Diminution de la charge thérapeutique rapportée par les patients : une revue systématique d'études interventionnelles quantitatives



# Introduction

La médecine centrée sur le patient est un modèle qui nécessite une compréhension holistique du patient. La « charge du traitement » est un concept clé dans cette approche.

Il s'agit de l'impact global des soins sur le bien-être du patient, qui va au-delà des effets secondaires physiques et des coûts financiers. Cette charge inclut également des dimensions :

* Temporelle (temps consacré aux rendez-vous et soins)
* Cognitive (effort mental pour gérer la maladie)
* Psychosociale (impact sur l'image de soi et les relations)
* Dynamique : Son intensité varie dans le temps et d'un patient à l'autre selon ses ressources et capacités.

Son évaluation nécessite des outils à la fois objectifs (ex : nombre de médicaments et leurs coûts) et subjectifs, basés sur les retours des patients, plusieurs questionnaires valides existent pour la mesurer, notamment chez les patients atteints de plusieurs maladies chroniques (multimorbidité).

Les patients multimorbides, qui subissent une charge de traitement élevée, représentent un défi de santé publique majeur. Pourtant, il n'existe aucun consensus ou recommandation officielle sur la manière de gérer et de réduire cette charge malgré la disponibilité d'outils de mesure.

C'est pourquoi nous avons mené une revue de la littérature afin d'identifier et d'analyser les essais cliniques ayant évalué des interventions visant à réduire la charge du traitement du point de vue des patients.

# Méthodologie

## 1. Stratégie de recherche

**Sources** :Recherche dans les bases de données MEDLINE (PubMed), PsychINFO, Cochrane et Open-Grey.

**Période** : Articles publiés entre le 1er janvier 2008 et le 15 juillet 2019.

**Critères d'inclusion** :

* Patients adultes (≥18 ans) avec au moins une affection de longue durée
* Études observationnelles ou expérimentales évaluant la charge du traitement comme critère principal ou secondaire mesuré à l'aide d'un outil valide suite à une intervention modifiant les soins.
* Les articles devaient être publiés dans certaines langues européennes.

**Critères d'exclusion :**

* Interventions n'impactant pas significativement la charge de travail des patients (ex. : changement de médicament sans modification des tâches).
* Études sur les cancers et les troubles de la fertilité (durées de soin considérées comme limitées) ainsi que les interventions chirurgicales.
* les études dans lesquelles la charge du traitement était évaluée par les aidants ou les études évaluant la charge des aidants
* Absence d'évaluation quantitative de la charge du traitement.
* Les études qualitatives, les études de validation, les publications de protocole et les revues de littérature étaient exclues.

## 2. Évaluation de la charge du traitement

Les résultats sur la charge du traitement ont été catégorisés en trois types :

* Résultat global : Si un score unique était utilisé.
* Résultats globaux et détaillés : Si un questionnaire validé multi-questions fournissait un score global et des scores par domaine.
* Résultats détaillés uniquement : Si plusieurs questions étaient posées mais qu'aucun score global n'était calculé.

# Résultats

## Caractéristiques des études

Parmi 641 documents, 28 articles ont été considérés comme potentiellement pertinents, 11 articles répondaient à tous les critères d'inclusion et d'exclusion : 9 essais contrôlés randomisés, 1 essai contrôlé non randomisé et 1 étude avant-après non contrôlée. La taille des échantillons des études variait de 55 à 1 546 patients.

Plusieurs types d'interventions ont été évalués dans ces onze articles: modification du traitement médicamenteux (7 études), changement des dispositifs médicaux (2 études) et modification du processus de soins (2 études). 3 articles ont évalué la charge du traitement comme critère de jugement principal, et 8 comme critère secondaire. 6/11 études portaient sur le diabète, y compris les 3 études qui évaluaient la charge du traitement comme critère principal. 9 études avaient une durée de suivi d'au moins 24 semaines, et 5 études avaient même un suivi d'un an ou plus.

## Impact de l'intervention

**Principaux résultats :**

Sur 11 études, 8 ont rapporté un impact positif significatif, 2 un effet positif non significatif et 1 aucun effet.

Cinq études ont fourni des détails sur les dimensions de la charge du traitement.

**Interventions efficaces :**

1. Simplification du traitement médicamenteux : Réduire la fréquence des doses ou ajouter un nouveau médicament plus efficace a significativement réduit la charge.

2. Utilisation de dispositifs médicaux simplifiés : Chez les patients diabétiques, l'utilisation de stylos à insuline préremplis, jugés plus faciles et discrets, a significativement allégé la charge.

3. Délocalisation des soins : Permettre à des patients atteints de psoriasis de suivre la photothérapie à domicile a également réduit la charge de manière significative.

**Intervention non efficace :**

Une approche globale de soins primaires pour patients multimorbides (approche "3D"), bien que bien perçue, n'a pas entraîné de réduction significative de la charge du traitement par rapport aux soins habituels.

En conclusion, les interventions ciblant directement la complexité ou la fréquence du traitement (médicaments, dispositifs) ou son lieu d'administration semblent plus efficaces pour réduire la charge perçue qu'une approche générale de réorganisation des soins.

## Évaluation du risque de biais

L'évaluation révèle un risque de biais élevé. La majorité des études (9/11) étaient en ouvert (sans aveugle), car l'intervention était perceptible par les patients.

**Financement** : 8 études étaient financées par l'industrie, dont 6 ont rapporté des résultats positifs.

**Atténuation des biais** : Seules 2 études ont utilisé des méthodes pour réduire les biais (placebo ou analyse en aveugle).

Les résultats doivent être interprétés avec prudence en raison de l'impossibilité fréquente de mise en aveugle et de la prédominance du financement industriel.

# Discussion

La revue explore, pour la première fois de manière quantitative, les stratégies visant à réduire la charge du traitement qui souffre d'un manque de preuves et de définition consensuelle.

**Résultats Principaux**

1. Efficacité des interventions : Sur 11 études analysées, 8 ont rapporté une réduction réussie de la charge du traitement. Les stratégies efficaces incluaient :
* L'optimisation des stratégies thérapeutiques.
* L'utilisation de dispositifs médicaux simplifiés.
* La possibilité de se faire soigner à domicile.
1. Un résultat paradoxal : L'étude la plus rigoureuse (Salisbury et al.), menée auprès de patients multimorbides (à haut risque de charge), n'a pas montré de réduction significative de la charge. Cette divergence s'explique par plusieurs hypothèses :
* Risque de biais : La plupart des études positives présentaient un risque élevé de biais méthodologique (manque d'aveugle, randomisation mal décrite).
* Population étudiée : Les études positives concernaient des maladies uniques, tandis que la charge est plus complexe et élevée dans la multimorbidité.
* Outils de mesure : Le choix de l'outil de mesure (générique vs. spécifique) influence les résultats. Un score global peut masquer des améliorations sur des dimensions spécifiques (comme la charge temporelle ou psychosociale).

**Difficultés et Limites**

* Preuves limitées : Le nombre d'études est faible, plus de la moitié concernent le diabète, et seulement 3 études sur 11 avaient la charge du traitement comme critère principal.
* Défis méthodologiques :
* Absence d'outil de mesure standardisé et de terme MeSH dédié, rendant la recherche complexe.
* La dimension financière de la charge a été négligée.
* Sous-estimation du concept : La charge du traitement est encore peu prise en compte dans les recommandations et la relation médecin-patient, ce qui en fait un critère de jugement rare dans les essais cliniques.

Malgré des preuves limitées et des défis méthodologiques, la réduction de la charge du traitement est un objectif crucial. Le domaine du diabète montre la voie, avec des interventions qui améliorent à la fois la charge perçue par le patient et les résultats cliniques. Les auteurs espèrent une prise de conscience croissante de l'importance de ce critère dans la recherche future.

# Conclusion

Cette revue souligne la nécessité de mieux étudier la charge du traitement chez les patients chroniques, en particulier ceux avec des comorbidités multiples. Les recherches futures doivent :

1. Cibler les patients complexes : Se concentrer sur ceux ayant plusieurs maladies.
2. Prolonger la durée des études : Évaluer les effets à long terme (suivi > 1 an).
3. Élargir les stratégies : Non seulement réduire la charge, mais aussi améliorer la capacité des patients à la gérer.
4. Évaluer l'impact économique et de santé publique : Quantifier les bénéfices d'une réduction de la charge (économies, évitement du gaspillage, réduction de la surmédicalisation).

L'objectif est de promouvoir une approche multidimensionnelle pour que ce concept soit mieux pris en compte par les décideurs du système de santé.

Dr Issam Outaik

Service de Psychiatrie , CHU Agadir

Septembre 2025