

**Favoriser l'observance aux
antirétroviraux : une analyse des
pratiques de médecins hospitaliers en
France¹.**

Isabelle Wallach,
Postdoctorante, GEIRSO,
Programme CRSH Grands Travaux sur la chaîne des
médicaments.
Université du Québec à Montréal

ISSN 1718-1534

¹ Cette recherche a été financée par l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida en 2002, 2003, 2004 et par l'association Sidaction en 2005. La conférence donnée lors du 1^{er} Congrès International sur le Médicament (Montréal, septembre 2005), qui a servi de base à cet article, a bénéficié du soutien financier de l'Office Franco-Québécois pour la Jeunesse.

Résumé

Bien que la relation médecin-malade soit considérée comme un des facteurs majeurs de l'observance aux antirétroviraux (ARV) des patients infectés par le VIH, peu d'études portent sur les pratiques médicales destinées à favoriser le suivi de la prescription. Cette recherche se propose d'examiner les pratiques mises en place par des médecins hospitaliers français afin de prévenir et d'enrayer les difficultés d'observance aux traitements ARV de leurs patients. Elle vise également à mettre en lumière la conception de l'observance et le type de relations médecin-malade sous-jacentes à ces pratiques. La recherche s'appuie sur une enquête ethnographique au sein de deux hôpitaux parisiens combinant des entretiens qualitatifs réalisés avec six médecins spécialistes du VIH/sida et l'observation de leurs consultations. D'après les résultats de l'étude, la question de l'observance du traitement ARV joue un rôle central dans les différentes étapes du suivi thérapeutique. Dans la phase précédant la première prescription de la thérapie ARV, elle interfère dans la décision de débiter le traitement, ainsi que dans le choix des médicaments qui composent la thérapie ARV. Elle donne également lieu à une préparation du patient qui passe par un travail d'information mais aussi de persuasion pour qu'il accepte de débiter le traitement. Dans la phase suivant la prescription, elle se manifeste dans des pratiques visant à vérifier et à améliorer le suivi du traitement. L'analyse des données montre que les méthodes mises en oeuvre par les médecins afin de favoriser l'observance des patients prennent des formes variables alternant entre une approche éducative fondée sur le partenariat et une approche autoritaire participant d'une relation asymétrique. La variabilité de ces attitudes semble dépendre du jugement que les médecins portent sur l'origine de l'inobservance du patient.

Mots Clés : VIH ; traitements antirétroviraux ; observance ; pratiques médicales ; relation médecin-patient.

L'observance médicamenteuse constitue une question centrale dans la prise en charge médicale de l'infection à VIH, dans la mesure où ses traitements ont la particularité de requérir un suivi quasi-parfait (95%) pour être efficaces et éviter la formation de souches virales résistantes². Les recherches sur les déterminants du comportement thérapeutique des personnes infectées par le VIH se sont donc multipliées, mettant au jour un nombre important de facteurs influant sur leur observance au traitement antirétroviral (ARV)³. La relation médecin-patient a été identifiée comme un des facteurs agissant sur le suivi du traitement, tant au regard de la qualité de la communication et de la confiance, que des explications et de la clarté des informations transmises⁴. En dépit de ces résultats, la plupart des travaux sur l'observance se sont polarisés sur les conduites des patients, privilégiant une posture médico-centrée. Seule une minorité de recherches a envisagé la problématique de l'observance en questionnant également le comportement des soignants.

Une grande partie des études sur les pratiques des médecins a porté sur les facteurs intervenant dans leur décision de prescrire un premier traitement ARV. Elles montrent que la décision des médecins de débiter un traitement ARV se fonde sur des éléments médicaux mais aussi non-médicaux. Les facteurs induisant la décision de retarder le moment de la prescription de la thérapie ARV sont des caractéristiques du patient que les médecins considèrent comme prédictives d'une mauvaise observance, telles qu'une histoire passée de non-observance des médicaments ou une absence répétée au rendez-vous⁵, mais aussi la consommation de substances psycho-actives (drogues,

² Paterson *et al.*, 2000.

³ L'observance sera désignée ici, selon la définition d'Alice Desclaux (2001), comme « l'adéquation des pratiques de prises des traitements aux indications médicales »

⁴ Munzenberger *et al.*, 1997 ; Ammassari, *et al.*, 2002 ; Meystre-Agustoni *et al.*, 2000 ; Roberts, 2000 ; Murphy *et al.*, 2000 ; Malcom *et al.* 2003

⁵ Bogart *et al.*, 2000 ; Gerbert *et al.*, 2000 ; Loughlin *et al.*, 2004

alcool)⁶, des problèmes psychiatriques⁷ ou une situation de précarité⁸. Ces travaux mettent donc en évidence l'existence de préjugés, chez les médecins, relatifs à l'observance de certaines catégories de populations et leurs conséquences discriminatoires, selon une tradition largement ancrée dans l'histoire de la médecine⁹. Ces observations corroborent également l'analyse de Marelich *et al.*, d'après laquelle les médecins auraient tendance à se forger une opinion sur les patients et à les classer selon les rôles archétypaux de « bons » et de « mauvais » patients qui étaieraient ensuite leurs décisions médicales.

Très peu de recherches¹⁰ se sont, en revanche, centrées sur les pratiques des médecins relatives à la prescription et la gestion de l'observance aux traitements contre le VIH/sida

Un premier élément mis en lumière à ce sujet est l'existence de deux étapes dans la communication des médecins aux patients au sujet de l'observance, désignées par Johnston Robert et Volberding comme phases « pré-prescription » et « post-prescription ».

Concernant la phase pré-prescription, ces études ont observé que, avant de prescrire un traitement, les médecins cherchent à identifier les problèmes psycho-sociaux des patients susceptibles d'entraver le suivi du traitement afin de les résoudre en les adressant à des professionnels (programmes de désintoxication, travailleurs sociaux, psychiatres). Par ailleurs, ces recherches ont souligné l'existence d'une phase de préparation à la mise sous traitement durant laquelle le médecin informe les patients sur divers aspects du traitement, tels que le fonctionnement des ARV, les effets secondaires, l'organisation des prises,

⁶ Carrieri et al., 1999 ; Bassetti et al., 1999 ; Bogart et al., 2000 ; Gerbert et al., 2000 ; Marelich et al., 2000 ; Moatti et al., 2000 ; Roberts, 2000 ; Loughlin et al., 2004

⁷ Bogart et al., 2000 ; Gerbert et al., 2000 ; Marelich et al., 2000

⁸ Roberts, 2000 ; Loughlin et al., 2004 ; Wong et al., 2004

⁹ Lerner et al., 1998

¹⁰ Robert, Volberding, 1999 ; Erger *et al.*, 2000 ; Gerbert *et al.*, 2000

l'importance de l'observance, dans le dessein de favoriser leur observance future.

Deux recherches¹¹ traitant également de la phase « post-prescription » ont mis en évidence des pratiques de vérification de l'observance médicamenteuse des patients, dont la fréquence et les méthodes varient en fonction des médecins. L'étude de Gerbert *et al.* indique que certains médecins ne questionnent que les patients qu'ils jugent susceptibles d'éprouver des difficultés à être observants ou ceux dont les résultats d'analyse sanguine indiquent une inefficacité du traitement. Les médecins se fient en général aux réponses des patients mais certains utilisent les examens sanguins pour vérifier la validité de leurs déclarations.

Une autre façon d'appréhender la question des pratiques des médecins face au suivi irrégulier du traitement des patients consiste à s'intéresser à la conception de l'observance qui les sous-tendent et au type de relation médecin-malade qu'elles impliquent. Kremer *et al.*¹² ont ainsi examiné les réactions des médecins face aux décisions des patients de refuser ou d'arrêter la thérapie ARV, établissant une distinction entre les stratégies coercitives et non-coercitives. Ils se sont également intéressés aux conceptualisations de l'observance des médecins, qu'ils ont dissociées en traditionnelles, contemporaines et mixtes. Par « traditionnelle », les auteurs désignent une conception paternaliste de l'observance vue comme soumission du patient aux ordres médicaux, tandis qu'ils qualifient de « contemporaine », une conceptualisation de l'observance comme collaboration entre le médecin et le patient. Les résultats de l'étude conduite auprès de huit médecins indiquent que la moitié des médecins possède une vision traditionnelle de l'observance, et que cinq sur huit rapportent utiliser des stratégies coercitives face aux refus des traitements des patients.

¹¹ Roberts, Volberding, 1999 ; Gerbert *et al.*, 2000

¹² 2004

Dans la lignée de ces travaux, la recherche que j'ai réalisée vise à examiner les pratiques mises en place par des médecins hospitaliers français pour tenter de prévenir et d'enrayer les difficultés d'observance aux traitements ARV, aux différents stades du suivi médical. Elle se fixe également pour objectif de mettre au jour la conception de l'observance et le type de relations médecin-malade sous-jacentes à ces pratiques.

Méthode

Cette étude s'inscrit dans le cadre plus large d'une recherche de doctorat en anthropologie sur l'observance aux ARV, qui analyse à la fois les pratiques des patients et celles de différents acteurs de santé face à cette question. Les résultats présentés ici s'appuient sur une enquête ethnographique menée, entre février 2002 et février 2004, dans les services de maladies infectieuses de deux hôpitaux publics parisiens, lesquels drainent une population diversifiée sur le plan social et ethnique. Les données recueillies sont issues d'entretiens qualitatifs réalisés avec six médecins (4 hommes et 2 femmes, aucun n'ayant le statut de professeur) et de l'observation d'environ 250 de leurs consultations.

Au cours des trois premiers mois, les consultations médicales de ces six médecins ont été observées de façon systématique, ce qui a permis de sélectionner une douzaine de patients rencontrant des difficultés avec leur traitement en termes d'observance et/ou d'effets secondaires. Pendant les vingt mois suivants, l'observation s'est limitée aux consultations de ces patients.

Durant les consultations, les échanges verbaux entre le médecin et le patient ont été pris en notes, le plus fidèlement possible, de façon à saisir les interactions auxquels les traitements donnaient lieu, en particulier à des moments cruciaux du suivi

thérapeutique, comme l'initiation d'un traitement, la vérification du suivi de la prescription ou la découverte de l'observance.

L'analyse de ces consultations visait à dégager les différentes étapes du suivi médical VIH où la question de l'observance intervenait. A l'intérieur de ce cadre, il s'agissait de repérer les types d'interactions récurrents ainsi que les pratiques communes aux six médecins, tout en prenant en compte les points de divergences éventuels.

Les entretiens semi-directifs avec les médecins ont été réalisés à l'hôpital. Leur durée moyenne était d'une heure et demie, ce qui a nécessité pour chacun deux entrevues. Ces entretiens ont été enregistrés au magnétophone et intégralement retranscrits.

Les thèmes abordés s'organisaient autour de trois axes : les décisions relatives au traitement, la gestion et la perception des effets secondaires, ainsi que la conception et la gestion des problèmes d'observance.

Pour ce qui est de l'analyse, les entretiens ont été mis perspective avec les observations, de façon à comparer discours et pratique mais aussi de reconstituer la logique sous-jacente aux pratiques des médecins. A cet effet, comme pour les observations des consultations, la méthode consistait à identifier les points communs des conduites décrites.

La première partie de l'analyse qui traite de la phase précédant l'initiation d'un premier traitement ARV se fonde davantage sur les entretiens réalisés avec les médecins que sur les observations, dans la mesure où je n'ai pu assister qu'à un nombre restreint de consultations avec des personnes nouvellement infectées. En revanche, la deuxième partie, qui sera consacrée aux pratiques médicales relatives à la gestion des problèmes d'observance une fois le traitement initié, se base sur ces deux sources de données.

Resultats

La phase pré-prescription

La décision d'initier le traitement

L'enquête a révélé que la question de l'observance future du patient au traitement intervient dans le processus décisionnel qui précède la mise sous traitement. Parallèlement à des critères médicaux, la décision du médecin de débiter un traitement dépend de l'opinion qu'il se forge sur l'aptitude du patient à respecter la prescription médicale, selon une approche « prédictive » de l'observance. .

Les paramètres pris en compte par les médecins pour évaluer l'observance future des patients relèvent de plusieurs registres que je me propose de répartir en deux grandes catégories.

La catégorie des paramètres « sociaux » désigne des éléments comme la situation socio-économique, l'intégration sociale, le logement, la vie professionnelle, la situation administrative (titre de séjour, couverture maladie), le mode de vie quotidien...

Dans la catégorie des paramètres « personnels », est inclus ce qui conditionne la volonté de la personne de commencer un traitement, tels que son désir de se soigner, sa perception du traitement, sa compréhension de l'intérêt de prendre un traitement...

Lorsque le patient ne se trouve pas dans une situation biologique alarmante, les médecins expliquent préférer repousser le moment de la mise sous traitement des patients chez lesquels ils ont repéré des obstacles potentiels à l'observance. Il existe, en effet, une certaine latitude par rapport au seuil immunovirologique auquel le traitement doit être commencé. La préoccupation des prescripteurs est d'éviter que le patient ne développe rapidement des souches virales résistantes et, selon

leur expression, qu'il ne « grille ses cartouches » en prenant le traitement de façon irrégulière. A cet effet, l'initiation du traitement est précédée d'une phase de préparation du patient qui doit permettre de réunir les conditions propices à une bonne observance future. Cette période peut être utilisée pour tenter de résoudre de graves difficultés sociales entravant la prise du traitement (absence de couverture maladie, absence de logement...) en adressant le patient à l'assistante sociale de l'hôpital. Cependant, en dehors de situations de précarité, les obstacles de type personnels constituent le motif principal pour reporter le moment de la mise sous traitement. La question qui détermine cette décision est souvent formulée par les médecins comme celle de savoir si le patient est « prêt » à commencer le traitement. De leur point de vue, cette expression signifie que le patient a acquis la volonté de prendre un traitement. Cette notion peut être rapprochée de celle d'adhésion¹³ qui recouvre l'idée d'une acceptation et d'une participation du patient face à la thérapeutique.

Une phase de préparation est donc utilisée pour amener le patient à adhérer à l'idée de commencer un traitement.

La préparation au traitement

Questionnés sur leurs méthodes pour préparer le patient, tous les médecins ont répondu procéder en l'informant sur les objectifs et la nécessité du traitement, de façon à justifier l'intérêt de celui-ci. Dans la pratique, les médecins donnent au patient des indications sur les seuils quantitatifs de lymphocytes CD4 et de charge virale¹⁴ à partir desquels le traitement devient nécessaire, les comparant à sa propre situation, en s'appuyant sur les

¹³ Morin, 2001 ; Abelhauser *et al*, 2001.

¹⁴ Les « lymphocytes CD4 », appelés aussi « CD4 » sont les cellules immunitaires attaquées par le VIH. La « charge virale » désigne la quantité de virus dans le sang. Les CD4 et la charge virale sont utilisés comme marqueurs pour suivre l'évolution de la maladie.

recommandations françaises du rapport Delfraissy. Ils informent également les personnes immuno-déprimées ou réticentes au traitement du risque d'apparition de maladies opportunistes, qui classent au stade sida, en l'absence d'un traitement ARV.

Cependant, contrairement à ce qui est préconisé par les recommandations des experts¹⁵, les médecins n'ont pas mentionné dans les informations à transmettre, les raisons de la nécessité d'une bonne observance et les conséquences d'une mauvaise observance, à savoir la formation de souches virales résistantes aux ARV. Dans la pratique, il s'est avéré que les médecins évoquaient parfois cet aspect avec certains patients mais d'une façon trop succincte pour permettre une réelle compréhension du processus de la formation de souches virales résistantes.

La préparation du patient se limite, cependant, rarement à la transmission de connaissances. Les médecins utilisent régulièrement d'autres techniques par lesquelles ils essaient de modifier la vision du traitement du patient.

Une des principales méthodes décrites et observée en consultation consiste à transmettre une image positive du traitement, parfois dans l'objectif de déconstruire les préjugés défavorables des patients. Les traitements sont présentés comme plus simples que par le passé, comportant peu de gélules et efficaces. Quant aux effets secondaires des médicaments, bien qu'ils ne soient pas niés, ils sont relativisés par le médecin en soulignant que certains médicaments provoquent très peu d'effets indésirables ou qu'il existe des moyens de les maîtriser. D'autre part, les médicaments ARV sont présentés comme des alliés qui vont permettre au patient de mener une existence normale et de réaliser leurs projets.

¹⁵ Delfraissy, 2002, p 43

Cependant, dans la situation où le traitement devient urgent, compte tenu de la situation biologique du patient, et où celui-ci se montre toujours réticent à commencer le traitement, les médecins n'hésiteront pas à employer une méthode bien plus radicale pour faire adhérer le patient à l'idée qu'il doit commencer un traitement, à savoir l'utilisation de la peur de la maladie du patient. Ainsi, le caractère fatal de l'infection à VIH, qui est le plus souvent occulté en consultation médicale, peut devenir un outil de persuasion face aux patients récalcitrants.

Le choix du traitement

De même que la décision d'initier la thérapie ARV, le choix des médicaments qui la composent répond à des critères médicaux mais aussi non-médicaux, dans l'objectif de favoriser l'observance des patients.

Les médecins prennent tout d'abord en compte les paramètres « sociaux » pouvant faire obstacle à la prise du traitement. Ils se disent attentifs à choisir un traitement dont la posologie soit compatible avec le mode de vie du patient. A cet effet, ils interrogent le patient sur son rythme de vie quotidien, afin de ne pas prescrire un traitement dont la prise lui serait a priori difficile. Ils témoignent d'une réelle volonté d'adaptation du nombre de comprimés et du nombre de prises à la situation sociale et professionnelle du patient.

Le choix de l'association des médicaments ARV peut également être influencé par la volonté du médecin de tenir compte des obstacles à la prise du traitement d'ordre « personnel », tels que des problèmes de motivation ou de capacité psychologique à supporter les traitements. Cependant, il est apparu que, face à ces obstacles, les médecins peuvent avoir des stratégies contraires. Pour certains, la meilleure solution est de tenir compte de ces difficultés et de privilégier la facilité dans le choix de la multithérapie. A l'inverse, un médecin femme, le

Dr L, expliqua que l'allègement du traitement représentait une mauvaise stratégie, la seule solution consistant à « *faire accepter le traitement* ».

Ces attitudes opposées face aux obstacles de type personnels à la prise du traitement peuvent se comprendre en regard de la perception qu'en ont les médecins. Si dans le premier cas, les difficultés à prendre les médicaments anti-VIH sont perçues par les médecins comme ressortissant à un problème d'aptitude, dans le second elles sont vues comme reposant davantage sur un problème de volonté du patient.

La phase post-prescription du traitement

La vérification de l'observance

Bien qu'ils soient soucieux que les patients prennent correctement leur traitement ARV, les médecins ne procèdent pas au contrôle de l'observance du patient à chaque consultation. Loin d'être systématique, le questionnement du patient à ce sujet dépend de divers éléments.

On peut tout d'abord distinguer la vérification de l'observance effectuée avec les nouveaux patients de celle concernant les patients anciens. Si la première est systématique, la seconde est largement corrélée au jugement que s'est forgé le médecin sur l'observance du patient au fil du temps. Les patients qui sont mis sous traitement pour la première fois sont parmi ceux sur lesquels les médecins concentrent le plus leur vigilance car ils souhaitent les recadrer immédiatement en cas de mauvaise observance. Avec les patients anciens qui sont considérés comme observants par les médecins, le sujet de la prise des médicaments n'est pas soulevé à chaque consultation, sauf en cas de changement de thérapie, qui requiert alors une vérification systématique. En revanche, le médecin interroge à chaque consultation les patients dont le suivi du traitement lui paraît

instable. Dans le cas où un patient a déjà traversé des périodes d'inobservance, le médecin sera toujours suspicieux à son égard, à moins que le patient ne parvienne à lui prouver, sur le long terme, qu'il a changé de comportement.

Le médecin procède également à la vérification de l'observance du patient lorsqu'il détecte ce qu'il considère comme des risques ou des signes d'une rupture d'observance.

Une situation propice à la vérification de l'observance du patient est celle où le patient s'est trouvé dans une situation favorisant un suivi irrégulier du traitement, telle que les vacances qui exposent aux problèmes de la gestion du secret de la séropositivité ou au désir de vacances thérapeutiques. Concernant les signes d'une inobservance, il peut s'agir d'une tendance nouvelle du patient à manquer les rendez-vous avec son médecin, ce qui est interprété comme un relâchement dans sa volonté de se traiter.

Cependant le signe le plus fort d'une rupture d'observance, sur lequel tous les médecins s'accordent, est la dégradation de la situation immuno-virologique du patient. Une augmentation inattendue de la charge virale constitue toujours un signal d'alarme pour le médecin, qui suspectera un non-respect de la prescription médicale.

Les modalités du questionnement du patient par le médecin dépendent à la fois de la réaction du patient qui peut reconnaître ou nier ne pas prendre son traitement ARV et du degré de certitude du médecin concernant son inobservance.

Si le médecin ne soupçonne pas réellement une mauvaise observance du patient mais le questionne de façon routinière, il se fie à la réponse du patient et n'insiste pas. En revanche, constatant une baisse anormale des résultats immuno-virologiques, il se montrera plus dubitatif envers le comportement thérapeutique du patient.

Dans le cas où celui-ci évoque sans retenue ses difficultés ou oublis éventuels, la discussion se déroule généralement sans tension car cette franchise dénote une volonté du patient de collaborer avec le médecin et de résoudre ses difficultés.

Cependant, si le patient nie avoir manqué des prises, le médecin le soupçonne de mensonge et procède à une véritable enquête, dans l'objectif de lui faire reconnaître qu'il a manqué des prises et d'établir à quelle fréquence. Deux stratégies peuvent être utilisées à cet effet. La première vise à mettre en confiance les patients de façon à obtenir plus facilement leurs confidences. Les questions sont dénuées de jugement, leur formulation véhiculant l'idée que l'irrégularité dans le suivi est attendue et admise. Un médecin résume cette technique : « *On sous-entend qu'on tolère des oublis pour avoir la réalité de la chose* ».

Si certains médecins essaient d'éviter que le questionnement se fasse dans un rapport autoritaire ou infantilisant, d'autres procèdent à la vérification de l'observance sur le mode du contrôle, les questions posées ne sous-entendant aucunement que les oublis sont normaux. Dans ce mode de vérification, une des méthodes utilisées par les médecins pour évaluer l'observance des patients dont ils doutent est de vérifier qu'ils connaissent les médicaments qui leur sont prescrits et leur posologie, le dialogue pouvant alors prendre la tournure d'un véritable interrogatoire. Dans la situation rare où les médecins ne parviennent pas à pas à faire reconnaître au patient qu'il ne prend pas son traitement ARV, alors que la dégradation des résultats immunovirologiques le démontre au fil des consultations, il arrive qu'ils utilisent, en dernier recours, le dosage plasmatique¹⁶ pour savoir si leurs soupçons sont fondés. La confirmation biologique de l'observance du patient n'aide pas forcément à rétablir le dialogue mais elle peut inciter le médecin à adresser le patient à

¹⁶ Examen sanguin par lequel est évaluée la quantité d'un médicament présent dans le sang.

une consultation d'aide à l'observance ou à un autre médecin afin de débloquer la situation.

Après avoir réussi, le cas échéant, à faire reconnaître au patient qu'il fait des écarts par rapport à la prescription médicale, le médecin essaie d'en connaître la cause. Il n'existe pas de liste de questions prédéfinie et standardisée mais les médecins ont à l'esprit un certain nombre de raisons pouvant être à l'origine d'une mauvaise observance, comme le nombre de gélules, les effets secondaires ou un problème d'intégration dans la vie quotidienne. Le plus souvent, le patient est interrogé à l'aide de questions fermées, qui ne lui laissent pas la possibilité de s'exprimer ouvertement sur les motifs de son inobservance. De façon générale, les médecins ne cherchent pas à connaître les raisons profondes de l'interruption du traitement. A titre d'exemple, un médecin à qui une patiente africaine expliquait, après plusieurs consultations, que le fait de prendre ses médicaments lui rappelait qu'elle était malade lui répondit: « *Est-ce qu'il vaut mieux faire semblant de pas être malade ou s'occuper de soi parce qu'on est malade ?* ». Ainsi, il adopta un discours moralisateur comme si son vécu du traitement participait d'un problème de volonté, sans chercher à lui faire approfondir ses propos sur son vécu du traitement et de la séropositivité.

Améliorer l'observance du patient

L'analyse des méthodes visant à modifier le comportement thérapeutique du patient a montré que leur variabilité est moins corrélée à la personnalité des médecins qu'aux situations auxquelles ils sont confrontés. L'analyse a ainsi révélé que les médecins possèdent trois registres de pratiques selon leur conception de la nature de l'inobservance.

Les difficultés d'observance naissantes ou occasionnelles sont traitées par des méthodes reposant sur une collaboration

avec le patient qu'il s'agit d'éduquer d'un point de vue pratique ou théorique.

Face à un problème d'adaptation du traitement à la vie quotidienne du patient qui engendre des difficultés d'observance, le médecin peut, après avoir identifié le problème, réfléchir avec le patient à des solutions concrètes pour qu'il réussisse à intégrer la prise des médicaments à son emploi du temps ou à son mode de vie. Il arrive que les médecins donnent également des conseils pratiques aux patients sur la meilleure façon de transporter ou de conserver les cachets à l'abri du regard des autres. La pratique la plus fréquemment citée par les médecins pour améliorer l'observance est l'information du patient. Les connaissances transmises sont les mêmes que pendant la phase précédant la prescription, à savoir le fonctionnement de l'infection et le rôle joué par le traitement. Pour un des médecins, cette compréhension devrait permettre la « *participation* » et la « *responsabilisation* » du patient, de façon à ce que « *l'ordonnance ne soit pas subie* ». Néanmoins, il est apparu que les médecins ne prennent pas toujours le temps nécessaire pour expliquer le fonctionnement global de la pathologie de façon approfondie. J'ai ainsi rencontré plusieurs patients qui ne maîtrisaient pas les notions essentielles de CD4 et de charge virale après plusieurs années de suivi médical, alors qu'ils les comprenaient parfaitement après avoir bénéficié de séances d'éducation thérapeutique dans le cadre de consultations d'aide à l'observance proposées dans le service.

Dès lors que le patient est jugé comme profondément récalcitrant au traitement, l'inobservance prenant ses racines dans des éléments personnels et non sociaux, l'information du patient est complétée par des méthodes beaucoup plus radicales, basées sur un rapport d'autorité.

Une des pratiques des médecins face aux personnes considérées comme volontairement inobservantes est d'adopter un

comportement moralisateur. Le médecin se place dans la position d'un maître face à un élève ou d'un parent face à un enfant et blâme le patient pour son attitude irresponsable, en lui démontrant sur un ton accusateur que son manque de sérieux dans la prise du traitement peut avoir de graves conséquences. Une autre méthode utilisée avec les patients volontairement inobservants est l'exploitation de la peur de la maladie et du caractère mortel de la pathologie à VIH pour faire prendre conscience au patient des risques qu'ils encourent en interrompant trop souvent le traitement.

Dans le même registre, l'usage d'une autre technique a été rapporté par des médecins d'un des deux services hospitaliers, bien que tous ne l'utilisent pas. Cette méthode radicale consiste à provoquer un « *électrochoc* » psychologique chez le patient, par une interruption soudaine du traitement imposée par le médecin. Le principe consiste à repousser le moment de réintroduire une thérapie ARV jusqu'à ce que le patient se sente en danger et en formule lui-même la demande. Selon un des médecins, cette méthode vise à faire sortir le patient d'une position de passivité et de plainte face aux décisions médicales pour l'obliger à faire un choix face à sa pathologie.

Une dernière méthode témoignant d'une relation déséquilibrée, qui infantilise le patient tandis que le médecin incarne une forme d'autorité morale, consiste à faire culpabiliser le patient en référence à des personnes de son entourage. Ainsi, il n'est pas rare que les médecins confrontés à l'inobservance de patients africains leur rappelle que dans leur pays d'origine des gens meurent du sida parce qu'ils n'ont pas accès au traitement, espérant ainsi les convaincre de les prendre. Certains médecins essaient aussi parfois d'influer sur les patientes inobservantes en faisant référence à leur devoir de mère de se soigner pour pouvoir s'occuper de leurs enfants.

Troisième cas de figure, l'attitude des médecins relève d'une approche compréhensive, lorsque le patient est jugé comme conscient de l'importance de l'observance. Leur réaction n'est pas de sermonner le patient, mais d'évaluer avec lui les risques qu'il a pris, voire même de le rassurer. La discussion ne se fait pas sur un mode autoritaire mais sur un mode égalitaire. Le problème de la rupture d'observance et de ses conséquences est ouvertement discuté, de même que les solutions pour y remédier. Les médecins seront, par exemple, capables de se montrer conciliants avec un patient qui éprouve des difficultés d'ordre psychologique influant sur son observance au traitement, s'il a entrepris une psychothérapie, quand bien même son suivi du traitement demeure irrégulier.

De même, l'analyse des consultations révèle qu'au cours d'une même discussion avec un patient, le médecin peut passer d'un mode de communication basé sur les remontrances pour ensuite changer de radicalement d'attitude et se montrer compréhensif, voire même déculpabilisant, dès lors que le patient a reconnu ses torts et exprimé son intention de prendre son traitement régulièrement à l'avenir.

Le rapport des médecins à l'inobservance des patients

Pour finir, il semble intéressant de reprendre quelques éléments qui ont émergé de l'analyse des entretiens avec les médecins afin de mieux saisir les raisonnements qui sous-tendent leurs pratiques.

Dans le contexte du VIH, une bonne observance n'est pas synonyme d'un suivi absolu du traitement. Quelques écarts sont tolérés selon un seuil spécifique à chaque médecin qui ne doit pas dépasser un oubli par semaine. Cependant, au-delà de cette limite, le comportement de non-suivi de la prescription médicale est jugé comme relevant de l'inobservance. Il constitue, dès lors,

une déviance par rapport à ce que les médecins attendent du patient. Même si cette norme est officiellement fixée en référence à un objectif médical, elle semble sous-tendue par des logiques qui dépassent la simple question de l'efficacité thérapeutique.

Un élément sous-jacent aux pratiques des médecins est qu'ils partent du principe que les patients prendront le traitement prescrit. L'observance est considérée comme la norme bien que les études montrent que le suivi irrégulier est un comportement commun et non l'exception¹⁷. Du point de vue des médecins, il n'est pas logique que des personnes les consultent si elles n'ont pas l'intention de s'en remettre à leur expertise et de suivre le traitement qui leur est prescrit. Un médecin, le Dr B, témoignait ainsi de son incompréhension face à l'inobservance récurrente de certains patients: « *C'est vrai que des fois on se dit pourquoi il continue à venir me voir puisque finalement tout ce que je lui dis, il le fait pas.* »

L'analyse des données a également révélé que les attitudes des médecins face à l'inobservance des patients varient en fonction de leur perception de son origine. Il est apparu qu'aux yeux des médecins, il existe de « bonnes » et de « mauvaises » raisons de ne pas prendre son traitement. Les médecins semblent concevoir et accepter que des problèmes « objectifs » qu'ils soient psychologiques ou sociaux puissent empêcher les patients de prendre leur traitement. Ainsi, un médecin femme, le Dr C, établit une nette différence dans sa façon d'appréhender l'inobservance, entre un patient ayant une grande fragilité psychique et ceux qui « *ont tout ce qu'il faut, l'état psychique, social, environnemental, familial pour être structuré et prendre leurs médicaments et qui ont compris l'enjeu.* »

¹⁷ D'après les revues de la littérature sur le sujet, la proportion de patients ne respectant pas la prescription médicale au long cours semble se situer autour de 50% (Wright, 2000 ; Donovan & Blake, 1992)

Les médecins distinguent l'inobservance due à l'incapacité de prendre les traitements de celle s'apparentant à une absence de volonté ou un refus de suivre la prescription médicale. S'ils savent se montrer compréhensifs par rapport à l'inobservance des patients ayant un traitement très lourd ou comportant de nombreux et pénibles effets indésirables, en revanche, ils attendent de ceux dont le traitement leur paraît facile à prendre et supportable qu'ils effectuent la part d'effort qui leur est impartie.

« Il y a la nécessité pour le patient d'avoir une exigence, à partir du moment où on aménage son traitement, où on lui donne le traitement le plus facile à prendre au quotidien, qu'il le prenne. » (Dr N, homme)

Ainsi, les médecins attendent du patient qui n'a pas de « circonstances atténuantes » qu'il prenne son traitement de façon régulière. Il est en quelque sorte de son devoir de se soigner et de se conduire ainsi en individu responsable.

Enfin, l'enquête a également révélé que la façon dont les médecins perçoivent la mauvaise observance peut également avoir pour soubassement un sentiment d'échec dans leur rôle de thérapeute. L'inobservance des patients peut, en effet, mettre en question les médecins et les plonger dans un sentiment de désarroi et de frustration. Cependant, le jugement moral sur le comportement du patient et le sentiment d'échec s'inscrivent dans une même conception de l'observance comme norme. Ainsi, les médecins attendent des patients qu'ils partagent le modèle de pensée et les objectifs médicaux, sans concevoir que leurs priorités et leurs logiques puissent en diverger.

Discussion

Corroborant les résultats d'autres études, cette enquête montre que la décision des médecins d'initier le traitement ARV

s'étaye sur des paramètres médicaux mais aussi non-médicaux, jugés prédictifs de l'observance future des patients.

Cependant, à la différence de certaines recherches, notre étude met en lumière que la décision de retarder la prescription d'une thérapie ARV ne concerne pas spécifiquement des catégories de populations marginalisées ou défavorisées, telles que les usagers de drogues ou les personnes en situation de précarité. En effet, notre étude a mis en évidence que si la décision d'initier un traitement s'appuie sur le jugement des médecins relatifs à l'observance supposée des patients, les critères pris en compte pour former un tel jugement ne sont pas seulement d'ordre « social » mais également d'ordre « personnel ». Ainsi le jugement des médecins sur des éléments tels que le désir de se soigner ou la perception des traitements jouent-ils un rôle majeur dans la prise de décision de débiter le traitement.

Un deuxième point important à noter est que l'évaluation, dans la phase pré-prescription, des paramètres sociaux et personnels susceptibles d'entraver le suivi du traitement, a pour objectif de les modifier. Des études précédentes¹⁸ ont rapporté que les médecins cherchaient à résoudre les problèmes psycho-sociaux constituant des obstacles potentiels à l'observance. Pour sa part, notre recherche a mis au jour que les médecins cherchent à agir sur les obstacles sociaux mais également à modifier les paramètres personnels, ne relevant pas de problèmes psychologiques, tels que la perception du traitement ou le désir de débiter un traitement ARV. Ainsi, contrairement à ce qu'ont observé ces travaux, la phase de préparation ne se limite pas à informer le patient sur le traitement mais elle vise aussi à persuader le patient de débiter le traitement en modifiant sa vision du traitement.

¹⁸ Robert, Volberding,, 1999 ; Erger *et al.*, 2000 ; Gerbert *et al.*, 2000

L'étude des pratiques des médecins relatives à la gestion des comportements d'inobservance des patients a mis en évidence des pratiques de vérification de l'observance, comme l'avaient indiqué les études précédentes¹⁹. Ces recherches avaient insisté sur la variabilité des modalités de cette vérification en fonction des médecins. Les résultats de cette étude montrent que la variabilité des pratiques observées dépend davantage des situations que des médecins. Ainsi, il existe une différence entre la fréquence et la façon de formuler les questions en fonction du jugement du médecin sur le comportement d'inobservance du patient, l'attention et la suspicion se concentrant sur les personnes ayant déjà manifesté des conduites d'inobservance, donc susceptibles d'être sciemment inobservantes à la prescription médicale. Ce constat s'inscrit dans la lignée des résultats des études qui ont montré le rôle joué par le comportement thérapeutique antérieur des patients dans la formation de préjugés chez les médecins à leur égard, lesquels influent ensuite sur les pratiques médicales²⁰. Par ailleurs, nos observations corroborent les résultats de l'étude de Gerbert *et al* selon laquelle les médecins questionnent plus spécifiquement les patients dont ils perçoivent des signes d'inobservance, notamment une dégradation des résultats biologiques, et qui rapporte l'usage du dosage plasmatique par les médecins afin de vérifier la validité des déclarations relatives au suivi du traitement de certains patients. Ainsi, la vérification de l'inobservance participe davantage d'un climat de suspicion que d'une volonté d'accompagner le patient en évoquant systématiquement la façon dont se passe la prise des médicaments et en s'intéressant à son vécu du traitement.

Les pratiques des médecins destinées à favoriser l'observance des patients prennent également des formes

¹⁹ Roberts, Volberding,, 1999; Gerbert *et al.*, 2000

²⁰ Bogart *et al.*, 2000 ; Gerbert *et al.*, 2000 ; Loughlin *et al.*,2004 ; Marelich *et al.*, 2000

variables, allant d'une approche éducative fondée sur une relation de partenariat à une approche autoritaire participant d'une relation asymétrique et paternaliste. Ces résultats rejoignent, par conséquent, la distinction établie par Kremer²¹ entre une approche coercitive et paternaliste de l'observance d'une approche non-coercitive et basée sur la collaboration du médecin et du patient. Cependant, alors que Kremer classait chaque médecin dans l'une ou l'autre des catégories, la présente recherche a montré que la réaction du médecin évoluait en fonction des situations. L'analyse conjointe des consultations médicales et des entretiens avec les médecins permet de proposer l'hypothèse que la variabilité de ces comportements dépend de l'origine attribuée à l'inobservance des patients. Au regard des pratiques observées, il apparaît que le partenariat est davantage réservé aux patients qui manifestent ou dont le médecin présuppose qu'ils ont la volonté de se soigner. Dès lors que la responsabilité de l'inobservance est attribuée au patient, qui paraît refuser de coopérer ou manquer de volonté pour suivre le traitement, les médecins adoptent une posture autoritaire. De la même façon, les médecins sont prêts à adapter le choix du traitement à des éléments objectifs que sont les paramètres sociaux mais ils seront moins conciliants dès lors que l'origine de la difficulté à prendre le traitement semble résider dans un refus du traitement.

Un autre point à souligner concerne le fait que les médecins semblent attendre des patients qu'ils adoptent une attitude responsable mais ne leur en donnent pas véritablement les moyens. Tout d'abord, on peut noter que si les médecins souhaitent que les patients se montrent « responsables », ils contribuent eux-mêmes à les infantiliser en utilisant un mode de communication basé sur les remontrances et la culpabilisation ou en ne leur transmettant pas toujours les informations suffisantes

²¹ 2004

pour leur permettre de réaliser un choix éclairé concernant leur conduite de médication.

D'autre part, on peut relever le paradoxe selon lequel les médecins attendent simultanément des patients qu'ils obéissent à leurs prescriptions et qu'ils adoptent une attitude responsable. On ne peut que souligner l'incompatibilité entre cette volonté des médecins d'amener les patients à plus de participation et une vision asymétrique de la relation médecin-malade selon laquelle le patient doit suivre les instructions du médecin²².

Cependant, cette contradiction n'est qu'apparente puisque que la notion de responsabilité est utilisée ici dans une acception qui se réfère exclusivement aux valeurs du modèle de pensée biomédical. Les médecins attendent des personnes qu'elles prennent en charge leur santé mais uniquement en allant dans le sens des idéaux de la santé publique et des thérapeutiques prônées par la biomédecine. Par conséquent, on peut formuler l'hypothèse que l'approche de l'inobservance comme soumission à la prescription médicale, mise en exergue dans cette étude, peut être imputée à une perspective médico-centrée qui ne laisse pas de place à l'expérience et à l'univers du patient. Comme nous l'avons vu durant la phase de vérification de l'observance, les médecins ne cherchent pas à comprendre les raisons profondes des pratiques médicamenteuses des patients. Par ailleurs, l'analyse des entretiens a montré que l'inobservance des patients n'est comprise que lorsqu'elle prend sa source dans des difficultés jugées objectives par les médecins. Des études sur l'expérience et le vécu des traitements ARV par les personnes infectées par le VIH/sida ont, néanmoins, mis en lumière que la question du suivi du traitement par les patients s'enracine dans la complexité de son existence individuelle et sociale et de sa vision

²² Cette contradiction a été soulevée par Sylvie Fainzang, 2004: « Parmi les normes médicales et les valeurs qui y sont rattachées, il y a à la fois valorisation de l'autonomie du malade et valorisation de l'obéissance. Or qui dit autonomie dit possibilité de désobéissance, ce qui est contraire à l'observance. »

du monde qui façonnent son vécu de la maladie et du traitement²³. Les médecins gagneraient sans doute à explorer et à prendre en considération le vécu et la vision du traitement des personnes infectées par le VIH afin de favoriser l'instauration d'un véritable dialogue et d'un travail de partenariat avec les patients.

Conclusion

La question de l'observance s'est révélée intervenir dans les différentes étapes du suivi médical des patients. Dans la phase pré-prescription, il a pu être dégagé que la volonté de prévenir l'inobservance des patients influe aussi bien sur la décision de débiter le traitement que sur le choix du traitement. Au cours de la phase post-prescription, la gestion de l'inobservance se manifeste dans la vérification du suivi du traitement et dans des pratiques visant à améliorer l'observance des patients.

En ce qui concerne le type de stratégies utilisées et la conception de l'observance et des relations médecins-malades sous-jacente à ces pratiques, elles sont apparues comme variables. Ainsi, l'étude a mis en évidence que les pratiques des médecins pouvaient, dans certains cas, reposer sur l'information ou l'éducation du patient et se caractériser par une relation partenariale, mais qu'elles pouvaient également, dans d'autres situations, s'appuyer sur des pratiques autoritaires et moralisatrices témoignant d'une relation asymétrique. Ces deux approches de l'observance se sont retrouvées aux différentes étapes du suivi médical, que ce soit lorsque les médecins tentent de convaincre les patients d'accepter de débiter le traitement, comme dans les pratiques de vérification de l'observance ou dans les méthodes pour gérer l'inobservance des patients. Dans chacun de ces contextes, il est apparu que la différence de posture adoptée par les médecins dépend du jugement qu'ils

²³ Voir par exemple l'ouvrage collectif Lévy *et al.*, 2004

portent sur l'observance et, surtout, sur la volonté du patient de se traiter.

Notre étude a donc révélé une approche de l'observance en termes de rapports de force plutôt que de partenariat avec le patient. Pourtant, ce qui est interprété comme un refus de coopérer des patients n'est souvent que le reflet d'un rapport complexe et difficile avec le traitement et la maladie. Il semble par conséquent essentiel que les médecins parviennent à changer de regard sur l'observance des patients et à ne plus l'appréhender comme une remise cause de leur autorité mais comme le signe d'un besoin d'accompagnement du patient. Seul un tel changement de perspective rendra possible une amélioration du suivi du traitement par les patients.

Références bibliographiques

- Ammassari, A., Trotta, M.P., Murri, R., Castelli, F., Narciso, P., Noto, P., Vecchiet, J., D'Arminio Monforte, A., Wu, A.W., Antinori, A. (2002), « Correlates and predictors of adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy : overview of published literature », *Journal Of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 31 : 121- 127.
- Abelhauser, A., Lévy, A., Laska, F., Weill-Philippe, S. (2001), « Le temps de l'adhésion » :79-86, in *L'observance aux traitements contre le VIH/sida - Mesure, déterminants, évolution*, Paris, ANRS.
- Bassetti, S., Battegay, M., Furrer, H., Rickenbach, M., Flepp, M., Kaiser, L., Telenti, A., Vernazza, P.L., Bernasconi, E., Sudre, P., the members of the Swiss HIV Cohort Study (1999), « Why is highly active antiretroviral therapy (HAART) not prescribed or discontinued? », *Journal Of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 21, 2,114-119.

- Bogart, L.M., Kelly, J.A., Catz, S.L., Sosman, J.M. (2000), « Impact of medical and nonmedical factors on physician decision making for HIV/AIDS antiretroviral treatment », *Journal Of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 23,5,396-404.
- Carrieri, M.P., Moatti, J.P., Vlahov, D., Obadia, Y., Reynaud-Maurupt, C., Chesney, M. (1999), « Access to antiretroviral treatment among French HIV infected injection drug users: The influence of continued drug use. MANIF 2000 Study Group », *Journal of Epidemiology and Community Health*. 53,1, 4-8.
- Delfraissy, J.-F. (2002), *Prise en charge des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts*, Paris, Flammarion.
- Desclaux, A. (2001), « L'observance en Afrique : question de culture ou « vieux problème de santé publique » ? » :57-66, in *L'observance aux traitements contre le VIH/sida - Mesure, déterminants, évolution*, Paris, ANRS.
- Donovan, J.L., Blake, D.R. (1992), « Patient non-compliance : Deviance or reasoned decision-making ? », *Social Science and Medicine*, 34, 5, 507-513.
- Erger, J., Grusky, O., Mann, T., Marelich, W. (2000), « HIV healthcare provider-patient interaction: Observations on the process of providing antiretroviral treatment », *AIDS Patient Care STDS*, 14, 5, 259-268.
- Fainzang, S. (2004), « Les normes en santé. Entre médecins et patients, une construction dialogique », in *Rencontres SIRS (04/11/2004) - Représentations de santé et construction des normes médicales*, consulté sur internet : <http://www.b3e.jussieu.fr/sirs/lesrencontres.htm>, le 24/01/2005.

- Gerbert, B., Bronstone, A., Clanon, K., Abercrombie, P., Bangsberg, D. (2000), « Combination antiretroviral therapy : Health care providers confront emerging dilemmas », *AIDS Care*, 12, 4, 409-421.
- Kremer, H., Bader, A., O'Clairigh, C., Bierhoff, H.W., Brockmeyer, N.H. (2004), « The decision to forgo antiretroviral therapy in people with HIV- Compliance as paternalism or partnership ? », *European Journal of Medical Research*, 9, 2, 61-70.
- Lerner, B.H., Roy, M.G., Dubler, N.N. (1998), « Rethinking nonadherence : Historical perspectives on triple-drug therapy for HIV disease », *Ann Intern Med*, 129, 7, 573-578
- Lévy, J.J., Pierret, J., Trottier, G. (2004), *Les traitements antirétroviraux. Expériences et défis*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec.
- Loughlin, A., Metsch, L., Gardner, L., Anderson-Mahoney, P., Barrigan, M., Strathdee, S. (2004), « Provider barriers to prescribing HAART to medically-eligible HIV-infected drug users », *AIDS Care*, 16, 4, 485-500.
- Malcom, S.E., Ng, J.J., Rosen, R.K., Stone, V.E. (2003), « An examination oh HIV/AIDS patients who have excellent adherence to HAART », *AIDS Care*, 15, 2, 251-261.
- Marelich, W.D., Grusky, O., Erger, J., Mann, T., Roberts, K.J. (2000), « Biomedical markers, adherence myths and organizational structure : a two-stage model of HIV healthcare provider decision making », *Research in the Sociology of Health Care*, 17, 99-117.
- Meystre-Agustoni, G., Dubois-Arber, F., Cochand, P., Telenti, A. (2000), « Antiretroviral therapies from patient's perspective », *AIDS Care*, 12, 6, 717-721.

- Moatti, J.P., Spire, B., Duran, S. (2000), « Un bilan des recherches socio-comportementales sur l'observance des traitements dans l'infection à VIH : au delà des modèles biomédicaux ? », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 48, 2, 182-197.
- Morin, M. (2001), « De la recherche à l'intervention sur l'observance thérapeutique : contributions et perspectives des sciences sociales » :5-20, in *L'observance aux traitements contre le VIH/sida - Mesure, déterminants, évolution*, Paris, ANRS.
- Munzenberger, N., Cassuto, J.P., Gastaut, J.A., Souville, M., Morin, M., Moatti, J.P. (1997), « L'observance au cours des essais thérapeutiques dans l'infection à VIH », *La Presse Médicale*, 26, 8, 358-365.
- Murphy, D.A., Roberts, K.J., Martin, D.J., Marelich, W., Hoffman, D. (2000), « Barriers to antiretroviral adherence among HIV infected adults », *AIDS Patient Care STDS*, 14,1, 47-58.
- Paterson, D.L., Swindells, S., Mohr, J, Brester, M., Vergis, E.N., Squier, C., Wagener, M.M., Singh, N. (2000), « Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection », *Annals of Internal Medicine*, 133, 1,21-30.
- Roberts, K.J. (2000), « Barriers to and facilitators of HIV-positive patients adherence to antiretroviral treatment regimens », *AIDS Patients Care STDS*, 14, 3, 155-165.
- Roberts, K.J., Volberding P. (1999), « Adherence communication: a qualitative analysis of physician-patient dialogue », *AIDS*; 13, 13,1771-1778.
- Wong, M.D., Cunningham, W.E., Shapiro, M.F., Andersen, R.M., Cleary, P.D., Duan, N., Liu, H.H., Wilson, I.B., Landon, B.E., Wenger, N.S. (2004), « Disparities in HIV

treatment and physician attitudes about delaying protease inhibitors for nonadherent patients », *Journal of General Internal Medicine*, 19, 4, 366-374.

Wright, M.T. (2000), « The old problem of adherence : research on treatment adherence and its relevance for HIV/AIDS », *AIDS Care*, 12, 6, 703-710.

Key words : HIV ; HAART ; adherence ; medical practices ; doctor-patient relationship.