

COMPLIANCE

Facteurs potentiels influençant l'adhésion aux traitements anti-VIH

Cécile Goujard

service de médecine interne, Hôpital de Bicêtre (Le Kremlin-Bicêtre)

Potential factors affecting adherence with HIV therapy
Mehta S.,
Moore R.D.,
Graham
N.M.H.
AIDS, 1997,
11, 1665-1670

Cet article, qui fait la synthèse des données disponibles sur l'adhésion thérapeutique, s'appuie essentiellement sur des éléments d'ordre économique et psychosocial mais fait l'impasse sur les facteurs culturels, éducatifs et individuels.

L'efficacité à long terme des associations antirétrovirales comportant des inhibiteurs de protéases a récemment remis l'accent sur l'adhésion thérapeutique. Ce terme d'adhésion, traduction de l'anglais " adherence ", est préféré par les auteurs comme étant moins péjoratif que le mot anglais de " compliance ", traduit en français par observance.

L'adhésion se rapporterait à l'aspect quantitatif de l'ensemble

des prescriptions médicales, thérapeutiques, diététiques et au suivi d'un patient. La compliance, pour les auteurs, serait une évaluation globale de l'adhésion; les patients respectant par exemple 80% des prescriptions thérapeutiques présenteraient une bonne compliance, par opposition aux mauvais compliants suivant moins de 50-80% de celles-ci. Ainsi, le niveau de compliance varierait selon le type de traitement, la maladie et ses symptômes, ainsi que le seuil de respect des consignes nécessaires à obtenir une efficacité dans une maladie donnée. Pour illustration, l'inhibition prolongée de la réplication virale VIH nécessiterait la prise de 90-100% de la trithérapie antirétrovirale, donc une adhésion maximale pour être optimale, alors que dans d'autres pathologies, une adhésion moindre pourrait permettre d'aboutir à une efficacité thérapeutique donc une compliance satisfaisante.

Les auteurs ont repris la littérature concernant l'adhésion thérapeutique, partant d'études méthodologiques dans trois groupes de patients qui leur semblent proches : infection à VIH, maladies chroniques, pathologies psychiatriques. Les facteurs d'adhésion analysés se rapportent à quatre grandes catégories : caractéristiques démographiques, caractéristiques psychosociales et comportementales, aspects cliniques, système de soins. Chacune est développée en fonction des connaissances accumulées dans chacun des domaines.

Certaines caractéristiques démographiques sont associées à une mauvaise adhésion dans les maladies chroniques et/ou psychiatriques. Peu de choses sont connues dans l'infection à VIH, en dehors de certains groupes d'exposition VIH reconnus pour avoir un accès moindre aux thérapeutiques - Africains-Américains, usagers de drogues par voie intraveineuse- la population hispanique n'est pas mentionnée bien que sur-représentée dans l'infection à VIH. L'adhésion augmente de manière générale avec l'âge, excepté chez les plus de 75 ans. Dans une étude de l'infection à VIH, l'âge n'est pas corrélé à l'adhésion thérapeutique. Cependant, cette pathologie atteignant une population jeune, l'âge n'apparaît pas pertinent comme indice d'adhésion.

Dans plusieurs études, le sexe masculin est associé à une diminution de l'adhésion. A l'inverse, une étude retrouve un moins bon suivi pour les femmes VIH que pour les hommes, ce d'autant que les femmes sont plus impliquées dans des

occupations domestiques et familiales. Ainsi, ces contraintes affecteraient l'adhésion des femmes...

Un statut socio-économique bas -habitat instable ou absent, ressources faibles, faible niveau éducatif, absence d'assurance médicale- serait un autre facteur de diminution de l'adhérence. Fréquemment rencontré dans la population toxicomane, il expliquerait une faible adhésion démontrée en particulier dans une étude avec la zidovudine.

L'origine ethnique ne serait pas univoque : elle ne semble pas affecter l'adhésion dans certaines maladies chroniques, contrairement à l'infection à VIH. Mais là encore, il faudrait prendre en compte les conditions économiques et la consommation de drogues pour conclure.

Les affections psychiatriques entraînent une adhésion diminuée, qu'elles concernent ou non des patients infectés par le VIH. Ainsi les symptômes dépressifs, fréquents chez eux (17 à 30%), diminuent l'adhésion.

Les attitudes adoptées par rapport à la maladie et au traitement, les " croyances ", sont déterminantes dans la compliance; le scepticisme, voire l'absence de nécessité ressentie par le patient pour un traitement donné sont des facteurs de mauvaise compliance.

De plus, l'infection à VIH induit un isolement social, également reconnu chez les personnes âgées et les patients psychiatriques comme élément de mauvaise compliance.

Parmi les caractéristiques thérapeutiques, sont reconnus comme éléments prédictifs de la compliance:

- la présentation des molécules, le nombre de prises quotidiennes : les formes à durée de vie longue sont mieux acceptées dans les pathologies psychiatriques mais de toute façon inexistantes dans le traitement du VIH;
- l'induction d'effets secondaires ou la crainte vis-à-vis de ceux-ci;
- la complexité du schéma thérapeutique et son intégration

dans la vie quotidienne.

La connaissance de la pathologie et les symptômes associés sont des éléments déterminants de la compliance, le caractère asymptomatique des maladies chroniques était parfois associé à une rupture de soins. Ainsi, chez les patients infectés par le VIH, il est important d'expliquer au patient la nécessité d'un traitement continu, en l'informant des marqueurs de réponse tels la charge virale et les CD4. L'éducation des patients reposerait sur le personnel soignant, un patient pouvant avoir des difficultés à mémoriser des consignes données. Certaines stratégies d'aide peuvent être proposées.

Le système de soins et son accessibilité est la dernière caractéristique retenue par les auteurs. Des barrières extérieures à l'individu peuvent expliquer la mauvaise qualité ou l'absence de suivi -coût ou absence de moyen de transport, absence de garde d'enfants, maladie grave, lieu de prise en charge, absence de médecin traitant disponible... Ainsi, les patients VIH les plus immunodéprimés manquent plus souvent leur rendez-vous. Une prise en charge de type institution ou aide à domicile pourrait améliorer cette situation. Aux Etats-Unis, la proposition de lieux ciblés sur certaines communautés -sous-entendu minorités- est une autre proposition, qui améliore la compliance par rapport aux lieux de soins hospitaliers classiques. Les auteurs recommandent la mise à disposition de centres de soins primaires ou " community-based primary care ", qui offriraient une prise en charge dans différents domaines médicaux.

En conclusion, les auteurs réclament :

- 1) des stratégies spécifiques pour certaines sous-populations - femmes, pauvres, toxicomanes- infectées par le VIH, susceptibles d'améliorer l'accès aux soins, la mise à disposition des traitements semblant représenter un facteur majeur de mauvaise adhésion;
- 2) la simplification des schémas thérapeutiques.

Ainsi, cet article offre un catalogue des paramètres maintenant bien connus, semblant prédictifs de l'adhésion thérapeutique. On peut regretter qu'à aucun moment ne soit discutée la mesure de cette adhésion et les difficultés de celle-

ci.

Ce qui n'est pas non plus discuté par les auteurs est le fait que l'évaluation de l'efficacité thérapeutique au sein des essais thérapeutiques présuppose des patients une adhésion maximale, proche de 100%. Très peu d'essais jusqu'à récemment évaluaient cet aspect -sauf vérifications ponctuelles de dosage des molécules. Or, on sait qu'il est impossible d'obtenir un tel niveau d'adhésion, même chez des patients sélectionnés comme étant a priori compliants. Souvent, ce n'est qu'à la lumière de mauvais résultats qu'on se pose la question des conditions de prise plutôt que d'une inefficacité thérapeutique. Ainsi, l'évaluation de l'efficacité comme contrôle de l'observance d'une thérapeutique est-elle souvent utilisée à tort.

Les éléments sur lesquels les auteurs insistent sont essentiellement d'ordre économique et psychosocial, coïncidant avec la situation d'accès aux soins de certaines minorités aux Etats-Unis, sans que les facteurs culturels, éducatifs et l'individualité du patient ne soient développés en dehors de ces collectivités. Différentes études ont pourtant établi qu'un individu ne se reconnaît pas toujours dans un groupe de contamination, de personnalité psychologique, d'origine ethnique... Les données quantitatives présentées dans cet article se rapportent à des notions globales, par analogie à des pathologies dont les enjeux sont à bien des égards différents de ceux de l'infection à VIH en termes individuels et en termes de santé publique.

Ainsi, vrai problème médical, la notion de compliance a évolué avec la complexité de la prise en charge thérapeutique des patients infectés par le VIH, non prise en compte ici. Les études historiques -reposant essentiellement sur l'administration de zidovudine- avaient pour objectifs premiers soit de déterminer des paramètres de bonne/mauvaise compliance, soit d'étudier ceux-ci dans des sous-groupes de malades. Elles apportent en fait peu d'éléments pour la prise en charge thérapeutique actuelle, qui devrait développer des stratégies d'éducation centrées sur le patient lui-même, dans l'attente de modalités thérapeutiques simplifiées.