



# **Améliorer l'adhésion thérapeutique : un enjeu de santé publique**

*Pour assurer notre fonctionnement et nos publications, nous développons des partenariats avec des organismes issus d'un éventail très large de secteurs. Ils nous soutiennent afin de faire vivre un débat d'idées dynamique, si nécessaire à notre pays.*

*La présente note représente les actes d'une conférence réalisée avec le soutien institutionnel de Servier. L'objectif était de discuter des causes de la non-adhésion thérapeutique et d'y apporter des solutions concrètes.*

*Les équipes et les experts de l'IS ont joui d'une totale indépendance dans la poursuite de ce travail, et dans la rédaction des conclusions de cette étude. Ses résultats finaux n'engagent que ses auteurs.*

# Table des matières

<b>À propos de l'Institut Sapiens</b>	<b>2</b>
<b>Les points à retenir de la note</b>	<b>3</b>
<b>Introduction</b>	<b>4</b>
I) Les principales causes de la non-adhésion	<b>6</b>
II) Les pistes pour juguler la mauvaise adhésion	<b>12</b>
<b>Conclusion</b>	<b>17</b>

# À propos de l'Institut Sapiens

L'Institut Sapiens est un laboratoire d'idées (*think tank*) indépendant et non partisan réfléchissant aux nouvelles conditions d'une prospérité partagée à l'ère numérique. L'humanisme est sa valeur fondamentale. Son objectif est d'éclairer le débat économique et social français et européen par la diffusion de ses idées.

Il fédère un large réseau d'experts issus de tous horizons, universitaires, avocats, chefs d'entreprise, entrepreneurs, hauts fonctionnaires, autour d'adhérents intéressés par les grands débats actuels. Sapiens s'attache à relayer les recherches académiques les plus en pointe.

Les travaux de Sapiens sont structurés autour de **sept observatoires thématiques** : développement durable ; IA et éthique ; science et société ; santé et innovation ; travail, formation et compétences ; politiques, territoire et cohésion sociale ; innovation économique et sociale.

Sa vocation est triple :

**Décrypter** — Sapiens aide à la prise de recul face à l'actualité afin d'aider à la compréhension des grandes questions qu'elle pose. L'institut est un centre de réflexion de pointe sur les grands enjeux économiques contemporains.

**Décloisonner et faire dialoguer** — Sapiens met en relation des mondes professionnels trop souvent séparés : universitaires, membres de la sphère publique, praticiens de l'entreprise ou simples citoyens. L'institut est un carrefour où ils peuvent se rencontrer pour réfléchir et dialoguer.

**Se former** — Le XXI<sup>e</sup> siècle est celui de l'information ; il doit devenir pour l'individu celui du savoir. Les immenses pouvoirs que donnent les technologies appellent un effort nouveau de prise de recul et d'analyse. Grâce à ses publications, événements et rencontres, Sapiens se veut un lieu de progression personnelle pour ceux qui veulent y prendre part.

Pour en savoir plus, visitez notre site internet : [institutsapiens.fr](http://institutsapiens.fr)



## Les points à retenir de la note

Nous proposons trois pistes pour améliorer l'adhésion thérapeutique :

- progresser en matière d'éducation thérapeutique des patients en favorisant une démarche de co-construction du traitement ;
- favoriser le recours aux outils technologiques pour faciliter le développement de la télésurveillance et du télésuivi ;
- recourir aux innovations médicamenteuses comme les *Single Pill Combinations* ayant fait leurs preuves en matière d'adhésion et de réduction des coûts pour le système de santé.

**80%** des prescriptions médicamenteuses, c'est le seuil de suivi minimal exigé pour considérer qu'un patient est adhérent à son traitement, or cela ne concerne qu'environ 40% des patients en France.

**12.000** c'est le nombre de décès imputables chaque année en France à la non-adhésion thérapeutique.

**200.000**, c'est le nombre de décès imputables chaque année en Europe à la non-adhésion thérapeutique.

**87%** des patients atteints d'asthme, **64%** par une insuffisance cardiaque, **63%** par un diabète de type 2 et **60%** par l'hypertension ne suivent pas leur traitement.

**9 milliards d'euros**, c'est la perte annuelle liée à cette non-adhésion en France.

**Entre 80 et 125 milliards d'euros**, c'est la fourchette des pertes estimées au niveau européen à cause de cette non-adhésion.

**470 milliards d'euros**, c'est le coût mondial induit par la non-adhésion thérapeutique (soit 8% des dépenses totales de santé).

**20%** des greffés rénaux sont non-observants, montrant que la gravité de la pathologie n'est pas forcément liée à l'adhésion thérapeutique du patient.

# Introduction

La question de l'adhésion thérapeutique ne figure pas au premier plan du débat médical en France. Pourtant, à la lumière de ses implications et des incidences liées à ses dysfonctionnements, elle devrait paraître en tête des mesures d'amélioration pour notre système. Concept apparu dans la littérature anglo-saxonne en 1979<sup>1</sup> sous le terme de *compliance*, il est un emprunt direct à la religion, l'observance désignant un ordre religieux où la règle monastique s'observe strictement. Dans le langage médical contemporain, le terme d'adhésion « évalue le degré de concordance entre les recommandations du médecin et le comportement du patient ». Il complète le terme d'observance qui lui vise à mesurer la rigueur avec laquelle un patient suit son traitement. Olivier Babeau estime que « si l'adhésion revient à être croyant, l'observance revient à être pratiquant. Or nous pouvons être croyant sans être pratiquant, et vice-versa »<sup>2</sup>.

D'un point de vue médical, un patient va être considéré comme non-observant s'il prend moins de 80% de son traitement. Même s'il est difficile de mesurer avec précision, de manière générale les estimations de l'OMS font état que seuls 30 à 50% des patients chroniques dans le monde seraient observants<sup>3</sup>, avec des valeurs différentes selon le type de maladie. En France, seuls 40% des patients chroniques auraient une bonne adhésion à leur traitement<sup>4</sup>.

La non-adhésion thérapeutique reflète à la fois les échecs de la pédagogie médicale et l'insuffisance de l'éducation thérapeutique des patients. Son important volume est d'autant plus étonnant dans un pays où le reste à charge est le plus bas de l'OCDE (7% des dépenses de santé à la charge directe des ménages) et où la qualité des médicaments fait l'objet de contrôles très rigoureux.

En France, la non-observance serait responsable d'environ 12.000 décès évitables par an, pour un surcoût estimé à 9 milliards d'euros. Au niveau européen, on estime à 200.000 le nombre de décès précoces imputables à ce phénomène, pour une perte comprise

---

1 *Compliance in Health Care*. Edited by R. Brian Haynes, D. Wayne Taylor and David L. Sackett, London: The Johns Hopkins University Press. 1979

2 Les verbatim présents dans cette note sont issus de la conférence « améliorer l'adhésion thérapeutique », organisée par l'Institut Sapiens, en novembre 2022

3 Adherence to long-term therapies-Evidence for action, World Health Organization, 2003

4 Etude IMS réalisée pour le cercle de réflexion de l'industrie pharmaceutique

entre 80 et 125 milliards d'euros<sup>5</sup>. Aux États-Unis, les morts évitables concernent 125.000 personnes par an pour un coût de 290 milliards d'euros. Au niveau mondial, la non-adhérence entraîne un gâchis de 470 milliards d'euros, soit 8% des dépenses totales de santé.

Une importante littérature académique est en train de naître autour de ce sujet, preuve que la communauté scientifique commence à s'emparer sérieusement de ce thème. Il convient maintenant d'y intéresser l'opinion publique et nos élus, afin que la non-adhésion devienne une thématique majeure du débat en santé et que les solutions pour pallier son insuffisance trouve un débouché législatif. C'est l'ambition de la présente note. Après avoir discuté des causes de la non-adhésion dans un premier temps, nous présenterons dans un deuxième temps les solutions permettant de l'améliorer.

---

5 idem



## I) Les principales causes de la non-adhésion

La non-adhésion thérapeutique a des causes multifactorielles, relevant de la responsabilité du patient, du praticien et du système de santé. L'Organisation Mondiale de la Santé pointe ainsi cinq facteurs pouvant expliquer le manque d'adhésion thérapeutique :

- **les facteurs socio-économiques** : statut socio-économique du patient, représentation ethnique ou culturelle de la maladie ou du traitement pouvant créer un conflit interne chez le patient, contradictions entre priorités personnelles et traitement ;
- **les facteurs liés au système de soins** : relations patient/soignant, accessibilité et pertinence de l'offre de soins, remboursements ;
- **les facteurs liés au patient** : connaissances techniques de la maladie, motivation, capacité à modifier ses comportements,



compréhension des instructions, perception des effets du traitement (+ ou -), crainte d'être dépendant, perception des risques ou déni de la maladie, attentes vis-à-vis du suivi ;

- **les facteurs liés à la maladie** : durée de la maladie, gravité des symptômes, invalidité, évolution des symptômes ;
- **les facteurs liés au traitement** : effets secondaires, complexité du traitement, délai d'action, commodités, durée du traitement.

La pluralité des facteurs nous impose d'adopter une approche multidimensionnelle pour comprendre tous les ressorts pouvant nuire à l'adhésion des patients.

Michel Burnier<sup>6</sup> définit l'adhésion thérapeutique comme « un processus à plusieurs étapes. La première est l'initiation, incarnée par le retrait de l'ordonnance par le patient en pharmacie. Aux États-Unis, 20% des traitements ne sont ainsi pas retirés. La deuxième est l'adhésion au quotidien, liée à la notion de suivi à la lettre de la prescription. La troisième est la persistance, c'est-à-dire le maintien dans le temps du traitement. Dans le cas de l'hypertension, où le traitement doit se suivre à vie, on observe que 40 à 50% des patients arrêtent leur traitement en cours de route, soit à cause des effets secondaires, soit à cause du phénomène de précontemplation : je ne me sens pas malade donc je ne prends pas de médicament. L'enjeu économique ne réside pas dans l'oubli ponctuel d'une dose par-ci ou par-là comme le font certains patients, mais dans la non-initiation, et la non-persistance. Ce sont les principaux points expliquant les coûts liés ».

Les travaux de Maya Velmuradova<sup>7</sup> révèlent « qu'il y aurait 137 facteurs liés à l'adhésion thérapeutique. Nous pouvons néanmoins en tirer une douzaine de variables récurrentes dans plusieurs études, à savoir l'âge, le coût du traitement (notamment dans les pays anglo-saxons), le niveau de diplôme, la compréhension du traitement, le degré de handicap, la durée du traitement, la fréquence et le mode de prise du médicament, la gravité de la pathologie, et le différentiel coûts / bénéfices pour le patient en matière de gravité des effets secondaires ». Michel Burnier estime « qu'il existe certains profils plus à risque en matière de non-adhésion. Un jeune homme de moins de 45 ans est à plus haut risque de non-observance. De l'autre côté de la vie il y a aussi de fortes carences chez les personnes âgées, pour causes de troubles cognitifs ou d'oublis. Les personnes de 60 à 70 ans sont en général plus adhérentes car mieux organisées que les jeunes ».

---

6 Néphrologue, professeur à l'Université de Lausanne

7 Maître de conférences à l'ESTRI

La non-adhésion ne concerne pas uniquement la médecine de ville, « les patients hospitalisés aussi ne sont pas observants. Souvent, ils peuvent jeter leurs médicaments sans les prendre, et nous faire croire le contraire. Dans les questionnaires que nous leur faisons remplir, ils déclarent toujours être plus observants que ce qu'ils ne sont réellement. L'absence de traces de médicaments dans leurs urines permet de montrer le non suivi d'un traitement » ajoute Michel Azizi<sup>8</sup>.

Le vocabulaire s'est affiné ces dernières années, préférant la notion d'adhésion à celle d'observance, pour mieux refléter la relation entre un patient et son médecin. L'idée derrière cette évolution est de supplanter la notion d'obéissance aveugle au praticien, traduisant ainsi une vision moins directive de ce lien, occultant le rapport paternaliste trop longtemps caractéristique de la médecine.

La non-adhésion est le symptôme d'une nouvelle relation à la médecine, où le patient ne suit plus aveuglément son traitement de manière passive. Cette phase d'activité provoque une phase de réflexion active du patient qui remet en cause la pertinence même de son traitement, devenant son propre prescripteur, ajustant son observance au gré de son expérience personnelle. Dans ce contexte, les effets secondaires d'un médicament peuvent être un déclencheur important du manque d'adhésion. Un patient dont le traitement lui provoquerait plus de gênes quotidiennes que d'améliorations ressenties réaliserait ainsi un arbitrage en faveur de la suspension de la prise de cachets. L'incontournable balance bénéfices / risques régit la décision des patients, qui sont souvent mues par l'optimisation de leur confort à court terme. « Le médicament est là pour éviter l'hospitalisation, pour prévenir un évènement grave, pas pour soigner la maladie. C'est ainsi difficile à faire comprendre à un patient que le médicament n'est pas là pour le soigner, mais l'aider à mieux vivre sur le long terme » rappelle Michel Azizi.

Les arrêts pour des raisons d'effets secondaires inconfortables sont quant à eux la conséquence d'une mauvaise communication « entre patients et médecins, les premiers ne disent pas aux seconds qu'ils ne prennent plus leur traitement. Ce manque de dialogue est dû au manque de temps lié à la consultation, qui devient ainsi un facteur accentuant la non-adhésion » soulève Michel Burnier. Laure Guéroult-Accolas<sup>9</sup> rappelle quant à elle « qu'être patient ce n'est pas si facile que cela. Inscire un traitement à vie quand on est encore jeune c'est extrêmement compliqué. De plus, à chaque fois que je rencontre mon oncologue, il n'y a pas d'échanges sur ma prise de médicaments. Cela reste assez compliqué d'avoir une question sur mon observance et mon adhésion thérapeutique alors

---

8 Responsable de l'Unité d'hypertension artérielle de l'Hôpital européen Georges-Pompidou  
9 Présidente de l'association Patients en réseau

que c'est quelque chose de très important. Du côté du pharmacien d'officine il n'y a pas non plus de questionnement sur la fréquence de mes retraits de comprimés, et sur les éventuelles irrégularités traduisant une non-prise du traitement ».

Troisième raison pouvant expliquer la non-adhésion, le signal envoyé par la prise de médicaments elle-même. Steven Macari<sup>10</sup>, patient atteint d'une insuffisance cardiaque relate que « nous avons beaucoup de médicaments à prendre. Le remplissage du pilulier hebdomadaire nous rappelle cruellement notre état et notre maladie. 55% des insuffisants cardiaques souffrent de dépression (contre 10% de la population française), à cause de la fatigue et du rappel quotidien du mauvais état de santé. Cela peut inciter à ne pas prendre son traitement ». La non-adhésion serait ainsi un réflexe adopté par certains patients pour « échapper à leur condition » et ainsi retrouver l'illusion de la bien portance. Un facteur psychologique à ne pas négliger et qui progresse avec le nombre de comprimés à prendre. Michel Burnier rappelle ainsi que « la non-adhésion augmente avec le nombre de médicaments et de pilules prescrites. Cette sur-prescription, si elle est suivie d'une mauvaise observance peut générer un cercle vicieux, car un patient non-adhérent n'aura pas les résultats escomptés sur le plan clinique et se verra alors prescrire de nouveaux médicaments pour tenter d'améliorer sa situation, augmentant ainsi les risques de rejet de sa part ».

Quatrième explication que nous avançons, le recul de la science, de sa compréhension et de son acceptation. Le baromètre « science et société » que nous réalisons tous les deux ans pour mesurer la perception qu'a la société de la science montre un net recul dans ce domaine. Si les Français déclarent avoir toujours confiance dans la science comme un fait général et immuable, ils affirment en revanche avoir moins confiance dans les scientifiques et font plus confiance à leur entourage qu'aux spécialistes et aux chercheurs. C'est ce phénomène qui permet la progression des infox, polluant depuis quelques années l'environnement médical et participant à l'effritement de l'adhésion thérapeutique. « Les fausses croyances médicales et les influences sociales, telles qu'elles nous sont apparues pendant le COVID, sont des facteurs influençant la décision de prendre ou non un médicament. Dans ce processus, l'entourage peut malheureusement jouer un rôle néfaste » juge Steven Macary. Thierry Moreau Defarges<sup>11</sup> ajoute que « le poids des médias sociaux augmente le dénigrement systématique de la pratique médicale et du savoir de l'expert, et cela peut constituer un facteur explicatif de la non-adhésion ».

---

<sup>10</sup> Praticien en éducation thérapeutique, patient vivant avec une insuffisance cardiaque

<sup>11</sup> Calculs à partir des données LifeLink et EP PM d'IMS Health. Un patient est considéré comme non observant lorsque sa prise de médicaments est < 80%

## Encadré 1 – Les taux d’observance par pathologies et leurs conséquences

La non-observance concerne toutes les pathologies, mais à des degrés divers. Nous observons ainsi les taux de non-observance suivants<sup>12</sup> :

- Asthme : 87%
- Insuffisance cardiaque : 64%
- Diabète de type 2 : 63%
- Hypertension artérielle : 60%
- Hypercholestérolémie : 56%
- Ostéoporose : 48%

La non-adhésion, responsable de la non-observance, induit ainsi des coûts cachés importants, provoqués par des accidents évitables. L'étude d'IMS Health estime ainsi que 12.000 décès prématurés et 100.000 hospitalisations<sup>13</sup> chaque année en France sont imputables à la non-observance, et se répartissent de la manière suivante :

- BPCO : 3.400 décès (10.000 hospitalisations)
- Diabète : 3.100 décès (30.000 hospitalisations)
- Infarctus : 2.500 décès (4.000 hospitalisations)
- Insuffisance cardiaque : 1.200 décès (12.000 hospitalisations)
- HTA et maladies cardiovasculaires : 1.100 décès (10.000 hospitalisations)
- Cancer du sein : 400 décès (3.000 hospitalisations)
- VIH : 100 décès (1.000 hospitalisations)

Il n'existe pas de corrélation entre la non-adhésion et la gravité de la maladie (comme en témoigne le fait que près de 20% des greffés rénaux ne soient pas observants). Cela peut engendrer d'importantes séquelles médicales. 24% des patients greffés rénaux définis comme non-adhérents subissent un rejet

---

12 Calculs à partir des données LifeLink et EP PM d'IMS Health. Un patient est considéré comme non observant lorsque sa prise de médicaments est < 80%

13 Un volume qui comprend également 35.000 hospitalisations annuelles évitables pour raisons psychiatriques

tardif contre seulement 6% des patients adhérents. Michel Azizi soulève que « la mortalité liée à l'hypertension artérielle ne cesse de grimper depuis 2015 en France. C'est même la première cause de décès chez les femmes. Le comble c'est que les médicaments à notre disposition sont extrêmement efficaces et pourraient totalement annihiler cette mortalité ».

Les études montrent ainsi qu'une meilleure observance peut sauver des vies :

- 10% des hospitalisations chez les plus de 70 ans et 20% des hospitalisations chez les plus de 80 ans sont imputables à des erreurs dans la prise de médicaments. A l'inverse, chez les patients atteints du VIH, une augmentation de 5% de l'adhérence peut diminuer de 30% les échecs virologiques<sup>14</sup>.
- À la suite d'un infarctus du myocarde, les patients qui adhèrent à plus de 75% des doses prescrites ont un risque de mortalité 2,6 fois moindre que ceux observants à moins de 75%<sup>15</sup>.
- Chez les patients hypertendus l'adhésion à 90% des doses prescrites permet un abaissement plus marqué de la pression artérielle<sup>16</sup>.
- Une étude espagnole en 2015<sup>17</sup> montre qu'une augmentation d'un point de % de l'adhérence dans les maladies cardiovasculaires permettait d'éviter 1200 décès par an.

D'une manière générale, plus de la moitié des économies potentielles pouvant être réalisées par les pays européens sur leurs systèmes de santé peuvent se faire via une amélioration de l'observance des patients.

---

14 Paterson et al, Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine* 2000

15 Horwitz et al. « Treatment adherence and risk of death after a myocardial infarction », *Lancet Lond Engl*, vol.336, issue.8714, pp.542-547, 1990

16 Burnier, « L'observance thérapeutique dans le traitement de l'hypertension artérielle : un facteur important à évaluer », *Médecine et Hygiène*, 1997

17 Darba, Ramirez, Sicras et al. «The important of inhaler devices : the choice of inhaler device may lead to suboptimal adherence in COPD patients», *Int J Chron*, 2015



## II) Les pistes pour juguler la mauvaise adhésion

Parce que ses causes sont multidimensionnelles, il ne peut y avoir de réponse unique à ce phénomène. Il ne peut pas non plus y avoir de réponse uniforme au niveau international. Les solutions déployées aux Etats-Unis, où le reste à charge pour les ménages est très élevé, ne pourraient être identiques aux nôtres. Outre-Atlantique, une expérience microéconomique tentant d'améliorer l'observance et se basant sur l'incitation économique y avait par exemple été testée. L'idée était de verser une aide financière de 50\$ par semaine aux patients observants. Les enquêteurs ont pu observer que les retours étaient très positifs, l'observance atteignant 77% en moyenne. Le problème, qui a justifié sa non-reconduction, a été la chute totale de l'observance au moment de l'arrêt de l'expérimentation. Remplacer une injonction indiscutable du médecin par une incitation financière, même si elle donne de bons résultats médicaux, n'améliore en rien l'adhésion thérapeutique si le patient n'est pas convaincu du bien-fondé de son traitement.

**La première des solutions pouvant aider à conjurer ce fléau en France est l'amélioration de la communication avec les professionnels du soin.** La première partie montrait que l'adhésion dépend de trois facteurs : la compréhension de la maladie, la compréhension du traitement et la compréhension des autres traitements associés. Il y a donc un important besoin de pédagogie, devant être à la base de l'accompagnement thérapeutique des patients.

L'explication et la prise en compte des effets indésirables pouvant handicaper la vie quotidienne et le confort d'un patient doivent constituer la base de la première consultation liée à la détection de la pathologie chronique. De même, le rythme de vie du patient, ses envies et ses contraintes doivent être incorporées à la réflexion médicale pour éviter tout conflit avec la nécessité du traitement. Les contraintes liées au traitement du patient doivent ainsi être expliquées et décrites avec précision par le médecin, qui prendra alors soin de décrire au mieux ce à quoi le patient doit s'attendre. L'explication de cette balance bénéfiques / risques pourra constituer la première pierre de l'adhésion thérapeutique, en incorporant les effets secondaires à la réflexion globale. C'est pour cela que la co-construction du parcours de soin avec le patient doit être la pierre angulaire de toute politique visant à améliorer l'adhésion thérapeutique. Vouloir faire le bien du patient sans son assentiment relève d'une vision archaïque ne pouvant perdurer. Le patient étant de plus en plus informé, connecté et renseigné, il doit être vu comme un acteur à part entière de son chemin thérapeutique, et non comme un simple exécutant.

Cette vision participative doit se coupler avec un renforcement de l'éducation thérapeutique dès le plus jeune âge. « Les études montrent que la prévention tabagique, si elle est faite avant le collège est extrêmement efficace » relève Michel Azizi. Ainsi, sensibiliser les enfants à l'importance de la bonne gestion de leur capital santé, ainsi qu'au principe de la solution thérapeutique (comme la prise régulière de médicaments) est une condition pour améliorer leur adhésion une fois l'âge adulte atteint. Pour les patients plus âgés, les patients experts et les professionnels du soin seront ceux qui rempliront au mieux la mission d'éducation thérapeutique. Tous les acteurs médicaux ont un rôle à jouer dans ce processus. L'éducation thérapeutique doit reposer sur une chaîne de compétences intégrées, et pas uniquement sur la capacité du médecin à formuler des injonctions directives. Le temps médical étant très contraint, il est essentiel de le partager entre tous les acteurs de santé, notamment les paramédicaux, des infirmiers aux diététiciens, en passant par les kinés et les pharmaciens, qui ont chacun un rôle primordial à jouer dans l'explication et la prévention des bons comportements.

Pour cette solution, la mise en place de consultations spécifiques, financées au forfait, permettrait d'améliorer la prévention et la matière et le temps médical dédié.

**La deuxième solution concerne le recours à la technologie. Le télésuivi et la télésurveillance, favorisés par des outils connectés,** peuvent être de bons rappels pour les patients ayant tendance à oublier la posologie de leurs médicaments. Michel Burnier dévoile ainsi que « la technologie ne résout pas le problème de fond, mais elle l'améliore en partie. L'introduction d'une technologie dédiée permet d'améliorer de 15 à 20% la prise de médicaments. C'est intéressant mais ce n'est pas la panacée. Les rappels incessants de prise de comprimés sont autant de rappels de la maladie ». Véronique Lacam<sup>18</sup> a de son côté piloté le projet de télémedecine VigieSanté « créé par Malakoff avec le CETIP et l'assurance maladie. Il prévoyait un dépistage en entreprise avec ECG à distance, puis de la télésurveillance. Il y a eu aussi un suivi des traitements mais c'était trop lourd. La télésurveillance de l'HTA, l'adhésion aux protocoles de surveillance était plus ou moins importante selon les profils. Une étude publiée dans « the journal of telemedecine » montre que les patients sévères et non stabilisés respectaient le plus le protocole, alors que ceux à la limite non. La perception du bénéfice que la personne en tire n'est pas forcément observable ».

Si les outils connectés peuvent être des solutions ponctuelles intéressantes, il faut cependant les adapter au profil du patient et ne pas viser une solution uniforme. Pour les patients souffrant d'une maladie chronique, ainsi que pour les enfants, la gamification apparaît comme une solution intéressante à creuser. Il a été ainsi démontré<sup>19</sup> que le recours à des jeux-vidéos peut « améliorer drastiquement la prise de médicaments » et constitue « un outil pour les professionnels de santé » à faible coût. En rendant quasi ludique la prise de médicaments, ces procédés parviennent à dédramatiser la situation et favoriser l'engagement et l'apprentissage des patients, quel que soit leur âge (à condition néanmoins que ces outils soient pensés en amont avec les associations de patients pour garantir une ergonomie optimale).

**Il y a enfin la troisième piste, celle de l'innovation médicamenteuse.** Nous l'avons vu plus haut, il y a une corrélation entre le nombre de médicaments à prendre et le recul de l'adhésion. Michel Burnier estime ainsi que « dans le cas où l'on ne prendrait qu'un médicament tous les six mois, bien dosé, on peut réduire la charge mentale et les rappels quotidiens de la pathologie. Les combinaisons sont également de bons outils pour résorber cette situation ».

---

18 Présidente de Proxicare

19 Barbacetto, « les solutions utilisant des techniques de gamification permettent-elles d'augmenter l'adhésion thérapeutique ? » thèse de doctorat soutenue à la faculté de pharmacie de Marseille, 2017



Les Single Pill Combinations (SPC), représentent une initiative visant à combiner plusieurs pilules en une, sans altérer les caractéristiques des médicaments. Elle répond à la demande d'allègement de la charge mentale des patients et diminue l'impression d'être malade. La combinaison est alors réalisée à partir de molécules testées cliniquement et présentant un véritable intérêt médical. En plus d'augmenter les indices de bonne santé des patients concernés grâce à l'augmentation de l'adhésion thérapeutique<sup>20</sup> (par rapport à la prise de pilules dite « classique »)<sup>21</sup>, cette innovation entraîne une réduction importante des coûts de santé.

Tout ce qui pourra aller dans la réduction du nombre de comprimés à prendre doit être fortement encouragé. D'autres innovations visant à améliorer la vie du patient tout en augmentant son adhésion thérapeutique existent et mériteraient d'être développées. « Pour le traitement du VIH, nous avons maintenant la possibilité d'administrer le traitement une fois par mois, ce qui réduit la contrainte médicamenteuse. La trithérapie en un seul comprimé existe aussi presque partout dans le monde, sauf en France où elle est interdite. On sait que la réduction du nombre de comprimés est un levier extraordinaire pour réduire la non-adhésion, mais on s'en prive en France pour des raisons obscures. Au niveau du diabète, nous avons des innovations importantes, qui ont clairement démontré leur utilité. Des petites substances, les petits ARN d'interférences, sont capables de modifier l'expression génique de ce que le corps fabrique. Une injection annuelle permet de réduire de 50% le cholestérol des patients. Et actuellement nous travaillons sur les mêmes traitements dans l'hypertension artérielle. Ces innovations existent, elles améliorent drastiquement la vie des patients, mais elles sont empêchées » souligne Michel Azizi.

Les autorités de Santé bloquent ces innovations de manière presque automatique, faisant primer le principe de précaution sur le bien être des patients, assumant ainsi d'augmenter la mortalité évitable en se privant de solutions efficaces visant à réduire la non-adhésion thérapeutique.

---

20 Iellamo, Werdan et al. « Practical Applications for Single Pill Combinations in the Cardiovascular Continuum ». *Card Fail Rev.* 2017

21 Parati et al. « Adherence to Single-Pill Versus Free-Equivalent Combination Therapy in Hypertension » *AHA Journal*, 2021

## Encadré 2 – les réponses étrangères à la non-adhésion thérapeutique

Pour enrayer ce fléau sanitaire, les pays européens ont adopté des stratégies de réponses différentes.

**Suisse** : considérée comme pionnière avec la Belgique dans le domaine de l'éducation thérapeutique du patient (ETP), qui est pleinement partie prenante du parcours du patient. La rémunération du praticien dépend du temps passé en consultation ETP et augmente toutes les 5 minutes pour créer une véritable incitation à échanger avec le patient.

**Belgique** : l'ETP est inclus directement dans la formation des professionnels de santé, dès le début de leur cursus. Dans certains établissements et maisons de santé, on observe des expérimentations sur la rémunération au forfait pour la prise en charge des patients chroniques et l'ETP.

**Allemagne** : depuis 1991, l'ETP est inscrite comme un acte à part entière pour les patients atteints de diabète. L'ETP se fait à travers une formation complémentaire des professionnels de santé, qui sont ensuite soumis à une obligation de formation continue. L'ETP fait l'objet de programmes spécifiques, financés à hauteur de 70% par l'Assurance Maladie, et dont chaque adhésion volontaire de la part d'un patient lui confère l'accession à une session gratuite d'éducation thérapeutique.

**Pays-Bas** : mise en place de l'ETP depuis les années 70. Depuis, ce concept est intégré dans le réseau de soins en incluant de nombreuses parties prenantes. Là encore, ce sont les patients diabétiques qui ont été les premiers à en bénéficier. Depuis 20 ans, l'ETP s'est développée dans les formations initiales et continues des médecins. L'ETP se base sur des outils numériques de télésuivi pour augmenter l'adhérence des patients.

**Angleterre** : l'ETP s'y est développée à la fin des années 2000. Le NHS la développe dans l'objectif de réduire les coûts et les complications médicales potentielles. L'ETP y est sous la responsabilité des PCT (Primary Care Trust) et non sous celle des généralistes, pour opter pour une approche décentralisée de ces actions.

De manière globale, l'ETP reste la base de la stratégie patients. Nous observons par ailleurs que les pays les plus intenses dans ce domaine sont ceux où l'adhérence est la plus élevée. C'est une solution à développer en France (où nous sommes encore en retard dans le domaine, malgré les bonnes volontés des parties prenantes – n'oublions pas qu'il a fallu attendre 2022 pour que le ministère de la santé devienne aussi celui de la prévention).



## Conclusion

L'efficacité n'est pas la caractéristique la plus flagrante de notre système de santé. Ce n'est donc pas étonnant que la non-adhésion soit passée si longtemps sous les radars. A l'instar de la prévention, ce sujet a longtemps été réservé aux experts. Pourtant, il y a derrière le sujet de l'adhésion thérapeutique d'immenses gisements d'économies et d'améliorations du bien-être des patients.

Notre époque est caractérisée par la remise en cause de la parole des experts mais aussi par la volonté des patients d'être des acteurs à part entière de leur traitement. Les ressorts psychologiques amputant cette adhésion seront résolus par des mécanismes similaires. L'écoute, l'empathie, la communication, la co-construction et l'éducation thérapeutique sont autant de solutions utiles. Les innovations réduisant le sentiment de mal être et le rappel incessant à la maladie seront-elles aussi essentielles, à condition que les autorités compétentes autorisent enfin leur déploiement pour enrayer ce fléau sanitaire.