



HAL
open science

Recommandations pour l'évaluation et l'optimisation de l'adhésion aux traitements de fond médicamenteux des rhumatismes inflammatoires chroniques : un processus basé sur des revues de la littérature et un consensus d'experts

Gossec Laure, Anna Molto, Xavier Romand, Déborah Puyraimond-Zemmour, Matthieu Lavielle, Catherine Beauvais, Eric Senbel, Rene Marc Flipo, Sophie Pouplin, Christophe Richez, et al.

► To cite this version:

Gossec Laure, Anna Molto, Xavier Romand, Déborah Puyraimond-Zemmour, Matthieu Lavielle, et al..
Recommandations pour l'évaluation et l'optimisation de l'adhésion aux traitements de fond médicamenteux des rhumatismes inflammatoires chroniques : un processus basé sur des revues de la littérature et un consensus d'experts. *Revue du Rhumatisme*, 2019, 10.1016/j.rhum.2019.07.018 . hal-02267417

HAL Id: hal-02267417

<https://hal.univ-brest.fr/hal-02267417v1>

Submitted on 21 Jul 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Recommandations pour l'évaluation et l'optimisation de l'adhésion aux traitements de fond médicamenteux des rhumatismes inflammatoires chroniques : un processus basé sur des revues de la littérature et un consensus d'experts

Laure Gossec^{a,b,c}, Anna Molto^{d,e}, Xavier Romand^{f,g}, Déborah Puyraimond-Zemmour^{a,b,c}, Matthieu Lavielle^{d,e}, Catherine Beauvais^h, Eric Senbelⁱ, René-Marc Flipo^j, Sophie Pouplin^k, Christophe Richez^{l,m}, Alain Saraux^o, Maryse Mézières^{d,e}, Loriane Gutermann^{d,e}, Philippe Gaudin^{f,g}, Daniel Wendling^{p,q}, Maxime Dougados^{d,e}

^aSorbonne Université, 75013 Paris, France

^bInstitut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique, GRC-UPMC 08 (EEMOIS), 75013 Paris, France ;

^cHôpital Pitié Salpêtrière hospital, APHP, Service de Rhumatologie, 75013 Paris, France

^d Service de Rhumatologie, Cochin Hospital, APHP, 75014 Paris, France;

^eInserm Unit 1183 (CRESS), 75014 Paris, France.

^fUniversité Grenoble Alpes, GREPI EA7408, 38400 Saint-Martin d'Hères, France

^gGrenoble Hospital, Department of Rheumatology, 38700 La Tronche, France.

^hDepartment of Rheumatology, AP-HP, Saint-Antoine Hospital, 75012 Paris, France.

ⁱCabinet de rhumatologie, 24 Place Castellane, 13006 Marseille, France

^jDepartment of Rheumatology, CHRU Lille, 2 Avenue Oscar Lambret, 59000 Lille, France

^kDepartment of Rheumatology, Rouen Hospital, 76081 Rouen, France.

^lDepartment of Rheumatology, Pellegrin Hospital, 33000 Bordeaux, France

^mBordeaux University, CNRS 5164, 33000 Bordeaux, France.

ⁿDepartment of Rheumatology, CHU de la Cavale Blanche, Boulevard Tanguy Prigent, 29200 Brest, France ;

^oINSERM 1227, Université Bretagne Occidentale, 29200 Brest, France.

^pDepartment of Rheumatology, CHRU Besançon, 25030 France

^qEA 4266, Université de Franche-Comté, 25030 Besançon, France.

Auteur correspondant :

Laure Gossec, Service de Rhumatologie, Hôpital Pitié Salpêtrière 47-83 Bd Hôpital ;
Service de rhumatologie, 75013 Paris France laure.gossec@aphp.fr

Résumé

Contexte : l'adhésion au traitement est un enjeu majeur dans les rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC).

Objectif : élaborer des recommandations visant à faciliter au quotidien la gestion de la non-adhésion aux traitements de fond médicamenteux chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, de spondyloarthrite, de rhumatisme psoriasique, de connectivite ou d'autres RIC.

Méthodes : le processus a mis en œuvre (a) une revue systématique de la littérature concernant les méthodes d'évaluation (y compris les questionnaires) de l'adhésion, les facteurs de risque de non-adhésion et l'efficacité des interventions ciblées ; (b) l'élaboration de recommandations par un consensus de 104 rhumatologues et experts infirmiers ; (c) l'évaluation du niveau d'accord et de la facilité de mise en pratique (barème de 1 à 5, 5 étant la note la plus élevée) par les 104 experts.

Résultats : (a) 274 publications ont été analysées au total. (b) Le processus de consensus a permis d'établir cinq principes généraux et 10 recommandations concernant l'adhésion. Les principaux points stipulent que l'adhésion doit être évaluée à chaque consultation, par au moins une question ouverte ; des questionnaires et un dosage sanguin de l'hydroxychloroquine peuvent également être utiles. Les facteurs de risque associés au défaut d'adhésion ont été recensés. L'information et l'éducation des patients et la décision partagée patient/médecin jouent un rôle clé pour optimiser l'adhésion. D'autres techniques, par exemple des sessions d'éducation formalisées, des entretiens motivationnels ou des thérapies cognitivo-comportementales peuvent être efficaces. Tous les professionnels de santé peuvent intervenir et l'e-santé peut constituer un support utile. (c) L'accord sur les recommandations était élevé (moyenne 3,9-4,5) mais la facilité de mise en pratique était plus faible (2,7-4,4).

Conclusions : cette initiative utilisant une approche fondée sur des preuves suivie par un consensus d'experts devrait permettre d'améliorer l'évaluation et l'optimisation de l'adhésion dans les RIC.

Mots clés : adhésion, observance, polyarthrite rhumatoïde, spondyloarthrite, recommandations

1. Introduction

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit l'adhésion thérapeutique comme « le degré d'adéquation du comportement d'une personne – prise d'un traitement médicamenteux, respect d'un régime alimentaire et/ou modification du mode de vie – avec les recommandations d'un professionnel de santé que cette personne a accepté de suivre » [1]. L'adhésion médicamenteuse, généralement perçue comme la prise de médicaments, est considérée comme satisfaisante au-delà de 80 % (plus de 80 % des doses prescrites sont prises par le patient) [2]. L'adhésion diffère de la persistance qui désigne la durée de prise ininterrompue d'un médicament donné.

Variable selon sa définition, la méthodologie employée et les médicaments concernés, l'adhésion est globalement insuffisante [3,4]. En 2003, l'OMS rapportait que dans les pays industrialisés, 50 % des patients atteints d'une maladie chronique adhéraient au traitement prescrit [1]. Ce taux non optimal est confirmé dans le domaine des troubles musculosquelettiques, et en particulier des rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC) tels que la polyarthrite rhumatoïde (PR) ou les connectivites. Pour ces affections spécifiques, l'adhésion aux traitements de fond médicamenteux sur le long terme n'est que modérée. L'adhésion a principalement été étudiée dans la PR, avec des taux rapportés de 30 à 80 % [3,5]. Une adhésion non optimale compromet l'efficacité du traitement. Dans la PR en particulier, une adhésion médiocre a été liée à une augmentation de l'activité de la maladie [6,9]. Par ailleurs, la non-adhésion peut aboutir à des complications, des changements de traitement inutiles et une hausse des coûts [10]. Ainsi, l'adhésion constitue un véritable enjeu dans le contexte des maladies chroniques, et de nouveaux modèles de soins intégrant cette question au processus de prise en charge des patients sont nécessaires.

Plusieurs questions demeurent toutefois sans réponse. Tout d'abord, l'évaluation de la non-adhésion est une difficulté. Les médecins ont tendance à surestimer le respect des prescriptions médicamenteuses par leurs patients, risquant ainsi de passer à côté d'opportunités de changer de traitement, de résoudre des effets indésirables ou de proposer des techniques de rappel afin d'améliorer l'adhésion. Une meilleure évaluation du défaut d'adhésion serait donc utile. L'adhésion thérapeutique peut être évaluée par différentes méthodes, directes (dosages sanguins) et indirectes (questionnaires) [11]. À ce jour toutefois, aucune méthode de référence n'a été établie et les cliniciens peuvent avoir du mal à déterminer comment et à quel moment mesurer l'adhésion de leurs patients [12,13]. Ensuite, le défaut d'adhésion thérapeutique étant multifactoriel, il serait intéressant de mieux appréhender les facteurs déterminants de la non-adhésion [14-17]. Enfin, il est indispensable

de mieux comprendre les interventions visant à améliorer l'adhésion, mais aussi leur efficacité [18].

L'objectif de la présente initiative était d'élaborer des recommandations visant à faciliter la gestion de la non-adhésion aux traitements de fond médicamenteux des patients présentant un RIC dans la pratique quotidienne.

2. Méthodes

Ce processus a inclus des revues de la littérature et un processus de consensus en France, en conformité avec les précédentes initiatives Rencontres d'Experts en Rhumatologie (RER) et 3E (*Evidence, Expertise, Exchange*) [19,20]. Les recommandations ont été élaborées par un groupe de rhumatologues d'un même pays (la France), le comité de pilotage réunissait des membres de neuf hôpitaux universitaires et d'un cabinet privé et le projet a pu être réalisé grâce à une subvention d'AbbVie France.

2.1. Décisions relatives à la population et aux aspects de l'adhésion ciblés

Le groupe de pilotage s'est réuni en octobre 2016. Y participaient le coordinateur (MD), deux méthodologistes (LG et AM), trois membres assurant la revue de la littérature (XR, DP et ML), neuf experts rhumatologues, un pharmacien et une infirmière en rhumatologie. Le groupe de pilotage a décidé d'élaborer ces recommandations en vue de faciliter la pratique quotidienne des professionnels de santé en charge de cet aspect de la prise en charge des patients (p. ex. infirmiers, médecins généralistes, pharmaciens et rhumatologues). Le champ d'application du projet a été limité aux RIC, définis ici comme la PR, la spondyloarthrite (SpA), le rhumatisme psoriasique (RPso), les connectivites et d'autres maladies inflammatoires comme l'arthrite microcristalline, la vascularite et d'autres affections auto-inflammatoires. En termes de traitements, le champ d'application du projet a été restreint aux traitements de fond antirhumatismaux (DMARD), définis ici principalement comme les DMARD conventionnels synthétiques, les DMARD biologiques et les DMARD ciblés synthétiques, avec cependant une recherche dans la littérature de données sur la prise de glucocorticoïdes, l'administration de traitements non stéroïdiens dans la SpA et les traitements hypo-uricémiants ainsi que la colchicine dans l'arthrite microcristalline. Il a également été décidé d'évaluer trois aspects de l'adhésion : la méthode d'évaluation, les patients à cibler plus spécifiquement (c.-à-d. les facteurs de risque de non-adhésion) et les interventions destinées à améliorer l'adhésion [Annexe A, Tableau S1 ; voir le matériel complémentaire accompagnant la version en ligne de cet article]

Le processus comportait ensuite trois étapes.

2.2. Revues systématiques de la littérature

Entre décembre 2016 et février 2017, trois membres ont réalisé une revue systématique des méthodes (y compris des questionnaires) visant à mesurer la non-adhésion, des facteurs de risque de la non-adhésion et des options de gestion de la non-adhésion ainsi que leur efficacité rapportée. La recherche a été centrée sur les RIC mais a également été élargie, de manière non systématique, à d'autres maladies dans lesquelles le défaut d'adhésion est un problème, à savoir le diabète, l'hypertension artérielle, l'infection par le VIH et l'ostéoporose.

Une revue systématique de la littérature relative aux RIC a été réalisée conformément aux recommandations Cochrane. Les données ont été extraites des bases de données PubMed, Medline et Embase et du registre central d'essais cliniques Cochrane jusqu'en février 2017. Ont été utilisées des associations de mots clés autour de noms de maladies et des termes « medication adherence » ou « patient compliance » (**Annexe A, tableau S1**). La recherche a également été effectuée à partir de résumés de communications de congrès américains et européens de 2016 et 2017, et plusieurs sites Web ont été consultés : Clinicaltrials.gov, Organisation mondiale de la Santé et Haute Autorité de Santé française. Enfin, une recherche manuelle a été effectuée dans les références bibliographiques des études les plus pertinentes identifiées par le comité scientifique d'experts de l'initiative. Les critères d'inclusion étaient des études menées chez l'adulte, publiées en anglais ou en français, sur les maladies considérées, c'est-à-dire : PR, SpA, RPso, connectivites dont lupus systémique, rhumatismes microcristallins dont goutte et chondrocalcinose, vascularites dont vascularite à ANCA, maladie de Horton et pseudopolyarthrite rhizomélisque et maladie de Still. Les traitements pharmacologiques considérés étaient les suivants : DMARD conventionnels synthétiques, DMARD biologiques, médicaments immunosuppresseurs (cyclophosphamide), anti-inflammatoires non stéroïdiens dans la SpA, glucocorticoïdes, colchicine et traitements hypo-uricémiants. Après examen des articles, toutes les études remplissant les critères d'inclusion et portant sur les méthodes d'évaluation de la non-adhésion, les facteurs de risque classés dans les cinq catégories établies par l'OMS et les options de gestion de la non-adhésion avec leur efficacité rapportée et classées en cinq modalités (interventions éducatives, comportementales, cognitivo-comportementales, multicomposantes ou autres) ont été sélectionnées. Le diagramme des flux décrit ce processus de sélection (**figure 1**).

Les données ont été extraites et des méta-analyses ont été envisagées, puis abandonnées en raison de l'hétérogénéité des données [21]. Les informations les plus pertinentes pour répondre à chaque question principale ont fait l'objet de discussions et d'un examen avec le comité de pilotage, puis présentées sous une forme condensée au cours du processus de consensus.

2.3. Processus de consensus

En octobre 2017, un consensus de 104 rhumatologues, pharmaciens, experts infirmiers (avec une forte prédominance de rhumatologues) s'est réuni pendant deux jours pour élaborer les recommandations. Les recommandations finales ont été évaluées de manière anonyme par les participants quant au niveau d'accord et à la facilité de mise en pratique (sur une échelle de Likert de 1 à 5, où 5 est la note maximale).

2.4. Diffusion, évaluation, mise en œuvre et actualisation

Pour les étapes de diffusion et d'évaluation, le comité de pilotage a décidé que les résultats de cette initiative seraient évalués et diffusés dans le cadre de petites réunions présentiels régionales dans toute la France, sur une période d'un an. Enfin, ces recommandations devraient être mises à jour systématiquement au bout de cinq ans, plus tôt si de nouvelles informations pertinentes deviennent disponibles.

3. Résultats

Le processus de consensus a permis d'établir cinq principes fondamentaux et 10 recommandations concernant l'adhésion (**tableau 1**). La version française est présentée dans le **tableau S1**.

Le niveau d'accord sur ces points au sein du groupe de travail était élevé : l'accord avec les recommandations était élevé (plage de moyennes 3,9-4,5 sur une échelle de 1 à 5) mais la facilité de mise en pratique était plus faible (plage de moyennes 2,7-4,4).

3.1. Principes généraux (tableau 1)

3.1.1. A. L'adhésion médicamenteuse associe deux notions complémentaires :

l'observance qui correspond à une prise conforme à la prescription et la persistance qui correspond à son maintien dans le temps.

Ce principe général rappelle au lecteur la définition de l'adhésion médicamenteuse. L'adhésion médicamenteuse renvoie à une notion de prise de médicament et d'observance sur le long terme, comme l'indique l'OMS [1,22]. Il s'agissait d'un point informatif qui n'a pas été sujet à discussions.

3.1.2. B. Un défaut d'adhésion aux traitements de fond antirhumatismaux est fréquent. Il peut être préjudiciable, à l'origine d'une moindre efficacité et d'une potentielle augmentation des coûts.

Ce principe a également un caractère informatif et n'a pas soulevé de discussions. De nombreuses études ont démontré que la non-adhésion était préjudiciable et pouvait aboutir à des périodes d'intensification de la maladie, également préjudiciables [23]. Dans plusieurs maladies chroniques, la prise en charge des patients qui ne suivent pas leur traitement est associée à des coûts de santé plus élevés que celle des patients qui le respectent [10]. Dans la PR, une adhésion médiocre peut compromettre l'efficacité du traitement, altérer la qualité de vie et augmenter les coûts de santé d'environ 33 % [24,25].

3.1.3. C. En cas de défaut d'adhésion médicamenteuse, les facteurs dits « non intentionnels » (simple oubli, ...) et dits « intentionnels » (liés aux croyances et peurs du patient, ...), sont souvent intriqués.

Ce principe renvoie aux causes de la non-adhésion et est présenté à des fins explicatives. Les patients évoquent souvent des causes non intentionnelles de non-adhésion tels que l'oubli de prendre le médicament. Cependant, les professionnels de santé doivent avoir à l'esprit que ces raisons peuvent cacher d'autres motifs.

3.1.4. D. La connaissance de la maladie et du traitement ainsi que la perception du traitement (utilité/risque) par le patient sont des éléments clés dans l'adhésion médicamenteuse.

Ce principe général et le suivant introduisent les recommandations sur la manière d'améliorer l'adhésion car ils évoquent des causes de non-adhésion. Les croyances du patient jouent un rôle majeur dans la non-adhésion [26]. Des études ont montré que la non-adhésion est plus fréquente si la nécessité perçue d'un médicament est inférieure à son risque perçu [26].

3.1.5. E. Dans le cadre d'une décision médicale partagée/alliance thérapeutique, la communication soignant-soigné sur le traitement est un facteur clé de l'adhésion médicamenteuse.

À titre individuel, compte tenu de ce qui précède, mais également, les interactions patient-médecin jouent un rôle important dans la non-adhésion. Toutes les études sur l'adhésion dans différentes maladies soulignent l'importance de la qualité de la relation patient-médecin et de la communication sur les médicaments. L'empathie joue également un rôle, certaines études ayant indiqué qu'elle peut contribuer à un meilleur contrôle de la maladie [27].

L'adhésion est une notion qui renvoie à l'alliance thérapeutique, un principe fondamental dans la prise en charge des maladies chroniques.

3.2. Recommandations (tableau 1)

3.2.1. Quand et comment évaluer l'adhésion ? (Recommandations 1 à 4)

Recommandation 1. L'évaluation de l'adhésion devrait être effectuée à chaque consultation. Elle doit être systématique si l'objectif n'est pas atteint et avant tout changement thérapeutique.

Les prestataires de santé ignorent souvent les problèmes d'adhésion de leurs patients. Avec un retour sur l'adhésion médicamenteuse, les médecins seraient en mesure de mettre rapidement en place des changements susceptibles d'améliorer l'adhésion des patients aux médicaments prescrits. Une récente revue Cochrane n'a pas identifié d'amélioration des résultats des patients dans les études où les médecins recevaient un retour sur l'adhésion de leurs patients aux prescriptions médicamenteuses [11]. Toutefois, le groupe a estimé que le fait de connaître les éventuels problèmes d'adhésion et de pouvoir en parler avec les patients était essentiel.

Le consensus a établi que l'adhésion devrait être évaluée régulièrement, idéalement à chaque consultation. Si ce n'est pas possible, l'adhésion devrait être évaluée au moins

lorsque l'état de la maladie n'est pas satisfaisant, c.-à-d. lorsque l'objectif du traitement n'est pas atteint et qu'un changement de traitement est envisagé [28,29].

Recommandation 2. L'adhésion devrait être évaluée en consultation par au moins une question ouverte.

La littérature sur l'évaluation de l'adhésion provient essentiellement d'études sur la PR et indique que les questionnaires sont la méthode la plus fréquemment utilisée (**annexe A, tableau S2**). Les questionnaires sont débattus dans le cadre de la recommandation 2. Le groupe a estimé qu'il n'était pas possible de désigner un seul questionnaire à utiliser dans la pratique quotidienne, et l'évaluation de l'adhésion par un questionnaire n'a pas été jugée réalisable dans la pratique clinique pour tous les patients. Le consensus a donc convenu d'utiliser une question ouverte, bien que cette méthode ne soit pas fondée sur des données. Une évaluation minimale de la non-adhésion peut être obtenue par une question ouverte telle que « Comment se passe votre traitement depuis la dernière consultation ? » L'encadré 1 présente des exemples de questions ouvertes proposées par le comité de pilotage.

Recommandation 3. L'évaluation de l'adhésion, notamment dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire, peut être réalisée par des méthodes plus complètes qu'une question ouverte seule (auto-questionnaire, données de dispensation, ...).

Lorsque la situation le permet (p. ex. lors d'une hospitalisation ambulatoire ou d'une prise en charge multidisciplinaire), des questionnaires plus complets peuvent être utiles. La revue de la littérature nous a permis de comparer différents questionnaires, à avoir CQR (*Compliance Questionnaire on Rheumatology*), MARS (*Medication Adherence Report Scale*), MMAS (*Morisky Medication Adherence Scale*) et MASRI (*Medication Adherence Self-Report Inventory*), comme indiqué dans le **tableau complémentaire 2 en ligne**. La discussion s'est particulièrement intéressée au questionnaire MMAS largement utilisé dans la littérature dans plusieurs maladies chroniques, mais du fait qu'il est soumis à des droits d'auteur, qu'il n'est pas validé pour la PR et que ses questions ont été jugées répétitives, aucun consensus n'a été établi concernant un questionnaire à privilégier [30].

Recommandation 4. L'adhésion à la prise d'hydroxychloroquine peut être vérifiée par un dosage sanguin et l'explication au patient des résultats peut améliorer son adhésion.

Dans certains cas, d'autres évaluations (« plus objectives ») de l'adhésion peuvent être réalisées. Lorsqu'elles sont facilement accessibles, les données de dispensation au niveau du patient (disponibles dans certains pays dans les dossiers de l'assurance maladie) peuvent permettre de contrôler si les médicaments ont été délivrés au patient. Les

pharmaciens peuvent contribuer à cette évaluation de l'adhésion, comme décrit ci-dessous [31]. En ce qui concerne l'hydroxychloroquine, l'adhésion peut être vérifiée par un dosage sanguin et l'explication au patient des résultats peut améliorer son adhésion, comme cela a été démontré dans le cadre du lupus [32].

3.2.2. Facteurs associés au défaut d'adhésion (recommandation 5)

Recommandation 5. Dans le cadre de l'évaluation de l'adhésion, les facteurs de risque de non-adhésion doivent être recherchés, en particulier ceux liés au patient (sujet jeune, peur des effets secondaires, troubles de l'humeur, ...), au traitement (polymédication, ...) et à l'environnement (relation soignant-soigné, ...).

La revue de la littérature a mis en évidence de multiples facteurs associés à la non-adhésion, mais l'interprétation des résultats est difficile car ils diffèrent selon les études et selon les maladies. Au total, quelques 240 facteurs différents liés à l'adhésion ont été identifiés dans la littérature, et peuvent être grossièrement groupés dans trois catégories : facteurs liés au patient, au traitement et à la relation patient-professionnel de santé [33-36]. Il a été difficile de trouver un consensus sur cette partie du projet. Il a donc été proposé (voir la recommandation 1) de rechercher une non-adhésion chez tous les patients. Une attention particulière doit néanmoins être portée aux patients dont les caractéristiques correspondent au « profil non adhérent » (**tableau 2**), c'est-à-dire des personnes jeunes, inquiètes quant aux effets secondaires, ne voyant pas la nécessité du traitement et en état de détresse psychologique.

3.2.3. Interventions visant à améliorer l'adhésion (recommandations 6 à 10)

Toutes les études décrivant les résultats d'interventions qui visent à améliorer l'adhésion dans les RIC ont été analysées dans la revue systématique de la littérature [21]. Les interventions ont été classées comme éducatives, comportementales, cognitivo-comportementales ou multicomposantes [37]. Au total, 22 études ont été analysées, la plupart (18) portant sur des patients atteints de PR. Les résultats étaient mitigés : sur 13 essais comparatifs randomisés (1 535 patients), seuls cinq (774 patients) étaient positifs [10,24,25].

Recommandation 6. Afin d'optimiser l'adhésion médicamenteuse il est souhaitable de rendre le patient acteur de sa maladie et de sa prise en charge dans le cadre d'une décision partagée (alliance thérapeutique).

Cette recommandation générique renvoie à la même notion que les principes généraux D et E. La littérature révèle un lien entre l'implication du patient et son adhésion

médicamenteuse, bien que les données soient de nature observationnelle et non sous forme d'essais randomisés. Les experts ont toutefois retenu ce point à mettre en avant.

Recommandation 7. Afin d'optimiser l'adhésion médicamenteuse, toute prescription d'un traitement antirhumatismal doit être accompagnée d'une démarche d'information et d'éducation du patient.

Dans la littérature, les interventions éducatives avaient le niveau de preuve le plus élevé, concernaient 8 des 13 essais comparatifs randomisés et quatre (50 %) étaient positives. En résumé, les interventions éducatives visent à aider le patient à mieux connaître la maladie, les bénéfices et les mécanismes d'action du traitement médicamenteux, les conséquences du défaut d'adhésion et les effets indésirables possibles du traitement. Tous les patients n'ayant pas besoin d'une éducation thérapeutique formalisée et tous n'ayant pas accès à une éducation thérapeutique, le consensus d'experts a établi que la recommandation doit être ferme pour encourager la démarche d'éducation (emploi de « doit ») mais couvrir tous les formats d'information et d'éducation plutôt que de se limiter à une démarche éducative formalisée (formulation inclusive « information et éducation du patient »).

Les recommandations 6 et 7 reflètent le fait que l'information et l'éducation du patient et la prise de décision conjointe entre le patient et le médecin sont essentielles pour optimiser l'adhésion et devraient être systématiques.

Recommandation 8. La détection de la non-adhésion médicamenteuse doit entraîner la mise en place d'une intervention spécifique (éducation thérapeutique, entretien motivationnel, méthodes cognitivo-comportementales, ...) pour améliorer l'adhésion.

Dans la littérature, outre l'éducation thérapeutique du patient, d'autres interventions comportementales, cognitivo-comportementales ou motivationnelles ont également été évaluées [21]. Dans certains cas, les stratégies à l'efficacité démontrée étaient complexes et difficiles à mettre en œuvre dans la pratique clinique.

Le consensus a établi que d'autres techniques, par exemple des sessions éducatives formalisées, des entretiens motivationnels et des thérapies cognitivo-comportementales peuvent être efficaces, même s'il n'est pas possible de les hiérarchiser ou de définir des profils de patients pour lesquels l'une ou l'autre de ces interventions serait bénéfique.

Recommandation 9. La démarche d'information et d'éducation du patient, individuelle ou collective, doit être réalisée, de façon répétée, par un ou plusieurs professionnels de santé (médecins, pharmaciens, IDE spécialisés...) seuls ou en équipe.

Dans les études publiées sur l'éducation des patients, divers acteurs (médecins, pharmaciens, infirmiers, etc.) ont assuré l'information ou l'éducation [21]. Cela étant et compte tenu des problèmes de faisabilité (tous les rhumatologues n'ont pas accès à des

séances d'éducation collective pour leurs patients), il a été jugé que la recommandation devait refléter le caractère acceptable de toutes les modalités d'éducation. Nous avons toutefois souhaité mettre en avant le fait que tous les professionnels de santé devraient être impliqués dans l'adhésion. En particulier, en dehors des rhumatologues, les équipes de santé comprenant des infirmiers jouent un rôle important. Les pharmaciens seront aussi de plus en plus impliqués. Il a été démontré que le conseil d'un pharmacien concernant la gestion des médicaments favorisait l'adhésion médicamenteuse, aussi bien en rhumatologie que dans le cadre d'autres maladies chroniques [38,39]. Le rôle des pharmaciens peut naturellement varier en fonction du système de santé.

Recommandation 10. La démarche d'information et d'éducation du patient peut être complétée par des outils tels que des brochures, des supports multimédias, pour améliorer l'adhésion thérapeutique.

Dans les études publiées, les supports et le contenu des interventions éducatives étaient hétérogènes [21]. C'est pourquoi les recommandations notent la possibilité de recourir à différents supports dans le processus d'éducation.

Ces dernières années, le groupe a estimé que l'e-santé gagnait en importance. Les patients cherchent des informations en ligne et les sites Web comme les applications mobiles peuvent contribuer à promouvoir l'adhésion [40]. Le groupe n'a pas désigné de ressource en ligne spécifique vers laquelle orienter les patients, mais les recommandations reflètent la valeur potentielle de l'e-santé.

4. Discussion

Ce travail a utilisé une approche fondée sur les preuves suivie d'un consensus d'experts pour élaborer des recommandations pragmatiques concernant l'évaluation et la gestion de la non-adhésion dans les RIC. Cette initiative devrait améliorer l'évaluation et l'optimisation de l'adhésion dans la pratique quotidienne.

L'adhésion est un problème majeur dans les maladies chroniques, et il est surprenant qu'il n'ait pas, jusqu'à présent, bénéficié de toute l'attention qu'il mérite. Le défaut d'adhésion est fréquent et coûteux, pour le patient comme pour la société. Dans son rapport de 2003 sur l'adhésion médicamenteuse, l'Organisation mondiale de la Santé citait la déclaration de Haynes *et al.* selon laquelle « améliorer l'efficacité des interventions pour l'adhésion pourrait

avoir un impact beaucoup plus important sur la santé publique que toute amélioration de traitements médicaux spécifiques » [1]. De fait, parmi les patients atteints d'une maladie chronique, environ la moitié ne prennent pas leurs médicaments conformément à la prescription [1-4]. Cette adhésion médiocre augmente la morbidité et les décès, ainsi que les coûts [10,41]. Or on trouve aujourd'hui beaucoup plus de publications sur la prescription d'un médicament (p. ex. recommandations de prise en charge) que sur sa prise (c.-à-d. l'adhésion). Ce manque d'intérêt relatif peut être dû à la situation délicate dans laquelle se trouve le médecin ou au fait que de nombreux professionnels de santé persistent à considérer un patient non adhérent comme un patient problématique (plutôt que, par exemple, comme une prescription problématique) [42-44]. Dans le présent travail, nous avons jugé qu'il était nécessaire de mettre l'accent sur l'adhésion en vue d'élaborer des recommandations pratiques et utiles.

Cette étude présente des points forts et des faiblesses. Les procédures validées pour l'élaboration de recommandations ont été suivies [19,20,45]. Toutefois, les catégories de preuve et les grades de recommandation n'ont pas été déterminés, ce qui constitue une limite. Des revues systématiques de la littérature ont été effectuées et le processus de consensus a permis à chacun de s'exprimer. Pour des raisons réglementaires, il n'a toutefois pas été possible d'inclure des patients dans ce processus. Il a donc été suivi d'un processus de diffusion auprès d'associations de patients en France, en cours actuellement. Bien qu'un processus strict ait été suivi, il a parfois été difficile d'élaborer des recommandations précises et applicables. Cela a notamment été le cas pour identifier les caractéristiques des patients liées à la non-adhésion [33-36]. De fait, il ne semble pas possible de définir un profil unique de patient non adhérent. Le défaut d'adhésion peut être davantage lié à un moment/une prescription qu'à un profil de patient ; ou tous ces éléments peuvent intervenir. C'est pourquoi nous pensons que la non-adhésion devrait être évaluée de façon systématique. Il n'a pas non plus été possible de recommander un questionnaire unique pour évaluer l'adhésion car tous les questionnaires existants ont été jugés insatisfaisants dans le contexte de la prise en charge standard [30]. La nature inclusive de notre groupe est un point fort. Cependant, le financement du projet par l'industrie pharmaceutique pourrait être perçu comme une faiblesse potentielle, bien que l'adhésion ait été traitée tout au long du processus comme une notion générique plutôt que comme une question liée aux médicaments.

La diffusion et l'application des recommandations sont souvent difficiles. Dans le cas présent, la diffusion a été planifiée dans le projet dès l'origine, par le biais de rencontres présentiels au cours desquelles la littérature et les recommandations sont communiquées

aux rhumatologues de tout le pays. Même ainsi, la mise en pratique lors des consultations devrait être évaluée.

Certains principes généraux peuvent se chevaucher, de même que certaines recommandations abordant la prise de décision partagée. Le groupe avait la conviction que l'implication des patients en tant qu'acteurs et co-décideurs était essentielle en matière d'adhésion et devait être soulignée. La décision partagée demeure un sujet de recherche actuel. D'une manière générale, nous avons estimé que les interventions visant à améliorer l'adhésion médicamenteuse étaient décevantes au niveau du groupe, ce qu'ont également noté d'autres auteurs [11,18,21,38,46,47]. Il y a à cela plusieurs explications possibles : les interventions ne ciblent peut-être pas les bons patients ; les interventions ne sont peut-être pas suffisamment personnalisées. Il peut être difficile d'agir sur la non-adhésion, en raison de sa nature multifactorielle [42-44]. Les interventions autres que pharmacologiques posent généralement des problèmes de méthodologie spécifiques et les résultats mitigés des essais doivent donc être interprétés avec prudence [48].

Les options thérapeutiques étant de plus en plus nombreuses dans le domaine des RIC, dans un contexte limité sur le plan financier pour de nombreux pays, l'adhésion médicamenteuse devrait devenir une priorité afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients présentant une maladie chronique.

Déclaration d'intérêts

Maxime DOUGADOS a reçu des honoraires d'AbbVie pour sa participation en tant que responsable à cette initiative. Xavier ROMAND, Déborah PUYRAIMOND-ZEMMOUR et Matthieu LAVIELLE ont reçu des honoraires d'AbbVie pour leur participation en tant que membres à cette initiative. Tous les autres co-auteurs ont reçu des honoraires d'AbbVie en tant que membres du comité scientifique.

Remerciements

Cette étude a été menée grâce à une subvention d'AbbVie France (programme Rencontres d'Experts en Rhumatologie). Des employés d'AbbVie ont assisté aux réunions des Rencontres d'Experts en Rhumatologie mais n'ont pas influencé les discussions scientifiques. AbbVie n'a pas révisé ce manuscrit ni eu d'influence sur son contenu.

Les auteurs remercient Margaux Orange pour son assistance logistique au cours des réunions et les 104 experts pour leurs contributions lors de ces réunions.

Annexe A. Matériel complémentaire

Du matériel complémentaire (Tableaux S1-S2) accompagnant cet article est disponible sur ...

Références

1. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; accessed on March 23, 2018. http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_introduction.pdf?ua=1.
2. Treharne GJ, Lyons AC, Hale ED, Douglas KM, Kitas GD. 'Compliance' is futile but is 'concordance' between rheumatology patients and health professionals attainable? *Rheumatology (Oxford)*. 2006;45:1-5.
- 3 van den Bemt BJJ, Zwicker HE, van den Ende CHM. Medication adherence in patients with rheumatoid arthritis: a critical appraisal of the existing literature. *Expert Rev Clin Immunol*. 2012;8:33751.
4. Curtis JR, Bykerk VP, Aassi M, Schiff M. Adherence and Persistence with Methotrexate in Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review. *J Rheumatol*. 2016;43:1997-2009.
5. Scheiman-Elazary A, Duan L, Shourt C, Agrawal H, Ellashof D, Cameron-Hay M, et al. The rate of adherence to antiarthritis medications and associated factors among patients with Rheumatoid Arthritis: A Systematic Literature Review and Metaanalysis. *J Rheumatol*. 2016;43:51223.
6. Pasma A, den Boer E, van 't Spijker A, Timman R, van den Bemt B, Busschbach JJV, et al. Nonadherence to disease modifying antirheumatic drugs in the first year after diagnosis: comparing three adherence measures in early arthritis patients. *Rheumatology* 2016;55:18129.
6. Gadallah MA, Boulos DNK, Gebrel A, Dewedar S, Morisky DE. Assessment of rheumatoid arthritis patients' adherence to treatment. *Am J Med Sci*.2015;349:1516.
8. Contreras-Yáñez I, Ponce De León S, Cabiedes J, Rull-Gabayet M, Pascual-Ramos V. Inadequate therapy behavior is associated to disease flares in patients with rheumatoid arthritis who have achieved remission with disease-modifying antirheumatic drugs. *Am J Med Sci*.2010;340:28290.
9. Bluett J, Morgan C, Thurston L, Plant D, Hyrich KL, Morgan AW, et al. Impact of inadequate adherence on response to subcutaneously administered anti-tumour necrosis factor drugs: results from the Biologics in Rheumatoid Arthritis Genetics and Genomics Study Syndicate cohort. *Rheumatology* 2015;54:4949.

10. Sokol MC, McGuigan KA, Verbrugge RR, Epstein RS. Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Med Care* 2005;43:52130.
11. Zaugg V, Korb-Savoldelli V, Durieux P, Sabatier B. Providing physicians with feedback on medication adherence for people with chronic diseases taking long-term medication. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;1:CD012042.
12. Lehmann A, Aslani P, Ahmed R, Celio J, Gauchet A, Bedouch P, et al. Assessing medication adherence: options to consider. *Int J Clin Pharm*. 2014;36:5569.
13. Hansen RA, Kim MM, Song L, Tu W, Wu J, Murray MD. Comparison of methods to assess medication adherence and classify nonadherence. *Ann Pharmacother*. 2009;43:413-22.
14. Pasma A, van't Spijker A, Hazes JMW, Busschbach JJV, Luime JJ. Factors associated with adherence to pharmaceutical treatment for rheumatoid arthritis patients: a systematic review. *Semin Arthritis Rheum* 2013;43:1828.
15. Voshaar M, Vriezekolk J, van Dulmen S, van den Bemt B, van de Laar M. Barriers and facilitators to disease-modifying antirheumatic drug use in patients with inflammatory rheumatic diseases: a qualitative theory-based study. *BMC Musculoskelet Disord* 2016;17:442.
16. Wong PKK. Medication adherence in patients with rheumatoid arthritis: why do patients not take what we prescribe? *Rheumatol Int*. 2016;36:153542.
17. Delestras S, Roustit M, Bedouch P, Minoves M, Dobremez V, Mazet R, et al. Comparison between two generic questionnaires to assess satisfaction with medication in chronic diseases. *PLoS One*. 2013;8:e56247.
18. Salt E, Frazier SK. Adherence to disease-modifying antirheumatic drugs in patients with rheumatoid arthritis: a narrative review of the literature. *Orthop Nurs*. 2010;29:260-75.
19. Gossec L, Baillet A, Dadoun S, Daien C, Berenbaum F, Dernis E, et al. Collection and management of selected comorbidities and their risk factors in chronic inflammatory rheumatic diseases in daily practice in France. *Joint Bone Spine*. 2016;83(5):501-9.
20. Gossec L, Bijlsma JW, Bombardier C, Canhão H, Devlin J, Edwards CJ et al. Dissemination and evaluation of the 3E initiative recommendations for use of methotrexate in rheumatic disorders: results of a study among 2233 rheumatologists. *Ann Rheum Dis*. 2011;70:388-9.

21. Lavielle M, Puyraimond-Zemmour D ; Romand X, Gossec L, Senbel E, Pouplin S et al. Methods to improve medication adherence in patients with chronic inflammatory rheumatic diseases: a systematic literature review. *RMD Open*. 2018;4:e000684.
22. Brown MT, Bussell JK. Medication Adherence: WHO Cares? *Mayo Clin Proc*. 2011; 86: 304–14.
23. Ho SC, Chong HY, Chaiyakunapruk N, Tangiisuran B, Jacob SA. Clinical and economic impact of non-adherence to antidepressants in major depressive disorder: A systematic review. *J Affect Disord*. 2016;193:1-10.
24. De Vera MA, Mailman J, Galo JS. Economics of non-adherence to biologic therapies in rheumatoid arthritis. *Curr Rheumatol Rep*. 2014;16(11):460.
25. Pasma A, Schenk C, Timman R, van 't Spijker A, Appels C, van der Laan WH, et al. Does non-adherence to DMARDs influence hospital-related healthcare costs for early arthritis in the first year of treatment? *PloS One*. 2017;12(2):e0171070.
26. Horne R, Chapman SC, Parham R, Freemantle N, Forbes A, Cooper V. Understanding patients' adherence-related beliefs about medicines prescribed for long-term conditions: a meta-analytic review of the Necessity-Concerns Framework. *PLoS One*. 2013;8(12):e80633.
27. Cobos B, Haskard-Zolnieriek K, Howard K. White coat hypertension: improving the patient-health care practitioner relationship. *Psychol Res Behav Manag*. 2015 2;8:133-41.
- 28 Smolen JS, Breedveld FC, Burmester GR, Bykerk V, Dougados M, Emery P et al. Treating rheumatoid arthritis to target: 2014 update of the recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis*. 2016;75(1):3-15.
- 29 Smolen JS, Schöls M, Braun J, Dougados M, FitzGerald O, Gladman DD, et al. Treating axial spondyloarthritis and peripheral spondyloarthritis, especially psoriatic arthritis, to target: 2017 update of recommendations by an international task force. *Ann Rheum Dis*. 2018;77:3-17.
- 30 Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2008;10(5):348-5431 Readdean KC, Heuer AJ, Scott Parrott J. Effect of pharmacist intervention on improving antidepressant medication adherence and depression symptomology: A systematic review and meta-analysis. *Res Social Adm Pharm*. 2017. pii: S1551-7411(16)30372-2.

- 32 Costedoat-Chalumeau N, Galicier L, Aumaître O, Francès C, Le Guern V, Lioté F, et al. Hydroxychloroquine in systemic lupus erythematosus: results of a French multicentre controlled trial (PLUS Study). *Ann Rheum Dis*. 2013;72:1786-92.
33. Michetti P, Weinman J, Mrowietz U, Smolen J, Peyrin-Biroulet L, Louis E, et al. Impact of Treatment-Related Beliefs on Medication Adherence in Immune-Mediated Inflammatory Diseases: Results of the Global ALIGN Study. *Adv Ther*. janv 2017;34:91108.
34. Betegnien AL, Gauchet A, Lehmann A, Grange L, Roustit M, Baudrant M, et al. Why Do Patients with Chronic Inflammatory Rheumatic Diseases Discontinue Their Biologics? An Assessment of Patients' Adherence Using a Self-report Questionnaire. *J Rheumatol*. 2016;43:72430.
35. Zwikker HE, van Dulmen S, den Broeder AA, van den Bemt BJ, van den Ende CH. Perceived need to take medication is associated with medication non-adherence in patients with rheumatoid arthritis. *Patient Prefer Adherence*. 2014;8:163545.
36. Curtis JR, Xie F, Mackey D, Gerber N, Bharat A, Beukelman T, et al. Patient's experience with subcutaneous and oral methotrexate for the treatment of rheumatoid arthritis. *BMC Musculoskelet Disord*. 2016;17:405.
37. Greenley RN, Kunz JH, Walter J, et al. Practical Strategies for Enhancing Adherence to Treatment Regimen in Inflammatory Bowel Disease: *Inflamm Bowel Dis* 2013;19:1534–45.
38. Ryan R, Santesso N, Lowe D, Hill S, Grimshaw J, Prictor M, et al. Interventions to improve safe and effective medicines use by consumers: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(4):CD007768.
39. Kulchaitanaroaj P, Brooks JM, Chaiyakunapruk N, Goedken AM, Chrischilles EA, Carter BL. Cost-utility analysis of physician-pharmacist collaborative intervention for treating hypertension compared with usual care. *J Hypertens*.2017;35:17887.
40. Bosworth HD, Zullig LL, Mendys P, Ho M, Trygstad T, Granger C et al. Health Information Technology: Meaningful Use and Next Steps to Improving Electronic Facilitation of Medication Adherence. *JMIR Med Inform*. 2016; 4(1): e9
41. Cutler RL, Fernandez-Llimos F, Frommer M, Benrimoj C, Garcia-Cardenas V. Economic impact of medication non-adherence by disease groups: a systematic review. *BMJ Open*. 2018; 8(1): e016982.

42. Fung V, Graetz I, Reed M, Jaffe MG. Patient-reported adherence to statin therapy, barriers to adherence, and perceptions of cardiovascular risk. *PLoS One*. 2018;13(2):e0191817.
43. Kvarnström K, Airaksinen M, Liira H. Barriers and facilitators to medication adherence: a qualitative study with general practitioners. *BMJ Open*. 2018;8(1):e015332
44. Suh YS, Cheon YH, Kim HO, Kim RB, Park KS, Kim SH, et al. Medication nonadherence in Korean patients with rheumatoid arthritis: the importance of belief about medication and illness perception. *Korean J Intern Med*. 2018; 33:203-10.
45. van der Heijde D, Aletaha D, Carmona L, Edwards CJ, Kvien TK, Kouloumas M, et al. 2014 Update of the EULAR standardised operating procedures for EULAR-endorsed recommendations. *Ann Rheum Dis*. 2015;74:8-13.
46. Galo JS, Mehat P, Rai SK, Avina-Zubieta A, De Vera MA. What are the effects of medication adherence interventions in rheumatic diseases: a systematic review. *Ann Rheum Dis*. 2016;75:667-73.
47. Depont F, Berenbaum F, Filippi J, Le Maitre M, Nataf H, Paul C, et al. Interventions to Improve Adherence in Patients with Immune-Mediated Inflammatory Disorders: A Systematic Review. *PloS One*. 2015;10(12):e0145076.
48. Page MJ, Boutron I, Hansen C, Altman DG, Hróbjartsson A. Assessing risk of bias in studies that evaluate health care interventions: recommendations in the misinformation age. *J Clin Epidemiol*. 2018;97:133-136.

Tableau 1. Principes généraux et recommandations concernant l'adhésion médicamenteuse dans les RIC

Principes généraux		Niveau d'accord (écart-type)	
A	L'adhésion médicamenteuse associe deux notions complémentaires : l'observance qui correspond à une prise conforme à la prescription et la persistance qui correspond à son maintien dans le temps.	4,71 (0,48)	
B	Un défaut d'adhésion aux traitements de fond antirhumatismaux est fréquent. Il peut être préjudiciable, à l'origine d'une moindre efficacité et d'une potentielle augmentation des coûts.	4,33 (0,87)	
C	En cas de défaut d'adhésion médicamenteuse, les facteurs dits « non intentionnels » (simple oubli, ...) et dits « intentionnels » (liés aux croyances et peurs du patient, ...), sont souvent intriqués.	3,95 (0,92)	
D	La connaissance de la maladie et du traitement ainsi que la perception du traitement (utilité/risque) par le patient sont des éléments clés dans l'adhésion médicamenteuse.	4,62 (0,64)	
E	Dans le cadre d'une décision médicale partagée/alliance thérapeutique, la communication soignant-soigné sur le traitement est un facteur clé de l'adhésion médicamenteuse.	4,56 (0,70)	
Recommandations		Niveau d'accord (écart-type)	Facilité mise en pratique (écart-type)
1	L'évaluation de l'adhésion devrait être effectuée à chaque consultation. Elle doit être systématique si l'objectif n'est pas atteint et avant tout changement thérapeutique.	4,45 (0,66)	3,73 (0,80)
2	L'adhésion devrait être évaluée en consultation par au moins une question ouverte.	4,45 (1,04)	4,38 (0,68)
3	L'évaluation de l'adhésion, notamment dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire, peut être réalisée par des méthodes plus complètes qu'une question ouverte seule (auto-questionnaire, données de dispensation, ...).	3,89 (0,94)	3,45 (0,89)
4	L'adhésion à la prise d'hydroxychloroquine peut être vérifiée par un dosage sanguin et l'explication	4,08 (1,15)	2,81 (1,19)

	au patient des résultats peut améliorer son adhésion.		
5	Dans le cadre de l'évaluation de l'adhésion, les facteurs de risque de non-adhésion doivent être recherchés, en particulier ceux liés au patient (sujet jeune, peur des effets secondaires, troubles de l'humeur, ...), au traitement (polymédication, ...) et à l'environnement (relation soignant-soigné, ...).	4,29 (0,91)	3,38 (0,80)
6	Afin d'optimiser l'adhésion médicamenteuse il est souhaitable de rendre le patient acteur de sa maladie et de sa prise en charge dans le cadre d'une décision partagée (alliance thérapeutique).	4,35 (0,78)	2,94 (0,90)
7	Afin d'optimiser l'adhésion médicamenteuse, toute prescription d'un traitement antirhumatismal doit être accompagnée d'une démarche d'information et d'éducation du patient.	4,47 (0,73)	3,44 (0,82)
8	La détection de la non-adhésion médicamenteuse doit entraîner la mise en place d'une intervention spécifique (éducation thérapeutique, entretien motivationnel, méthodes cognitivo-comportementales, ...) pour améliorer l'adhésion.	3,88 (1,10)	2,69 (0,82)
9	La démarche d'information et d'éducation du patient, individuelle ou collective, doit être réalisée, de façon répétée, par un ou plusieurs professionnels de santé (médecins, pharmaciens, IDE spécialisés...) seuls ou en équipe.	4,31 (0,70)	2,96 (0,74)
10	La démarche d'information et d'éducation du patient peut être complétée par des outils tels que des brochures, des supports multimédia, pour améliorer l'adhésion thérapeutique.	4,35 (0,61)	3,45 (0,91)

Le niveau d'accord et la facilité de mise en pratique ont été évalués sur une échelle de Likert de 1 à 5 où 1 = pas du tout d'accord et 5 = tout à fait d'accord par 104 rhumatologues. Les résultats sont présentés sous la forme moyenne (écart-type).

Tableau 2. Profil de patient « non adhérent » selon la littérature

Facteur	Caractéristique
Âge	Jeune
Croyances et connaissances	Inquiétudes quant aux effets secondaires Faible besoin de traitement perçu Mauvaise connaissance de la maladie
Traitements	Polymédication
Comorbidités	Présence de comorbidités (dans la PR et la SpA) ou non (dans la goutte et le lupus)
État psychologique	Troubles de l'humeur
Relation patient-médecin	Mauvaise relation médecin-patient

Encadré 1. Exemples de questions ouvertes pour évaluer l'adhésion

Comment se passe la prise de votre traitement depuis la dernière consultation ?

Quelles difficultés avez-vous rencontrées pour prendre votre traitement depuis la dernière consultation ?

Comment cela se passe-t-il avec vos médicaments ?

Comment vous sentez-vous, concernant votre traitement ?

Comment vous organisez-vous pour ne pas oublier de prendre votre traitement ?

J'ai l'impression que vous avez des problèmes avec ce traitement.

Je constate que le traitement est moins efficace, qu'en pensez-vous ? Il y a peut-être un problème avec la manière dont vous prenez les médicaments ?

Que faites-vous lorsque vous oubliez de prendre votre traitement ?

Figure 1. Revue systématique de la littérature : diagramme des flux

