

Observance et maladie rénale chronique : aspects psychologiques, déterminants et leviers potentiels

Treatment adherence and chronic kidney disease: Psychological aspects, contributing factors, and potential levers

Stanislas Bobot¹,
Valentine Cazauvieilh²,
Flora Lefèvre²,
Justine Solignac^{2,3},
Safia Mecerli²,
Philippe Brunet^{2,3},
Mickaël Bobot^{2,3,4}

¹ Psychologie de la santé,
Université Toulouse Jean Jaurès,
Toulouse, France

² Centre de néphrologie
et transplantation rénale,
Assistance publique-Hôpitaux de Marseille,
Hôpital de la Conception,
Marseille, France

³ Aix-Marseille Université,
Inserm 1263, INRAE 1260, C2VN,
Marseille, France

⁴ CERIMED, Aix-Marseille Université,
Marseille, France

Correspondance : M. Bobot
mickael.bobot@ap-hm.fr

▼ Résumé

Le défaut d'observance des traitements concerne 30 à 50 % des patients atteints de maladies chroniques. Il s'accompagne d'une augmentation de la fréquence des complications aiguës et des hospitalisations. Dans le cadre de la maladie rénale chronique (MRC), il concerne à la fois le traitement médicamenteux, le régime alimentaire et le mode de vie. Le défaut d'observance peut concerner jusqu'à 62 % des patients hémodialysés et 28 % des patients transplantés rénaux. Le caractère longtemps silencieux de la MRC contraste avec une charge médicamenteuse importante, deux facteurs pouvant constituer des freins importants à l'observance. De plus, la forte prévalence des troubles cognitifs et dépressifs, souvent sous-diagnostiqués, est également associée au risque de non-observance dans la MRC. Le jeune âge et l'isolement social sont des facteurs de risque également identifiés. Cependant l'observance est souvent difficile à appréhender. Elle peut varier d'un patient à l'autre, et chez un même patient tout au long de l'évolution de sa maladie rénale. Le défaut d'observance peut parfois être le symptôme de difficultés d'ordre psychologique, personnel ou social. Chaque professionnel de santé intervenant auprès du patient atteint de MRC a un rôle à jouer pour dépister un défaut d'observance. Dans cette revue générale, nous discutons des aspects psychologiques et médicaux sous-tendant la non-observance, et des leviers thérapeutiques potentiels.

• Mots clés : observance, traitement, psychologie, maladie rénale chronique, cognition

▼ Abstract

Non-adherence to treatment affects 30% to 50% of patients with chronic diseases. It is associated with an increase in the frequency of acute complications and hospitalizations. In chronic kidney disease (CKD), non-adherence concerns drug treatment, diet, and lifestyle. It may affect up to 62% of hemodialysis patients and 28% of kidney transplant recipients. The long asymptomatic phase of CKD contrasts with a heavy medication burden—two factors that can hinder treatment adherence. In addition, the high prevalence of cognitive and depressive disorders, often underdiagnosed, is associated with the risk of

Pour citer cet article : Bobot S, Cazauvieilh V, Lefèvre F, et al. Observance et maladie rénale chronique : aspects psychologiques, déterminants et leviers potentiels. *Nephrol Ther* 2025 ; 21 (6) : 509-519. doi : 10.1684/ndt.2025.145

non-adherence in CKD patients. Young age and social isolation have also been identified as risk factors. However, adherence is often difficult to assess. It may vary from one patient to the other, and in the same patient over the course of the disease. Non-adherence can sometimes reflect underlying psychological, personal, or social difficulties. Every health care professional involved in the care of CKD patients has a role to play in detecting poor adherence. In this general review, we discuss the psychological and medical aspects underlying non-adherence, as well as potential therapeutic levers.

• *Key words: adherence, compliance, treatment, psychology, chronic kidney disease, cognition*

Constats sur la non-observance : un défi depuis des décennies

Le défaut d'observance reste une problématique de santé majeure puisqu'elle est responsable de complications médicales et psychosociales importantes et réduit la qualité de vie des patients [1]. La non-observance thérapeutique du patient n'est pas un phénomène nouveau, Hippocrate avait lui-même déjà constaté que « *les malades mentent souvent lorsqu'ils disent qu'ils prennent leurs médicaments* » [2].

Le défaut d'observance des traitements est un problème fréquent dans les maladies chroniques [3] ; sa prévalence est estimée entre 30 et 50 %. Il entraîne des conséquences graves sur la santé, telles qu'une augmentation de la fréquence des complications aiguës et des hospitalisations, une diminution de la qualité de vie, et est associé à des coûts de santé élevés, notamment en raison de l'augmentation des hospitalisations [4].

La non-observance thérapeutique a évolué au fil des années ; elle a pu être définie comme l'inadéquation entre les comportements des patients et les prescriptions/recommandations médicales. En 1979, elle est définie comme « *l'importance avec laquelle les comportements (en termes de prise de médicaments, de suivi des régimes, ou de changements des habitudes de vie) d'un individu coïncident avec les conseils médicaux ou de santé* » [5]. Aujourd'hui, cette définition est largement contestée puisqu'elle laisse entendre que le patient est dans une position de grande passivité face à sa prise en charge. En effet, une revue de littérature récente insiste sur la difficulté de trouver une définition qui fasse consensus [6].

En 2003, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) propose de redéfinir l'observance en insistant sur l'importance que le patient soit perçu comme un acteur de ses propres soins et qu'il est essentiel qu'il soit d'accord avec les recommandations préconisées par le professionnel de la santé. L'observance ne se limite pas à la simple

prise des médicaments, elle correspond aussi à la venue aux différents rendez-vous, à une alimentation saine, équilibrée et adaptée à la pathologie, à la pratique d'une activité physique, à l'arrêt du tabac, etc. [2].

De plus, mesurer la non-observance est complexe. Une étude a mesuré la non-observance médicamenteuse en combinant plusieurs méthodes : autodéclaration, moniteurs électroniques et données de pharmacie. Toutefois, les données d'autodéclaration peuvent être biaisées, car elles ont tendance à surestimer l'adhésion comparativement aux mesures objectives [4]. Cette étude a identifié plusieurs interventions ayant permis d'obtenir des améliorations significatives en matière d'adhésion au traitement : l'éducation thérapeutique des patients (+10 %), la gestion des régimes médicamenteux, notamment grâce à l'utilisation de pilules combinées permettant de réduire le nombre de prises quotidiennes et ainsi de simplifier la prise en charge (+15 %), et les rappels de médicaments, sous forme d'appels pour le renouvellement des prescriptions ou de dispositifs électroniques de suivi tels que des applications dédiées (+33 %).

Cela soulève donc un certain nombre de questions : suffirait-il que le patient soit acteur de sa prise en charge pour être observant ? Pourquoi un patient produit-il des comportements qui pourraient nuire à sa santé ? L'inobservance est-elle une maladie chronique ? Qu'est-ce qui sous-tend la non-observance thérapeutique, et quels sont les leviers potentiels ? Nous tenterons au cours de cet article d'apporter un éclairage multifactoriel non exhaustif pour approcher la notion de non-observance thérapeutique.

Une maladie silencieuse : un facteur de risque en soi ?

La maladie rénale chronique (MRC), à ses premiers stades, est une maladie souvent qualifiée par le patient de « silencieuse » ou « invisible ». Les symptômes en lien

avec l'insuffisance rénale terminale arrivent très tardivement aux stades les plus avancés de la MRC. L'observance dans ce cadre vise à retarder la dégradation de la fonction rénale et donc retarder le recours aux traitements de suppléance, tels que la dialyse et la transplantation rénale. Pourtant, on repère que le patient, malgré un fort désir de retarder l'arrivée en dialyse ou un fort désir d'être transplanté avant la mise en dialyse, ne va pas toujours mettre en place les comportements adéquats pour une bonne observance. Plusieurs facteurs spécifiques à la MRC pourraient y participer.

Pour ralentir la progression de la MRC, le patient doit prendre une charge médicamenteuse importante et complexe qui peut changer et être adaptée au cours de son suivi [7]. Cela demande également au patient un régime alimentaire strict et parfois contraignant, adapté à sa pathologie rénale. Le caractère parfois silencieux de la MRC conduit donc le patient à devoir prendre des traitements médicamenteux, et à suivre des régimes alimentaires stricts sans ressentir les symptômes de sa maladie. Il arrive que les seuls signes de la maladie apparaissent sur les bilans biologiques et dans le discours médical. Dès lors, se soigner implique de faire confiance à son médecin. Dans le discours du malade, il est fréquent d'entendre « *je prends des médicaments parce que mon docteur me le demande* ». Parfois même, le patient va se soigner pour « faire plaisir » au soignant avant même de se soigner pour son « bien » à lui. Pour d'autres, cela représente une perte de sens de devoir prendre soin de sa santé sans en ressentir les signes et les symptômes.

La non-observance thérapeutique représente un enjeu majeur pour cette population puisque cela peut entraîner des répercussions négatives sur la prise en charge de la maladie, sur sa progression, et sa qualité de vie [7-10]. En effet, il a été rapporté qu'une faible observance médicamenteuse est indépendamment associée à un surrisque de 27 % de progression de la MRC [11].

Le caractère silencieux de la MRC pourrait être un facteur de risque mais il en est un parmi d'autres.

La non-observance thérapeutique : des facteurs de risque multiples et complexes

Les études s'intéressant à l'observance tentent d'identifier des facteurs de risque afin de repérer les patients les plus à risque de non-observance. Elles repèrent que les déterminants de l'observance sont multifactoriels [6, 12] intégrant des facteurs biomédicaux, psychosociaux,

environnementaux, démographiques mais aussi des facteurs plus précis, tels que la relation médecin-malade [2, 13]. Le stade avancé dans la MRC est également associé à une moins bonne adhésion aux traitements médicamenteux [7, 14]. De plus, de fausses représentations sur les médicaments, une mauvaise connaissance sur la MRC, la polymédication, les effets secondaires des traitements, les changements de médicaments, une mauvaise qualité de relation soignant-soigné, représentent également des facteurs de risque importants dans l'inobservance thérapeutique. Certaines comorbidités fréquentes dans les maladies chroniques peuvent augmenter le risque de non-observance, comme la dépression (figure 1).

En hémodialyse, la quantité de médicaments prescrits est souvent considérable et associée à une diminution de la qualité de vie et à un défaut d'observance (jusqu'à 62 % des patients). Les chélateurs du phosphate représentent environ la moitié de la charge médicamenteuse [15].

En transplantation rénale, la non-observance aux médicaments immunosuppresseurs concerne en moyenne 28 % des patients, et peut être associée à des complications graves telles que des rejets ou des pertes du transplant. Les principaux facteurs de risque identifiés sont le jeune âge, l'isolement social et les cognitions négatives, soulignant la nécessité de stratégies personnalisées pour garantir au mieux l'observance [16].

Cependant, il semble difficile de repérer des facteurs de risque qui fassent consensus et aucune étude n'a permis d'identifier des profils psychologiques plus à risque que d'autres de non-observance [2]. Il semblerait qu'il soit donc nécessaire de repenser la non-observance au cas par cas, mais aussi de l'envisager comme un symptôme potentiel de souffrance psychique.

La non-observance : un symptôme ?

La non-observance peut être appréhendée sous l'angle du symptôme au sens psychologique du terme. Ce symptôme a une fonction inconsciente pour le patient, elle peut être le signe d'une souffrance interne ou encore le témoin que le patient tente de trouver une solution pour faire face à la maladie et à ses conséquences psychologiques. Il s'agit alors de décrypter avec le patient le sens que peut recouvrir cette non-observance thérapeutique [2]. Il est donc nécessaire de repérer les signes des difficultés que les patients présentent face à l'observance.

Que dit le patient sur cette non-observance ? Amener le patient à prendre conscience des enjeux psychiques qui sous-tendent le rapport qu'il entretient avec sa santé et

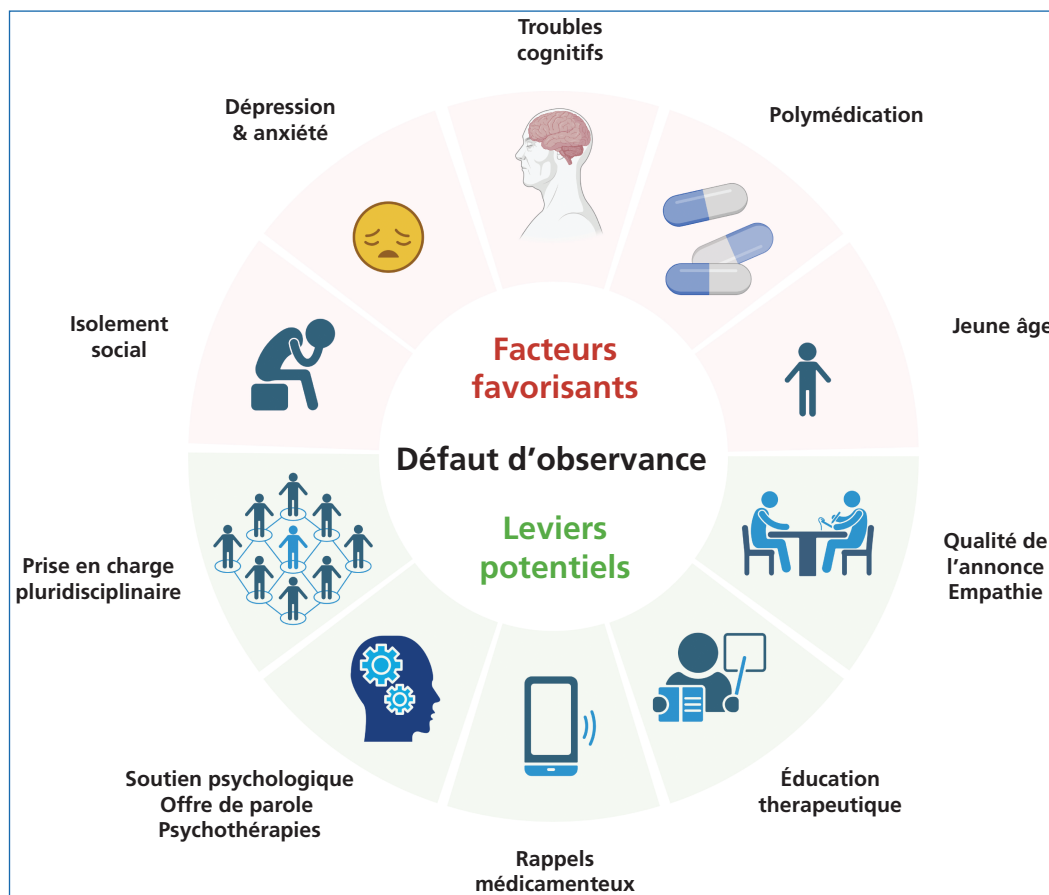


Figure 1 • Défaut d'observance dans la maladie rénale chronique : facteurs favorisants et leviers potentiels.

Figure réalisée avec Biorender.com (2025).

ses soins constitue déjà un point de départ pour améliorer l'observance. En effet, il est nécessaire que le patient ait une meilleure connaissance de ses traitements et des raisons pour lesquelles il doit les prendre, mais cela ne suffit pas. Il s'agit parfois aussi de renvoyer cette question « *pourquoi, alors que vous savez quoi faire, vous ne le faites pas ? Que se passe-t-il ?* » [17]. Il arrive parfois que le patient lui-même ne sache pas consciemment pourquoi il oublie ses traitements « *j'ai oublié mais je ne sais pas pourquoi* ». L'oubli n'est pas toujours le signe d'un trou de mémoire, d'un manque de connaissance ou encore d'un manque d'attention. L'oubli est à interroger, il est parfois porteur d'un sens caché difficile à décrypter [18]. Il pourrait être le signe d'une angoisse de mort, d'une tentative de maîtrise sur le sentiment d'irréversibilité de la maladie, ou encore une tentative manquée d'oublier la maladie (« *en oubliant la maladie, j'oublie les traitements par la même occasion* »), d'une image du corps altérée, d'une représentation du corps et des organes incompatible avec la prise d'un traitement, d'un sentiment de dette symbolique trop difficile à porter, etc.

Un exemple en transplantation rénale : Mme K est une jeune patiente transplantée rénale suite à un don vivant de sa sœur. Depuis quelques mois, elle oublie de prendre ses traitements sans qu'elle ne sache réellement pourquoi. Après plusieurs mois de psychothérapie, elle prend conscience petit à petit que ses oublis ne sont pas le signe d'une maladresse ou un manque d'attention... : « *je crois qu'inconsciemment j'oublie les traitements car le rein de ma sœur est trop dur à porter, je m'en veux, et je le sens cogner tous les jours, et j'ai l'impression que depuis la greffe notre relation n'est plus pareille, elle guette que je prenne bien mes traitements et me demande d'y faire attention donc je ne fais plus rien de peur de l'abîmer [...] et j'ai tellement peur qu'elle m'en veuille que je voudrais oublier que je suis greffée [...] ou le perdre une bonne fois pour toutes pour ne plus ressentir ça* ». Dans le cas de Mme K c'est le sentiment de dette envers sa sœur qui l'a poussée à « rejeter » son greffon pour annuler ce sentiment de dette. Cet exemple illustre qu'il existerait des processus psychologiques à la fois conscients et inconscients en jeu dans la non-observance, très différents selon l'histoire de vie de chaque patient.

La non-observance est souvent une source de malentendus et de frustration entre le soignant et le soigné, conduisant parfois à des ruptures de soins. Pourtant, il semble bien que la qualité de relation soignant-soigné soit un déterminant important dans l'amélioration de l'observance [1, 19]. Elle se tient bien souvent au carrefour de l'éthique du soignant de soigner et de l'éthique du malade qui ne va pas toujours dans le sens de ce qui serait bon pour lui. Améliorer l'alliance thérapeutique passerait peut-être en premier lieu par une meilleure compréhension des mécanismes psychiques qui sous-tendent ce phénomène.

Susciter une question sur la thématique de l'observance et interroger l'ambivalence peut permettre parfois d'introduire l'offre de parole du psychologue.

L'offre faite au malade de rencontrer le psychologue vise avant tout de comprendre ce qui sous-tend ce symptôme. Elle doit être proposée et reproposée régulièrement : dès le début de la prise en charge, en cas de difficultés rencontrées, lors du franchissement d'étapes clés dans l'évolution de la maladie (comme la préparation à la dialyse ou la transplantation rénale), ou enfin si le patient en fait la demande. Comment proposer le psychologue ? Les soignants expriment parfois une crainte à l'idée de suggérer de rencontrer le psychologue du service. À l'inverse, le psychologue peut être imposé au patient par son néphrologue sans explication, « *il faut voir le psychologue, avant d'être de nouveau inscrit sur la liste de transplantation rénale* ». Le psychologue doit être présenté dans la continuité d'une volonté de savoir et de comprendre ce qui se joue du côté du patient dans la non-observance thérapeutique.

Atteinte cognitive et observance

Les patients atteints de MRC présentent une prévalence importante et sous-estimée des troubles cognitifs [20] comme la mémoire.

Cette atteinte cognitive apparaît dès les stades 3b et 4 de la MRC [21] et évolue parallèlement au déclin du débit de filtration glomérulaire [22]. Ces atteintes cognitives s'expliquent à la fois par les comorbidités fréquentes chez les patients MRC, telles que l'hypertension artérielle ou le diabète, mais également par l'accumulation de certaines toxines urémiques comme l'indoxyl sulfate qui apparaît comme un facteur spécifique central dans les atteintes cognitives dans la MRC [20, 23, 24].

L'atteinte de la mémoire et de l'attention, fréquente chez les patients atteints de MRC, complexifie leur prise en charge et peut avoir un impact direct sur l'observance

thérapeutique [25] : compréhension limitée des explications, oublis de traitements ou de rendez-vous, difficultés d'adaptation des traitements en cas de situation aiguë. En effet, deux études ont montré que 44 % des patients rapportaient des oublis de traitement, les antihypertenseurs étant les plus souvent concernés [26, 27]. Il est donc crucial de dépister précocement ces troubles cognitifs pour identifier les patients à risque ou présentant des troubles cognitifs dès le stade d'atteinte cognitive légère, et que les acteurs du soin soient formés à cette problématique et à son dépistage [28], au moyen de tests simples comme le *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) [29], ayant la meilleure sensibilité pour le dépistage des troubles cognitifs légers. L'objectif est ainsi d'identifier les patients à risque de défaut d'observance. Chez ces patients, le soutien de l'entourage est donc essentiel pour renforcer l'observance, et la mise en place de passages infirmiers peut être nécessaire. Chez les patients hémodialysés ces atteintes cognitives sont particulièrement fréquentes et sous-diagnostiquées, elles peuvent concerner jusqu'à 80 % des patients [30], touchant en particulier la mémoire, l'attention et le langage [31].

Dépression et observance

La non-observance est également beaucoup plus fréquente chez les patients souffrant de dépression. Jusqu'à 60 % d'entre eux peuvent présenter une mauvaise observance des traitements. Ce phénomène s'explique par plusieurs facteurs : effets secondaires des médicaments, manque de motivation, et perception négative de l'efficacité des traitements. Cela souligne l'importance d'identifier et de prendre en compte les éléments dépressifs pour proposer des interventions adaptées, dans le but d'améliorer l'adhésion et les résultats thérapeutiques [32].

La dépression est l'affection psychiatrique la plus fréquente chez les patients atteints de MRC. Elle touche environ 1 patient atteint de MRC sur 4 selon une méta-analyse [33], voire jusqu'à 58 % des patients dans une étude récente [34], et a un retentissement important sur leur qualité de vie. Ses mécanismes dans la MRC sont complexes et semblent faire intervenir l'inflammation chronique et l'accumulation de toxines urémiques dérivées du tryptophane comme l'indoxyl sulfate ou les kynurénines [35].

De plus, les essais randomisés contrôlés ont montré que les traitements antidépresseurs sont d'efficacité moindre chez les patients MRC que dans la population générale [36]. Les mécanismes de la dépression énoncés ci-dessus peuvent également expliquer la résistance au traitement dans la MRC [35]. La dépression complique également

la prise en charge de la MRC dont elle peut aggraver la sévérité, tout comme la MRC peut aggraver les symptômes dépressifs [35]. Par ailleurs, plusieurs études ont montré une association entre la présence de symptômes dépressifs et une moindre adhésion au traitement [37, 38] ou au régime diététique [39]. Cette moindre adhésion est associée au déclin de la fonction rénale [38]. On retrouve cette association également chez les patients transplantés rénaux [40]. De plus, les symptômes dépressifs ou anxieux vont souvent conduire à de la polymédication qui peut encore aggraver le risque d'inobservance des traitements nécessaires [41].

Le moment délicat de l'annonce du diagnostic

Le moment de l'annonce d'un diagnostic de maladie chronique est un véritable enjeu car il constitue un moment déterminant dans le parcours de soins du patient. En effet, l'annonce est fréquemment vécue comme une rupture biographique pour le patient qui doit adapter ses comportements à sa pathologie (arrêt du tabagisme, modification de son alimentation, etc.). Les conséquences de cette nouvelle condition de vie vont parfois conduire à des aménagements tant dans la sphère privée que professionnelle mais également pouvoir conduire à de nombreux troubles psychologiques tels que de l'anxiété, de la dépression, un impact sur l'image et l'estime de soi.

Elle peut souvent être vécue de façon brutale et violente par le patient. Le manuel de référence des troubles psychiatriques DSM-5 reconnaît l'annonce comme un événement traumatique, susceptible de provoquer une détresse psychologique affectant à la fois la qualité de vie du patient et son adhésion au traitement.

En effet, la qualité de l'annonce peut directement impacter le patient ; une annonce estimée par le patient comme de mauvaise qualité peut accentuer l'apparition de différents troubles psychiatriques tels que la dépression, le stress post-traumatique et l'anxiété généralisée. La dépression est d'ailleurs le trouble psychiatrique apparaissant le plus fréquemment suite à une annonce vécue comme traumatisante [42]. Plusieurs études montrent que les patients déprimés sont trois fois plus enclins à ne pas suivre les recommandations médicales [43]. La dépression est également corrélée à une insatisfaction du patient, ce qui va jouer un rôle déterminant dans le processus de soin. En effet, la satisfaction est étroitement liée à la qualité de la prise en charge et à l'amélioration de la qualité de vie à long terme [44]. Cela montre l'importance de porter une attention particulière à la façon dont l'annonce se fait et comment le patient a pu la vivre

et de sensibiliser les médecins au fait qu'un diagnostic de maladie chronique est un événement traumatique. Maintenir des échanges collaboratifs entre le médecin et le psychologue en amont et en aval de l'annonce pourrait garantir une meilleure prise en charge globale et personnalisée du patient [42].

Pour pallier les conséquences d'une annonce potentiellement traumatisante, le psychologue ou le psychiatre peuvent avoir recours à plusieurs interventions psychothérapeutiques qui se sont avérées efficaces pour accompagner le patient. Notamment, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) qui est la plus couramment utilisée et étudiée dans les maladies chroniques. Mais il existe également d'autres approches, telles que la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) ou l'intervention psychologique positive (PAI), les thérapies analytiques et la psychanalyse. Ces approches ont déjà montré leur efficacité pour aider les patients à accepter leur nouvelle condition de vie et à réduire les symptômes dépressifs après l'annonce d'une maladie chronique [45]. Cela pourrait ainsi permettre une meilleure observance future.

Cependant, si la majorité des études relatives à l'impact psychologique de l'annonce concerne les patients atteints de cancer, des similarités existent probablement lors de l'annonce d'une maladie chronique. Il existe peu de données disponibles concernant l'annonce en néphrologie et son impact sur l'observance. Des programmes d'enseignement par la simulation pour les annonces difficiles en néphrologie ont toutefois été proposés [46, 47] pour développer l'empathie des soignants en formation et améliorer la relation médecin-malade dans ces situations difficiles.

L'observance dans les maladies chroniques est un enjeu majeur. Il pourrait être intéressant de comparer les caractéristiques de cette observance dans différentes maladies chroniques telles que la MRC, les maladies génétiques ou les cancers, afin de mieux comprendre ce qui pousse un patient à suivre ou non son traitement.

La relation soignant-soigné : un levier essentiel

Pour améliorer l'alliance thérapeutique entre patients et soignants, il est important d'avoir une communication claire et de faire preuve d'empathie. Ceci est notamment démontré par une méta-analyse montrant que la qualité de la communication entre médecin et patient est fortement corrélée à l'adhésion au traitement. Elle montre que des difficultés de communication, notamment en utilisant un langage médical complexe et en négligeant

d'expliquer clairement l'importance du traitement, sont associées à un risque de non-adhésion plus élevé. La formation des médecins aux compétences en communication améliore significativement cette adhésion et est donc un enjeu majeur [48].

L'amélioration de la compréhension est un enjeu important chez les patients avec MRC, car il a été montré chez eux des lacunes dans la connaissance de leur traitement et dans la gestion de leur maladie [49]. La littératie en santé correspond à la capacité de trouver, comprendre, évaluer et communiquer l'information dans le but de promouvoir, maintenir et améliorer la santé de l'individu [50]. Améliorer la littératie en santé semble être un point crucial à développer chez les patients atteints de MRC [51]. En effet, une faible littératie en santé chez les patients atteints de MRC est indépendamment associée à une moins bonne observance et une augmentation de la mortalité [52, 53]. Une autre étude a montré qu'une meilleure adhésion au traitement est associée à la lecture des notices des traitements, mais a également identifié plusieurs freins, tels que la complexité du langage médical, le manque d'accessibilité aux informations et aux différents niveaux de compréhension des patients. Cette étude souligne également l'influence des médias et des sources d'informations externes sur la perception des traitements, pouvant influencer leur observance de manière positive ou négative [54]. Cela vient mettre en évidence la nécessité d'une éducation thérapeutique personnalisée et d'un accompagnement médical renforcé afin de réduire les risques liés à une mauvaise observance [49, 54].

Il est également important de noter que des jugements implicites de soignants, tels que des stéréotypes liés à l'origine ethnique, au genre, au statut socio-économique ou aux maladies chroniques, peuvent nuire à la qualité de la relation thérapeutique mais également à l'adhésion au traitement. Ces études, majoritairement issues des États-Unis, indiquent une différence d'accès aux soins et de traitement des patients due à des stéréotypes sur l'origine ethnique, le genre féminin et le statut socio-économique [55-57]. Cependant, ces différences se retrouvent également dans d'autres pays [58]. Les auteurs insistent donc sur l'importance d'une formation des soignants et des patients ainsi qu'à la prise de conscience de ces biais. Il serait intéressant de mener des recherches similaires en France afin d'informer et de sensibiliser les soignants sur des stéréotypes parfois inconscients mais pouvant changer la qualité de soin.

Dans l'objectif d'améliorer la communication patient-soignant, il a été montré qu'une approche centrée sur le patient, qui valorise une relation de confiance et prend en compte les émotions, les attentes et préférences,

améliorerait l'observance thérapeutique. Cette approche repose sur une écoute active, la reformulation des propos du patient pour s'assurer de leur compréhension, et un partage d'informations claires et adaptées. Cela comprend également l'importance de l'implication du patient dans la prise de décision, du respect de son autonomie et de l'encouragement à l'autogestion afin d'améliorer la satisfaction, renforcer l'adhésion aux traitements et réduire l'anxiété [59]. Cette approche est désormais un enjeu majeur, et des auteurs mettent en avant l'importance de développer de nouveaux outils de mesure adaptés aux différents contextes cliniques [60].

En hémodialyse, un essai randomisé a montré qu'une modalité de thérapie cognitivo-comportementale (10 sessions hebdomadaires de 50 à 60 minutes réalisées par un infirmier spécialisé en soins psychiatriques) permettait une amélioration de l'observance aux traitements médicamenteux et aux séances de dialyse [61]. Enfin, des interventions de réalité virtuelle pourraient avoir un effet bénéfique sur l'observance, en particulier sur l'observance à la pratique de l'exercice physique chez les patients hémodialysés [62, 63].

Dans le cadre de la transplantation rénale, aucune intervention isolée (suivi médical ou psychologique) n'a démontré de supériorité pour améliorer l'observance. En revanche, une approche multimodale s'est révélée prometteuse sur le long terme [16, 64].

En cas de situation d'impasse, malgré les mesures mises en place où le patient reste dans une position de non-observance, réfractaire, opposante, voire conflictuelle, il faut savoir envisager des compromis, dans lesquels le choix du patient ne correspond pas forcément aux recommandations médicales.

L'entretien motivationnel

Pour répondre à cette demande d'améliorer l'observance thérapeutique, le soignant peut utiliser l'entretien motivationnel. L'efficacité de cet outil a déjà été prouvée dans la gestion de diverses pathologies chroniques (telles que le diabète ou l'obésité), en aidant les patients à mieux intégrer le suivi médical et à modifier leurs comportements de santé [65]. Le changement comportemental lié à la santé est un enjeu majeur, et celui-ci est influencé par le sentiment d'auto-efficacité ou d'efficacité personnelle qui se réfère à la croyance en sa capacité à accomplir une tâche, concept développé par Albert Bandura en 1977 [66]. Pour Bandura, les individus qui se perçoivent capables de réussir un changement et qui attendent des résultats positifs sont plus susceptibles de s'engager dans ce changement. L'amélioration de ce sentiment

d'auto-efficacité est un élément central du processus de changement. Pour aider à améliorer ce sentiment d'auto-efficacité, il a été proposé d'utiliser le modèle des stades du changement de Prochaska et DiClemente, décrit en 1982, qui offre une approche en cinq ou six étapes afin de mieux comprendre et accompagner le patient dans son parcours vers le changement comportemental [67].

Dans le cadre de la MRC, ce modèle pourrait permettre d'adapter l'accompagnement en fonction du stade où se situe le patient. Un exemple est illustré dans le [tableau 1](#). En intégrant ce modèle dans la prise en charge de la MRC, comme un outil de repérage, pouvant nous aider à situer où en est un patient dans sa dynamique de changement (sans l'y enfermer), les équipes pluridisciplinaires pourraient accompagner certains patients de manière progressive et personnalisée, améliorant ainsi l'adhésion thérapeutique et la qualité de vie. Il ne faut toutefois par

oublier la complexité psychologique de l'être humain, et que l'observance d'un patient ne peut être que partielle, vis-à-vis de certaines recommandations et pas d'autres.

Ce sentiment d'auto-efficacité joue aussi un rôle clé lorsqu'on parle de la peur liée à la maladie. En effet, une pathologie chronique implique souvent de modifier plusieurs comportements pour limiter au mieux son impact sur la qualité de vie. La peur d'une aggravation de l'état de santé peut alors devenir un moteur puissant pour initier ces changements. Mais encore faut-il savoir la canaliser correctement. Une méta-analyse réalisée en 2016 montre que la peur doit être assez forte pour provoquer un changement de comportement, tout en laissant à la personne le sentiment qu'elle est capable d'agir. Si le sentiment d'auto-efficacité est faible et que la menace perçue paraît trop grande, il y a un risque que la personne adopte des stratégies d'adaptation (ou

TABLEAU 1 • Modèle des stades du changement adapté à l'exemple d'un patient atteint de maladie rénale chronique nécessitant des ajustements alimentaires et médicamenteux.

	Patient	Soignant	Psychologue
Précontemplation	Ne perçoit pas l'importance des restrictions alimentaires ni de son traitement	Informe sur les risques liés à l'aggravation de la maladie sans changement de comportement	Écouter le récent du patient et sa représentation de la maladie Repérer les résistances et les souffrances associées Ouvrir une réflexion sur les conséquences possibles de son comportement
Contemplation	Reconnaît la nécessité de changer mais ne se sent pas encore prêt	L'aide à percevoir les bénéfices des changements	Établir une alliance thérapeutique forte Explorer les ambivalences dans le rapport à la maladie Identifier les freins à l'action, tout en renforçant l'estime de soi pour favoriser l'engagement
Préparation	Prêt à agir et accepte de modifier son alimentation et son adhésion aux médicaments	Propose des objectifs progressifs	Soutient la gestion des émotions liées à ces changements, comme l'anxiété, et aide à définir des stratégies d'adaptation
Action	Met en œuvre les recommandations	Suivi rapproché	Maintenir un suivi thérapeutique actif malgré les résistances Soutenir la mise en place de solutions adaptées au patient Accompagner la gestion des facteurs psychologiques favorisant l'adoption durable des nouveaux comportements Favoriser une meilleure compréhension mutuelle entre le patient et les équipes soignantes
Maintien	Intègre les nouvelles habitudes	Continue à soutenir sa motivation et adapter ses conseils en fonction de l'évolution de la pathologie	Aide à maintenir l'engagement à long terme, ainsi qu'à prévenir d'éventuelles rechutes comportementales, en accompagnant les périodes de découragement

coping) peu adaptées, comme la minimisation ou l'évitement. À l'inverse, si la peur est trop faible, elle risque de ne provoquer aucune réaction de protection, et donc aucun changement durable dans les comportements. C'est pour cette raison que les auteurs recommandent de donner aux patients des outils concrets et adaptés pour leur permettre de réagir efficacement face à la situation [68]. Dans le cadre des maladies chroniques, travailler à maintenir et améliorer le sentiment d'auto-efficacité, par exemple grâce à l'entretien motivationnel, comme vu précédemment, peut être un vrai levier pour encourager l'adoption de comportements de santé.

Améliorer l'accompagnement du patient atteint de MRC

Pour l'accompagnement des patients atteints de MRC, repérer la non-observance est une phase essentielle où l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire peut agir et

jouer un rôle dans le soutien de l'observance tout au long de la pathologie, surtout lors de changements majeurs comme l'initiation de la dialyse (tableau 2). Lors de l'entretien avec le patient, poser des questions ouvertes, et aborder comment il gère et supporte son traitement, peut permettre de mettre en lumière des difficultés.

Pour ce qui est de la prise en charge psychologique, c'est une phase essentielle car le patient peut être confronté à des émotions fortes telles que la peur, l'anxiété, ou la perte de contrôle face à cette pathologie. La Haute Autorité de santé (HAS) recommande notamment que la prise en charge des patients atteints de MRC inclue des consultations avec des psychologues et des assistants sociaux, dans l'objectif de contribuer à améliorer leur qualité de vie et à les aider à mieux gérer les défis de leur pathologie. Faire l'offre d'un soutien psychologique précocement au cours de la maladie pourrait permettre de prévenir des risques liés à la non-observance, d'en dépister des situations à risque et d'aider à une meilleure compréhension

TABLEAU 2 • Rôle et intervention des différents professionnels de santé prenant en charge les patients atteints de maladie rénale chronique pour repérer les signaux en faveur de non-observance.

Professionnel de santé	Rôle	Moment d'intervention	Signaux de non-observance
Médecin traitant	Premier intervenant Coordonne le parcours de soins Oriente vers les spécialistes	Début de la pathologie Rendez-vous réguliers Suivi à long terme	Absence ou retard aux consultations Examens non réalisés Discours vagues sur l'observance
Néphrologue	Suit l'évolution de la pathologie Gère les traitements spécifiques Supervise les transitions thérapeutiques	Bilans réguliers Changement de traitement Suivi de l'évolution de la maladie	Résultats incohérents avec le traitement prescrit Apparition de complications évitables Non-respect des recommandations
Psychologue	Aide à la gestion des émotions Favorise l'acceptation de la maladie Soutien psychologique global	Diagnostic À la demande du patient Lors de l'évolution ou aggravation de la pathologie	Dénégation de la maladie Discours de découragement, fort sentiment d'injustice, colère envers l'équipe soignante, isolement Évitement des soins ou de la réalité
Diététicien	Aide à gérer les contraintes alimentaires Accompagne l'adaptation du régime au quotidien	Dès le début de la pathologie Lors de déséquilibres nutritionnels En cas de recommandations difficiles à suivre	Prise ou perte de poids inexpliquée Difficultés à suivre le régime Plaintes liées aux contraintes alimentaires
Assistant social	Soutien administratif et social Accompagnement dans les démarches de soins Aide à résoudre les difficultés financières ou sociales	Lors de la prise de rendez-vous Lors de situations financières complexes À la demande du patient ou du soignant	Renoncement aux soins pour raisons économiques Isolement Absence de complémentaire santé Problèmes sociaux (transport, logement, etc.)

de celles-ci. Des groupes de soutien et un accompagnement psychologique au sein des centres médico-psychologiques (CMP) peuvent permettre de répondre aux besoins des patients. Chez certains patients isolés géographiquement, des solutions comme la téléconsultation avec un psychologue, ou le dispositif « Mon Soutien Psy » (consultations psychologiques libérales prises en charge par l'Assurance maladie), pourraient permettre également de faciliter l'accès à un soutien psychologique. Toutefois, dans le cadre de la MRC, le recours à un psychologue spécialisé en néphrologie ou en maladie chronique et une approche pluridisciplinaire sont à prioriser pour un meilleur accompagnement des patients.

Conclusion

L'observance est une problématique centrale en néphrologie, elle est multifactorielle, complexe et difficile à appréhender. Plusieurs spécificités de la MRC jouent un rôle, telles que la polymédication et la fréquence importante et sous-estimée des troubles cognitifs et dépressifs (figure 1). Le néphrologue et les acteurs de soins, avec l'aide du psychologue, doivent être particulièrement attentifs à régulièrement questionner l'observance des patients, être à leur écoute pour mieux les accompagner, et interroger les facteurs en jeu dans la problématique de la non-observance.

TAKE HOME MESSAGES

- L'observance est une problématique majeure et complexe dans le cadre de la MRC. Elle comprend l'adhésion au traitement médicamenteux mais aussi à l'adaptation du mode de vie à la maladie.
- Dans le cadre de la MRC, son caractère longtemps silencieux, la polymédication, les troubles cognitifs et dépressifs associés à la MRC et l'isolement social sont des facteurs de risque de non-observance.
- Le risque de non-observance reste difficile à appréhender d'un patient à l'autre ou chez le même patient tout au long des étapes de la maladie.
- Chaque professionnel de santé intervenant auprès du patient atteint de MRC a un rôle à jouer pour dépister un défaut d'observance et accompagner le patient.
- La non-observance peut être le symptôme d'autres difficultés d'ordre psychologique, personnel ou social.

Liens d'intérêts :

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

Références

- 1 • World Health Organization. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva, 2003.
- 2 • Tarquinio C, Tarquinio MP. L'observance thérapeutique : déterminants et modèles théoriques. *Prat Psychol* 2007 ; 13 : 1-19.
- 3 • Ágh T, Garuolienė K, Granas AG, et al. Identifying and presenting key country-specific indicators related to medication adherence: a comprehensive study across European countries. *Front Pharmacol* 2024 ; 15 : 1390629.
- 4 • Kini V, Ho PM. Interventions to improve medication adherence: A review. *JAMA* 2018 ; 320 : 2461-73.
- 5 • Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL. *Compliance in Health Care*. Johns Hopkins University Press, 1979.
- 6 • Corr M, Walker A, Maxwell A, McKay G. Non-adherence to immunosuppressive medications in kidney transplant recipients- a systematic scoping review. *Transplant Rev* 2025 ; 39 : 100900.
- 7 • Tesfaye W, Parrish N, Kamal S, Grandinetti A, Castolino R. Medication adherence among patients with kidney disease: An umbrella review. *Adv Kidney Dis Health* 2024 ; 31 : 68-83.
- 8 • Gokoel SRM, Gombert-Handoko KB, Zwart TC, Van der Boog PJM, Moes Djar, Fijter JW. Medication non-adherence after kidney transplantation: A critical appraisal and systematic review. *Transplant Rev* 2020 ; 34 : 100511.
- 9 • Oliveira J, Sousa H, Bártolo A, Figueiredo D, Ribeiro O. Illness perception and treatment adherence in haemodialysis: a systematic review. *Psychol Health Med* 2023 ; 28 : 1641-55.
- 10 • Karamanidou C, Clatworthy J, Weinman J, Horne R. A systematic review of the prevalence and determinants of nonadherence to phosphate binding medication in patients with end-stage renal disease. *BMC Nephrol* 2008 ; 9 : 1-10.
- 11 • Cedillo-Couvert EA, Ricardo AC, Chen J, et al. Self-reported medication adherence and CKD progression. *Kidney Int Rep* 2018 ; 3 : 645-51.
- 12 • Reach G. La non-observance thérapeutique : une question complexe. Un problème crucial de la médecine contemporaine. *Médecine* 2006 ; 2 : 411-5.
- 13 • Desbrus-Qochih A, Cathébras P. Obéir ou adhérer ? L'observance thérapeutique en question. *Médecine Longévité* 2012 ; 4 : 111-22.
- 14 • Seng JJB, Tan JY, Yeap CT, Htay H, Foo WYM. Factors affecting medication adherence among pre-dialysis chronic kidney disease patients: a systematic review and meta-analysis of literature. *Int Urol Nephrol* 2020 ; 52 : 903-16.
- 15 • Chiu YW, Teitelbaum I, Misra M, de Leon EM, Adzize T, Mehrotra R. Pill burden, adherence, hyperphosphatemia, and quality of life in maintenance dialysis patients. *Clin J Am Soc Nephrol* 2009 ; 4 : 1089-96.
- 16 • Denhaerynck K, Dobbels F, Cleemput I, et al. Prevalence, consequences, and determinants of nonadherence in adult renal transplant patients: a literature review. *Transpl Int* 2005 ; 18 : 1121-33.
- 17 • Grimaldi A. La non-observance des traitements par les patients. *Raison Présente* 2020 ; 214215 : 111-8.
- 18 • Assoun PL. Le sujet de l'oubli selon Freud. *Communications* 1989 ; 97-111.
- 19 • Brown M, Bussell J, Dutta S, Davis K, Strong S, Mathew S. Medication adherence: Truth and consequences. *Am J Med Sci* 2016 ; 351 : 387-99.
- 20 • Bobot M. Cognitive impairment and the blood-brain barrier in chronic kidney disease: role of the uremic toxins. *Nephrol Ther* 2023 ; 19 : 607-15.
- 21 • Zhang A, Furgeson S, Shapiro A, et al. Assessing cognition in CKD using the National Institutes of Health toolbox. *Kidney360* 2024 ; 5 : 834-40.
- 22 • Yaffe K, Ackerson L, Kurella Tamura M, et al. Chronic kidney disease and cognitive function in older adults: findings from the chronic renal insufficiency cohort cognitive study. *J Am Geriatr Soc* 2010 ; 58 : 338-45.
- 23 • Liabeuf S, Pepin M, Franssen CFM, et al. Chronic kidney disease and neurological disorders: are uremic toxins the missing piece of the puzzle? *Nephrol Dial Transplant* 2021 ; 37 (Suppl 2) : ii33-44.
- 24 • Bobot M, Thomas L, Moyon A, et al. Uremic toxic blood-brain barrier disruption mediated by AhR activation leads to cognitive impairment during experimental renal dysfunction. *J Am Soc Nephrol* 2020 ; 31 : 1509-21.
- 25 • Owsiany MT, Hawley CE, Paik JM. Differential diagnoses and clinical implications of medication nonadherence in older patients with chronic kidney disease: A review. *Drugs Aging* 2020 ; 37 : 875-84.

- 26 • Tangkiatkumjai M, Walker DM, Praditpornsilpa K, Boardman H. Association between medication adherence and clinical outcomes in patients with chronic kidney disease: a prospective cohort study. *Clin Exp Nephrol* 2017 ; 21 : 504-12.
- 27 • Hsu KL, Fink JC, Ginsberg JS, et al. Self-reported medication adherence and adverse patient safety events in CKD. *Am J Kidney Dis* 2015 ; 66 : 621-9.
- 28 • Pépin M, Giannakou K, Levassort H, et al. Care pathways for patients with cognitive impairment and chronic kidney disease. *Nephrol Dial Transplant* 2025 ; 40(Suppl 2) : ii28-36.
- 29 • Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc* 2005 ; 53 : 695-9.
- 30 • Bugnicourt JM, Godefroy O, Chillon JM, Choukroun G, Massy ZA. Cognitive disorders and dementia in CKD: the neglected kidney-brain axis. *J Am Soc Nephrol* 2013 ; 24 : 353-63.
- 31 • Bobot M, Guedj E, Resseguier N, et al. Increased blood-brain barrier permeability and cognitive impairment in patients with ESKD. *Kidney Int Rep* 2024 ; S2468024924018515.
- 32 • Gorostowicz A, Wasik A, Krupa A, Siwek M. Compliance among patients with depressive and anxiety disorders. *Psychiatr Psychol Klin* 2019 ; 19 : 177-87.
- 33 • Palmer S, Vecchio M, Craig JC, et al. Prevalence of depression in chronic kidney disease: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Kidney Int* 2013 ; 84 : 179-91.
- 34 • Alshelleh S, Alhourri A, Taifour A, et al. Prevalence of depression and anxiety with their effect on quality of life in chronic kidney disease patients. *Sci Rep* 2022 ; 12 : 17627.
- 35 • Lefrère A, Burtsey S, Bobot S, Belzeaux R, Bobot M. Depression in chronic kidney disease: Particularities, specific mechanisms and therapeutic considerations, a narrative review. *Behav Brain Res* 2025 ; 483 : 115467.
- 36 • Hedayati SS, Gregg LP, Carmody T, et al. Effect of sertraline on depressive symptoms in patients with chronic kidney disease without dialysis dependence: The CAST randomized clinical trial. *JAMA* 2017 ; 318 : 1876.
- 37 • Hedayati SS, Minhajuddin AT, Toto RD, Morris DW, Rush AJ. Prevalence of major depressive episode in CKD. *Am J Kidney Dis* 2009 ; 54 : 424-32.
- 38 • Cedillo-Couvert EA, Ricardo AC, Chen J, et al. Self-reported medication adherence and CKD progression. *Kidney Int Rep* 2018 ; 3 : 645-51.
- 39 • Skoumalova I, Geckova AM, Rosenberger J, et al. Does depression and anxiety mediate the relation between limited health literacy and diet non-adherence? *Int J Environ Res Public Health* 2020 ; 17 : 7913.
- 40 • Uyar B. The analysis of immunosuppressant therapy adherence, depression, anxiety, and stress in kidney transplant recipients in the post-transplantation period. *Transpl Immunol* 2022 ; 75 : 101686.
- 41 • Triantafylidis LK, Hawley CE, Perry LP, Paik JM. The role of deprescribing in older adults with chronic kidney disease. *Drugs Aging* 2018 ; 35 : 973-84.
- 42 • Khalfi S. Impact psychologique de la qualité d'annonce du diagnostic du cancer au CHU Hassan II de Fez, Maroc. Congrès national des réseaux en cancérologie, 2021.
- 43 • DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med* 2000 ; 160 : 2101-7.
- 44 • Wong WS, Fielding R. The association between patient satisfaction and quality of life in Chinese lung and liver cancer patients. *Med Care* 2008 ; 46 : 293-302.
- 45 • Akyirem S, Forbes A, Wad JL, Due-Christensen M. Psychosocial interventions for adults with newly diagnosed chronic disease: A systematic review. *J Health Psychol* 2022 ; 27 : 1753-82.
- 46 • Doreille A, Vilaine E, Belenfant X, et al. Can empathy be taught? A cross-sectional survey assessing training to deliver the diagnosis of end stage renal disease. *PLoS One* 2021 ; 16 : e0249956.
- 47 • Maisons V, Lanot A, Luque Y, et al. Simulation-based learning in nephrology. *Clin Kidney J* 2024 ; 17 : sfae059.
- 48 • Zolnieriek KBH, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care* 2009 ; 47 : 826-34.
- 49 • Mekaouche FZN, Oukil L, Seddiki M, et al. Évaluation de l'observance thérapeutique chez les insuffisants rénaux chroniques. *Nephrol Ther* 2021 ; 17 : 321.
- 50 • Le Brun M, Godard D, Camps L, Gomes De Pinho Q, Benyamine A, Granel B. La littératie en santé : définition, outils d'évaluation, état des lieux en Europe, conséquences pour la santé et moyens disponibles pour l'améliorer. *Rev Med Int* 2025 ; 46 : 32-9.
- 51 • Paris L, Lobbedez T, Châtelet V. Pourquoi la littératie en santé est une composante essentielle de la santé des individus ayant une maladie rénale chronique. *Nephrol Ther* 2024 ; 20 : 123-30.
- 52 • Cavanaugh KL, Wingard RL, Hakim RM, et al. Low health literacy associates with increased mortality in ESRD. *J Am Soc Nephrol* 2010 ; 21 : 1979-85.
- 53 • Toapanta N, Salas-Gama K, Pantoja PE, Soler MJ. The role of low health literacy in shared treatment decision-making in patients with kidney failure. *Clin Kidney J* 2023 ; 16 (Suppl 1) : i4-11.
- 54 • Muller C, Bazin Kara D, Fourtage M, et al. Observance et lecture des notices, quel lien et quels médias ? Résultats d'une population avec maladie rénale chronique. *Nephrol Ther* 2016 ; 12 : 443-7.
- 55 • Van Ryn M, Burke J. The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perceptions of patients. *Soc Sci Med* 2000 ; 50 : 813-28.
- 56 • Chapman EN, Kaatz A, Carnes M. Physicians and implicit bias: how doctors may unwittingly perpetuate health care disparities. *J Gen Intern Med* 2013 ; 28 : 1504-10.
- 57 • Rodriguez JA, Chen SW, Gao C, Lipsitz SR, Mendu ML, Samal L. Sex differences in primary care-based chronic kidney disease management. *JAMA* 2024 ; 332 : 72.
- 58 • García GG, Iyengar A, Kaze F, Kierans C, Padilla-Altamira C, Luyckx VA. Sex and gender differences in chronic kidney disease and access to care around the globe. *Semin Nephrol* 2022 ; 42 : 101-13.
- 59 • Levinson W, Lesser CS, Epstein RM. Developing physician communication skills for patient-centered care. *Health Aff Proj Hope* 2010 ; 29 : 1310-8.
- 60 • Epstein RM, Street RL. The values and value of patient-centered care. *Ann Fam Med* 2011 ; 9 : 100-3.
- 61 • Valsaraj BP, Bhat SM, Prabhu R, Kamath A. Follow-up study on the effect of cognitive behaviour therapy on haemodialysis adherence: A randomised controlled trial. *Sultan Qaboos Univ Med J* 2021 ; 21 : e58-65.
- 62 • Zhou H, Al-Ali F, Kang GE, et al. Application of wearables to facilitate virtually supervised intradialytic exercise for reducing depression symptoms. *Sensors* 2020 ; 20 : 1571.
- 63 • Mecerli S, Cazauviel V, Vial R, et al. Efficacité des interventions de réalité virtuelle sur les symptômes anxio-dépressifs des patients hémodialysés : une revue systématique. *Nephrol Ther* 2025 ; 21 : 1-10.
- 64 • De Bleser L, Matteson M, Dobbels F, Russell C, De Geest S. Interventions to improve medication-adherence after transplantation: a systematic review. *Transpl Int* 2009 ; 22 : 780-97.
- 65 • Miller WR, Rollnick S. The effectiveness and ineffectiveness of complex behavioral interventions: Impact of treatment fidelity. *Contemp Clin Trials* 2014 ; 37 : 234-41.
- 66 • Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977 ; 84 : 191-215.
- 67 • Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychother Theory Res Pract* 1982 ; 19 : 276-88.
- 68 • Blondé J, Girandola F. Faire « appel à la peur » pour persuader ? Revue de la littérature et perspectives de recherche. *L'Année Psychol* 2016 ; 116 : 67-103.