

# Observance du traitement en psychiatrie

E Corruble  
P Hardy

**Résumé.** – La mauvaise observance aux traitements est un problème fréquent, en psychiatrie comme dans les autres spécialités médicales. Elle se traduit par des comportements divers et ses conséquences peuvent être majeures. Les déterminants du défaut d'observance sont multiples, liés au traitement, au patient, à la maladie, mais aussi au médecin, à la relation médecin-malade, et à l'entourage du patient. Plusieurs modèles d'observance ont été proposés, qui sont complémentaires. Les méthodes d'évaluation de l'observance demeurent imparfaites et doivent être associées entre elles pour obtenir le meilleur résultat. Les problèmes liés à l'observance sont encore insuffisamment pris en compte par les professionnels de santé. L'amélioration de l'observance en psychiatrie repose, non seulement sur la rationalisation de l'ordonnance, mais aussi sur la relation médecin-malade qui doit permettre l'alliance thérapeutique, et sur l'implication des proches du patient. Elle nécessite la formation des médecins et des soignants.

© 2003 Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS. Tous droits réservés.

**Mots-clés :** observance du traitement, effets indésirables, troubles de la vigilance, posologie, conduite addictive, partenariat médecin/malade.

## Introduction

Déjà évoquée par Hippocrate dans ses écrits, la question de l'observance au traitement connaît depuis les années 1970 un net regain d'intérêt. Depuis cette époque, elle a donné lieu à de multiples conférences internationales et ouvrages de synthèse, consacrés initialement aux pathologies somatiques et secondairement aux troubles psychiatriques. C'est dans les domaines de la pédiatrie, des pathologies cardiovasculaires, du diabète, de l'asthme et de la psychiatrie que les travaux sur l'observance sont aujourd'hui les plus nombreux [7].

Cet article traite la question de l'observance chez l'adulte, l'observance chez l'enfant soulevant trop de problèmes particuliers. Il envisage à la fois ses aspects généraux, communs aux pathologies somatiques et psychiatriques, et ses aspects plus spécifiquement liés aux troubles mentaux. Sont successivement envisagés : la définition et l'importance de l'observance, ses méthodes d'évaluation, ses déterminants, les modèles d'observance, les moyens d'amélioration de l'observance et, enfin, les aspects particuliers de l'observance aux traitements psychiatriques.

## Définition et importance du problème

On désigne par observance, adhésion au traitement, ou compliance (qui est un anglicisme), l'adéquation existant entre le comportement du patient et les recommandations de son médecin concernant un programme thérapeutique, qu'il s'agisse d'un traitement médicamenteux, d'une psychothérapie, de règles d'hygiène de vie, d'exams complémentaires à réaliser, ou bien encore de présence à des rendez-vous [25].

**Emmanuelle Corruble** : Praticien hospitalier.  
**Patrick Hardy** : Professeur des Universités, praticien hospitalier. Chef de service.  
Service de psychiatrie, CHU de Bicêtre (AP-HP) – PSIGIM, Université Paris XI, 78, avenue du Général-Leclerc  
94275 Le Kremlin Bicêtre, France.

D'une manière générale, en psychiatrie comme dans les autres disciplines médicales, on estime qu'un patient hospitalisé sur quatre et qu'un patient ambulatoire sur deux ne prend pas correctement son traitement médicamenteux [24]. L'observance semble plus faible pour les règles hygiéno-diététiques que pour les médicaments, puisqu'il apparaît que 75 % des patients ne souhaitent pas ou ne sont pas capables de suivre des recommandations hygiéno-diététiques [15]. La majorité des travaux sur l'observance concerne les médicaments. Nous axerons donc essentiellement cet exposé sur l'observance des traitements médicamenteux : l'observance aux mesures hygiéno-diététiques ne sera pas traitée, tandis que l'observance aux psychothérapies ne sera qu'évoquée.

Plusieurs types de mal-observance aux médicaments peuvent être individualisés : la non-observance, la sous-observance, la sur-observance et l'observance variable [2, 34, 37, 46].

La non-observance se caractérise par l'absence totale de prise médicamenteuse.

La sous-observance, qui se traduit par des omissions de prises ou par une interruption prématurée du traitement, est la modalité la plus fréquente.

L'observance variable correspond aux patients qui adaptent chaque jour la posologie de leur traitement en fonction de leur état, tandis que la surobservance désignerait un respect, excessivement strict, des prescriptions médicales et/ou une anticipation des prises et/ou une majoration des doses (en dehors de toute conduite addictive). L'observance variable et la surobservance pourraient entretenir des liens étroits ou conduire à l'automédication. Ces deux modalités demeurent peu étudiées dans les pathologies psychiatriques. Dans les pathologies médicales (asthme, diabète notamment), 20 à 30 % des patients présenteraient une sous-observance, tandis que l'observance variable concernerait 25 % d'entre eux.

Les conséquences de la mal-observance sont majeures [3, 8, 9, 27]. Les conséquences en termes d'efficacité et de tolérance doivent être envisagées en premier lieu. Les conséquences économiques de la mal-observance sont aussi à prendre en compte. Elles s'expriment

en termes de coûts directs et de coûts indirects liés aux rechutes, aux réhospitalisations, à la chronicisation, ou à la baisse de productivité. La mal-observance peut, enfin, altérer la relation médecin-malade en suscitant des contre-attitudes du médecin, dont le « pouvoir » mis en défaut, génère des sentiments d'échec et de frustration, eux-mêmes à l'origine d'attitudes inadaptées et souvent inconscientes de rejet, de reproches, de menaces, ou de désir de voir le malade rechuter dans un but pédagogique.

Les corollaires de la mal-observance sont donc des excès de morbidité, de mortalité, l'altération du pronostic de l'affection traitée et des surcoûts importants.

## Méthodes d'évaluation de l'observance

Il n'existe pas une méthode de référence de mesure de l'observance, mais plusieurs types de méthodes ayant chacune leurs avantages et leurs inconvénients [50]. Elles seront déclinées des plus simples, utilisées dans la pratique clinique, aux plus sophistiquées, aujourd'hui réservées à la recherche.

L'évaluation par le clinicien est la méthode la plus simple. Ses modalités sont diverses. On en citera trois. L'absence ou le retard lors d'un rendez-vous de consultation est un paramètre simple qui permet d'évaluer l'observance. L'entretien clinique permet une évaluation plus précise de l'observance, soit directement (en demandant au patient par l'intermédiaire d'une question ouverte s'il prend correctement son traitement), soit indirectement (par exemple à travers les plaintes générées par des effets indésirables) [8]. Dans ce contexte, l'utilisation d'entretiens standardisés, comme le *Rating of Medication Influences* (ROMI) [60] permettrait une mesure plus valide de l'observance. La recherche, lors de l'examen physique, d'effets indésirables (imipraminiques) ou d'effets thérapeutiques (bradycardie aux bêtabloquants) peut aussi donner des indications utiles sur l'observance.

Les questionnaires remplis par les patients (par exemple le *Medication Adherence Rating Scale*, le *Medication Adherence Questionnaire*, ou le *Tablets Routine Questionnaire*) seraient moins fiables qu'un entretien clinique bien conduit [21], et surestimeraient l'observance par rapport aux méthodes plus objectives [55].

La mesure des taux sériques de psychotropes [44] est une méthode plus objective, utilisée en pratique courante. Outre qu'elle n'est pas réalisable avec toutes les molécules, sa principale limite est qu'elle ne renseigne que sur les prises médicamenteuses les plus récentes.

Le décompte des unités restantes dans un pilulier est une méthode parfois utilisée. Sa fiabilité est relativement faible, l'absence d'un comprimé dans le pilulier n'étant pas synonyme de prise médicamenteuse.

Le *Medication Event Monitoring System* (MEMS) utilise un pilulier électronique capable d'enregistrer les jours et heures d'ouverture et de fermeture du pilulier. Cette méthode rend peu probable la simulation à moyen terme d'une bonne observance [1, 11]. Divers paramètres peuvent être mesurés [2], comme par exemple le pourcentage des doses prescrites effectivement prises, l'intervalle moyen entre les ouvertures successives, le nombre moyen de prises oubliées, différées ou anticipées. Même si elle est coûteuse, il s'agit d'une méthode intéressante de mesure de l'observance, à réserver à la recherche clinique.

Enfin, l'adjonction de marqueurs intégrés au médicament a été proposée, notamment dans quelques essais médicamenteux.

En pratique, devant l'absence de méthode de référence de mesure de l'observance, plusieurs auteurs ont suggéré de conjuguer plusieurs méthodes d'évaluation.

## Déterminants de l'observance

Sont successivement envisagés les facteurs liés au traitement, au patient, au médecin, à la relation médecin-malade et à l'entourage du patient.

### FACTEURS LIÉS AU TRAITEMENT

L'observance est inversement corrélée au nombre de médicaments prescrits. Au-delà de trois médicaments différents, l'observance diminue d'une façon importante [6, 28, 33, 61]. L'observance est liée au nombre de prises quotidiennes de traitement [19, 46]. C'est avec une, voire deux prises quotidiennes, que l'on obtient en règle générale la meilleure observance [1, 24]. Les formes à prise unique hebdomadaire sont de plus en plus nombreuses, car elles permettraient notamment d'améliorer l'observance par rapport aux formes en prise quotidienne [11]. Paes et al [46] ont toutefois montré un double effet de l'espacement des prises chez les malades diabétiques : diminution globale du risque de médiocre observance, mais aussi augmentation du risque de sur-observance chez certains patients. Même si des données complémentaires apparaissent nécessaires dans ce domaine, un intérêt indiscutable des formes à prise hebdomadaire est que leur administration peut être plus facilement supervisée par un tiers soignant.

La durée du traitement est un facteur déterminant de l'observance. La plupart des traitements médicamenteux psychotropes doivent être poursuivis au long cours. Le risque de mal-observance augmente avec la durée du traitement et l'ancienneté de la rémission. Maddox et al [39] ont ainsi montré que, pour les patients déprimés traités par antidépresseurs, le pourcentage de patients interrompant leur traitement est corrélé positivement à la durée de ce traitement : 11 % au cours de la première semaine de traitement, 32 % après 6 semaines de traitement et 52 % après 12 semaines de traitement. De même, Charney [10] a montré que le pourcentage d'incidence des erreurs dans la posologie de traitement est de 30 % après 1 à 5 ans de traitement et de 80 % après 20 années de traitement.

L'existence d'effets indésirables liés aux traitements diminue l'observance, ce d'autant plus que ces effets indésirables sont plus invalidants. On citera par exemple les troubles de la vigilance, les tremblements, les effets digestifs ou les effets sexuels [14].

Les représentations sociales et individuelles des traitements psychotropes, qui renvoient à la notion de maladie mentale, déterminent également l'observance. Les troubles mentaux gardent en effet, malgré de récents progrès, une image négative dans le grand public. L'idée qu'un traitement médicamenteux puisse améliorer n'est pas immédiate pour la plupart des patients, la maladie étant souvent considérée comme le témoin d'une « faiblesse », d'un « manque de volonté ». De plus, les craintes liées à la « camisole chimique », au fait « de ne plus être soi-même » et à la « dépendance » aux psychotropes [4], relayées par des campagnes médiatiques parfois démagogiques, sont bien ancrées dans l'esprit du grand public et desservent souvent l'intérêt des patients.

### FACTEURS LIÉS AU PATIENT

L'observance est positivement corrélée à l'âge (revues in [5, 35]). Elle est plus élevée chez les sujets mariés ou vivant en concubinage que chez les célibataires [12, 41]. En revanche, elle ne semble associée ni au sexe, ni au niveau socioéducatif [15].

Une conscience des troubles et des capacités d'introspection de bonne qualité sont des facteurs de bonne observance thérapeutique, notamment dans la schizophrénie [57].

Le modèle du « lieu de contrôle » [49] distingue des sujets ayant un contrôle interne, qui ont tendance à croire qu'ils contrôlent les événements, de sujets ayant un contrôle externe, qui ont tendance à croire que la survenue d'événements dépend du hasard, d'autrui et non du sujet lui-même. Les sujets du premier type recherchent davantage d'informations à propos de leur maladie et auraient une meilleure observance des traitements (revues in [3, 33, 36]).

Comme l'ont montré plusieurs travaux réalisés dans des pathologies médicales, l'existence d'une souffrance psychique (ne relevant pas nécessairement d'un trouble psychiatrique) est un facteur de mauvaise observance des traitements [23]. La dépression est un facteur bien connu de non-observance du traitement dans les pathologies somatiques. Par exemple, la méta-analyse récente de Di

Matteo <sup>[15]</sup> montre que les patients déprimés ont un risque trois fois plus élevé que les patients non déprimés de ne pas prendre correctement leur traitement médical. L'existence de conduites addictives est aussi un facteur de médiocre observance <sup>[41]</sup>. Il en est de même pour les notes élevées d'hostilité <sup>[12]</sup>.

Les troubles de la personnalité sont un facteur de médiocre observance <sup>[41]</sup>. Indépendamment des troubles de la personnalité, certaines dimensions de personnalité semblent impliquées dans l'observance des traitements. Par exemple, Kinsman et al <sup>[34]</sup> ont étudié les profils de personnalité de patients asthmatiques en utilisant le *Minnesota Multiphasic Personality Index* (MMPI). Ils comparent les patients sous-observants, sur-observants et ayant une observance variable. Ils montrent que : les patients sous-observants reconnaissent moins leur souffrance psychologique (échelle de validité F), se disent plus capables de gérer leurs problèmes seuls, se disent moins dépendants d'autrui et réagissent à la maladie d'une façon plus indépendante et contraphobique. Les patients sur-observants et ayant une observance variable ont des profils de personnalité différents : ils identifient davantage leur souffrance psychique, se décrivent comme dépendants, introvertis, anxieux et impuissants face à leur maladie.

#### FACTEURS LIÉS AU MÉDECIN

La dimension chamanique du médecin a été soulignée <sup>[40]</sup>. Par ailleurs, Jamison <sup>[29]</sup> a montré que les résultats thérapeutiques d'un médecin sont très liés à sa propre conviction de l'efficacité des traitements. Plus pragmatiquement, le temps d'attente du patient à la consultation, ainsi que la durée de la consultation sont des facteurs qui interviennent dans l'observance <sup>[6]</sup> : plus l'attente est prolongée, et plus la consultation est brève, moins l'observance est satisfaisante.

#### FACTEURS LIÉS À LA RELATION MÉDECIN-MALADE

Dans un travail déjà ancien, Davis <sup>[13]</sup> a identifié différents types de communication médecin-patient favorisant la mal-observance. Il s'agit des circonstances dans lesquelles le médecin est formaliste, rejetant, dans une recherche de contrôle ou en désaccord avec le patient, ou dans lesquelles l'interaction n'est pas spontanée. On citera à titre d'exemple le cas du médecin qui interroge le patient pendant tout l'entretien, sans lui restituer d'information.

D'autres travaux ont montré que les facteurs qui favorisent l'observance sont : des réactions transférentielles et contre-transférentielles positives, l'empathie dans la relation médecin-patient, l'information quant au diagnostic de la maladie et à ses traitements (effets recherchés et indésirables), la satisfaction du patient à propos de la consultation, du médecin et de l'institution (caractère agréable du lieu, temps d'attente notamment), ainsi que la croyance du patient dans l'utilité des recommandations de son médecin <sup>[3, 9, 15, 21, 52]</sup>.

#### FACTEURS LIÉS À L'ENTOURAGE DU PATIENT

Ils sont souvent ignorés dans la pratique. On sait toutefois que l'observance est d'autant meilleure que l'entourage est perçu comme soutenant, que les conflits familiaux sont peu importants et que les membres de la famille acceptent d'adapter leur vie aux changements nécessités par la maladie <sup>[3, 13, 24, 30, 33]</sup>.

### Modèles d'observance

De nombreux modèles d'observance ont été proposés.

Le classique modèle biomédical fait référence au modèle paternaliste de la relation médecin-malade. Il est sous-tendu par l'idée que la mal-observance est un problème lié au patient. Il est centré essentiellement sur les déterminants techniques de l'observance, en particulier les aspects pratiques du traitement, par exemple en

termes de doses et nombres de prises. Il laisse au second plan les déterminants plus subtils du comportement d'observance.

Le modèle comportementaliste met en avant l'acquisition de compétences spécifiques par le patient et l'entourage.

Le modèle éducatif se focalise sur l'information du patient et de l'entourage. Il a peut-être tendance à sous-estimer les facteurs de la relation médecin-malade qui interviennent dans l'observance.

Le *Health Belief Model* est un modèle psychosocial proposé par Becker <sup>[3]</sup> qui repose sur la perception par le patient des avantages et des inconvénients du traitement. Pour cet auteur, l'observance serait liée à quatre facteurs principaux : l'intérêt du patient pour les questions de santé en général, sa perception de sa propre vulnérabilité à la pathologie considérée et par conséquent son acceptation du diagnostic, sa perception de la sévérité de la pathologie et enfin sa perception des bénéfices et des contraintes liés au traitement proposé par le médecin. L'observance serait d'autant meilleure que le sujet a conscience de sa propre vulnérabilité à la pathologie et de la sévérité de la pathologie. Des travaux réalisés dans des groupes de patients psychiatriques suivis en consultation ambulatoire ont montré que ce modèle permet d'expliquer 20 % de la variance de l'observance <sup>[37]</sup>.

En conclusion, l'observance demeure un concept difficile à modéliser, notamment parce qu'elle est multifactorielle et parce qu'elle évolue au cours du temps pour un même sujet. Dans ce contexte, les différents modèles ont chacun leur intérêt et ne sont pas mutuellement exclusifs.

### Amélioration de l'observance

L'observance peut être améliorée, notamment en psychiatrie. Le médecin, bien que sous-estimant en règle générale son rôle dans l'observance du traitement par le patient, a en fait un rôle déterminant dans ce domaine <sup>[3, 15]</sup>. De plus, même si l'image de la pathologie mentale et des médicaments psychotropes péjore l'observance dans les troubles psychiatriques par rapport aux pathologies somatiques, certains éléments propres aux pathologies psychiatriques peuvent favoriser l'observance. En effet, contrairement à l'hypertension artérielle, au glaucome ou au diabète qui sont des maladies peu symptomatiques, voire silencieuses, les pathologies psychiatriques ont des symptômes que le patient peut souhaiter voir disparaître. De plus, leur évolution est souvent intermittente et récurrente : cela offre au patient la possibilité de faire le lien entre son traitement et l'amélioration de ses symptômes.

#### FACTEURS LIÉS AU TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Le choix des médicaments doit se porter sur les molécules qui ont le meilleur rapport bénéfices/risques <sup>[3]</sup>.

La rationalisation de l'ordonnance est un point essentiel (revues in <sup>[3, 8]</sup>). Le nombre de médicaments, le nombre de prises et le nombre de comprimés par prise doivent être réduits au minimum. De même, l'adaptation de l'ordonnance aux habitudes de vie des patients est un facteur important. Par exemple, une prescription à midi devra autant que possible être évitée chez un sujet qui travaille toute la journée. Enfin, une ordonnance facilement compréhensible (lisibilité de l'écriture, simplicité des expressions employées) est aussi un gage de bonne observance.

#### PARTENARIAT DANS LA RELATION MÉDECIN-MALADE : L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

La notion d'observance a parfois été critiquée car elle est avant tout centrée sur le patient. Elle est aujourd'hui reconceptualisée à partir de la notion plus générale d'alliance thérapeutique ou de partenariat dans la relation, qui renvoie, non pas à la résistance du patient au traitement, mais à la motivation au changement du binôme médecin-patient.

Roter et Hall <sup>[48]</sup> et Blackwell <sup>[7]</sup> décrivent l'évolution du partenariat en trois phases successives : phase initiale, phase d'alliance négociée et phase d'autonomisation du patient.



La phase initiale est une phase d'échange d'informations à propos du traitement. Elle consiste d'abord à évaluer les connaissances, les croyances et les attentes du patient. Elle consiste ensuite à informer le patient sur les buts, les modalités et les conséquences du traitement, à souligner l'importance de l'observance, dans des termes simples directs et clairs, en évitant notamment le jargon technique. On estime en effet que la moitié des patients quitte le cabinet du médecin sans avoir intégré ce qui leur a été dit<sup>[15]</sup>. L'objectif de cette information est de permettre au patient de percevoir les enjeux, sans induire chez lui une inquiétude excessive qui pourrait freiner le processus thérapeutique, voire, à l'extrême, conduire à l'évitement des soins par le patient. À l'issue de cette phase initiale, un programme thérapeutique peut être proposé au patient, en hiérarchisant les priorités et les étapes du traitement et en prenant en compte son style de vie.

La phase d'alliance négociée fait suite à la phase initiale d'échanges d'informations. Au cours de cette phase, il est recommandé de discuter avec le patient les réserves qu'il pourrait émettre à propos d'un projet thérapeutique, de négocier les options thérapeutiques et de les modifier jusqu'à obtenir un projet thérapeutique cohérent aux yeux du médecin et acceptable du point de vue du patient. Au cours de cette phase, l'initiative, l'attitude active, la responsabilisation du patient et le développement du lieu de contrôle interne doivent être valorisés.

La troisième phase est la phase quasi idéale d'autonomisation du patient dans le soin. Elle correspond à la participation active du patient au processus thérapeutique.

Ainsi, l'observance sera d'autant meilleure que, en termes de relation médecin-patient, les attentes du patient ont été satisfaites, que le médecin écoute et respecte le patient dans une attitude sincère et sympathique, et que le médecin lui fournit une information qui répond à ses attentes à propos de sa maladie<sup>[3]</sup>. On notera également que des moyens aussi simples que contacter les patients par courrier, courrier électronique, ou téléphone permettent de diminuer l'absentéisme aux rendez-vous<sup>[38]</sup>.

#### **PROGRAMMES ÉDUCATIONNELS ET TECHNIQUES D'INSPIRATION PSYCHOTHÉRAPIQUE**

Ils ont fait la preuve de leur efficacité dans diverses pathologies pour améliorer l'observance, qu'il s'agisse de techniques comportementales ou d'authentiques thérapies cognitivo-comportementales, de participation à des groupes de patients ou de psychothérapies de soutien<sup>[31, 38, 54]</sup>.

#### **RÔLE DE L'ENTOURAGE**

Il est d'autant plus important que le traitement est un traitement au long cours<sup>[3, 7, 13]</sup>. L'entourage, qu'il s'agisse de membres de la famille, d'amis, de membres d'associations de malades, a un rôle positif s'il est impliqué dans le traitement, tout en restant non intrusif. Les techniques utilisées pour mobiliser l'entourage peuvent mettre en jeu l'information des familles, leur éducation à travers l'apprentissage de stratégies d'intervention appropriées en fonction des situations, ou bien encore des consultations de psychothérapie familiale<sup>[30]</sup>.

#### **FORMATION DES MÉDECINS**

Malgré sa fréquence, la diversité de ses manifestations et ses conséquences majeures, la mauvaise observance des traitements demeure insuffisamment connue des professionnels de santé<sup>[15]</sup>. Une formation adaptée des médecins et des soignants aux problèmes posés par l'observance et aux techniques permettant de l'améliorer, semble aujourd'hui indispensable.

### **Aspects particuliers aux traitements psychiatriques**

Ne seront abordés que les problèmes posés par les antidépresseurs dans la dépression, les thymorégulateurs dans le trouble bipolaire, les antipsychotiques dans la schizophrénie et les psychothérapies.

#### **ANTIDÉPRESSEURS ET DÉPRESSION**

L'état dépressif et ses représentations empêchent nombre de déprimés de croire en l'effet thérapeutique des antidépresseurs, notamment lorsque les troubles paraissent liés à des événements de vie. Les cognitions dépressives négatives (autodévalorisation, pessimisme, idées d'incurabilité) peuvent ainsi constituer d'importants obstacles à la demande d'aide extérieure et à l'acceptation du traitement<sup>[53]</sup>.

Le délai d'action des antidépresseurs sur l'humeur, qui est de l'ordre de 10 à 20 jours, est un facteur limitant supplémentaire de l'observance, car le patient ne peut pas constater d'emblée les effets positifs du traitement sur l'humeur<sup>[53]</sup>.

Les effets indésirables de ces traitements, à court terme et surtout à long terme, limitent également l'observance en favorisant leur arrêt ou la réduction des doses<sup>[14]</sup>. De ce point de vue, l'observance des antidépresseurs imipraminiques est moindre que celle des antidépresseurs de nouvelle génération.

La revue récente de Pampallona et al<sup>[47]</sup> sur les déterminants et les moyens d'améliorer l'observance des antidépresseurs recense 32 études depuis 1973, dont 14 travaux d'épidémiologie descriptive, trois études comparatives non randomisées, 14 études contrôlées randomisées et une méta-analyse. Les résultats de cette revue sont relativement décevants puisqu'ils concluent principalement à la nécessité de faire de nouvelles études sur les moyens d'amélioration de l'observance des antidépresseurs.

Toutefois, en pratique quotidienne, l'éducation des patients sur leur maladie, sur ce qu'ils peuvent attendre des traitements et sur leurs inconvénients est un point essentiel pour favoriser l'observance. Katon et al<sup>[31]</sup> ont en outre montré que des programmes spécifiques, associant une approche comportementale pour favoriser les stratégies d'adaptation matures, favorisent l'observance du traitement antidépresseur.

#### **THYMORÉGULATEURS ET TROUBLE BIPOLAIRE**

La mal-observance est la cause la plus fréquente d'inefficacité du traitement par lithium<sup>[29]</sup>.

Le délai d'action prolongé du lithium dans la prévention des rechutes dans le trouble bipolaire limite la perception de son efficacité et apparaît comme un obstacle à l'observance du traitement<sup>[56]</sup>.

Certains facteurs de risque de mal-observance du traitement par lithium ont été identifiés : sujet jeune, sexe masculin, faible nombre d'épisodes antérieurs, première année de traitement par lithium, antécédents de faible observance, antécédents d'épisodes maniaques avec euphorie et idées de grandeur, nostalgie des phases maniaques, plaintes à type de prise de poids, difficultés cognitives, tremblement, sensation de soif et sédation<sup>[29]</sup>.

Les raisons avancées par les patients pour la non-observance sont, par ordre de fréquence décroissante : les effets indésirables, la nécessité de prendre le traitement au long cours, voire à vie, le sentiment d'être moins créatif et moins productif sous traitement, le sentiment de ne pas avoir besoin de traitement. Ces éléments doivent être recherchés et discutés avec le patient.

Différents moyens peuvent être utilisés par le clinicien pour améliorer l'observance d'un traitement par lithium : remettre un document d'information écrit à propos du lithium, obtenir le soutien d'un membre de l'entourage pour l'administration du traitement, préconiser l'utilisation d'un pilulier, réduire le nombre de prises quotidiennes au minimum, évaluer régulièrement l'observance lors de l'entretien, réaliser des dosages plasmatiques, contrôler autant que possible les effets indésirables et si nécessaire diminuer la lithiémie, éduquer le patient quant aux signes précoces de rechute, adjoindre une psychothérapie de soutien ou une psychothérapie cognitive, proposer au patient de participer à des groupes de malades.

L'observance des thymorégulateurs autres que le lithium demeure peu étudiée aujourd'hui.

### ANTIPSYCHOTIQUES ET SCHIZOPHRÉNIE

La mal-observance concerne un tiers des schizophrènes lors d'une hospitalisation initiale, la moitié des schizophrènes 1 an après l'hospitalisation initiale<sup>[59]</sup> et les deux tiers ou les trois quarts 2 ans après l'hospitalisation initiale<sup>[22, 59]</sup>. Weiden et Olfson<sup>[59]</sup> estiment que la mauvaise observance du traitement est responsable de 40 % des rechutes survenant dans l'année qui suit une hospitalisation et l'instauration d'un traitement. Une revue de 24 études montre que les patients schizophrènes traités par antipsychotiques prennent en moyenne 58 % des doses prescrites<sup>[37]</sup>.

Chez les patients schizophrènes, les éléments cliniques qui favorisent la mal-observance sont : la désorganisation conceptuelle, l'hostilité, les idées de grandeur, le déni de la maladie, le syndrome déficitaire (avec les troubles cognitifs et le déficit motivationnel), les conduites addictives, les attentes non réalistes, l'hyperinvestissement ou au contraire l'absence d'investissement des proches<sup>[37, 60]</sup>. Les éléments cliniques qui favorisent une bonne observance sont les symptômes anxieux et dépressifs et l'existence d'un *insight* de bonne qualité<sup>[43, 58]</sup>. Au cours du traitement, la survenue de rechutes malgré l'observance, l'existence de symptômes positifs et négatifs persistant sous traitement et les effets indésirables (en particulier neurologiques ou sexuels) sont des facteurs de risque de mauvaise observance des antipsychotiques. Par ailleurs, les travaux de Hogan et Awad<sup>[26]</sup> et Naber et al<sup>[45]</sup> tendent à montrer que l'attitude par rapport au médicament, les effets subjectifs et le bien-être ressentis dans les premiers jours de traitement antipsychotique permettent de prédire l'observance ultérieure de ce traitement.

Comparant les antipsychotiques classiques et atypiques, Dolder et al<sup>[17]</sup> concluent de leur méta-analyse que les antipsychotiques atypiques ne permettent pas une réelle amélioration de l'observance. Enfin, rappelons que l'intérêt principal des neuroleptiques d'action prolongée est de faciliter l'observance du traitement.

Certaines techniques éducationnelles, psychosociales et certaines psychothérapies, reposant sur des approches cognitives et des techniques motivationnelles, peuvent améliorer l'observance des antipsychotiques chez les patients schizophrènes<sup>[32, 42, 62]</sup>.

### PSYCHOTHÉRAPIES

Alors que de nombreuses études montrent que les techniques psychothérapeutiques permettent d'améliorer l'observance des traitements médicamenteux, les facteurs qui déterminent l'observance des psychothérapies demeurent peu étudiés.

Des études concernant différents types de psychothérapies montrent toutefois que l'observance de la psychothérapie permet de prédire la qualité de son résultat thérapeutique.

De même, l'étude de Foulks et al<sup>[20]</sup> suggère que les patients les plus compliants à la psychothérapie seraient ceux qui retiennent des explications médicales pour leur maladie alors que les moins compliants seraient ceux qui retiennent des explications non médicales.

Parmi les différents types de psychothérapies, les psychothérapies les mieux étudiées en matière d'observance sont les thérapies cognitivocomportementales. Deux études conduites, l'une dans le trouble panique<sup>[51]</sup>, l'autre dans l'agoraphobie<sup>[18]</sup> ont ainsi abouti à deux conclusions : d'une part, la qualité de l'investissement du patient est un meilleur prédicteur de l'observance que la quantité de temps investie par lui ; d'autre part, les patients sont d'autant moins observants qu'ils présentent un haut niveau symptomatique avant traitement et qu'ils jugent leur psychothérapeute comme peu disponible et ont peu confiance en lui.

### Conclusion

*La mauvaise observance aux traitements est un problème fréquent, en psychiatrie comme dans les autres spécialités médicales. Elle se traduit par des comportements divers et ses conséquences peuvent être majeures. Les déterminants du défaut d'observance sont multiples, liés au traitement, au patient, à la maladie, mais aussi au médecin, à la relation médecin-malade, et à l'entourage du patient et restent insuffisamment pris en compte par les soignants. L'amélioration de l'observance en psychiatrie repose, non seulement sur la rationalisation de l'ordonnance, mais aussi sur un partenariat médecin-malade qui doit favoriser l'alliance thérapeutique et sur l'implication des proches du patient. Elle ne pourra pas faire l'économie de la formation des médecins et des soignants.*

### Références ►

## Références

- [1] Andrejak M, Genes N, Vaur L, Poncelet P, Clerson P, Carre A. Electronic pill-boxes in the evaluation of antihypertensive treatment compliance: comparison of once daily versus twice daily regimen. *Am J Hypertens* 2000 ; 13 : 184-190
- [2] Arnet I, Haefeli WE. Overconsumption detected by electronic drug monitoring requires subtle interpretation. *Clin Pharmacol Therapeutics* 2000 ; 67 : 44-47
- [3] Becker MH. Patient adherence to prescribed therapies. *Med Care* 1985 ; 23 : 539-555
- [4] Benkert O, Graf-Morgenstern M, Hillert A, Sandmann J, Ehmgig SC, Weissbecker H et al. Public opinion on psychotropic drugs: an analysis of the factors influencing acceptance or rejection. *J Nerv Ment Dis* 1997 ; 185 : 151-158
- [5] Billups SJ, Malone DC, Carter BL. The relationship between drug therapy non compliance and patient characteristics, health-related quality of Life and Health Care Costs. *Pharmacotherapy* 2000 ; 20 : 941-949
- [6] Blackwell B. Treatment adherence. *Br J Psychiatry* 1976 ; 129 : 513-531
- [7] Blackwell B. Treatment compliance and the therapeutic alliance. Amsterdam : Harwood Academic Publishers, 1997
- [8] Blondiaux I, Alagille M, Ginetet D. Adhésion aux traitements biologiques en psychiatrie. *Encycl Méd Chir* (Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), 37-860-A-50, Psychiatrie, 1994 : 1-3
- [9] Book HE. Some psychodynamics of non compliance. *Can J Psychiatry* 1987 ; 32 : 115-117
- [10] Charney E. Patient-doctor communication. *Pediatr Clin North Am* 1972 ; 19 : 263-279
- [11] Claxton A, DeKlerk E, Parry M, Robinson JM, Schmidt ME. Patient compliance to a new enteric-coated weekly formulation of fluoxetine during continuation treatment of major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 2000 ; 61 : 928-932
- [12] Cremniter D, Payan C, Meidinger A, Batista G, Fermanian J. Predictors of short-term deterioration and compliance in psychiatric emergency patients: a prospective study of 457 patients referred to the emergency room of a general hospital. *Psychiatr Res* 2001 ; 104 : 49-59
- [13] Davis MS. Variations in patient's compliance with doctor's advice: an empirical analysis of patterns of communication. *Am J Public Health* 1968 ; 58 : 274
- [14] Demyttenaere K. Compliance during treatment with antidepressants. *J Affect Disord* 1997 ; 43 : 27-39
- [15] Di Matteo MR. Enhancing patient adherence to medical recommendations. *JAMA* 1994 ; 271 : 79-83
- [16] DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depressions: a risk factor for noncompliance with medical treatment. *JAMA* 2000 ; 283 : 2101-2107
- [17] Dolder CR, Lacro JP, Dunn LB, Jeste DV. Antipsychotic medication adherence: is there a difference between typical and atypical agents? *Am J Psychiatry* 2002 ; 159 : 103-108
- [18] Edelman RE, Chambless DL. Compliance during sessions and homework in exposure-based treatment of agoraphobia. *Behav Res Ther* 1993 ; 31 : 767-773
- [19] Eisen SA, Miller DK, Woodward RS, Spitznagel E, Przybeck TR. The effect of prescribed daily dose frequency on patient medication compliance. *Arch Intern Med* 1990 ; 150 : 1881-1884
- [20] Foulks EF, Persons JB, Merkel RL. The effect of patients' beliefs about their illnesses on compliance in psychotherapy. *Am J Psychiatry* 1986 ; 143 : 340-344
- [21] Francis W, Korsch BM, Morris MH. Gaps in doctor patient communication: patient's response to medical advice. *N Engl J Med* 1969 ; 280 : 535
- [22] Frank AF, Gunderson JG. The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. Relationship to course and outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1990 ; 47 : 228-236
- [23] Gilbar O, De-Nour AK. Adjustment to illness and dropout of chemotherapy. *J Psychosom Res* 1989 ; 33 : 1-5
- [24] Haynes RB, Sackett DL. Compliance with therapeutic regimens. Baltimore : John Hopkins University Press, 1976
- [25] Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL. Compliance in health care. Baltimore : John Hopkins University Press, 1979
- [26] Hogan T, Awad A. Subjective response with neuroleptics and outcome in schizophrenia: a reexamination comparing two measures. *Psychol Med* 1992 ; 22 : 347-352
- [27] Horwitz RI, Horwitz SM. Adherence to treatment and health outcomes. *Arch Intern Med* 1993 ; 153 : 1863-1868
- [28] Hulka BS, Kupper LL, Cassel JC, Efrid RL. Medication use and misuse. *J Chronic Dis* 1975 ; 38 : 7-21
- [29] Jamison KR. Lithium compliance in manic-depressive illness. In : Blackwell B ed. Treatment compliance and the therapeutic alliance. Amsterdam : Harwood Academic Publishers, 1997 : 251-275
- [30] Johnson DL. The role of families in compliance with treatment. In : Blackwell B ed. Treatment compliance and the therapeutic alliance. Amsterdam : Harwood Academic Publishers, 1997 : 171-180
- [31] Katon W, Robinson P, Von Korff M, Lin E, Bush T, Ludman E et al. A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 1996 ; 53 : 924-932
- [32] Kemp R, Kirov G, Everitt B, Hayward P, David A. Randomised controlled trial of compliance therapy: 18-month follow-up. *Br J Psychiatry* 1998 ; 172 : 413-419
- [33] Kiley DJ, Lam CS, Pollak R. A study of treatment compliance following kidney transplantation. *Transplantation* 1993 ; 55 : 51-56
- [34] Kinsman RA, Dirks JF, Dahlem NW. Non compliance to prescribed-as-needed medication use in asthma : usage patterns and patient characteristics. *J Psychosom Res* 1980 ; 24 : 97-107
- [35] Kiortsis DN, Giral P, Bruckert E, Turpin G. Factors associated with lox compliance with lipid-lowering drugs in hyperlipidemic patients. *J Clin Phar Ther* 2000 ; 25 : 445-451
- [36] Kirscht JP. Perceptions of control and health behavior. *Can J Behav Sci* 1972 ; 4 : 225
- [37] Lindstrom E, Bingefors K. Patient compliance with drug therapy in schizophrenia: economic and clinical issues. *Pharmacoeconomics* 2000 ; 18 : 105-124
- [38] Macharia WM, Leon G, Rowe BH, Stephenson BJ, Haynes RB. An overview of interventions to improve compliance with appointment keeping for medical services. *JAMA* 1992 ; 267 : 1813-1817
- [39] Maddox JC, Levi M, Thompson C. The compliance with antidepressants in general practice. *J Psychopharmacol* 1994 ; 8 : 48-53
- [40] Marie-Cardine M. La relation « médecin-malade » à travers le médicament. Rapport introductif. *Psychol Méd* 1990 ; 22 : 471-475
- [41] Matas M, Staley D, Griffin W. A profile of the noncompliant patient: a thirty-month review of outpatient psychiatry referrals. *Gen Hosp Psychiatry* 1992 ; 14 : 124-130
- [42] Merinder LB. Patient education in schizophrenia: a review. *Acta Psychiatr Scand* 2000 ; 102 : 98-106
- [43] Misdrahi D, Llorca PM, Lancon C, Bayle FJ. L'observance dans la schizophrénie: facteurs prédictifs, voies de recherche, implications thérapeutiques. *Encéphale* 2002 ; XXVII : 266-272
- [44] Mitchell PB. Therapeutic drug monitoring of psychotropic medications. *Br J Clin Pharmacol* 2000 ; 49 : 303-312
- [45] Naber D, Walther A, Kircher T et al. Subjective effects of neuroleptics predict compliance. In : Gaebel W, Awad A eds. Prediction of neuroleptic treatment outcome in schizophrenia. Vienna : Springer-Verlag, 1994 : 87-91
- [46] Paes A, Bakker A, Soe-Agnie CJ. Impact of dosage frequency on patient compliance. *Diabetes Care* 1997 ; 20 : 1512-1517
- [47] Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelnick B, Munizza C. Patient adherence in the treatment of depression. *Br J Psychiatry* 2002 ; 180 : 104-109
- [48] Roter DL, Hall JA. Strategies for enhancing patient adherence to medical recommendations. *JAMA* 1994 ; 271 : 80
- [49] Rotter JB. Social learning and clinical psychology. New York : Prentice-Hall, 1954
- [50] Rudd P. In search of the gold standard for compliance measurement. *Arch Intern Med* 1979 ; 139 : 627-628
- [51] Schmidt NB, Woolaway-Bickel K. The effects of treatment compliance on outcome in cognitive-behavioral therapy for panic disorder: quality versus quantity. *J Consult Clin Psychol* 2000 ; 68 : 13-18
- [52] Schmitt L, Moron P. Observance du traitement en psychiatrie. *Encycl Méd Chir* (Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), 37-860-A-60, Psychiatrie, 1992 : 1-2
- [53] Spadone C. Observance thérapeutique dans les troubles dépressifs récurrents. *Encéphale* 2002 ; XXVIII : 255-259
- [54] Spiegel D, Kraemer HC, Bloom JR, Gottheil E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989 ; 2 : 888-891
- [55] Straka RJ, Fish JT, Benson SR, Suh JT. Patient self-reporting of compliance does not correspond with electronic monitoring: an evaluation using isosorbide dinitrate as a model drug. *Pharmacotherapy* 1997 ; 17 : 126-132
- [56] Suppes T, Baldessarini RJ, Faedda GL, Tohen M. Risk of recurrence following discontinuation of lithium treatment in bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1991 ; 48 : 1082-1088
- [57] VanPutten T. Why do schizophrenic patients refuse to take their drugs? *Arch Gen Psychiatry* 1974 ; 31 : 67-72
- [58] VanPutten T, Crumpton E, Yale C. Drug refusal in schizophrenia and the wish to be crazy? *Arch Gen Psychiatry* 1976 ; 33 : 1443-1446
- [59] Weiden P, Olfson M. Cost of relapse in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995 ; 21 : 419-429
- [60] Weiden P, Rapkin B, Mott T, Zygmunt A, Goldman D, Horvitz-Lennon M et al. Rating of medication influences (ROMI) scale in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1994 ; 20 : 297-310
- [61] Weintraub M, Au WY, Lasagna L. Compliance as a determinant of serum digoxin concentration. *JAMA* 1973 ; 224 : 481
- [62] Zygmunt A, Olfson M, Boyer CA, Mechanic D. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2002 ; 159 : 1653-1664