



Etude observationnelle de l'observance thérapeutique chez des patients sous corticothérapie prolongée

Adherence in patients with long-term corticoid exposure: An Observational study

Ben Salah R, Chabchoub I, Frikha F, Marzouk S, Bahloul Z

Service de médecine interne, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

Auteur correspondant : Dr BEN SALAH Raida

Résumé

Introduction : La mauvaise observance thérapeutique est fréquente mais bien souvent sous-estimée. En médecine interne, les glucocorticoïdes représentent actuellement le gold standard dans le traitement des maladies systémiques. Les objectifs principaux de ce travail sont d'évaluer la relation existante entre le ressenti des patients vis-à-vis d'une corticothérapie orale prolongée, leur niveau d'adhérence déclarée à ce traitement mais aussi les caractéristiques liés à la non-observance.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et qualitative. Elle reposait sur un questionnaire, rempli par le médecin traitant. La population étudiée était des patients suivis en médecine interne pour une maladie chronique sous traitement corticoïde prolongé.

Résultats : Notre étude montre que l'observance thérapeutique dans les maladies chroniques dépend de différents paramètres qui englobent le patient, sa maladie. Les différents facteurs de mauvaise observance retrouvés sont : l'âge avancé, le niveau d'étude bas et avoir un traitement depuis plus de 5 ans. Les causes reconnues par le patient pour ne pas prendre le traitement dans notre étude sont l'indisponibilité du produit prescrit, l'oubli et la survenue d'effets secondaires. Elles montrent bien la nécessité d'impliquer le patient dans sa maladie et son traitement.

Conclusion : Suite à l'évaluation de l'observance thérapeutique sur un échantillon de patients suivis en médecine interne sous corticothérapie prolongée, on trouve que le point crucial pour améliorer l'observance reste une relation médecin-malade optimale, reposant sur la qualité et la pertinence des informations transmises au patient sur leur maladie chronique concernant la nécessité du traitement prescrit et une prise en compte adaptée de leurs préoccupations vis-à-vis de ce traitement.

Mots clés : Corticothérapie - observance - éducation thérapeutique.

Summary

Introduction: Poor therapeutic compliance is frequent but very often underestimated. In internal medicine, glucocorticoids currently represent the gold standard in the treatment of systemic diseases. The main purpose of this work is to assess the existing relationship between patients' experience with prolonged oral corticosteroids and their reported level of adherence to this treatment, as well as the characteristics related to non-oral compliance and therefore likely to be considered in order to improve patient information and adherence, based on analysis of the results obtained.

Patients and methods: This is a prospective, descriptive, and qualitative study. It was based on a questionnaire completed by the primary physician. The study population was internal medicine patients treated for chronic disease undergoing long-term corticosteroid treatment.

Results: Our study shows that adherence to treatment in chronic diseases depends on different parameters encompassing the patient's disease. The different factors for poor compliance include advanced age, low level of education and receiving treatment for more than 5 years. The causes recognized by the patient for not taking the treatment in our study are treatment unavailability, forgetfulness and the occurrence of side effects.

Conclusion: Following the evaluation of adherence on a sample of patients followed in internal medicine under extended corticosteroids, we find that the crucial point to improve compliance remains an optimal doctor-patient relationship based on the quality and relevance of the information transmitted to the patient about their chronic disease concerning the necessity of the prescribed treatment and an appropriate consideration of their concerns with regards to this treatment.

Keywords: corticoid therapy - adherence - therapeutic education.



Introduction

La mauvaise observance thérapeutique est un phénomène fréquent mais bien souvent sous-estimé et méconnu [1]. Une mauvaise adhérence au traitement s'associe à un risque de rechute de la pathologie ou d'échec ainsi qu'à une augmentation du coût financier de la prise en charge [2].

En médecine interne, les glucocorticoïdes représentent actuellement le gold standard dans le traitement des maladies systémiques ; La mal observance de ce traitement peut être responsable de poussées et d'un excès thérapeutique non justifié.

Les objectifs principaux de ce travail sont d'évaluer la relation existante entre le ressenti des patients vis-à-vis d'une corticothérapie orale prolongée et leur niveau d'adhérence déclarée à ce traitement, les caractéristiques liées à la non observance et par conséquent susceptible d'être prises en compte afin d'améliorer l'information des patients et l'adhésion, selon l'analyse des résultats obtenus.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive, et qualitative. Elle reposait sur un questionnaire, rempli par le médecin traitant.

Les participants ont été recrutés à la consultation externe du service de médecine interne. Tous les patients adultes, qui se rendaient à la consultation externe du service de médecine interne (sauf les patients hospitalisés) durant une période de six mois et traités par prednisone ou prednisolone par voie orale depuis plus de trois mois, étaient sollicités pour répondre à un questionnaire.

Les critères de non inclusion étaient la difficulté de compréhension ou le refus de participation.

Le questionnaire était composé de 4 parties qui intégraient les différentes composantes intervenant dans l'observance.

La première partie du questionnaire intéressait les données sociodémographiques des patients (âge, sexe, origine, niveau d'études) ainsi que les données concernant le traitement corticoïde : la molécule reçue, la posologie quotidienne actuelle et la posologie quotidienne maximale, le motif de prescription. La deuxième partie du questionnaire contenait la source de l'information sur la maladie et les effets du traitement, une liste d'effets indésirables pouvant être induits par la corticothérapie (prise de poids, épigastalgies, hypertension artérielle, etc.). La troisième partie représente une évaluation de l'observance en

s'inspirant du questionnaire de Girerd qui a été validé en langue française [3]. La réponse est binaire par oui ou non (la réponse « non » accorde un point et « oui » zéro point). La quatrième partie du questionnaire précisait le ressenti des patients quant à la corticothérapie et l'adhérence déclarée à ce traitement.

Cette partie spécifique du questionnaire Beliefs about Medicine (BMQ) était utilisée pour estimer le ressenti des patients vis-à-vis de leur traitement [4]. Cette dite section est composée de deux sous-parties, la première estimant la «nécessité» ressentie par les patients de prendre ce traitement pour contrôler leur maladie, la seconde évaluant les «inquiétudes» des patients vis-à-vis de ce traitement. Chacune de ces sous-parties est composée de cinq déclarations avec lesquelles les patients peuvent être de «fortement pas d'accord» (un point) à «fortement d'accord» (cinq points). La notation de chaque sous partie (partie «nécessité» et partie «inquiétude») s'échelonne donc de 5 à 25. Un différentiel peut être calculé en soustrayant le score «inquiétude» du score «nécessité». Cette différence s'échelonne ainsi de -20 à +20. Si les valeurs sont positives, le patient perçoit le caractère bénéfique du traitement comme supérieur à son caractère préoccupant. En revanche, si les scores sont négatifs, cela signifie que le traitement est vécu comme plus préoccupant que bénéfique.

Analyse statistique : les variables qualitatives nominales (ordinales ou binaires), quantitatives (continues) sont rapportées sous la forme de leur médiane et de leur interquartile (IQR) et les variables catégorielles sous forme de pourcentage. Une analyse statistique a été réalisée afin d'identifier les variables pouvant influencer le score des réponses des patients. Le lien entre deux variables a été étudié par le test du Khi2 du Pearson et pour les valeurs théoriques inférieures à 5, le test de Fischer a été utilisé. Ces tests étaient réalisés à l'aide du logiciel SPSS version 20.

Résultats

Trente-deux Patients ont été colligés réparties en 28 femmes (87,5%) et 4 hommes (12,5%) avec un sex ratio H/F à 0,14. L'âge moyen de nos patients était de 42,2ans (20-67) avec un écart type à 11,6 ans. Les différentes tranches d'âge sont représentées sur la figure 1. Environ 1/3 des patients étaient âgés entre 30 et 40 ans.

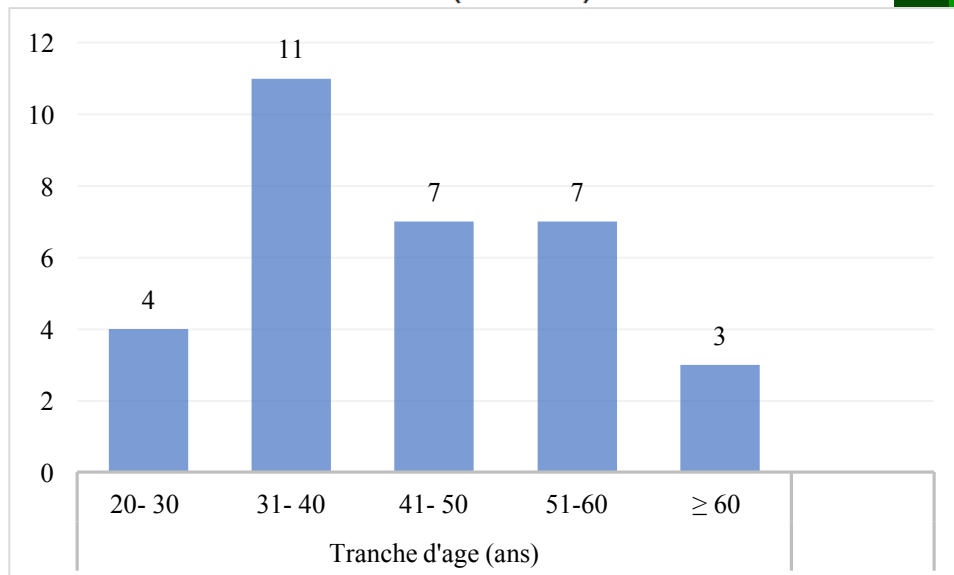


Figure 1 : Répartition des patients selon l'âge

Dix-huit patients étaient d'origine rurale (56,2%) et 14 d'origine citadine (43,8%). Le niveau scolaire de nos patients était primaire chez 13 patients, secondaire (13 cas) et universitaire dans 3 cas. Trois malades étaient illettrés. Le niveau socioéconomique jugé par le médecin traitant était bas dans 3 cas et moyen dans 29 cas. Le lupus érythémateux systémique (LES) était la pathologie la plus fréquente représentant 81,3% soit 26 patients. Les autres pathologies étaient un syndrome de Sjogren dans 3 cas, une polyarthrite rhumatoïde chez trois patients. La prednisone était la molécule la plus prescrite dans 31 cas alors que le prednisonolone était utilisée seulement dans un cas. La posologie quotidienne était de 9 mg d'équivalent de prednisone en moyenne (5-10 mg de prednisone). La dose maximale reçue était de 44 mg en moyenne d'équivalent de prednisone (40-80 mg). La durée d'exposition était de 44 mois avec des extrêmes

de 6 à 151 mois. Le nombre de patients dont l'ancienneté de la corticothérapie était supérieure à 5 ans était à 16 soit 50% des cas.

La majorité des patients étaient informés sur la maladie et les thérapeutiques par le médecin traitant (87%). Les autres patients rapportaient qu'ils n'avaient aucune information.

Treize patients ont rapporté des effets secondaires rattachés à la prise de la corticothérapie. Les complications les plus fréquentes étaient la prise de poids (7 cas/21,9%), des complications digestives (5 cas), un diabète cortico-induit (2 cas). Des complications neuropsychiatriques ont été rapportées à type d'irritabilité et de nervosité chez sept patients (21,9%).

L'observance de la corticothérapie était évaluée par un questionnaire comportant 6 items. Le tableau I montre les résultats de ce questionnaire.

Tableau I : Etude de l'observance des patients

	Oui (%)	Non (%)
Ce matin, avez-vous oublié de prendre votre médicament ?	50	50
Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?	47	53
Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?	43,8	55,2
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?	63	47
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?	72	28
Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	25	75

L'observance était considérée bonne (score= 0) chez 2 patients et faible (score 1 ou 2) chez 9

patients (28,1%). Vingt et un Patients (65%) étaient jugés non observants (score ≥ 3).



L'observance du traitement adjuvant était considérée bonne chez 20 patients (62,5%) et mauvaise chez le reste. Le régime hyposodé était suivi dans 17 cas seulement (53%).

Les raisons évoquées par les patients pour la non-adhésion thérapeutique à la corticothérapie étaient la survenue d'effets indésirables sévères

des Corticoïdes (6 cas), la peur et réticence vis-à-vis des Corticoïdes (5 cas), l'absence d'information (1 cas), l'indisponibilité du traitement (6 cas) et l'oubli (2 cas).

Le tableau II illustre le ressenti des patients par rapport au traitement corticoïde.

Tableau II : Ressenti des patients sous corticoïdes au long cours

	Tout à fait d'accord (%)	D'accord (%)	Incertain (%)	En désaccord (%)	Fortement en désaccord (%)
Croyances spécifiques					
Score de nécessité					
1. Ma santé, aujourd'hui, dépend de mon traitement.	65.6	9.4	3.1	9.4	12.5
2. Avoir à prendre un traitement m'inquiète.	6.3	21.9	12.5	6.3	53.1
3. Ma vie serait impossible sans mon traitement.	28,1	25	15.6	9.4	21.9
4. Sans mon traitement, je serais très malade.	53.1	12.5	9.4	9.4	15.6
5. Je m'inquiète parfois à propos des effets à long terme de mon traitement.	34.4	18.8	21.9	12.5	12.5
Score d'inquiétude					
6. Mon traitement est un mystère pour moi.	6.3	18.8	43.8	9.4	21.9
7. Ma santé future dépend de mon traitement.	40	12.5	12.5	21.9	12.5
8. Mon traitement perturbe ma vie.	6.3	34.4	15.6	9.4	34.4
9. Je suis parfois inquiet(e) de devenir trop dépendant(e) de mon traitement.	28.1	12.5	15.6	18.8	25
10. Mon traitement empêche mon état d'empirer.	34.4	31.1	15.6	15.6	3.1

Le score moyen de nécessité calculé par la moyenne des cinq premiers items de la croyance spécifique était égal à 16,75 /25 alors que le score d'inquiétude moyen était à 15,72 / 25.

Vingt et un patients (66%) perçoivent le caractère bénéfique du traitement comme supérieur à son caractère préoccupant. En revanche, les scores étaient négatifs chez 11 patients (34%) et le

traitement était vécu comme plus préoccupant que bénéfique.

Le tableau II résume le ressenti des patients vis à vis d'une corticothérapie prolongée.

- La comparaison des patients selon l'âge jeune (< 40 ans) ou avancé (≥ 40 ans) montre que l'âge avancé est plus fréquemment associé à une mauvaise observance sans différence significative (p= 0.2) (figure 2).

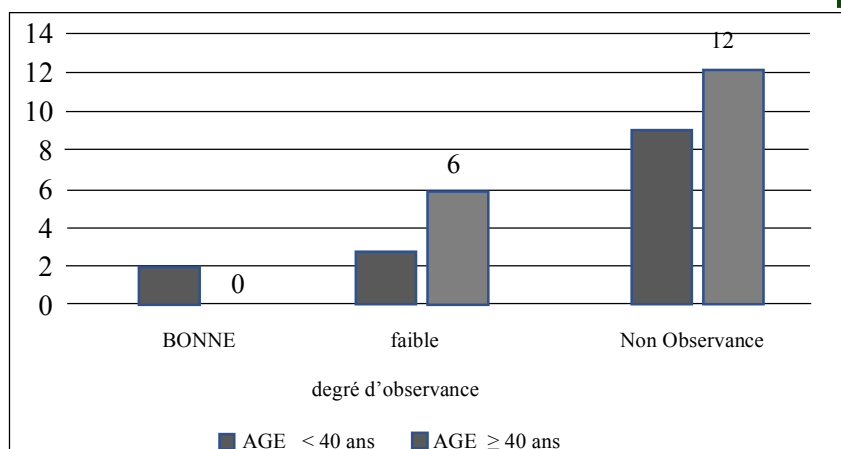


Figure 2 : Evaluation de l'observance selon l'âge des patients

Le tableau III résume le degré d'observance selon le genre, le niveau socio-économique et scolaire. On remarque que l'observance thérapeutique était meilleure chez les patients ayant un niveau

d'étude universitaire, un niveau socio-économique plus élevé et chez les patients de genre féminin sans corrélation statistiquement significative.

Tableau III : Caractéristiques des patients selon le degré d'observance

		Degré d'observance		
		Bonne	Faible	Non observance
Genre	Hommes	0,0%	25,0%	75,0%
	Femmes	7,1%	28,6%	64,3%
Niveau scolaire	Illettré	0,0%	33,3%	66,7%
	Primaire	0,0%	38,5%	61,5%
	Secondaire	7,7%	23,1%	69,2%
	Universitaire	33,3%	0,0%	66,7%
Milieu	Rural	5,6%	27,8%	66,7%
	Urbain	7,1%	28,6%	64,3%
Niveau socio-économique	Bas	33,3%	33,3%	33,3%
	Moyen	3,6%	25,0%	71,4%
	Elevé	0,0%	100,0%	0,0%
Survenue d'effets secondaires	Oui	0,0%	38,5%	61,5%
	Non	10,5%	21,1%	68,4%
Maladie sous-jacente	Lupus	7,7%	23,1%	69,2%
	SGS	0,0%	33,3%	66,7%
	PR	0,0%	66,7%	33,3%

Les patients ayant une polyarthrite rhumatoïde étaient relativement observants. Dans leurs commentaires, il rapportait «une diminution de la symptomatologie articulaire immédiatement, après prise de la corticothérapie et une impotence fonctionnelle importante en absence du traitement».

Le nombre de sujet non observant sous corticoïde depuis plus de 5 ans était à 81,2% versus 50% chez les autres patients.

Dans l'étude de la corrélation entre ressenti et adhérence déclarée (figure 3), les patients ayant une adhérence imparfaite à la corticothérapie rapportaient plus fréquemment une différence «nécessité-inquiétude» défavorable mais sans différence significative ($p=0.3$).

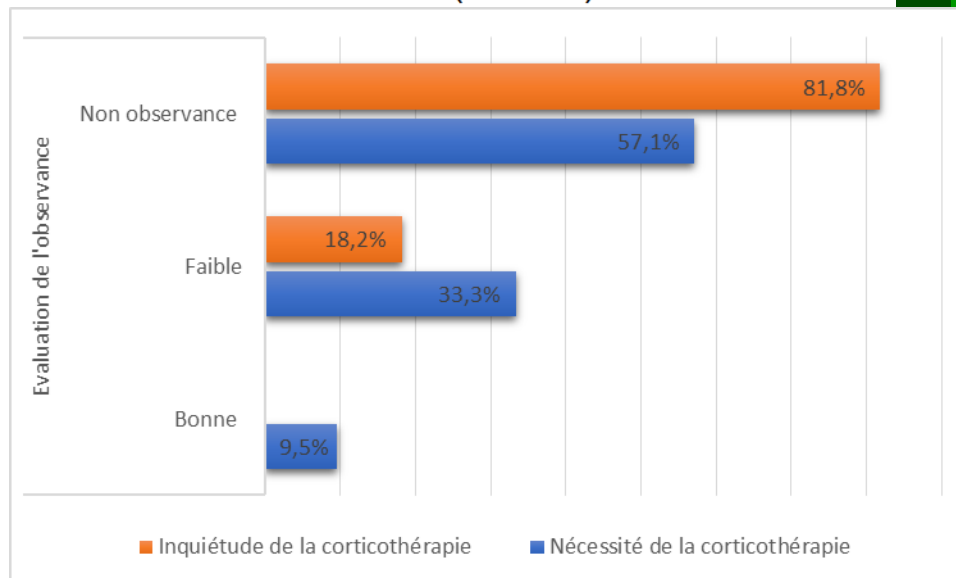


Figure 3 : Relation entre ressenti des patients et adhérence déclarée

Discussion

L'observance thérapeutique est définie par l'adéquation entre le comportement du patient et les recommandations du professionnel de santé. Elle constitue un enjeu majeur de santé publique. Selon l'OMS, une personne sur deux, indépendamment de son pays d'origine, ne prend pas son traitement comme elle le devrait [1]. Il existe plusieurs expressions pour identifier l'observance [5]. Une bonne observance est le gage d'une bonne qualité de traitement [1].

Les pathologies chroniques sont les plus impliquées dans ce problème. Près de 1% de la population générale est traitée par une corticothérapie systémique et ce traitement est vécu par les patients comme un des plus dangereux qui soit et il existe très peu de données concernant les facteurs d'adhérence à une corticothérapie systémique prolongée.

Notre étude concernait uniquement les patients qui se rendaient à la consultation externe. Tous nos patients avaient une maladie chronique nécessitant la prescription d'une corticothérapie au long cours. Les patients hospitalisés ont été exclus puisque généralement le traitement est délivré par l'infirmier et que sous la surveillance du cadre paramédicale l'observance serait pratiquement optimale. Il n'a pas été trouvé de différence significative concernant la zone d'habitation rurale ou urbaine.

Le questionnaire était face à face (patient-médecin). Ce type de questionnaire permet d'obtenir les informations les plus détaillées : la qualité et la complexité des infos recueillies sont meilleures.

Treize patients ont rapporté des effets secondaires survenus après la prise de la corticothérapie dont 7 avaient des signes psychiatriques à type d'irritabilité et d'insomnie.

La survenue de ces effets secondaires des corticoïdes est la raison la plus fréquemment citée par les patients qui sont réticents à recevoir une corticothérapie [6, 7, 8]. Fardet a identifié parmi 372 696 patients sous corticothérapie orale, 109 cas de suicide ou tentative de suicide et 10 220 incidents neuropsychiatriques sévères [7].

La prévalence des troubles neuropsychiques a été estimée à 15% [9]. Leur présentation clinique est très variable, le plus souvent mineurs, mais parfois graves, susceptibles de limiter l'autonomie et d'entraîner une non-observance thérapeutique, et il est souvent difficile de faire la part entre iatrogénie psychiatrique et dépression induite par une maladie chronique et invalidante [10, 11]. La fréquence de ces effets secondaires lors d'une corticothérapie prolongée a rarement été évaluée de façon systématique [6].

Notre étude retrouvait une observance parfaite chez 6% des patients. L'observance thérapeutique est difficile à comparer entre les différents travaux puisque toutes les études n'utilisent pas les mêmes échelles.

Les effets indésirables des corticoïdes sont la raison la plus fréquemment citée par les patients qui se disent réticents à recevoir une corticothérapie [12-14], ceci était également noté dans notre série. Une étude réalisée auprès de 80 patients suivis en médecine interne et débutant une corticothérapie systémique a montré après trois mois de traitement, que 53 (66%) des 80 patients se disaient gênés ou très gênés dans leur vie quotidienne par au moins un effet indésirable [15]. À l'inverse, de nombreux patients deviennent dépendants sur le plan fonctionnel, aboutissant à leur utilisation prolongée, compte tenu des bénéfices symptomatiques du traitement.



Plus l'individu perçoit ses symptômes invalidants et les relie à la maladie inflammatoire, plus il sera susceptible d'adhérer aux prescriptions médicales [16-18]. Ainsi, le patient évalue la sévérité de ses symptômes et donc de sa maladie, d'après la manière dont cette dernière affecte sa qualité de vie, ce qui influencerait l'observance : la sévérité des symptômes justifierait ou non la prise du traitement. Cela a été montré pour les corticoïdes inhalés dans l'asthme : la non-adhésion s'explique dans une majorité de cas par l'absence de symptômes perçus [19]. Concernant les représentations liées aux corticoïdes : Le patient non seulement perçoit ses symptômes dans la décision d'adhérer au traitement mais il va aussi évaluer le rapport bénéfice-risque. Cette évaluation contribue à 19% d'adhésion dans l'étude de Horne et Weinman [10].

La non prise en compte par les médecins de la mauvaise observance réduit forcément l'efficacité d'un traitement optimal avec risque d'une escalade thérapeutique inutile [7, 10].

Dans notre série, la non prise du corticoïde était liée à l'oubli chez 2 patients. A noter que 6 patients rattachaient la non prise médicamenteuse à l'indisponibilité du traitement.

Dans la littérature, il est retrouvé peu de recherches sur les raisons de non prise de traitement par les patients. Une étude via internet a été réalisée par le Pr C. Tourelle-Turgis [20], fondatrice de l'université des patients, et 1339 patients porteurs d'une ou plusieurs maladies chroniques avaient répondu à cette étude. La principale raison donnée par 44% des patients étaient aussi l'oubli.

Dix-huit pourcent (18%) rapportaient aussi une non-prise intentionnelle en rapport avec une lassitude liée à la maladie. A noter que 33% déclaraient que le traitement était une gêne dans leur vie quotidienne.

Dans notre étude, 78% des patients avaient l'impression que le traitement fait *plus du mal que du bien*. Ces causes entraînent une réflexion sur les moyens d'amener les patients à communiquer et travailler sur ces raisons. Ainsi, une responsabilisation et un investissement dans leur prise en charge semblent importants.

Les facteurs d'observance dans la littérature sont répartis en plusieurs catégories selon : le patient, le traitement, la maladie et la relation médecin-malade.

Dans notre travail, les facteurs de mauvaise observance retrouvés concernant les patients étaient : l'âge avancé, le niveau d'étude bas.

La revue de littérature sur les facteurs de non observance des traitements chez les patients ayant une maladie chronique retrouvait aussi des liens entre observance, facteurs socio-économiques et niveau d'études.

La personnalité et l'état psychique des patients sont aussi évoqués, mais semblent difficiles à évaluer dans un questionnaire non dédié spécifiquement à ces aspects.

Le genre du patient est aussi apprécié dans un travail sur l'HTA, les femmes ayant une meilleure attitude comme également retrouvé dans notre étude. Toutefois, d'autres travaux ne retrouvent pas ce lien et certaines révélant même un résultat contraire [21].

Malgré un effectif relativement faible, nous constatons que l'observance était plus importante chez les patients suivis pour une polyarthrite rhumatoïde que les patients lupiques. En effet, au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques de nombreux patients deviennent dépendants sur le plan fonctionnel, aboutissant à une meilleure observance, compte tenu des bénéfices symptomatiques du traitement.

Dans la littérature, la non observance chez les lupiques était entre 43 à 75% selon les séries [22]. Trente-trois pourcent (33%) des patients arrêtent leurs traitements après 5 ans d'exposition. Les causes de mal observance étaient : la dépression, le milieu rural, un niveau scolaire bas et la polymédication. Le caractère peu symptomatique de la maladie pourrait également être une cause de mauvaise adhérence au cours de la maladie lupique.

L'observance des médicaments chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde a fait l'objet de différentes études depuis les années 1980 et dont les résultats diffèrent en fonction des traitements pris mais surtout de la méthode d'évaluation utilisée. Au cours de la PR, l'adhérence variait entre 30 à 93% selon les séries [23].

Au cours du syndrome de Sjogren, peu d'études se sont intéressées à l'observance thérapeutique. Dans la cohorte de Torres incluant 155 patients suivis pour un syndrome de Sjogren primitif, la moitié des patients recevaient une corticothérapie et/ou un immunosuppresseur [24]. Trente-neuf pourcent (39%) des patients arrêtaient leur traitement en raison de l'amélioration, 35,2% pour une décision personnelle, 18,1% pour une toxicité et 11% pour une inefficacité.

Dans notre étude, il a été retrouvé comme facteur de mauvaise observance l'ancienneté du traitement. La mal observance était plus fréquente chez le groupe de patient recevant un



traitement depuis plus de 5 ans concordant avec les données de la littérature. De plus, les différentes revues de littérature concluent qu'il existe une relation significative entre la durée du traitement ou l'ancienneté de la découverte de la maladie et la diminution de l'observance [1, 2]. Une lassitude apparaît avec le temps mais le délai est variable selon les pathologies et la personnalité des patients avec une moyenne entre 5 et 10 ans [1, 2]. Le nombre de médicaments est aussi un facteur avéré de mauvaise observance. Aussi, une ordonnance comportant plus de 3 médicaments est source de baisse de l'observance [7]. Tous nos patients étaient au moins sous 3 médicaments différents ce qui explique en partie le taux important de la non-observance.

Nous disposons de moyens simples qui pourraient améliorer l'observance thérapeutique, tels que le choix de la thérapeutique la mieux adaptée au patient (voie d'administration, galénique, nombre de prises journalières), l'éducation et la motivation du patient à sa prise médicamenteuse, l'amélioration de son accès aux soins, et le renforcement de la relation entre soignant et soigné. Notre étude montre que la corticothérapie est vécue comme plus inquiétante que bénéfique chez 34% des patients recevant ce traitement de façon prolongée. Le taux de *mal* observance était de 87,8 dans le groupe inquiétude versus 57,1 dans l'autre groupe. Le ressenti globalement négatif concernant la corticothérapie est significativement associé à une adhérence imparfaite au traitement.

Au cours de pathologies chroniques, dans différentes revues de la littérature, il a été démontré que le ressenti des patients concernant leur traitement était significativement associé au niveau d'adhérence rapportée ou mesurée. Ainsi, dans l'étude de Horne et Weinman [10] (324 patients souffrant d'asthme, de pathologies rénales, de pathologies cardiaques ou de cancers), le ressenti des patients était le facteur le plus fortement associé à l'adhérence aux traitements, devant d'autres paramètres tels que l'âge ou la pathologie. Dans cette étude, 36% des patients rapportaient des inquiétudes vis-à-vis des traitements. Il existe peu de données similaires concernant les pathologies prises en charge en médecine interne.

Les rares études disponibles concernent le lupus érythémateux systémique et leurs résultats confortent le fait que « le ressenti des patients quant à l'efficacité et l'innocuité de leur traitement est un facteur fortement lié à l'adhérence à ce traitement » [25-28]. Cependant,

les données concernant spécifiquement l'adhérence à la corticothérapie dans ces pathologies et les facteurs influençant cette adhérence sont encore plus rares [28, 31]. Dans l'étude de ZERAH [2], les patients les plus jeunes et les patients rapportant des épigastralgies ou des modifications morphologiques qu'ils imputaient à la corticothérapie signalaient significativement une mauvaise adhérence à la corticothérapie.

Les deux principales forces de cette étude résident dans l'existence (ou bien ?) d'un travail similaire en Tunisie ainsi que l'impact positif de ce questionnaire sur l'adhérence thérapeutique. La connaissance de ce vécu des corticothérapies par les médecins est essentielle afin de délivrer une information claire et adaptée au ressenti du patient d'une part en désamorçant les peurs et préjugés de ces derniers afin d'établir une relation de confiance centrée sur le patient et son bien-être ; et d'autre part en prenant en charge rapidement les effets indésirables qui pourraient survenir. Ce questionnaire a également tendance à augmenter l'adhésion et la compliance globale des patients représentant ainsi une méthode d'éducation thérapeutique. En effet, la prise en compte des préoccupations des patients vis-à-vis de leur traitement pourrait permettre de diminuer leur inquiétude en les rassurant et de renforcer l'adhérence en insistant sur l'efficacité et la nécessité d'un tel traitement dans le contrôle de leur maladie.

On note cependant quelques limites méthodologiques à notre travail. Tout d'abord, le recueil des données était réalisé uniquement sur le mode déclaratif, ayant tendance à surévaluer l'observance médicamenteuse (on ne dispose pas d'outils objectifs pour les évaluer).

Ainsi, il est possible que l'adhérence déclarée soit surestimée par les patients dans le but de ne pas « contrarier » le médecin ou par crainte d'être jugé par celui-ci.

Notre cohorte n'est représentative que pour des patients qui se rendaient régulièrement à la consultation externe, les patients qui ne suivaient pas régulièrement leurs contrôles n'étaient pas inclus alors qu'ils sont probablement les plus mal-observants. Il faut regretter également un échantillon de patients assez restreint.

Conclusion

Ce travail a permis de mettre en évidence comme facteurs de non-observance : l'âge avancé du patient, la mauvaise connaissance du traitement, une ancienneté de traitement supérieure de 5 à 10



ans et le caractère pauci-symptomatique de la maladie. Les principales causes reconnues par le patient de non prise du traitement sont : la survenue d'effets secondaires, l'oubli, mais également l'indisponibilité du traitement. Le point crucial pour améliorer l'observance reste une relation médecin-malade optimale reposant essentiellement sur la qualité et la pertinence des informations transmises au patient sur leur maladie chronique et leur traitement.

Les auteurs déclarent l'absence de conflit d'intérêts.

Financement : les auteurs déclarent l'absence de source de financement.

Contributions des auteurs : Tous les auteurs ont participé à la rédaction de ce manuscrit. Chaque auteur a lu et approuvé la version finale du manuscrit.

REFERENCES

1. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization, 2003
2. Zerah L et al. Le Ressenti Des Patients Vis-à-Vis d'une Corticothérapie Orale Prolongée Influence l'adhérence Déclarée à Ce Traitement. *Revue de Médecine Interne* 33(6): 300-304
3. Girerd X, Hanon O, Anagnostopoulos K, Ciupek C, Mourad JJ, Consoli S. Evaluation de l'observance du traitement antihypertenseur par un questionnaire : mise au point et utilisation dans un service spécialisé. *Presse Med.* 2001 June ; 30(21) : 1044-1048
4. Horne R, Weinman J, Hankins M. The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *PsycholHealth*1999; 14: 1-24
5. Benoit M, Pon J et Zimmermann M. Comment évaluer la qualité de l'observance ? *L'encéphale*, vol. Supplément 3, 2009, 87-90
6. Larousse, Larousse Médical, Larousse, édition 2006, 690
7. Fardet L, Blanchon T, Perdoncini-Roux A et al. Internal medicine physicians' perception of frequency and impact of corticosteroid-induced adverse events. *Rev Med Interne* 2009; 30: 113-8
8. Genereau T, Cabane J. Bénéfices des corticoïdes dans le traitement de la maladie de Horton et de la pseudopolyarthrite rhizomélique : avantages et inconvénients. Une méta-analyse. *Rev Med Interne* 1992 ; 13 : 387-91
9. Nassar K, Janani S, Roux C, Rachidi W, Etaouil N, Mkinsi O. La corticothérapie systémique au long cours : représentations des patients, perceptions des prescripteurs et observance thérapeutique. *Revue du rhumatisme* 81 (2014) 49-53
10. Horne R, Weinman J. Patient's beliefs about prescribed 53medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *J Psychosom Res* 1999; 47: 555-67
11. Reckart MD, Eisendrath SJ. Exogenous corticosteroid effects on mood and cognition: case presentations. *Int J Psychosom*1990; 37: 57-61
12. Ismail K, Wessely S. Psychiatric complications of corticosteroid therapy. *Br J Hosp Med* 1995; 53: 495-9
13. Morrison E, Crosbie D, Capell A. Attitude of rheumatoid arthritis patients to treatment with oral corticosteroids. *Rheumatology*, 2003; 42: 1247-50
14. Lambert M, Conus P, Eide P et al. Impact of present and past antipsychotic side effects on attitude toward typical antipsychotic treatment and adherence. *EurPsychiatry* 2004; 19: 415-22
15. Sullivan PS, Campsmith ML, Nakamura GV et al. Patient and regimen characteristics associated with self-reported non-adherence to antiretroviral therapy. *PLoS ONE* 2007; 2: e552
16. Fardet L, Kassir A, Cabane J et al. Corticosteroid-induced adverse events in adults: frequency, screening and prevention. *Drug Saf*2007; 30: 861-81
17. Byer B, Myers LB. Psychological correlates of adherence to medication in asthma. *Psychol Health Med* 2000; 5: 389-93



18. Jessop DC, Rutter DR. Adherence to asthma medications: the role of illness representations. *Psychol Health* 2003; 18: 595-612
19. Harris GS, Shearer AG. Beliefs that support the behaviour of people with asthma: a qualitative investigation. *J Asthma* 2001; 38: 427-34
20. Ohm R, Aaronson LS. Symptom perception and adherence to asthma controller therapy? *J NursScholarsh*, 2006; 43: 701-4
21. Tourette-Turgis C, Pradier C. « Vos traitements et vous » ; le quotidien du pharmacien.fr
22. Y. Rozban, H. Devilliers, M. Hie , M. Pha , A. Mathian et al. Facteurs associés à une adhésion thérapeutique médiocre au cours du lupus systémique *La Revue de Médecine Interne* ; Vol 37, Sup 1, 2016, = A52
23. Prudente, Luciana et al. Medication Adherence in Patients in Treatment for Rheumatoid Arthritis and Systemic Lupus Erythematosus in a University Hospital in Brazil. *Patient Preference and Adherence*: 2016, 863
24. Prudente, Luciana et al. Medication Adherence in Patients in Treatment for Rheumatoid Arthritis and Systemic Lupus Erythematosus in a University Hospital in Brazil. *Patient Preference and Adherence*: 2016, 863
25. Turcu-Stiolica, A and Vreju F.-A. Treatment Adherence in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Adherence to Medical Plans for Active and Healthy Ageing*, 2017, 223-43
26. Kelly Janis C. RA: only 1 in 5 patients take oral meds as prescribed. *Arthritis Rheum.* 2013; 65: 1421-1429
27. De Klerk et al. The compliance-questionnaire-rheumatology compared with electronic medication event monitoring: a validation study. *J Rheumatol.* 2003 Nov; 30(11): 2469-75
28. Torres-Ruiz, Jiram, David Faz-Muñoz, Nora Hernández-Díaz, and Gabriela Hernandez-Molina. Use and Withdrawal of Immunosuppressors in Primary Sjögren's Syndrome. *Clinical and experimental rheumatology* 36 Suppl 112(3): 177-81
29. Dalebout GM, Broadbent E, McQueen F, Kaptein AA. Intentional and unintentional treatment non-adherence in patients with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2011; 63: 342-50
30. Garcia Popa-Lisseanu MG, Greisinger A, Richardson M, O'Malley KJ, Janssen NM, Marcus DM, et al. Determinants of treatment adherence in ethnically diverse, economically disadvantaged patients with rheumatic disease. *J Rheumatol* 2005; 32: 913-9
31. Lin WS, Yang WS, Lin HY. Prednisolone non-compliance and its related factors in patients with systemic lupus erythematosus. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei)* 1995; 56: 244-51
32. Chambers S, Raine R, Rahman A, Hagley K, De Ceulaer K, Isenberg D. Factors influencing adherence to medications in a group of patients with systemic lupus erythematosus in Jamaica. *Lupus* 2008; 17: 7616-9