

Document préparatoire Adhérence

Réunion du 24 Janvier 2020

L'adhérence aux médicaments de l'Insuffisance cardiaque est associée à un résultat meilleur en termes d' v nements. Le taux de non adhérence aux traitements varie de 20 à 60% chez les personnes âgées atteint de maladies chroniques selon les études. Plusieurs facteurs à la fois médicaux (patients et physiciens) mais aussi économiques jouent un rôle important dans le niveau d'adhérence aux traitements.

Le niveau d'adhérence des patients est influencé par plusieurs facteurs comme les contre-indications aux médicaments, leur mauvaise tolérance ainsi qu'un défaut de compliance aux prescriptions. Une pauvre adhérence est souvent retrouvée chez les patients les plus âgés, les patients les plus sévères en classe NYKA IV et ceux ayant des cancers associés suggérant que la fragilité des patients joue également un rôle. Quand l'adhérence aux médicaments est étudiée, elle apparait comme un phénomène particulièrement complexe. En général, un patient peu observant aux médicaments est un patient peu adh rent à un style de vie plus sain et présente les caractéristiques de patient à fort risque de mort prématurée.

La sensibilisation du médecin apparait également comme un facteur important. Il a ainsi démontré que la dissémination des recommandations à travers des campagnes d'informations améliore les taux de prescriptions des médicaments. Chez les patients les plus âgés avec insuffisance cardiaque, le peu d'enthousiasme des médecins à modifier les doses de médicaments et à se concentrer sur le traitement des symptômes est un phénomène bien document .

L'adhérence aux bonnes pratiques cliniques est fortement associée à l'accès aux traitements et à leur caractère abordable sur le plan économique qui dépend aussi du système de santé et du remboursement ou pas des médicaments.

Littérature récente.

Dans un premier article du registre Qualify publié dans l'Eur J of Heart Failure (2017 ; 19 : 1414-23), M Komajda et coll montrent que les patients ayant une bonne adhérence aux traitements : IEC, ARA II, B tabloquants, aux antagonistes des récepteurs aux Minéralocorticoïdes et à l'ivabradine prenant une dose de ces médicaments supérieurs à 50% des doses recommandées ont un meilleur résultat en termes d' v nements cliniques à 6 mois comparés à ceux qui ont une adhérence modérée ou pauvre. Ils concluent qu'il est important de poursuivre les initiatives éducatives et de souligner l'importance de coller aux recommandations des sociétés savantes. Ils montrent également que les patients ayant plusieurs comorbidités sont plus nombreux dans le groupe ayant une bonne adhérence comparée aux deux autres groupes.

Dans un second article du registre Qualify publié dans l'Eur J Heart Failure (2019 ; 21 : 921-9), M Komajda et coll montrent qu' à 18 mois, l'adhérence des médecins (90% de cardiologues) aux recommandations est associée à un moindre niveau de décès liée à l'Insuffisance cardiaque ($p < 0.03$) ainsi qu' à un critère composite associant hospitalisations liées à l'insuffisance cardiaque et morts CV ($p < 0.04$) tandis que les hospitalisations non planifiées, de causes CV ou liées à l'insuffisance cardiaque ne l'étaient pas. Ces résultats suggèrent que l'adhésion des médecins aux recommandations du traitement de l'insuffisance cardiaque est associée à un meilleur résultat en termes d' v nements CV

dans l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection altérée. Il apparaît donc important de développer des stratégies pratiques permettant d'accroître l'adhésion des médecins aux recommandations et de faciliter la titration des médicaments recommandés dans l'insuffisance cardiaque.

Dans un article publié dans l'Eur J Heart Failure en 2014 (16 : 1249-55) Schou et coll montre dans l'étude NorthStar Adhérence Study que i) la prolongation de plusieurs années en externe d'un programme d'une clinique d'insuffisance cardiaque chez des patients avec une fraction d'éjection altérée n'améliore pas l'adhésion des patients aux recommandations vis-à-vis des médicaments et notamment le temps d'une rupture de traitement de 90 jours pour des IEC/ARAII, Bêta-bloquants, antagonistes des récepteurs minéralocorticoïdes, ii) que l'adhésion ne s'altère pas au cours du suivi lors du passage de la clinique d'insuffisance cardiaque vers le soin primaire. Leurs conclusions annexes sont que les cliniques d'insuffisance cardiaque devraient se concentrer sur l'optimisation des doses des médicaments de l'insuffisance cardiaque ; les patients en classe I à III stables, bien éduqués en insuffisance cardiaque devraient aller plus rapidement vers les soins primaires tandis que les patients sévères ou instables devraient continuer à être pris en charge dans les cliniques d'IC.

Dans un article publié dans le Lancet en 2005 (33 : 2005-11) par Granger et coll, l'adhésion aux traitements jugée sur la prise de plus de 80% des médicaments a été évaluée dans le cadre du programme CHARM. Une bonne adhésion au traitement était associée à la réduction de la mortalité toute cause et cela que ce soit dans le groupe traité comme dans le groupe placebo. Cela suggère que l'adhésion au traitement en soi est un marqueur de l'efficacité des traitements plus que les médicaments étudiés. Il paraît important de mieux comprendre ces facteurs. Dans la discussion plusieurs facteurs apparaissent pourraient être associés à l'adhésion : comme le statut de marié, la notion de tabagisme actif, le stress de la vie, l'isolement social, mais leur lien direct avec l'augmentation de la survie n'est pas clair. Afin de faciliter l'adhésion il semble que l'utilisation de rappels des effets des médicaments aux patients ; des campagnes d'éducation ou des ateliers questionnant les patients ; l'amélioration des conditions d'accueil comme le temps d'attente, la facilité des transports jusqu'à l'hôpital, la facilité de parking ou encore l'organisation du suivi : planification des consultations, facilité de contact avec les acteurs de santé soient des éléments facilitant l'adhésion des patients.

Dans un article publié dans Res Social Adm Pharm en 2014 (10 : 378-86) Chen et coll étudie la relation entre les connaissances en santé des patients, leur connaissance de l'insuffisance cardiaque, l'efficacité personnelle et l'adhésion pour soi-même chez 81 patients insuffisant cardiaque. Les connaissances en santé étaient associées de façon indépendante avec la connaissance de l'insuffisance cardiaque mais n'était pas liée à l'efficacité personnelle, alors que cette dernière était associée de façon indépendante à l'adhésion pour soi-même, ce qui confirme la complexité de ces éléments entre eux.

Dans un article publié dans Ergonomics en 2018 (61 : 82-103), Michelson et Coll étudient les limites des frontières de la sécurité en matière d'adhésion. Ils étudient pour cela 61 patients insuffisant cardiaque âgés et décrivent ce qu'ils considèrent comme des erreurs (non intentionnelles) ou des violations (intentionnelles) pouvant survenir à l'hôpital ou à domicile considérant que l'environnement où se produit l'erreur ou la violation est important (par exemple : erreur de distribution par une infirmière à l'hôpital versus non prise intentionnelle d'un médicament par le patient à domicile ou erreur alimentaire...). Dans leur étude la moitié des événements retenus étaient considérés comme des erreurs, l'autre moitié comme des violations. Les éléments conduisant aux erreurs ou aux violations dépendaient de l'entourage du patient, de l'éducation reçue, de la complexité de la tâche à effectuer, de la qualité des outils mis à disposition du patient, et des contextes organisationnels, physiques et sociaux (ressources, soutien, influence sociale).

Dans un article publié dans l'Eur Heart J en 2017 (38 : 2473-77), Vonbak et coll reprennent les éléments liés à l'utilisation moindre des statines suite aux communications exprimant des réserves sur les statines. Ils identifient trois phases dans l'adhérence au traitement : la phase d'initiation et d'acceptation du traitement, la phase d'exécution du traitement et la phase de persistance du traitement dans le temps. Dans la phase d'initiation, comparés aux patients prenant une statine les patients n'en prenant pas apparaissent : plus jeunes, plus en santé et avec moins de comorbidités, moins d'hospitalisations, un nombre de consultations moindre, et moins de prescriptions associées en cours que ceux qui initiaient le traitement. La raison de cela pourrait être une plus grande aversion et un certain inconfort à prendre des pilules avec l'idée que les médicaments ne sont pas utiles à la santé.

Concernant le niveau de prévalence de la prise des médicaments n'est pas véritablement connue pour les statines, mais il est clair qu'il s'agit d'un élément important de l'analyse.

Concernant l'interruption des traitements il existe des facteurs liés à la relation patient-médecin, aux facteurs liés au système de santé du pays. En prévention primaire, l'utilisation nouvelle, un statut économique faible et un nombre de test lipidique inférieur à deux sont des facteurs connus d'arrêt de traitement.

Les rapports ainsi que les médias professionnels sont une cause importante d'arrêt des statines. Pourtant les arrêts intempestifs ont conduit à un accroissement du risque d'infarctus. Ils sont souvent liés aux effets secondaires rapportés pour lesquels les liens directs ne sont pas aussi évidents que cela que ce soient les troubles musculaires, les anomalies hépatiques. C'est ainsi que dans l'étude GAUSS-3, 27 % des patients recevant le placebo d'une statine se sont plaints de douleurs musculaires.

Bien qu'il s'agisse d'un problème multifactoriel, certaines propositions existent pour éviter la non adhérence.

- Un programme personnalisé, centré sur le patient impliquant des contacts réguliers avec les professionnels de santé ou une combinaison de différentes interventions.
- Des appels téléphoniques automatiques réguliers dont on sait qu'ils augmentent l'adhésion des traitements à 1 an et d'une manière plus générale des rappels réguliers de l'intérêt de la prise des médicaments.
- La simplification des prescriptions, la formation ainsi que l'information du patient sont des facteurs d'amélioration de l'adhérence.

Dans une étude parue dans J Gen Intern Med en 2016 (31 : 470-7) Bell et Coll ont étudié le rôle des pharmaciens au travers de conseils en santé (vérification des traitements avant et après l'hospitalisation, appréciation de la compréhension des patients de leur maladie, explications des médicaments, mise à disposition de pilulier si nécessaire, aide à l'adhérence au traitements chez les patients non adhérents, et soutien aux patients si jugé utile par un des coordinateurs de l'étude après un entretien téléphonique du patient, 4 jours après leur sortie) délivrés après une hospitalisation auprès de patients hospitalisés pour un syndrome coronarien aigu ou une insuffisance cardiaque et leur impact sur les ré hospitalisations ou le passage par les urgences. L'étude a été menée dans deux hôpitaux américains sur 851 patients. L'intervention des pharmaciens n'a pas permis de réduire les hospitalisations ou les passages aux urgences mais a permis de réduire l'utilisation du système de santé chez les patients ayant un faible niveau de connaissance en santé. C'est dire l'importance que peut revêtir l'intervention des pharmaciens d'officine chez les patients les plus fragiles souvent les moins adhérents.

L'étude Pharm-CHF présenté dans l'Eur J Heart Fail en 2018 (20 : 1350-9) par U Laufs et coll, conduite en Allemagne, vise à étudier l'effet d'un programme interdisciplinaire basé sur le rôle du pharmacien

chez des patients insuffisant cardiaque considérant que des contacts structurés, réguliers ,sur le long terme entre pharmaciens et patients avaient le potentiel d'améliorer l'adhérence au traitement, de détecter les premiers signes de décompensation cardiaque et ainsi conduire à une diminution des ré hospitalisations et de la mortalité.

L'intervention des pharmaciens consistait à une visite hebdomadaire du patient pour aller chercher ses médicaments. Lors de cette visite, le pharmacien donnait des explications sur les traitements ; motivait le patient à prendre ses médicaments ; lui apprenait à gérer ses symptômes et ses changements de poids. Il vérifiait en outre, l'absence d'effet secondaire, ainsi que des signes potentiels de décompensation. Le pharmacien mesurait la fréquence cardiaque et la tension. Si des signes d'alertes apparaissaient, le pharmacien prenait contact avec le médecin référent ou demandait au patient des prendre contact avec son médecin. Si le patient ne venait pas retirer ses médicaments, le pharmacien contactait dans un premier temps le patient et en cas de difficulté le médecin.

Les résultats ont été publiés dans l'Eur J Heart Fail en 2019 (21 : 1012-21) par M Schulz. La population étudiée était âgée de 74 ans, comprenait 62% d'home avec une fraction d'éjection de 47%, 52% des patients étaient en classe III de la NYHA. 110 patients ont été inclus dans le groupe de soins apportés par les pharmaciens, et 127 dans le groupe contrôle. Dans le groupe soins pharmaciens, l'adhérence aux traitements à 1 an (BB, IEC/ARAII, antagonistes des récepteurs aux minérolocorticoïdes) a augmenté de 5,7% (P<0.007). Le pourcentage de patients adhérents (> 80% des médicaments) augmenté avec un odds ration de 2,9 (P<0.005). La qualité de vie a également augmenté (p<0.02). Mais l'intervention ne diminuait pas les ré hospitalisations ni la mortalité. Ils concluent que les conseils apportés par les pharmaciens de ville améliorent l'adhérence aux médicaments et la qualité de vie des patients insuffisant cardiaque.

Il serait par ailleurs bien de discuter des points suivants :

Quels sont vos projets en matière d'observance? Existe-t-il des projets dans d'autres domaines, au sein de votre hôpital ou en ville?

Place de l'observance en lien futur avec les CPTS qui se mettent en place ?

Quelles attentes de l'observance pour améliorer votre quotidien ?

Au-delà de la question de l'observance, quelles attentes en matière de cardiogériatrie, d'activité physique adaptée et d'observance ?

Et toute autre question que vous souhaitez poser....