

Comment réduire le gaspillage des médicaments?



Près d'un tiers des médicaments vendus chaque année ne sont pas consommés. Défi majeur des systèmes de santé : développer l'adhésion thérapeutique des patients pour un usage responsable des médicaments.

© Tyler Olson / Dreamstime

Par Marie Schneider (1, 2), Clémence Perraudin (1, 2), Jennifer Celio (1, 2), Olivier Bugnon (1, 2)

1. Pharmacie communautaire, Policlinique médicale universitaire, Université de Lausanne
2. Pharmacie communautaire, Section des sciences pharmaceutiques, Université de Genève, Université de Lausanne

Le coût des médicaments dans le système de santé

Le médicament tient une place importante dans nos sociétés. Chaque année, environ 20% des coûts de l'assurance maladie obligatoire suisse sont consacrés aux médicaments [1]. Un habitant suisse sur deux a consommé au moins un médicament au cours des sept derniers jours en 2012, selon l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Enfin, les dépenses pharmaceutiques en Suisse s'élevaient à 531 US \$ (environ 500 CHF) par habitant en 2011. Néanmoins, une partie non négligeable de ces médicaments n'est jamais consommée (environ 30% de la totalité des médicaments vendus par an).

La non-adhésion médicamenteuse génère des coûts pour les systèmes de santé car elle conduit à une augmentation du risque d'hospitalisation et de consommation de soins évitables. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que 50% des patients chroniques n'adhèrent pas à son traitement [2]. Ceci est soutenu par l'étude de Caro et coll. au Canada montrant qu'uniquement 40% des patients hypertendus continuent à honorer leur ordonnance d'antihypertenseurs cinq ans après le diagnostic d'hypertension [3].

L'adhésion médicamenteuse est un élément majeur permettant un usage responsable des médicaments. Elle implique tous les acteurs du système de santé : de la production par les industries pharmaceutiques, à la prescription par le médecin, à la délivrance par le pharmacien et à la consommation par le patient. Mais que

recouvre vraiment le concept d'adhésion thérapeutique ? Et surtout comment soutenir l'adhésion thérapeutique de nos patients ?

L'adhésion thérapeutique, un facteur de risque dynamique et modifiable

L'adhésion thérapeutique [4] caractérise la prise et la gestion du traitement au quotidien (anciennement compliance au traitement). Elle est définie par deux composantes : la persistance et l'implémentation. La persistance définit la durée de prise du traitement, de son instauration jusqu'à sa dernière dose. Elle décrit une problématique majeure et fréquente qu'est l'arrêt prématuré des traitements chroniques. Quant à l'implémentation, elle décrit la façon dont le traitement est géré jour après jour par un patient persistant (par exemple les horaires de prise et la fréquence des oublis).

L'adhésion thérapeutique est un comportement complexe dont le patient, son entourage et les professionnels partagent la responsabilité. Elle est influencée par de nombreux déterminants intentionnels (par exemple : le patient décide d'interrompre son traitement en raison d'une crainte du traitement, d'une fatigue thérapeutique ou d'effets secondaires ressentis comme invalidants) ou non-intentionnels (par exemple : des troubles cognitifs, une mauvaise compréhension ou un manque d'informations reçues sur le traitement et ses consignes d'utilisation). Une étude a recensé plus de 700 déterminants influençant l'adhésion thérapeutique [5]. L'OMS classe ces déterminants en cinq catégories (3) :

- le **patient** lui-même, sa personnalité, ses caractéristiques sociodémographiques, ses croyances face à la maladie et son traitement, ses perspectives, sa qualité de vie ;
- les caractéristiques de la **maladie** : chronique ou aiguë, symptomatique ou asymptomatique ;
- les caractéristiques du **traitement**, en particulier le nombre de prises journalières, le nombre de comprimés, la complexité du traitement, les effets indésirables, les spécificités d'utilisation et de stockage ;
- les **facteurs sociaux** (la présence et le type de soutien social des proches) et économiques (par exemple, l'impact de la quote-part et de la franchise à payer par le patient) ;
- le **système de soins**, par exemple, l'accessibilité, la disponibilité et la formation des soignants, le travail en réseau.

L'adhésion thérapeutique n'est pas une caractéristique statique d'un patient. Il s'agit bien au contraire d'un comportement dynamique qui évolue avec la maladie et les circonstances de la vie. Ceci implique une démarche active du patient, c'est-à-dire qu'il accepte de prendre son traitement et qu'il l'intègre activement dans son organisation quotidienne. Certains patients parviennent à gérer leur traitement de façon ritualisée et autonome. Pour atteindre ce stade, un apprentissage est souvent nécessaire : du partage de la décision lors de la prescription du traitement jusqu'à l'intégration du traitement au quotidien (par exemple : comment dois-je stocker mes médicaments, que faire si j'ai oublié de les prendre ce matin, puis-je prendre mes médicaments si j'ai bu deux verres d'alcool, dois-je reprendre mon médicament si j'ai vomi après l'avoir avalé, comment vais-je voyager avec mon traitement ?).

Les conséquences cliniques et économiques de la non-adhésion

L'adhésion thérapeutique n'est pas un but en soi, mais c'est une condition nécessaire pour atteindre ou se rapprocher des objectifs thérapeutiques fixés entre le médecin et son patient afin d'améliorer ou préserver l'état de santé du patient et sa qualité de vie tout en optimisant la gestion économique des ressources disponibles.

Pour différentes maladies, il a été démontré que l'adhésion thérapeutique influence l'atteinte des objectifs thérapeutiques, mais aussi le risque d'hospitalisation et la survie. Dans le VIH notamment, plus le nombre d'oublis

de doses des antirétroviraux augmente, plus les patients expérimentent des rebonds virologiques avec un risque accru d'échec thérapeutique [6]. Les patients atteints d'hypertension qui adhèrent le mieux à leur traitement ont une tension artérielle mieux contrôlée que ceux qui adhèrent moins [7]. Dans l'insuffisance cardiaque, la non-adhésion thérapeutique est un des facteurs prédictifs d'hospitalisation [8]. Dans le traitement de la leucémie myéloïde chronique, les patients qui adhèrent à leur traitement d'imatinib (>85% des doses prises) ont une meilleure survie à 2 ans que ceux qui y adhèrent moins [9].

D'un point de vue économique, le coût des interventions visant à améliorer l'adhésion est généralement compensé à terme par les bénéfices liés à l'amélioration des résultats cliniques [10]- [11]. L'amélioration de l'adhésion est donc bénéfique pour le patient, pour le système de santé, ainsi que pour la société. Par exemple, l'adhésion des patients atteints de maladies infectieuses, comme le VIH, constitue un véritable enjeu de santé publique car le mauvais usage des traitements conduit à des conséquences négatives coûteuses pour la société (mutations virales et résistances thérapeutiques).

Nouveaux concepts de prise en charge de la non-adhésion thérapeutique

Deux éléments sont centraux à une bonne prise en charge des problèmes d'adhésion thérapeutique :

1. **Des soins centrés sur le patient.** Afin de pouvoir accéder aux déterminants individuels de l'adhésion, le professionnel devra s'intéresser à chaque patient et le placer au centre d'une recherche de solutions individualisées, l'objectif étant de vivre au mieux avec son traitement sur un long terme.
2. **Des soins coordonnés et interdisciplinaires.** Les soins ambulatoires sont fragmentés, avec un flux d'informations lacunaire entre les différents professionnels en charge des patients. Ce fait ne favorise ni la détection de situations à risque de non-adhésion thérapeutique, ni ne facilite une mise en œuvre d'un soutien structuré de l'adhésion. Les déterminants de l'adhésion étant par définition multifactoriels, ils devront être adressés par différents professionnels.

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, pharmaciens et infirmières. Pour ce faire, nous devons renforcer 1) les compétences des professionnels, 2) développer de bons outils de détection de la non-adhésion thérapeutique et 3) penser de nouveaux modèles de soins coordonnés.

La Pharmacie de la Policlinique Médicale Universitaire de Lausanne (PMU) a développé et implémenté un programme de soutien de l'adhésion thérapeutique en collaboration avec les équipes médicales [12]- [13]. Les médecins y réfèrent les patients qui évoquent leur problème d'adhésion, ceux qui sont à risque de non-adhésion sans pouvoir l'évoquer ou ceux qui initient un nouveau traitement afin d'en garantir son succès. Cette consultation pivote autour de 3 axes centraux :

1. Un entretien avec le patient dans un esprit motivationnel qui dure 15 minutes environ et qui est répété avant chaque visite médicale sur une période ajustée au rythme du changement comportemental du patient.
2. Un pilulier électronique qui enregistre la date et l'heure de chaque ouverture. Sur la base de ce monitoring, un feedback didactique est restitué au patient mettant en valeur les efforts entrepris, les encourageant et les orientant en fonction des besoins spécifiques.
3. Au terme de chaque entretien, un bref rapport est écrit à l'intention du médecin qui en tiendra compte dans ses adaptations thérapeutiques.

Afin de répondre aux besoins exprimés par des médecins installés en pratique privée, ce modèle est en phase de dissémination dans des officines et cabinets médicaux de Suisse romande afin d'étendre ce nouveau modèle de soins à un plus grand nombre de patients.

Vers une meilleure efficience

La consultation d'adhésion de la Pharmacie de la PMU est un exemple de nouveau modèle de soins coordonnés et centrés sur le contexte individuel de chaque patient. Ce type d'approche a pour objectif d'améliorer l'efficience clinique et économique de l'utilisation des traitements médicamenteux ambulatoires. La recherche universitaire dans ce domaine soutient cette volonté en alimentant la pratique. Le défi de la non-adhésion est majeur - le chemin est encore long !

[1] Confédération, Office fédéral de la statistique (OFS). 2009.

[2] Sabate E. Adherence to long-term therapies : evidence for action. Geneva : World Health Organization. ; 2003. ISBN : 92-4-15499-2.

[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(1):41-46.

[4] Le 18e Meeting annuel de la European Society for Patient Adherence, Compliance and Persistence (ESPACOMP) a réuni les expert-e-s internationaux qui étudient les déterminants de l'adhésion thérapeutique des patients et proposent de nouveaux modèles de soins pour améliorer cette adhésion. Ce meeting a eu lieu du 20 au 22 novembre 2014 à Lausanne

[5] Kardas P, Lewek P, Matyjaszczyk M. Determinants of patient adherence : a review of systematic reviews. *Frontiers in pharmacology*. 2013 ;4:91.

[6] Glass TR, S. DG, Hirschel B, et al. Self-reported non-adherence to antiretroviral therapy repeatedly assessed by two questions predicts treatment failure in virologically suppressed patients. *Antivir Ther*. 2008 ;13(1):77-85.

[7] Burnier M, Schneider MP, Chioloro A, Stubi CL, Brunner HR. Electronic compliance monitoring in resistant hypertension : the basis for rational therapeutic decisions. *J.Hypertens*. 2001 ;19(2):335-341.

[8] Riegel B, Knafelz GJ. Electronically monitored medication adherence predicts hospitalization in heart failure patients. *Patient preference and adherence*. 2014 ;8:1-13.

[9] Ibrahim AR, Eliasson L, Apperley JF, et al. Poor adherence is the main reason for loss of ccyr and imatinib failure for chronic myeloid leukemia patients on long-term therapy. *Blood*. 2011 ;117(14):3733-3736.

[10] Goldie SJ, Paltiel AD, Weinstein MC, et al. Projecting the cost-effectiveness of adherence interventions in persons with human immunodeficiency virus infection. *Am.J.Med*. 2003 ;115(8):632-641.

[11] Vegter S, Oosterhof P, van Boven JF, Stuurman-Bieze AG, Hiddink EG, Postma MJ. Improving adherence to lipid-lowering therapy in a community pharmacy intervention program : a cost-effectiveness analysis. *J Manag Care Pharm*. Jul 2014 ;20(7):722-732.

[12] Krummenacher I, Cavassini M, Bugnon O, Spirig R, Schneider MP. Antiretroviral adherence program in HIV patients : a feasibility study in the Swiss HIV Cohort Study. *Pharmacy world & science : PWS*. Dec 2010 ;32(6):776-786.

[13] Krummenacher I, Cavassini M, Bugnon O, Schneider MP. An interdisciplinary HIV-adherence program combining motivational interviewing and electronic antiretroviral drug monitoring. *AIDS care*. May 2011 ;23(5):550-561.