



# Adhésion thérapeutique du patient chronique : des concepts à la prise en charge ambulatoire

Rev Med Suisse 2013; 9: 1032-6

M. P. Schneider  
L. Herzig  
D. Hugentobler  
Hampai  
O. Bugnon

## Medication adherence in chronic patients: from its concepts to its management in primary care

Medication nonadherence is common and its determinants are diverse. Adherence is influenced by many parameters, such as patient's self-efficacy, knowledge of health risk, outcome expectations, benefits of change, and barriers and facilitators. The sociocognitive theory helps professionals to structure their approach and to support patients in managing their treatment. Professionals need skills and time, and benefit from coordination in care, in particular between physicians and pharmacists. This article presents the key elements of a medication adherence program as well as tools and some useful questions.

L'adhésion thérapeutique est influencée par de nombreux déterminants, tels le sentiment d'efficacité personnelle d'un patient, sa connaissance et compréhension des risques de la maladie, ses attentes face au traitement, les bénéfices perçus du traitement, des barrières et des facilitateurs. La théorie sociocognitive permet au soignant de structurer son approche pour aborder ces différents points et aider le patient dans la gestion du traitement. Accompagner le patient vers une gestion du traitement la plus autonome possible requiert des compétences, du temps et une coordination des soins ambulatoires, notamment entre médecins et pharmaciens. Outre les éléments structurels d'une consultation d'adhésion thérapeutique, l'article met en exergue des outils de soutien de l'adhésion et quelques exemples de questions.

## INTRODUCTION

Prescrire, puis dispenser des médicaments sont les actes les plus fréquents du médecin et du pharmacien. En Occident, où les connaissances médicales sont centrées sur la science expérimentale, biochimique et moléculaire, prescrire et dispenser des médicaments sont des réponses souvent attendues des patients. Ce ne sont cependant pas des actes anodins; ils nécessitent, de la part du médecin et du pharmacien, des connaissances et une réflexion sans cesse renouvelées et une coordination des actes afin d'assurer la sécurité, l'efficacité, l'adéquation et l'économie des traitements. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime globalement que 50% des patients adhèrent mal ou peu à leur traitement.<sup>1</sup> Ces chiffres vont en augmentant parallèlement à l'augmentation mondiale du nombre de malades chroniques. Analysons alors de plus près l'adhésion thérapeutique. De quoi s'agit-il?

## DÉFINITION DE L'ADHÉSION THÉRAPEUTIQUE

La Commission européenne a financé de 2009 à 2012 un programme de recherche en adhésion thérapeutique (en anglais, *adherence*).<sup>2</sup> L'adhésion se décline dès lors en deux dimensions complémentaires:

1. la persistance qui définit la durée pendant laquelle le patient continue à prendre son traitement.
2. l'implémentation qui décrit la façon dont le patient *persistant* gère et s'administre son traitement jour après jour.

Il est ainsi possible qu'un individu prenne son traitement sans oubli avec régularité (implémentation maximale), mais l'interrompt de façon prématurée (non-persistance). A l'inverse, un autre individu peut s'autoriser une amplitude d'horaire de prise plus importante afin de répondre à ses besoins quotidiens avec quelques non-prises isolées (oublis) ou groupées (vacances thérapeutiques) (implémentation suboptimale), mais persiste au traitement depuis plusieurs années.

Au Canada, deux analyses rétrospectives montrent que 40% uniquement de sujets hypertendus continuent à renouveler leur traitement antihypertenseur après cinq ans, qu'il ait été modifié ou non.<sup>3,4</sup> En outre, l'incidence de non-per-



sistance est la plus élevée durant les six premiers mois de prescription.

Les professionnels doivent donc tenir compte de l'adhésion thérapeutique et la promouvoir dans le but de permettre *in fine* aux patients de se rapprocher au mieux des objectifs thérapeutiques. Or, il s'agira de vérifier au préalable que la thérapeutique prescrite est appropriée et délivrée selon les bonnes pratiques. A travers une bonne relation et une démarche de décision partagée, le médecin aidera le patient à comprendre les enjeux thérapeutiques. Malheureusement, cette compréhension n'est pas toujours évidente (vignette 1).

### VIGNETTE 1

Un homme de 62 ans, présentant un status après méningite avec séquelles intellectuelles importantes, se plaint de douleurs chroniques, en partie liées à une hernie discale et, en partie, secondaires à des angoisses et des interprétations personnelles. Il décrit très bien que la prise de benzodiazépine fait disparaître ses douleurs, d'où la proposition du médecin de lui prescrire de l'amitriptyline comme traitement de fond. L'indication à un tricyclique est d'autant plus justifiée que le patient présente tous les symptômes d'une dépression sous-jacente. Ne constatant pas d'effet immédiat de l'amitriptyline, le patient interrompt la prise après quelques jours. On peut dès lors se demander comment le médecin pourrait, sans être coercitif, inviter le patient à adhérer au traitement sur une durée suffisante pour pouvoir ressentir les effets bénéfiques. Une question éthique se pose aussi dans la mesure où la littératie en santé de ce patient est insuffisante pour qu'il en saisisse les enjeux thérapeutiques.

### DÉTERMINANTS DE LA NON-ADHÉSION THÉRAPEUTIQUE

L'adhésion thérapeutique est un comportement humain complexe dont le patient, son entourage et les professionnels partagent la responsabilité. Elle est influencée par de nombreuses variables que l'OMS a catégorisées en cinq dimensions (figure 1).<sup>1</sup> La non-adhésion thérapeutique est un facteur de risque modifiable que les professionnels se doivent de considérer.

### CONCEPTS THÉORIQUES DE L'ADHÉSION THÉRAPEUTIQUE

Parmi les modèles théoriques du comportement humain, le modèle sociocognitif explique actuellement au mieux l'adhésion (figure 2).<sup>5</sup> Après avoir consulté les professionnels, le patient décide lui-même s'il prendra ou non son traitement selon son propre *bon sens* même si sa décision peut paraître infondée aux yeux du professionnel.<sup>6</sup>

#### Sentiment d'efficacité personnelle (*self-efficacy*)

Le concept de *self-efficacy*, développé par Bandura et coll., est central pour une gestion autonome d'un traitement.<sup>7</sup> Il

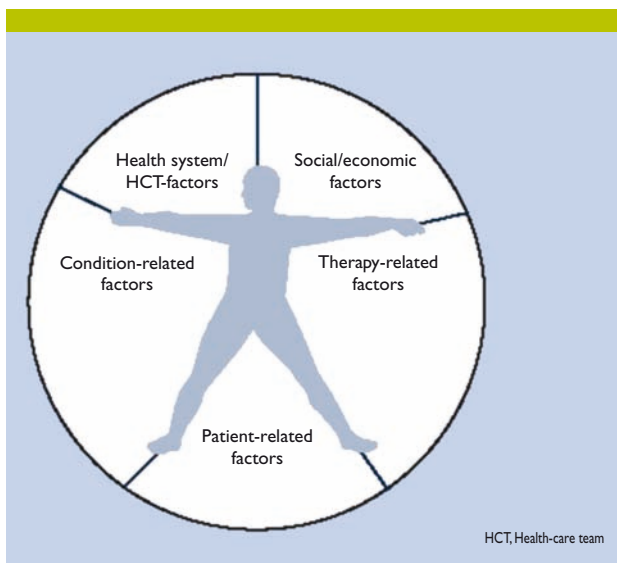


Figure 1. Les cinq dimensions de l'adhésion<sup>1</sup>

décrit dans quelle mesure le patient se sent capable de s'engager dans une démarche thérapeutique, la perpétuer ou l'améliorer. Des questions telles que «Comment vous sentez-vous à l'idée de démarrer ce traitement?» et «Vous sentez-vous capable de poursuivre le traitement de la sorte?» permettent d'évaluer les possibilités du patient et d'adapter les recommandations. Le professionnel peut aussi temporiser une prescription pour que le patient puisse s'y préparer. L'échelle de motivation, développée par Miller et Rollnick et utilisée dans l'entretien motivationnel, est utile dans notre contexte occidental.<sup>8</sup>

### Connaissance et compréhension des risques de la maladie

Il est important que le patient exprime sa perception personnelle de sa souffrance ou de son problème médical.

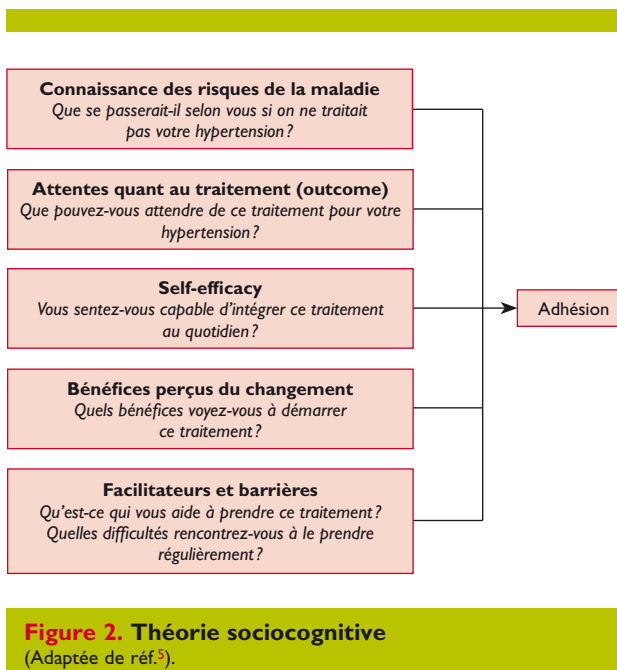


Figure 2. Théorie sociocognitive (Adaptée de réf.<sup>5</sup>).



Plus cette interprétation se rapproche de celle du professionnel, plus l'interaction au niveau thérapeutique sera équilibrée. Mais plus la divergence est importante, plus le professionnel doit investir pour comprendre les besoins du patient et négocier l'attitude thérapeutique. Le patient doit avoir reçu l'information qui lui est nécessaire. Ce niveau d'information varie d'un patient à l'autre.

### Attentes du patient quant au traitement

Les attentes du patient vis-à-vis du traitement diffèrent souvent des attentes du professionnel; elles sont parfois démesurées, voire à l'inverse, minimales. Elles peuvent être rationnelles, mais sont le plus souvent influencées par des éléments émotionnels, alors que les professionnels décident quant à eux plutôt sur un mode cognitif.<sup>6</sup> La prise de décision du patient est influencée par l'expérience de sa maladie, de son traitement et le vécu de la maladie par ses proches. Elle est aussi modulée par la confiance que le patient porte au système de santé et par les informations professionnelles, mais aussi par les médias ou internet.

### Bénéfices perçus d'un traitement

Les bénéfices d'un traitement perçus par le patient déterminent le niveau d'adhésion. Une question comme «Pour vous, quels seraient les bénéfices de démarrer un traitement contre le cholestérol?» permet d'emblée d'évaluer la perception du patient, puis son évolution au cours du temps.

### Barrières et facilitateurs

Les barrières et les facilitateurs jalonnent le parcours thérapeutique du patient. L'expérience d'une consultation d'adhésion thérapeutique à la Pharmacie de la PMU montre que lorsque le professionnel consacre du temps à parler de la prise de médicaments avec les patients, la majorité d'entre eux évoquent en premier lieu les difficultés vécues. Comme les patients ressentent une ambivalence *naturelle* face au traitement, il est utile de leur demander: «Quels bénéfices voyez-vous à prendre ce traitement?». Ils décrivent alors différents éléments tels que se sentir mieux, pouvoir reprendre le travail ou être présent pour leurs proches. Tout en nommant ces aspects, ils prennent souvent conscience des bénéfices et les barrières perdent de leur intensité.<sup>9</sup> Horne et coll. ont développé une échelle de dix-huit questions permettant d'évaluer la perception de la nécessité du traitement versus les soucis qu'il génère.<sup>10</sup> Ces questions peuvent être source d'inspiration dans le cadre d'une activité clinique (tableau 1). Il est notamment important que le patient puisse exprimer dans quelle mesure des effets secondaires ou des symptômes résiduels sont supportables et gérables comparativement au gain d'une prescription plus ou moins incisive (vignette 2).

### VIGNETTE 2

Une patiente de 67 ans, qui après avoir vu une émission TV sur les statines, décide d'interrompre la sienne, car l'information perçue a augmenté sa crainte des effets secondaires. Cette patiente présente pourtant un risque cardiovasculaire élevé (HTA, anamnèse familiale positive

### Tableau 1. Exemples de questions à poser aux patients

(Adapté de réf.<sup>3</sup>).

- A quel point pensez-vous que votre santé dépende de vos médicaments?
- Le fait de devoir prendre des médicaments vous inquiète-t-il?
- Craignez-vous parfois l'effet à long terme de vos médicaments?
- Pensez-vous que vous seriez très malade si vous ne preniez pas vos médicaments?
- Dans quelle mesure vos médicaments perturbent-ils votre vie?
- Craignez-vous de devenir dépendant de vos médicaments?
- Dans quelle mesure pensez-vous que vos médicaments permettent de garder votre maladie sous contrôle?
- Est-ce embarrassant pour vous de prendre des médicaments?
- Pensez-vous que le fait d'oublier un médicament de temps à autre a des conséquences sur votre santé à long terme?
- Comment vivez-vous la prise de vos médicaments au quotidien?
- Quelles informations supplémentaires pourrais-je vous donner quant à votre traitement?
- Que ressentez-vous de positif en lien avec votre traitement?

pour les maladies cardiovasculaires, diabète et coronaropathie) et semble avoir bien compris les raisons de la prescription médicale. Quelques mois après l'arrêt du traitement, elle est hospitalisée en raison de deux AVC. Les médecins de l'hôpital insistent sur la reprise d'une statine, de surcroît, plus fortement dosée. La patiente se culpabilise (Ai-je provoqué l'AVC par l'arrêt de la statine?), mais demeure néanmoins très ambivalente (Qu'est-ce que je risque si je recommence une statine plus fortement dosée?).

### QUAND ET COMMENT PARLER D'ADHÉSION À SON PATIENT?

Trop souvent la discussion concernant l'adhésion thérapeutique s'établit alors que les problèmes de non-adhésion sont installés depuis longtemps. La discussion est alors vécue comme stigmatisante et comporte un risque élevé de rupture thérapeutique. Or, cette discussion devrait s'installer plus tôt, en amont de la prescription médicamenteuse. Médecin et pharmacien devraient offrir un espace-temps au patient pour qu'il se sente en confiance pour évoquer ses difficultés sans se sentir évalué. Une collaboration interprofessionnelle efficace pour une prise en charge globale des patients chroniques peut ainsi permettre d'un commun accord de déléguer au pharmacien le soutien de l'adhésion thérapeutique (vignette 3).

### VIGNETTE 3

Une patiente de 58 ans est traitée pour un status VIH-positif et pour une hypercholestérolémie. Elle fréquente la consultation d'adhésion de la Pharmacie de la PMU depuis six ans en raison de difficultés d'adhésion et à maintes reprises, elle s'est sentie proche de la démission thérapeutique. En effet, la prise quotidienne des médicaments est vécue comme un enfer; le nombre et la taille des comprimés l'incommodent. Elle a donc développé un rituel de prise où les comprimés sont avalés



dans un ordre donné, du plus petit au plus gros, avec du yogourt et un verre d'eau sur le balcon au grand air. Elle avale chaque soir un comprimé de pravastatine (Pravalotin). Bien que la taille du comprimé soit acceptable, la rugosité de sa surface s'avère un frein grandissant à l'adhésion thérapeutique. Le pharmacien effectue une recherche parmi les alternatives galéniques. Aucun comprimé commercialisé de pravastatine n'étant filmé ou dragéifié, une alternative se présente avec la rosuvastatine. La démarche est relayée au médecin prescripteur qui pourra intégrer cette information lors de sa prochaine visite médicale.

Afin d'intégrer leur traitement dans leur vie de tous les jours, les patients développeront différentes habiletés, rituels et astuces pour y parvenir. Pour certains, prendre un médicament est aussi facile que se brosser les dents, alors que d'autres devront faire preuve d'un déterminisme important. Il y a autant d'aptitudes que de situations: «Que faire si je dois prendre mes médicaments hors de mon domicile? Comment gérer mon médicament le week-end, en vacances? Que faire si je bois de l'alcool ou si je suis grippé? Comment rattraper mon médicament oublié ce matin? Comment organiser ma prise si j'ai des troubles de mémoire, un rythme de vie irrégulier ou effréné?».

## COORDINATION ET INTERDISCIPLINARITÉ

Afin de faciliter l'adhésion des patients, il est important de valoriser la continuité des soins entre partenaires. Il est vrai que certains patients triangulent entre les professionnels. Ceci est souvent le fruit d'une interprétation partielle ou de l'incompréhension du message reçu. Ces tensions peuvent être désamorcées par une attitude professionnelle valorisant un langage commun et un échange loyal entre partenaires.

Parler d'adhésion thérapeutique implique une disponibilité que le médecin traitant ne peut pas toujours dégager devant la complexité de la prise en charge. Il peut alors travailler en interdisciplinarité avec d'autres partenaires professionnels. De par ses connaissances pharmacologiques, sa position de proximité, son activité orientée vers le patient et les lignes tarifaires LAMal (forfait adhésion, entretien de polymédication), le pharmacien est à même d'identifier l'étendue et les déterminants d'une non-adhésion et de proposer une démarche coordonnée d'accompagnement en collaboration étroite avec le médecin traitant. Face à des patients complexes, les professionnels doivent combiner leurs compétences. Afin d'éviter la dilution des responsabilités, il est important de déterminer les responsabilités qui incombent à chacun et de communiquer les informations pertinentes tant au niveau de l'adhésion thérapeutique (rapport d'adhésion à adresser au médecin) que des objectifs thérapeutiques et de leur degré d'atteinte (à adresser au pharmacien).

C'est dans ce sens qu'une consultation d'adhésion thérapeutique est à disposition des partenaires à la Pharmacie de la PMU et dans certaines officines privées de Suisse romande. Le pharmacien s'entretient avec le patient avant

chaque visite médicale dans un esprit motivationnel, gardant à l'esprit les éléments théoriques présentés précédemment, et en intégrant un outil de mesure et de soutien tel le pilulier électronique (voir ci-après). Comme le patient a préalablement accepté l'échange d'informations, un rapport est alors écrit à l'intention du médecin qui peut en tenir compte lors de sa visite.

## QUELS OUTILS POUR SOUTENIR L'ADHÉSION THÉRAPEUTIQUE?

Au-delà de l'écoute et d'une prescription appropriée, les outils pour soutenir l'adhésion complètent l'arsenal de prise en charge du patient. Cependant, à eux seuls, ils ne vont pas résoudre les problèmes d'adhésion surtout s'ils sont intentionnels. Il est par ailleurs nécessaire d'en réévaluer périodiquement la pertinence. Pour certains patients par exemple, la compréhension du traitement sera facilitée par une carte qui récapitule l'ensemble du traitement, l'organise par système et clarifie le but de chaque médicament.<sup>11</sup> Une alarme ou la programmation d'un SMS automatisé sur un téléphone portable peut être un soutien transitoire intéressant. Pour un patient dont le degré d'autonomie est insuffisant pour gérer l'ensemble de son traitement, la prescription d'un semainier peut retarder une institutionnalisation. La délivrance d'un petit boîtier à médicaments peut faciliter le transport d'une dose de traitement de secours (*pocket-doses*). Les piluliers électroniques sont des outils de mesure et de soutien de l'adhésion intéressants, car ils mesurent la dynamique de prise d'un médicament. Certains restituent l'ensemble de l'information au patient via une fenêtre électronique. Avec le consentement du patient, le pilulier électronique permet aux professionnels d'offrir un feed-back constructif et d'envisager des solutions individualisées.<sup>12</sup>

## CONCLUSION

Les concepts théoriques du comportement humain face à l'adhésion thérapeutique permettent aux professionnels de santé de structurer et de coordonner leurs approches de l'adhésion thérapeutique du patient chronique ambulatoire. Face à l'ampleur mondiale des maladies chroniques et de la non-adhésion thérapeutique, la valorisation de la continuité des soins ambulatoires et la collaboration interdisciplinaire permettront de promouvoir une efficacité, une sécurité et une économicité des traitements accrues, mais nécessitent une communication de bonne qualité entre les différents acteurs. ■

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêt en relation avec cet article.



### Implications pratiques

- > Patients et professionnels de la santé se partagent la responsabilité d'une adhésion suboptimale
- > Un entretien d'adhésion thérapeutique doit être initié tôt dans la prise en charge du patient chronique, même déjà en amont de la prescription médicamenteuse
- > La théorie sociocognitive permet de structurer et centrer un entretien d'adhésion thérapeutique sur les déterminants cardinaux
- > La continuité et la coordination des soins permettent de garantir un continuum dans la prise en charge de l'adhésion thérapeutique en pratique ambulatoire
- > Des outils, comme le pilulier électronique, complètent l'intervention des professionnels pour soutenir le patient dans sa gestion du traitement

### Adresses

Denise Hugentobler Hampai  
Dr Marie Paule Schneider  
Pr Olivier Bugnon  
Pharmacie communautaire  
PMU  
Dr Lilli Herzig  
Institut universitaire de médecine générale  
1011 Lausanne  
marie-paule.schneider@hospvd.ch  
denise.hugentobler@hospvd.ch  
olivier.bugnon@hospvd.ch  
lili.herzig@hin.ch

Dr Marie Paule Schneider  
Pr Olivier Bugnon  
Pharmacie communautaire  
Section des sciences pharmaceutiques  
Université de Lausanne et  
Université de Genève  
1211 Genève 4

### Bibliographie

- 1 \* Sabate E. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva: World Health Organisation; 2003. Report No.: 92 4 154599 2.
- 2 \* Vrijens B, De Geest S, Hughes DA, et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *Br J Clin Pharmacol* 2012;73:691-705.
- 3 Caro JJ, Speckman JL, Salas M, Raggio G, Jackson JD. Effect of initial drug choice on persistence with antihypertensive therapy: The importance of actual practice data. *CMAJ* 1999;160:41-6.
- 4 Caro JJ, Salas M, Speckman JL, Raggio G, Jackson JD. Persistence with treatment for hypertension in actual practice. *CMAJ* 1999;160:31-7.
- 5 \*\* Munro SA, Lewin SA, Swart T, Volmink J. A review of health behaviour theories: How useful are these for developing interventions to promote long-term medication adherence for TB and HIV/AIDS? *BMC Public Health* 2007;7:104.
- 6 Leventhal H, Diefenbach M, Leventhal EA. Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognit Ther Res* 1992;16:143-63.
- 7 Bandura A. Health functioning. In: Bandura A, ed. *Self-efficacy, the exercise of control*. New York: Freeman WH, and Co, 1997;259-318.
- 8 Miller WR, Rollnick S, Conforti K. *Motivational Interviewing: Preparing people for change* (2nd edition). New York: Guilford Press, 2002.
- 9 Horne R, Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *J Psychosom Res* 1999; 47:555-67.
- 10 Horne R, Weinman J, Hankins M. The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychol Health* 1999;14:1-24.
- 11 Schneider MP, Locca JF, Bugnon O, Conzelmann M. L'adhésion thérapeutique du patient âgé ambulatoire. Quels déterminants et quel soutien? *Rev Med Suisse* 2006;2:664-70.
- 12 \* Krummenacher I, Cavassini M, Bugnon O, Schneider MP. An interdisciplinary HIV-adherence program combining motivational interviewing and electronic antiretroviral drug monitoring. *AIDS Care* 2011;23:550-61.

\* à lire

\*\* à lire absolument