

L'adhésion au traitement: les clés du succès

Dr Marie P. Schneider, pharmacienne
Policlinique Médicale Universitaire
Lausanne

CHUV – 21 avril 2005

Mme W.M. 1970

- ◆ Patiente d'origine angolaise, en Suisse depuis 1994
- ◆ Mère de 3 enfants (1987, 1989 et 1993)
- ◆ Infection HIV connue depuis 1998, asymptomatique
 - CD4 216
- ◆ 1998: AZT/3TC-Viracept: adhésion mauvaise, traitement arrêté en 2001

Mme W.M. 1970

- ◆ Suivi irrégulier en Médecine 2
- ◆ Grossesse en 2003. Reprise de la trithérapie: **AZT/3TC-Viramune**. Accouchement en nov 03 (virémie indétectable)
- ◆ Mauvaise adhésion après l'accouchement. Virémie détectable plusieurs fois
- ◆ Soutien de l'adhésion depuis août 04
- ◆ Dernier contrôle en fév 05: **patiente se dit adhérente**, CD4 297, virémie 398 (problème de résistance en investigation)

Question 1:

Comment estimez-vous l'adhésion à sa HAART en fév 05? Elle avale

1. > 90% des doses prescrites
2. 70 à 90%
3. 40 à 70%
4. 40%

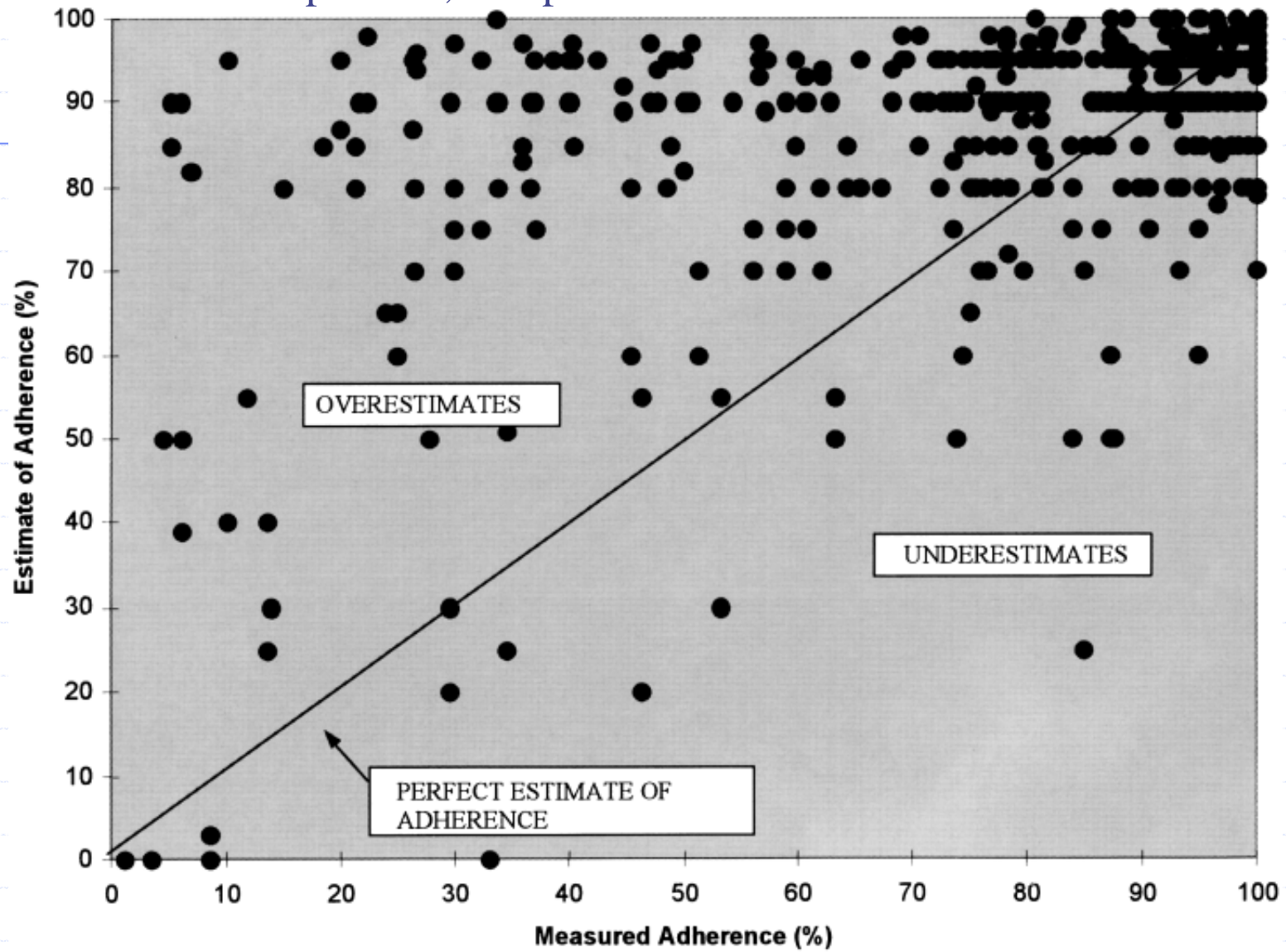
Réponse 1:

Comment estimez-vous l'adhésion à sa HAART en fév 05? Elle avale

1. > 90% des doses prescrites
2. 70 à 90%
3. **40 à 70%**
4. < 40%

Estimate of Past Month's Adherence vs Measured Adherence

82 patients, 464 periods



Question 2:

Parmi ces déterminants, lequel influence **le moins** l'adhésion thérapeutique?

1. L'état émotionnel et psychologique du patient
2. Sa situation socio-démographique (âge, sexe, niveau socio-économique)
3. Sa relation aux professionnels des soins
4. Sa représentation de la maladie

Facteurs cognitifs, psychologiques et émotionnels

Facteurs facilitants	Obstacles
<ul style="list-style-type: none">▪ Bonne connaissance de la maladie et du traitement▪ Représentation de la maladie▪ Motivation▪ Veut vivre▪ Croyance en le ttt▪ Confiance en le médecin▪ Croyance en ses possibilités ('self-efficacy')▪ Prise de décision▪ Vie spirituelle	<ul style="list-style-type: none">▪ Déni/peur de la maladie▪ Colère, sentiment d'injustice▪ Dépression▪ Peur/doutes au sujet du traitement▪ Se sent bien/se sent fatigué de prendre des comprimés▪ Trop occupé/paresseux▪ 'Aucun' danger à oublier une doses ou à faire des pauses thérapeutiques▪ Troubles de la mémoire▪ Prier au lieu de se soigner▪ Dépendances (drogues, alcool)▪ Autres cultures, adolescents

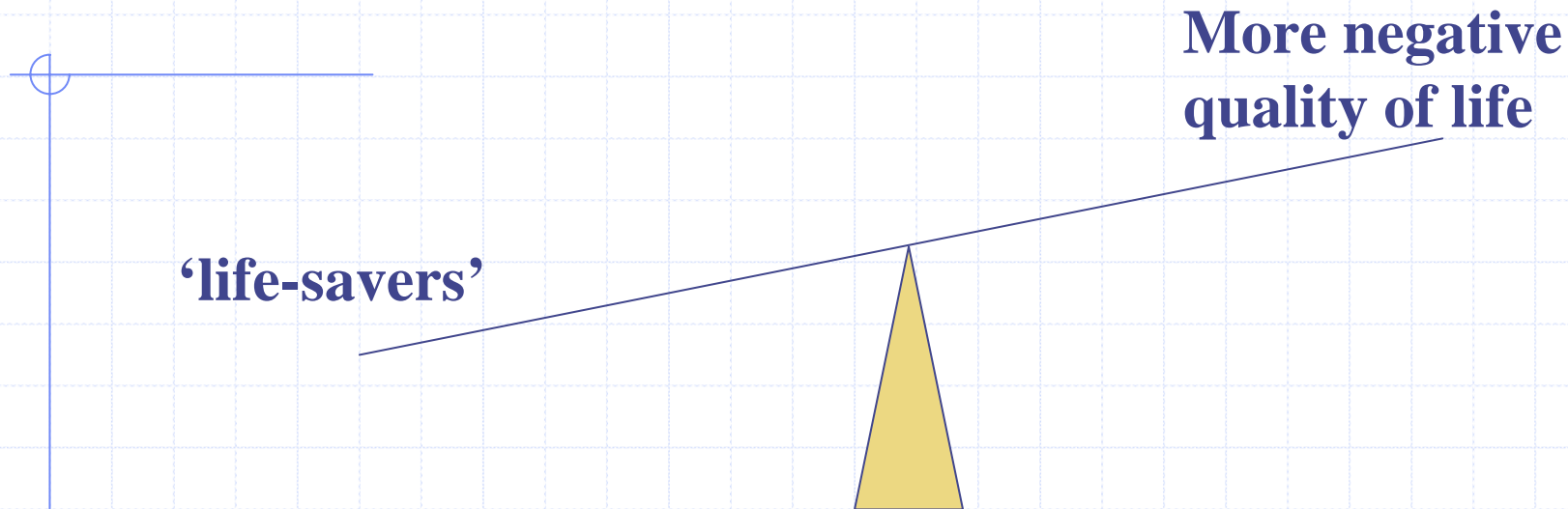
Facteurs environnementaux

Facteurs facilitants	Obstacles
<ul style="list-style-type: none">▪ Le traitement est une priorité▪ Routine solide (horaire, nb de prises, lors des sorties,...)▪ Stratégies (semainier, lieu de stockage, Natel,...)▪ Style de vie régulier▪ Soutien social (encouragement, aide)▪ Professionnels de la santé: empathie, communication, qualité de l'information et du suivi	<ul style="list-style-type: none">▪ Professionnels de soins (manque de confiance, confrontation, lieu qui rappelle la maladie, difficultés à avoir des RDV,...)▪ Interférences avec la vie sociale, familiale, travail, école▪ Manque de soutien social, stigmatisation sociale, diagnostic caché, influence négative des autres, patients marginalisés, vie privée instable▪ Médecines naturelles

Facteurs liés à la maladie et au traitement

Facteurs facilitants	Obstacles
<ul style="list-style-type: none">▪ Date du diagnostic▪ Détérioration clinique▪ Amélioration de l'état clinique▪ Meilleure qualité de vie	<ul style="list-style-type: none">▪ Effets secondaires non-gérés▪ Se sentant mieux sans ttt ou après auto-modification du ttt▪ Traitement complexe▪ Taille des comprimés▪ Goût du médicament▪ Contraintes liées à la prise de nourriture▪ Horaire inadéquat▪ Traitement rappelle la maladie▪ Coût/type de couverture pour assurance de base

Ambivalence



'You know it is like sometimes I feel really positive about taking meds. As long as I take them I am going to be healthy. I am going to be in control of my life. Then there are other times when I hate the meds. That's the only time that I really remember that I am HIV positive.'

Réponse 2:

Parmi ces déterminants, lequel influence **le moins** l'adhésion thérapeutique?

1. L'état émotionnel et psychologique du patient
2. **Sa situation socio-démographique (âge, sexe, niveau socio-économique)**
3. Sa relation aux professionnels des soins
4. Sa représentation de la maladie

Mr A.F. 1956

◆ HIV depuis 1984

- Pneumonie à *Pneumocystis carinii* en 2000
- Candidose orale récidivante
- Hépatites C et B chroniques

◆ Traitement antiretroviral

- 1996: AZT-3TC-Crixivan, arrêté en 1997
- 1998: Zerit-Norvir-Invirase, arrêté après 6 mois
- 2001: Stocrin-Zerit-Crixivan, arrêté en 2001

Mr A.F. 1956

◆ Traitement antiretroviral (suite)

- 2001: Kaletra-Stocrin-Ziagen, arrêté après 6 mois
- 2002: Videx-Viread-Viramune, arrêté en 2003 pour apparition de résistances
- 2004: Agenerase-Kaletra-Zerit, arrêté après 2 mois
- **Problèmes:**
 - ◆ « angoisses » avant de prendre la thérapie,
 - ◆ diarrhées et nausées,
 - ◆ mauvaise qualité de vie,
 - ◆ colère.

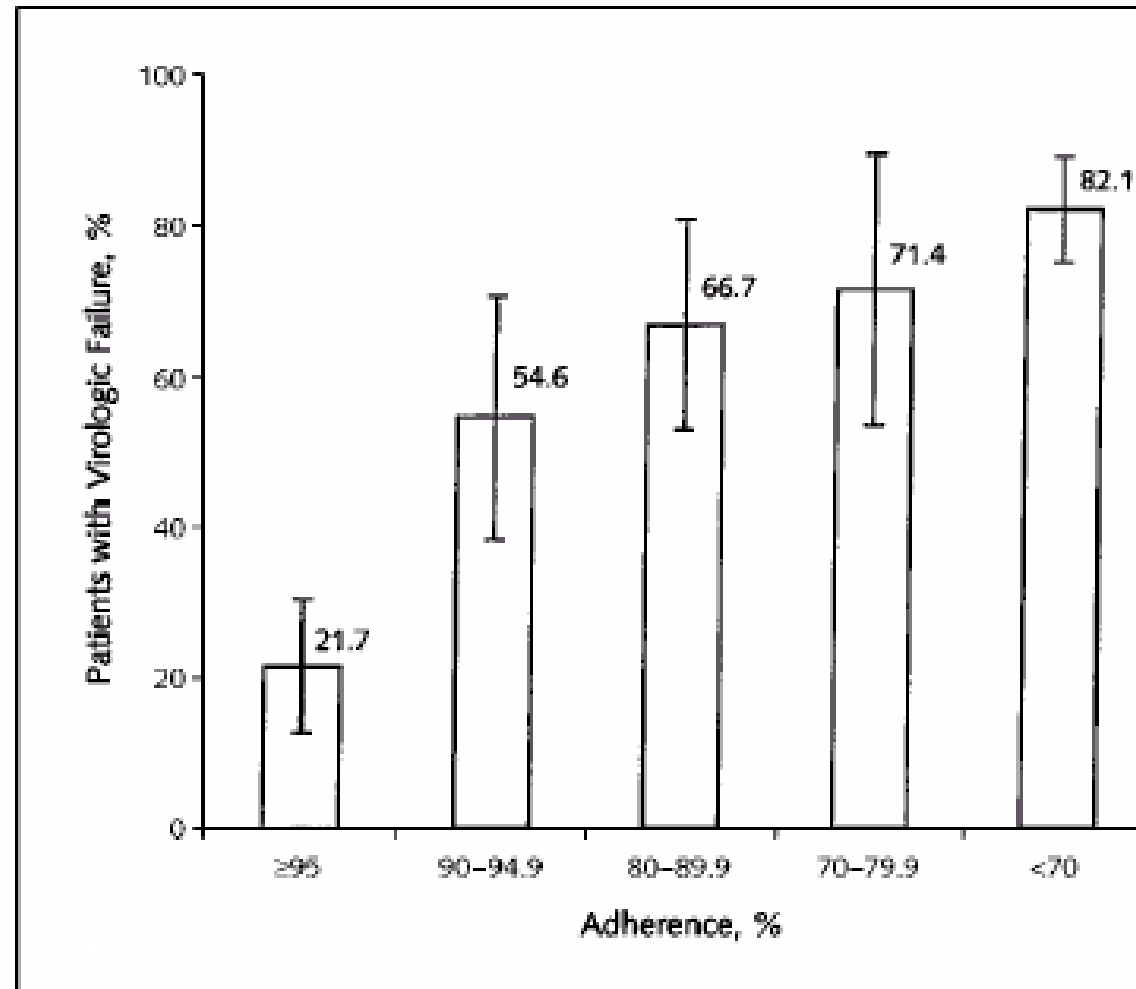
Question 3:

Quel degré d'adhésion thérapeutique vise-t-on chez les patients sous HAART?

1. $\geq 95\%$ des doses prescrites
2. $\geq 85\%$
3. $\geq 75\%$
4. $\geq 65\%$

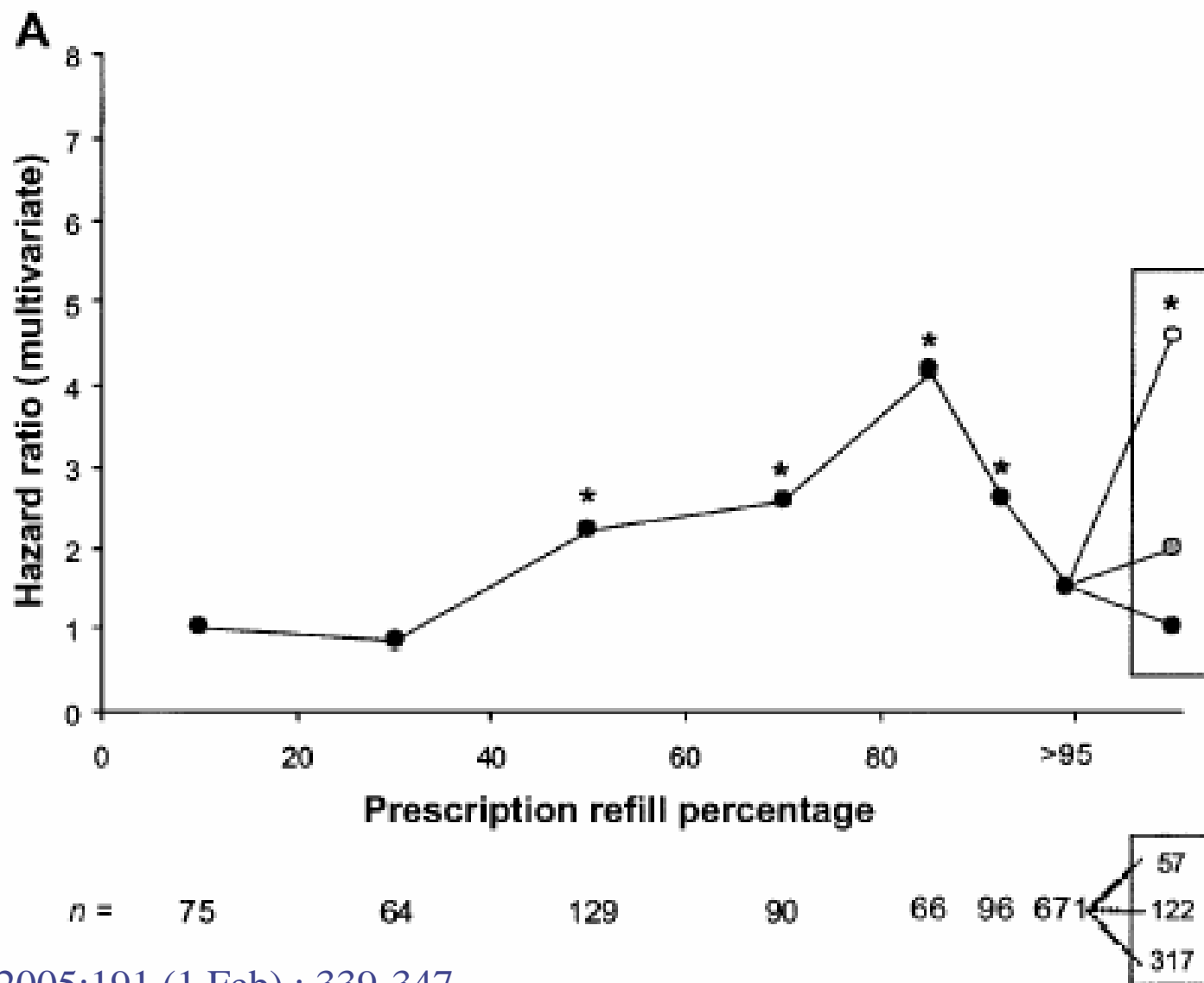
HIV

Figure 1. Adherence to antiretroviral therapy and virologic failure.



Paterson and al. Ann Intern Med 2000;133:21-30.

Association between adherence estimates and detection of HIV-1 drug-resistance mutations



Réponse 3:

Quel degré d'adhésion thérapeutique vise-t-on chez les patients sous HAART?

- 1. $\geq 95\%$ des doses prescrites**
2. $\geq 85\%$
3. $\geq 75\%$
4. $\geq 65\%$

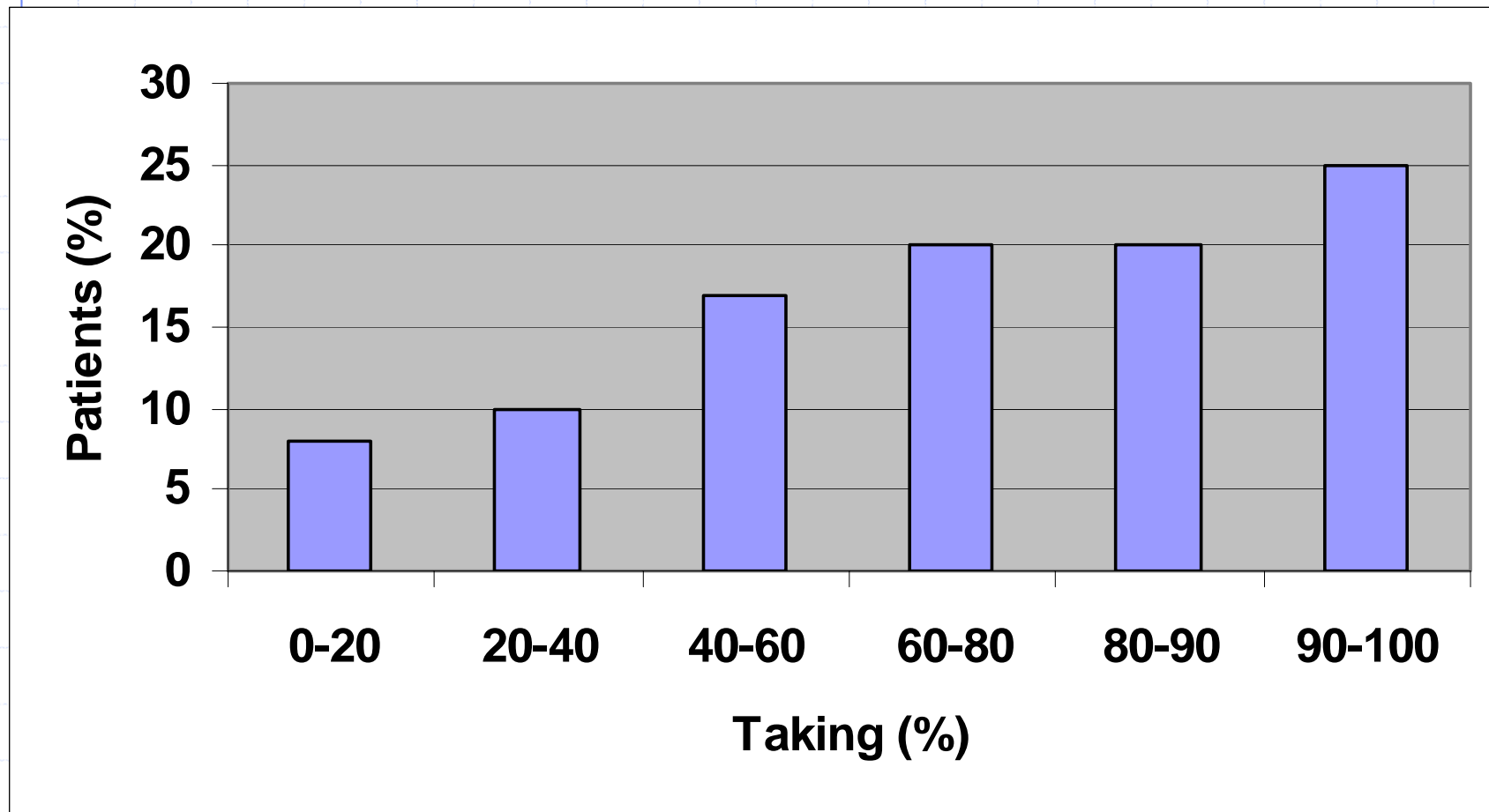
Mars 2005 - Posologie 1x/j

lu	ma	me	je	ve	sa	di
1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1
1	0	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1

Mars 2005 – Posologie 2x/j

lu	ma	me	je	ve	sa	di
2	2	2	2	2	2	2
2	2	1	2	2	2	2
2	0	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2

Population de patients chroniques



Mr A.F. 1956 (suite)

◆ Octobre 2004:

- lamivudine (3TC) 300mg 1-0-0
- stavudine (Zerit) 40 mg 1-0-1
- atazanavir (Reyataz) 300 mg 1-0-0
- ritonavir (Norvir) 100 mg 1-0-0
- saquinavir (Invirase) 200 mg 2-0-2
- cotrimazol (Bactrim Forte) 1 cp 3x/sem
- citalopram (Seropram) 1-0-0

Question 4:

Vous tentez cette nouvelle ligne de traitement. Quelle attitude est **à éviter** ?

1. J'envisage une approche pluridisciplinaire de la problématique.
2. Je prescris la nouvelle HAART comme d'habitude.
3. Je négocie avec le patient un soutien de l'adhésion à long terme (ex. semainier).
4. J'augmente la fréquence des consultations et j'utilise l'interview motivationnel.

Interventions



**Approche
cognitive**

+

**Approche
comportementale**



Interventions

1. Adapter le traitement aux possibilités du patient
2. Adapter l'information (claire, simple, suffisante)
3. Rendre l'accès au traitement facile (délivrer assez de comprimés jusqu'au prochain RDV,...)
4. S'intéresser à la problématique du patient (approche de la vie, organisation,...)
5. Le patient est un partenaire actif
6. Chercher des moyens de soutien adéquats
7. Organiser le suivi du patient
8. Prévention (toute rupture du rythme quotidien)
9. Support social (famille, amis proches, associations de patients,...)

Les moments difficiles

- ◆ Le week-end
- ◆ Les vacances
- ◆ Les voyages
- ◆ Lors d'une maladie aiguë (infection)
- ◆ Lors de fêtes (alcool)
- ◆ Autres priorités intercurrentes (privées, professionnelles)
- ◆ Le début ou la reprise du traitement
- ◆ Toutes les phases de transition

Réponse 4:

Vous tentez cette nouvelle ligne de traitement. Quelle attitude est **à éviter**?

1. J'envisage une approche pluridisciplinaire de la problématique.
2. **Je prescris la nouvelle HAART comme d'habitude.**
3. Je négocie avec le patient un soutien de l'adhésion à long terme (ex. semainier).
4. J'augmente la fréquence des consultations et j'utilise l'interview motivationnel.

Mr A.F. 1956 (suite)

◆ Octobre 2004:

- lamivudine (3TC) 300mg 1-0-0
- stavudine (Zerit) 40 mg 1-0-1
- atazanavir (Reyataz) 300 mg 1-0-0
- ritonavir (Norvir) 100 mg 1-0-0
- saquinavir (Invirase) 200 mg 2-0-2
- cotrimazol (Bactrim Forte) 1 cp 3x/sem
- citalopram (Seropram) 1-0-0

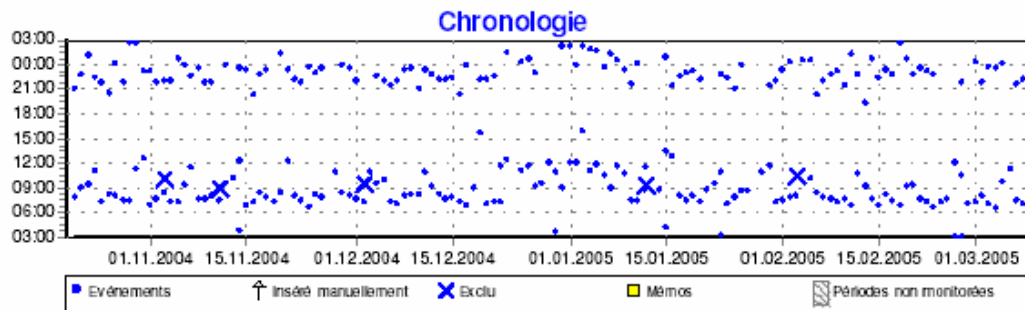
Suivi de l'adhésion

- ◆ 3.11.04: adhésion bonne après 1 semaine de réflexion
- ◆ 2.12.04: quelques oublis, patient très satisfait.
Recommandations pour les fêtes.
- ◆ 12.1.05: qqes oublis dûs à des problèmes d'organisation, mais efforts importants fournis.
Le ttt ne fait pas encore partie intégrante de son système de valeurs et de sa routine.
But: stabiliser les oublis. Peu d'ES.
- ◆ 3.2.05: gastro-entérite du 17-19.1.05 où n'a pas pris son ttt HAART, discussion préventive.
Patient globalement motivé.
- ◆ 10.3.05: virémie indétectable, CD4 en hausse. Difficile d'avaler le ritonavir. Renforcement positif.

PowerView Rapport d'observance thérapeutique

Número du patient:	5052	Initiales du patient:	AF
Nom du patient:		Numéro du moniteur:	210534
Médecin:		Nom du médicament:	Zerit 40 mg
Régime:	2 fois par jour	Résultats:	21.10.2004 03:00 au 11.03.2005 02:59 (4)
Nombre de jours monitorés:	141	Nombre de doses prescrites:	282
Nombre de doses prises:	256	% des jours à dosage correct:	78.7%
% des doses prises à intervalle correct:	45.6%	% des doses prescrites prises:	90.8%
Doses dans les bandes / doses prescrites:	0.0%		

Octobre 2004							Novembre 2004							Décembre 2004													
Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim							
							1 2 2 2 3 2 4 2 5 2 6 2 7 2	8 2 9 2 10 2 11 1 12 1 13 1 14 3	15 2 16 2 17 2 18 2 19 1 20 2 21 2	22 2 23 2 24 2 25 2 26 2 27 0 28 1	29 2 30 2																
														1 2 2 1 3 1 4 2 5 2	6 2 7 2 8 2 9 2 10 2 11 2 12 2	13 2 14 2 15 2 16 2 17 2 18 1 19 2	20 2 21 2 22 2 23 2 24 0 25 2 26 2	27 2 28 1 29 1 30 2 31 2									
Janvier 2005							Février 2005							Mars 2005													
Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim							
					1 2 2 2	3 2 4 2 5 2 6 2 7 2 8 2 9 2	10 2 11 2 12 2 13 0 14 1 15 3 16 2	17 2 18 2 19 2 20 2 21 1 22 1 23 3	24 2 25 2 26 2 27 1 28 0 29 1 30 2	31 2							1 2 2 2 3 1 4 1 5 2 6 2	7 2 8 2 9 2 10 2 11 2 12 2 13 2	14 2 15 2 16 2 17 2 18 2 19 2 20 2	21 2 22 2 23 2 24 1 25 1 26 2 27 3	28 1						
														1 2 2 2 3 2 4 2 5 2 6 1	7 2 8 2 9 2 10 1												



Prévention

1. Parler d'adhésion dès la 1ère visite
2. Evaluer le 'patient readiness'
3. S'intéresser à la problématique du patient
4. Trouver ensemble des solutions
5. Parler d'adhésion à chaque visite de suivi

Situation d'échec: que faire?

- ◆ Définir un nouveau plan de traitement avec le patient en développant le soutien:
 - Augmenter la fréquence des visites
 - Approche pluridisciplinaire
 - Semainier, MEMS, DOT (Direct Observed Therapy)
 - Carte de posologie
- ◆ Pause thérapeutique
- ◆ Se référer à l'infectiologue

Questions

- ◆ Vous prenez bien vos médicaments chaque jour?
- ◆ Vous n'oubliez généralement pas de prendre vos médicaments?

Questions orientées

Réponses fermées

Questions

- ◆ Oubliez-vous parfois d'avaler vos comprimés?
- ◆ Si vous vous sentez mal, arrêtez-vous parfois de prendre vos comprimés?
- ◆ Les 3 jours précédents, avez-vous oublié de prendre vos comprimés une fois ou l'autre?
- ◆ Avez-vous oublié une dose ou l'autre durant le week-end précédent, durant les vacances, ...?
- ◆ Ne trouvez-vous pas que c'est parfois difficile d'avaler des comprimés?

Rapport de l'OMS sur l'adhésion (2003)

- ◆ Problème **mondial** qui prend de l'ampleur.
- ◆ Facteur primordial pour un système de soins **efficace**.
- ◆ Les systèmes de santé doivent changer pour assurer une meilleure prise en charge du **malade chronique**.
- ◆ Les patients doivent être soutenus et non blâmés.
- ◆ Des programmes d'**intervention** doivent être développés.
- ◆ Suivi à **long terme**, car l'adhésion est un comportement qui change avec le temps.
- ◆ Le personnel de soin doit être **formé**.
- ◆ Soutien social.
- ◆ Approche **pluridisciplinaire** de la problématique.

Messages à retenir

- ◆ L'adhésion thérapeutique permet un contrôle virologique au long cours
- ◆ Elle diminue le risque de développer des résistances
- ◆ Il faut anticiper les problèmes
- ◆ Développer un accompagnement actif du patient sur le long terme
 - Efficace
 - Approche pluridisciplinaire
 - Respectueux
 - Négoté avec le patient