observance thérapeutique du TAHA a certes un coût, mais le rapport coût-efficacité reste positif. Même 1 600 dollars par an sont consacrés aux patients concernés pour renforcer l'observance thérapeutique, toujours selon l'étude de J. Munakata, on reste en-deçà de l'ICER de 50 000/QALY.

3. Les différentes formes du manque d'observance thérapeutique

Durant les trois dernières décennies, une enquête a été menée sur le manque d'observance thérapeutique chez les malades chroniques. Il est ressorti de cette enquête que l'on peut répartir les patients en six groupes ayant chacun un comportement différent en la matière:

- 1/6 suit presque parfaitement le schéma de médication;
- 1/6 prend presque toutes les doses prescrites, mais est parfois irrégulier en ce qui concerne le moment de la prise;
- 1/6 oublie occasionnellement une dose journalière et se montre assez inconséquent en ce qui concerne le moment de la prise;
- 1/6 ne prend aucun médicament pendant toute une journée trois ou quatre fois par an et saute occasionnellement une dose;
- 1/6 ne prend aucun médicament pendant toute une journée une fois par mois et saute fréquemment une dose;
- 1/6 prend peu de médicaments ou n'en prend aucun tout en donnant l'impression de bien observer la thérapie.

4. Raisons sous-jacentes au manque d'observance thérapeutique

La publication — Belkin, D. (2009), patient non adherence in Belgium: from problems to solutions, Louvain la Neuve: Abbott, 25 — identifie, pour la Belgique, les raisons sous-jacentes au manque d'observance thérapeutique. Elle décrit 7 raisons:

- 1) Absence de conscience de l'ampleur et de l'impact du manque d'observance thérapeutique

Les chercheurs constatent que les différents acteurs du secteur des soins de santé (les patients, les prestataires de soins, l'assurance maladie, les associations de patients, etc) ne connaissent pas bien l'ampleur et l'impact du problème du manque d'observance thérapeutique.

2) Onvoldoende samenwerking tussen zorgverstrekkers leidt tot onvoldoende monitoring en aanmoediging van de patiënt tot therapietrouw

Doordat de verschillende zorgverstrekkers (huisartsen, apothekers, verpleegkundigen, enz.) onvoldoende communiceren is er een onvoldoende follow up van de patiënt en zijn therapietrouw en worden er ook geen maatregelen genomen om zijn therapietrouw te verbeteren of te onderhouden.

Ook de software-pakketten zijn zo verschillend dat ook op dit niveau niet efficiënt gecommuniceerd wordt. Bovendien staat therapietrouw niet hoog op de agenda van zorgverstrekkers. De onderzoeker wijst er ook op dat klinische zorgpaden en zorgtrajecten methoden zijn om zorgverstrekkers beter te laten communiceren en om gezamenlijke doelstellingen met betrekking tot therapietrouw te laten formuleren.

3) Het financieringssysteem in België ontmoedigt lange patiëntencontacten

Voldoende contact met de patiënt is nodig om de doelstellingen van de therapie eigen te maken en hem te motiveren tot therapietrouw. Een beloningssysteem voor artsen en apothekers dat niet alleen gekoppeld is aan het aantal prestaties, maar ook aan de kwaliteit van de geboden zorg in het kader van een “*pay for quality*” (KCE rapport 118A), kan hiertoe mogelijk bijdragen.

4) De traditionele relatie tussen arts en patiënt

In België bestaat volgens de onderzoeker nog steeds teveel een relatie arts-patiënt die de patiënt weinig motiveert om de behandeling op te volgen en vol te houden.

Een mooi voorbeeld is het debat rond het patiënt *self-management* van een anticoagulatetherapie (KCE rapport 117 A).

5) Te weinig gepersonaliseerde oplossingen

De heterogeniteit van de patiënten en de verschillende redenen waarom er een gebrek aan therapietrouw is, maken dat er ook niet één uniforme oplossing is voor het probleem. Omdat te weinig onderzoek is gedaan naar het verschillend gedrag van patiënten en hun redenen om hun therapie al dan niet te volgen, is er geen richtlijn uitgewerkt in België om het niveau van therapietrouw te verbeteren.

2) Le manque de collaboration entre les dispensateurs de soins entraîne un monitoring insuffisant de l'observance thérapeutique et un encouragement insuffisant du patient à l'observance thérapeutique

Étant donné que les différents dispensateurs de soins (médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers, etc.) ne communiquent pas assez, le suivi du patient et de son observance thérapeutique est insuffisant et aucune mesure n'est prise en vue d'améliorer ou d'entretenir l'observance thérapeutique.

Les logiciels aussi sont tellement différents que, dans ce domaine également, la communication manque d'efficacité. En outre, l'observance thérapeutique ne constitue pas une priorité pour les professionnels de la santé. Le chercheur souligne également que les parcours et les trajets de soins cliniques sont des méthodes qui doivent permettre aux prestataires de soins de mieux communiquer et de formuler des objectifs communs en matière d'observance thérapeutique.

3) En Belgique, le système de financement décourage les longs contacts avec le patient

Des contacts suffisants avec le patient sont nécessaires pour bien expliquer au patient les objectifs de la thérapie et ainsi le motiver à observer la thérapie. Un système de rémunération des médecins et des pharmaciens qui n'est pas seulement lié au nombre de prestations, mais aussi à la qualité des soins offerts dans le cadre d'un “*pay for quality*” (KCE rapport 118A) pourrait éventuellement contribuer à atteindre cet objectif.

4) La traditionnelle relation paternaliste entre le médecin et le patient

Selon le chercheur, on rencontre encore trop souvent en Belgique une relation médecin-patient qui ne motive guère le patient à suivre le traitement et à le continuer jusqu'au bout.

Le débat relatif à l'autogestion d'une anticoagulothérapie par le patient (rapport 117 A du KCE) en constitue un bon exemple.

5) Trop peu de solutions individuelles

L'hétérogénéité des patients et les différentes raisons de ce manque d'observance thérapeutique font qu'il n'existe pas de solution unique au problème. Trop peu d'études ayant été consacrées aux comportements différents des patients et aux raisons qu'ils ont de suivre ou non la thérapie, notre pays n'a pris aucune directive pour améliorer le niveau de l'observance thérapeutique.

6) Onvoldoende duidelijke voorschriften

Een van de mogelijke redenen van het gebrek van therapietrouw is volgens de onderzoeker de onduidelijkheden inzake het gebruik van het voorgeschreven geneesmiddel. Geneesmiddelenvoorschriften worden meestal nog geschreven in handschrift, de arts herhaalt dat al dan niet mondeling wat hij voorschrijft, de apotheker herschrijft de dosissen op de geneesmiddelen, herhaalt dat al dan niet mondeling.

7) Gebrek aan gevalideerde effectieve technieken bij de patiënt

Met betrekking tot therapietrouw bestaan geen technieken die gevalideerd zijn en die als effectief worden aanvaard door alle zorgverstrekkers nadat ze zijn getest en gepubliceerd.

5. Strategieën om de therapietrouw te verbeteren

Danny Belkin schuift vier strategieën naar voor om de therapietrouw te verbeteren. Daarbij benadrukt hij dat, gelet op de verschillende oorzaken en de heterogeniteit van de patiënten, de oplossingen niet makkelijk zijn en ook niet zonder kostprijs. Onderzoek gedurende tientallen jaren heeft aangetoond dat alleen een multi-strategische en multi-disciplinaire aanpak effectief resultaat resorteert. Belangrijk daarbij is ook dat bij elk programma bedoeld om de therapietrouw te bevorderen ook wordt geregistreerd wat de resultaten zijn van het programma.

De onderzoeker groepeerde vier domeinen waarin actie moet worden ondernomen:

1) Bewustmaking van de omvang en de gevolgen van het gebrek aan therapietrouw

Omdat de verschillende actoren in de gezondheidszorg zich onvoldoende bewust zijn van het gebrek aan therapietrouw, de omvang van het probleem en de daaruit voortvloeiende gevolgen, wordt het probleem niet aangepakt.

Het is dus belangrijk daar rond te sensibiliseren zowel op micro- als op macro-niveau.

Op micro-niveau is het essentieel de patiënt te motiveren zijn therapietrouw te volgen. Daartoe bestaan een hele reeks van methoden zoals elektronische monitoren, het werken met vragenlijsten, het werken met afspraken-schema's om de inname van medicijnen te registreren.

6) Prescriptions imprécises

Le chercheur estime que le manque de précision des indications relatives à l'usage des médicaments prescrits est l'une des causes possibles du manque de respect de la thérapie. Les prescriptions médicamenteuses sont généralement encore rédigées à la main. Le médecin ne répète pas toujours oralement ce qu'il prescrit. Le pharmacien recopie la posologie sur les médicaments sans toujours la répéter oralement.

7) Absence de techniques efficaces validées au niveau du patient

Il n'existe aucune technique validée qui s'applique au respect de la thérapie et dont l'efficacité soit admise par tous les dispensateurs de soins après avoir été testée et publiée.

5. Stratégies visant à améliorer l'observance thérapeutique

Danny Belkin propose quatre stratégies pour améliorer le respect de la thérapie. Il souligne à ce propos que les solutions ne sont ni simples, ni dénuées de coût dès lors que les causes sont multiples et que le groupe des patients visés est hétérogène. Des recherches menées durant plusieurs dizaines d'années ont indiqué que seule une approche multistratégique et multidisciplinaire permettait d'obtenir des résultats tangibles. Il importe également, à cet égard, que les résultats de chaque programme destiné à favoriser le respect de la thérapie soient dûment enregistrés.

Le chercheur distingue quatre domaines dans lesquels il convient d'agir:

1) Sensibilisation à l'importance et aux conséquences du manque d'observance thérapeutique

On ne s'attaque pas au problème du manque d'observance thérapeutique dès lors que les différents acteurs du secteur des soins de santé ne sont pas suffisamment conscients de ce problème, ni de son ampleur.

Il importe dès lors de sensibiliser les intéressés à cette question aux micro- et macro niveaux.

Au micro niveau, il est essentiel de motiver le patient à observer la thérapie. À cet effet, il existe toute une série de méthodes comme les moniteurs électroniques, les questionnaires et les schémas de rendez-vous permettant d'enregistrer la prise de médicaments.

Op macro-niveau kan de bewustmaking gebeuren via een mediacampagne. De mediacampagne met betrekking tot het gebruik van antibiotica kan hier als voorbeeld dienen. Deze mediacampagne kan de verschillende actoren ook aanzetten om deel te nemen aan programma's inzake therapietrouw.

2) Een betere communicatie en samenwerking tussen de actoren

In België is de communicatie tussen de verschillende zorgverstrekkers beperkt. Evenwel zijn er een aantal methodieken en fora gecreëerd waarbij overleg wordt voorzien zoals de klinische zorgpaden en zorgtrajecten, het overleg tussen artsen en apothekers.

Andere mogelijkheden zijn het introduceren van tussenpersonen, het creëren van referentienetwerken die informatie en educatiemateriaal voorzien, de thuisverpleegkunde nauwer te betrekken bij de therapie, etc.

3) Een andere patiënt-arts relatie

In de laatste jaren is er een nieuwe visie ontstaan op de relatie tussen arts en patiënt waarbij beiden als gelijkwaardig worden beschouwd. De patiënt wordt veel meer betrokken bij de behandeling. Dit maakt het mogelijk de patiënt een beter inzicht te bieden in zijn aandoening, de finaliteit van de therapie en bijgevolg ook meer werk te maken van de *empowerment* van de patiënt.

Terzake zijn een aantal modellen ontwikkeld, het "*trans-theoretical*" model en het "*motivational interview*". Totnogtoe werd nooit op grote schaal de effectiviteit van deze modellen onderzocht met betrekking tot therapietrouw, noch werd een model algemeen aanvaard als een gouden standaard.

Daarnaast is het nodig om te gaan kijken naar de individuele factoren die de therapietrouw van een patiënt determineren.

Daarbij kan men strategieën ontwikkelen voor de zes onderscheiden groepen van patiënten. Via een systeem van vragenlijsten kan men patiënten dan indelen en de strategie aanpassen aan het type patiënt.

Een ander systeem is te werken met monitoring-systemen waardoor men een zicht krijgt op de individuele patronen inzake therapietrouw waarop dan zeer concreet kan worden ingespeeld om te therapietrouw te verbeteren.

Au macro niveau, la sensibilisation peut avoir lieu à l'aide d'une campagne médiatique. La campagne médiatique concernant l'utilisation des antibiotiques peut servir d'exemple en la matière. Cette campagne médiatique peut également inciter les différents acteurs à participer à des programmes concernant l'observance thérapeutique.

2) Amélioration de la communication et de la collaboration entre les acteurs

En Belgique, la communication entre les différents professionnels de la santé est limitée. On a toutefois mis sur pied une série de méthodologies et de forums où une concertation est possible entre médecins et pharmaciens en ce qui concerne les trajets de soins cliniques.

Il est également possible de prévoir des intermédiaires, de créer des réseaux de référence fournissant des informations et du matériel éducatif, d'associer plus étroitement à la thérapie le secteur des soins infirmiers à domicile, etc.

3) Évolution de la relation patient-médecin

Ces dernières années, de nouvelles conceptions ont vu le jour en ce qui concerne la relation entre médecin et patient, ceux-ci étant considérés comme des acteurs équivalents. Le patient est beaucoup plus impliqué dans le traitement, ce qui permet de mieux lui faire comprendre sa maladie et l'objectif de la thérapie et, par conséquent, d'accroître son *empowerment*.

Une série de modèles ont été élaborés en la matière: le modèle "*transthéorique*" et "*l'entretien motivationnel*". Jusqu'à présent, l'efficacité de ces modèles n'a jamais été étudiée à grande échelle en ce qui concerne l'observance thérapeutique, et aucun modèle n'a jamais été accepté en tant que norme optimale.

Il convient également d'étudier les facteurs individuels déterminant l'observance thérapeutique par le patient.

À cet égard, il est possible de développer des stratégies pour les six groupes distincts de patients. Un système de questionnaires permet de classer les patients et d'adapter la stratégie au type de chacun.

Il est également possible de travailler avec des systèmes de monitoring qui donnent une vision des modèles individuels en matière d'observance thérapeutique, sur lesquels il est alors possible d'intervenir très concrètement pour ladite observance.

4) Geneesmiddeleninname optimaliseren

In de afgelopen drie decennia is heel wat geïnvesteerd om geneesmiddeleninname comfortabeler te maken voor patiënten.

Heel wat technieken werden daarvoor gebruikt. Het aantal dosissen per dag werd beperkt, een betere mondelinge en geschreven informatie door de apotheker met betrekking tot de inname, de inzet van verpleegsters voor het beantwoorden van vragen inzake de inname van geneesmiddelen.

Daarnaast zijn er nog een waaier van andere mogelijkheden zoals communicatie via ICT, het herinneren van patiënten aan hun medicatieschema via bijvoorbeeld sms, het motiveren van patiënten door familie.

6. Inspanningen op Belgisch niveau

In België zijn in de afgelopen jaren allerlei projecten geïntroduceerd om de therapietrouw te verbeteren.

In antwoord op de schriftelijke vraag van mevrouw Yolande Avontroodt (leg. 52, vraag nr. 370 van 13 mei 2009) bracht de minister van Volksgezondheid er enkele in herinnering.

Het gaat dan om meer specifiek over de overeenkomsten diabeteszelfregulatie waarbij de tenlasteneming ook een luik educatie van de patiënt en controle/versterking van die educatie bevat. Recentelijk kunnen daar ook de zorgtrajecten voor sommige diabetespatiënten en patiënten met nierinsufficiëntie aan toegevoegd worden.

Het RIZIV steunt ook het initiatief Farmaka dat tot doel heeft de polimedicatie van ouderen in instellingen te doen dalen. Bedoeling is de zorgverleners beter te informeren over de interacties en bijwerkingen van de geneesmiddelen en negatieve gevolgen van polimedicatie om zo een beter geneesmiddelengebruik te bevorderen.

In de thuisverzorging wordt een beter geneesmiddelengebruik nagestreefd door het gebruik van een pillenplankje dat door een gezinslid, zorgverstrekker of thuisverpleegkundige wordt voorbereid waarbij deze persoon de patiënt aan zijn behandeling herinnert.

Daarnaast wijst de minister op de rol van de huisarts die de persoonlijke behandelingsfiche opschrijft en controleert of de patiënt de geneesmiddelen heeft

4) Optimaliser la prise de médicaments

Au cours des trois dernières décennies, de nombreux investissements ont été réalisés afin de rendre la prise de médicaments plus confortable pour les patients.

De très nombreuses techniques ont été utilisées à cet effet: diminution du nombre de doses quotidiennes, meilleure information orale et écrite dispensée par le pharmacien au sujet de la prise des médicaments, efforts des infirmiers(ères) pour répondre aux questions posées concernant la prise de médicaments.

En marge de ces techniques, il existe encore un éventail d'autres possibilités, comme la communication par les TIC, le rappel aux patients de leur schéma de médication par exemple par SMS, la motivation des patients par la famille.

6. Efforts au niveau belge

Au cours des dernières années, toutes sortes de projets ont démarré dans notre pays pour améliorer l'observance thérapeutique.

En réponse à la question écrite de Mme Yolande Avontroodt (législature 52, question n° 370 du 13 mai 2009), la ministre de la Santé publique en a rappelé quelques-uns.

Il s'agit plus spécifiquement des conventions d'autogestion du diabète dans le cadre desquelles la prise en charge comprend également un volet éducation du patient et contrôle/renforcement de cette éducation. Récemment sont encore venus s'y ajouter les trajets de soins pour certains patients diabétiques et pour certains patients présentant une insuffisance rénale.

L'INAMI soutient également l'initiative Farmaka visant à réduire la polymédication des personnes âgées vivant en institution. Le but est de mieux informer les prestataires sur les interactions et effets secondaires des médicaments, des effets négatifs de la polymédication et d'ainsi promouvoir un meilleur usage des médicaments.

En ce qui concerne les soins à domicile, on vise un meilleur usage des médicaments par l'utilisation d'un pilulier préparé par la famille, par un dispensateur de soins ou par une infirmière à domicile rappelant le traitement.

La ministre attire par ailleurs l'attention sur le rôle du médecin généraliste, qui rédige la fiche de traitement personnalisée, et contrôle les prises lors des renouvel-

genomen bij het vernieuwen van de voorschriften. Op dergelijke contactname kan de behandeling opnieuw worden toegelicht en kan de patiënt educatie krijgen.

De minister wijst ook op de “verklikflacon”, ontwikkeld door de farmaceutische firma’s. Het is een systeem om de geneesmiddeleninname te controleren. De verklikflacon telt hoeveel keer de flacon werd geopend. Hierdoor is een controle *a posteriori* mogelijk.

Tenslotte is in het kader van het Comité voor de evaluatie van de medische praktijk betreffende geneesmiddelen en in uitvoering van punt 6 van het akkoord artsen-ziekenfondsen een discussie over polimedicatie gestart. Met behulp van de universiteiten zal de toepasbaarheid van de voorschriftenindicatoren worden onderzocht. Het Comité zal ook aandacht besteden aan het concomitant voorschrijven van geneesmiddelen die synergieën hebben en eventueel bijwerkingen kunnen veroorzaken.

Yolande AVONTROODT (Open Vld)

lements des prescriptions. De tels contacts permettent d’expliquer à nouveau le traitement, d’éduquer le patient.

La ministre évoque également le flacon “mouchard”, développé par les firmes pharmaceutiques. Il s’agit d’un système permettant de contrôler la prise de médicaments. Le flacon mouchard compte le nombre d’ouvertures du flacon, ce qui permet un contrôle *a posteriori*.

Enfin, une discussion a été entamée au sujet de la polymédication dans le cadre du Comité d’évaluation de la pratique médicale concernant les médicaments et en exécution du point 6 de l’accord medicomutualiste. L’applicabilité des indicateurs de prescription va être examinée avec l’aide des universités. Le Comité se penchera également sur la prescription concomitante de médicaments ayant des synergies et des potentialités quant à provoquer des effets indésirables.

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

DE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS,

A. overwegende dat de actoren in de gezondheidszorg onvoldoende de omvang en de gevolgen van het gebrek aan therapietrouw kennen;

B. overwegende dat het gebrek aan therapietrouw wereldwijd als een ernstig probleem wordt ervaren zowel op het vlak van de gezondheid van de patiënt als de ermee gepaard financiële kost;

C. overwegende dat onderzoek heeft aangetoond dat een multi-disciplinaire en multi-strategische aanpak de therapietrouw kan verbeteren;

VRAAGT DE FEDERALE REGERING:

1. het KCE de opdracht te geven om een gezondheidseconomische evaluatie te houden over de problematiek van de therapietrouw in termen van aantal gewonnen kwaliteitslevensjaren (QALY) en kostenefficiënte voorstellen te formuleren om de therapietrouw te verbeteren;

2. het KCE de opdracht te geven om te onderzoeken of een betere therapietrouw van de patiënt bereikt kan worden in het kader van een *pay for quality* (P4Q) programma;

3. zowel de patiënt als de actoren in de gezondheidszorg bewust te maken van de omvang en de gevolgen van het gebrek aan therapietrouw;

4. door een betere communicatie en samenwerking tussen de zorgverstrekker de therapietrouw van patiënten beter op te volgen, het gebrek aan therapietrouw sneller te detecteren en terzake doelstellingen te formuleren;

5. door de communicatie tussen arts en patiënt de patiënt meer te betrekken bij de behandeling, de finaliteit van de therapie duidelijk te maken en zo de therapietrouw te verbeteren;

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

LA CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS,

A. considérant que les acteurs des soins de santé ne connaissent pas suffisamment l'ampleur ni les effets de l'inobservance thérapeutique;

B. considérant que l'inobservance thérapeutique est perçue comme un problème sérieux au niveau mondial, aussi bien pour la santé du patient que pour le coût financier qui en découle;

C. considérant que des études ont démontré qu'une approche multidisciplinaire et multistratégique pouvait améliorer l'observance thérapeutique;

DEMANDE AU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL:

1. de charger le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) de réaliser une évaluation au regard de l'économie de la santé de la problématique de l'observance thérapeutique en termes de gain d'années de vie pondérées par la qualité de vie (QALY) et de formuler des propositions présentant un rapport coût-efficacité satisfaisant en vue d'améliorer l'observance thérapeutique;

2. de charger le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) de déterminer si une meilleure observance thérapeutique du patient pourrait être assurée dans le cadre d'un programme *pay for quality* (P4Q);

3. de sensibiliser les patients et les acteurs des soins de santé à l'ampleur et aux effets de l'inobservance thérapeutique;

4. grâce à une meilleure communication et collaboration entre les dispensateurs de soins, d'assurer un meilleur suivi de l'observance thérapeutique des patients, de détecter plus rapidement l'inobservance thérapeutique et de formuler des objectifs en la matière;

5. grâce à la communication entre le médecin et le patient, d'associer davantage le patient à la thérapie, de préciser clairement l'objectif de la thérapie et, ainsi, d'améliorer l'observance thérapeutique;

6. de inname van geneesmiddelen voor patiënten te vereenvoudigen;

7. met betrekking tot deze acties data te registreren teneinde de resultaten te kunnen meten.

28 oktober 2009

Yolande AVONTROODT (Open Vld)

6. de simplifier la prise de médicaments pour les patients;

7. de collecter, pour ces actions, des données permettant d'évaluer les résultats.

28 octobre 2009