

Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com

SCIENCE @ DIRECT®

Annales Médico-Psychologiques ■■ (2005) ■■■

ANNALES MÉDICO
PSYCHOLOGIQUES<http://france.elsevier.com/direct/AMEPSY/>

Mémoire

Enquête sur la perception de l'observance dans la schizophrénie (EPOS)

Study on the perception of compliance in schizophrenia

J. Palazzolo ^{a,d,*}, L. Weibel ^b, N. Midol ^c, Réseau ERAHSM ^d^a *Psychiatre Hospitalier, Docteur en Anthropologie, Chargé de cours à l'Université de Nice - Sophia-Antipolis, France*^b *Psychiatre Hospitalier, Université de Nice - Sophia-Antipolis, France*^c *Maître de Conférences en Anthropologie, LAMIC, Université de Nice - Sophia-Antipolis, France*^d *Centre Hospitalier Sainte-Marie, 87, Avenue Joseph-Raybaud, BP 1519, 06009 Nice cedex 01, France*

Reçu le 18 mai 2005 ; accepté le 20 juin 2005

Résumé

Du point de vue du patient, l'obtention d'une bonne observance passe par l'obtention d'une bonne relation avec son médecin ; cette dernière est directement liée à l'écoute et à l'intérêt accordés au malade, et pas seulement à ses symptômes. Si la motivation individuelle joue un rôle important au départ, elle va être elle-même fortement influencée par la relation médecin-malade. C'est un des rares facteurs pour lequel on observe une corrélation positive avec l'observance, comme l'ont fait constater pratiquement toutes les recherches en psychologie médicale. À ces notions classiques, bien connues, répondent les valeurs moyennes de non-observance, pouvant varier dans de grandes proportions selon les auteurs. Ces données témoignent du fossé existant entre ce qui est attendu et ce qui est effectivement réalisé. Cette divergence intervient autant pour le patient que pour son thérapeute, et fait intervenir de nombreux autres facteurs appartenant à la culture, au contexte médicoreligieux, à l'anthropologie médicale, aux propriétés réelles ou supposées du *Pharmakon*... Notre article se propose de faire la synthèse des données les plus actuelles concernant cette problématique encore objet de nombreux débats et quasiment pas abordée au sein de la littérature francophone. Grâce à la synthèse de ces données et à l'étude d'un questionnaire rempli par 380 patients souffrant de schizophrénie, nous essayerons de mieux comprendre ce qui se passe entre le soigné et ses soignants, d'un point de vue relationnel.

© 2005 Publié par Elsevier SAS.

Abstract

From the patient's viewpoint, good quality compliance supposes a good relationship with his/her doctor; this relationship is directly linked to the therapist's heeding and interest shown to the patient, and not to the patient's symptoms alone. If individual motivation plays an important part at the outset, it will nevertheless be seriously influenced by the relationship between the doctor and his/her patient. It is one of the rare factors for which a positive correlation with compliance can be observed, as shown by practically all medical psychology research. To these well-known classical medical notions correspond average values of non-compliance, which may vary widely according to those concerned. These data are proof of the wide gap existing between what is expected and what is actually achieved. This discrepancy is felt by the patient as well as by his/her therapist, and involves many other factors linked to culture, to medical and religious background, medical anthropology, and the real or supposed proprieties of the *Pharmakon*. Compliance to antipsychotic medication in schizophrenia continues to be a significant and challenging question in terms of its prevalence as well as its significant impact on the rate of relapse and resource utilization. Most of the published reports, here again, confirm the significant contribution of attitudes towards treatment and their impact on adherence and clinical outcomes. Negative critical attitudes can be enduring and may require specific targeted behavioural interventions in addition to optimization of medication-based treatment. Systematic reviews and a meta-analysis of various approaches to enhance compliance with medication in schizophrenia have yielded

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jerome-palazzolo@nice-groupe-sainte-marie.com (J. Palazzolo).

115 inconsistent results, reflecting the many shortcomings of the studies included in the review and the meta-analysis. Most of the interventions tend
116 to be rather complex and resource-intensive. One of the consistent findings has been the lack of impact of approaches based on psycho-education
117 alone, without additional behavioural, family and economic support. Not only does the content of any compliance intervention approach seem to
118 be important, but the time-course of outcome evaluation is also relevant. The need for “booster therapy” seems to be important for maintaining
119 some of the beneficial effects of adherence-improvement therapies. Although second-generation anti-psychotics are subjectively better tolerated
120 than first-generation anti-psychotics, their impact on compliance behaviour and improved attitudes towards treatment has not yet been system-
121 atically demonstrated in well-controlled studies. Similarly, differences between individual second-generation antipsychotic medications, in terms
122 of impact on compliance behaviour, need to be explored. Our study aims at synthesizing the most recent data concerning this issue which is still
123 at the core of numerous debates and hardly ever tackled in French language literature. Thanks to the summary of these data and to the testimony
124 of 380 schizophrenic patients, we shall try to have a better understanding of what happens between the patient and his/her therapists from a
125 relationships viewpoint.

125 © 2005 Publié par Elsevier SAS.

126 *Mots clés* : Observance ; Perception ; Relation soignant-soigné ; Schizophrénie

127 *Keywords*: Compliance; Perception; Therapeutic relationship; Schizophrenia

131 « *Le convaincre de ses propres intérêts puis le laisser*
132 *libre ?* »

133 Schopenhauer

134 1. Introduction

135 Les progrès réalisés dans le traitement de la schizophrénie
136 n'ont jusqu'ici pas modifié de manière radicale l'importance de
137 l'adhésion des patients à leur médication [50,51,53] ; par ail-
138 leurs, on peut constater la présence persistante de préoccupa-
139 tions de la part des pouvoirs publics concernant les troubles
140 comportementaux liés à ce type de pathologie. Cependant,
141 une meilleure compréhension des mécanismes biologiques im-
142 pliqués a permis de mieux définir les risques liés à une mau-
143 vaise observance médicamenteuse, et de souligner l'impact dé-
144 létère qu'un arrêt intempestif du traitement peut avoir sur le
145 cours de la maladie.

146 L'objectif de cette enquête, réalisée dans le cadre du Réseau
147 d'Étude et de Recherche de l'Association Hospitalière Sainte-
148 Marie (Réseau ERAHSM), est de mettre en exergue l'import-
149 tance du phénomène de non-observance médicamenteuse dans
150 le contexte de la gestion des troubles du comportement de pa-
151 tients pouvant présenter un potentiel de dangerosité non négli-
152 geable. Sujet d'actualité, l'observance médicamenteuse est une
153 problématique incontournable dans le contexte de la relation
154 soignant-soigné, mais elle est également au centre de nom-
155 breux débats concernant le respect des droits des malades, à
156 qui l'on doit une information claire, précise et loyale concer-
157 nant les soins prescrits.

158 Par ailleurs, l'un des symptômes fondamentaux retrouvés
159 dans la schizophrénie est l'ambivalence des patients. Cette am-
160 bivalence est alors bien souvent à l'origine d'une mauvaise
161 observance. Or, cette ambivalence, pas forcément verbalisée
162 par le sujet, est trop souvent oubliée par le médecin. Ce der-
163 nier, dans une logique névrotique, a tendance à penser qu'il
164 suffit d'expliquer l'intérêt du traitement pour obtenir l'adhésion
165 du patient.

166 L'expérience montre que ce sont des éléments tout autres,
167 pas forcément verbaux, qui vont être déterminants pour l'ob-

172 tention d'une observance de bonne qualité. Nous avons sou-
173 haité que cette étude prospective nous donne quelques élé-
174 ments sur ces facteurs déterminants.

175 2. Cadre théorique

176 2.1. L'observance : revue de la littérature

177 Les taux de bonne observance médicamenteuse avoisinent
178 50 % pour l'ensemble des spécialités médicales [35].

179 Une revue de la littérature, effectuée sur l'ensemble des pu-
180 blications parues entre 1985 et 2005, a permis de mettre en
181 exergue 34 études [1-3,6-8,10-12,14-17,20-22,24,25,27-32,
182 34,38,39,41-43,45-48]. Le **Tableau 1** résume l'ensemble des
183 résultats concernant la prise quotidienne d'une médication
184 orale ; le taux moyen de mauvaise observance est de 46 %,
185 les résultats oscillant entre 5 et 85 %. Le **Tableau 2** expose
186 les défauts d'observance concernant les neuroleptiques retard.
187 Dans ce contexte, le taux moyen de mauvaise observance est
188 de 17 %, avec des valeurs allant de 0 à 54 %.

189 **Tableau 1**
190 Répartition des patients

		Population (n = 380) en %
Sexe	Masculin	61,5
	Féminin	38,5
Niveau d'étude	Primaire – Secondaire	44,7
	BEP – CAP	33,9
	Baccalauréat – Supérieur	21,4
Situation familiale	Célibataire	42,6
	Marié	20,3
	Divorcé – Séparé – Veuf	37,1
	Enfants	39,2
Diagnostic (type de schizophrénie)	Paranoïde	78,9
	Désorganisé	3
	Catatonique	2,5
	Indifférencié	12,3
	Résiduel	3,3

229 Tableau 2
230 Nombre d'hospitalisations

231 Population (n = 380) 232 en %	Nombre d'hospitalisations précédentes
233 25,4	0
234 22,3	1
235 47,8	2-4
236 4,5	Plus de 5

237 2.2. Méthodes d'évaluation de l'observance

238 Les méthodes habituellement utilisées pour évaluer l'obser-
239 vance sont les suivantes :

- 240 ● entretiens semi-directifs ;
- 241 ● piluliers spécifiques (compteurs d'unité) ;
- 242 ● dosages du principe actif ou de métabolites dans les milieux
243 biologiques (sang, urine, salive, LCR...) ;
- 244 ● marqueurs spécifiques dosés dans les milieux biologiques.

245 La plupart de ces méthodes d'évaluation appartiennent au
246 domaine de la recherche, et ne sont pas toujours applicables
247 dans la pratique quotidienne ; généralement, le clinicien s'atta-
248 che aux dires de son patient, et à la présence – ou à l'absence –
249 des effets thérapeutiques escomptés.

250 Les médecins n'arrivent cependant pas toujours à évaluer
251 avec précision la qualité de l'observance médicamenteuse de
252 leurs malades (Felthous, 1987), [23,49]. Pour Chen [9], une
253 mauvaise observance peut revêtir plusieurs aspects :

- 254 ● non-respect du contrat thérapeutique tacite passé entre le
255 soigné et le soignant ;
- 256 ● rendez-vous de consultation manqués de manière répétitive ;
- 257 ● ignorance ou mauvaise interprétation des informations déli-
258 vrées par le médecin ;
- 259 ● prise anarchique du traitement prescrit ;
- 260 ● arrêt intempestif du traitement prescrit.

261 L'utilisation des neuroleptiques retard permet de diminuer le
262 risque de mauvaise observance médicamenteuse, mais, en ce
263 qui concerne la prise (pluri-)quotidienne de psychotropes *per*
264 *os*, la problématique reste majeure [Tableau 3](#).

265 2.3. Facteurs influençant l'observance

266 Selon Fenton *et al.* [13], les facteurs qui influencent la qua-
267 lité de l'observance médicamenteuse peuvent être regroupés en
268 quatre catégories distinctes en fonction de leur origine :

- 269 ● les facteurs liés au patient ;
- 270 ● les facteurs liés au traitement ;
- 271 ● les facteurs liés à l'environnement ;
- 272 ● les facteurs liés au médecin.

273 Ces auteurs insistent sur l'importance d'une bonne relation
274 soignant-soigné, cette dernière pouvant favoriser de façon non
275 négligeable l'alliance thérapeutique.

276 3. L'enquête EPOS

277 3.1. Objectif

278 L'objectif de ce travail est de comparer les allégations d'un
279 groupe de patients schizophrènes – représentatifs de l'ensemble
280 de la population suivie sur les cinq Centres Hospitaliers Sainte-
281 Marie (Clermont-Ferrand, Le Puy, Nice, Privas, Rodez), éta-
282 blissements répartis sur cinq régions de France – et les alléga-
283 tions de leurs médecins pour ce qui concerne diverses données
284 (perception de l'observance médicamenteuse, du traitement en
285 lui-même, de l'attitude vis-à-vis de la maladie, de l'informa-
286 tion) représentatives de la relation thérapeutique.

287 Cette étude nous permettra d'avoir un panel représentatif de
288 l'état de la question sur l'ensemble des hôpitaux Sainte-Marie,
289 et nous permettra de comparer à plus grande échelle nos résul-
290 tats à ceux des études précédentes.

291 3.2. Méthodologie

292 3.2.1. La population étudiée

293 Dans chaque Centre Hospitalier Sainte-Marie, dix investiga-
294 teurs formés à la recherche clinique participent à l'enquête.
295 Chacun de ces investigateurs recrute parmi sa file active un
296 maximum de dix patients volontaires.

297 Pour chacun des sujets schizophrènes inclus, l'évaluation
298 s'effectue au moyen de deux types de questionnaire : un ques-
299 tionnaire rempli par le patient et un questionnaire rempli par le
300 médecin.

301 3.2.2. Durée de l'enquête

302 Les patients volontaires ont à remplir leur questionnaire le
303 jour de l'instauration – ou du changement – d'un traitement
304 antipsychotique (**J0**), puis après trois mois de traitement (**M3**
305 ± 15 jours), puis après neuf mois de traitement (**M9**
306 ± 15 jours).

307 Le médecin remplit de façon parallèle un questionnaire aux
308 mêmes temps, soit à (**J0**), (**M3** ± 15 jours) et (**M9** ± 15 jours).

309 Le médecin remplit également de façon concomitante une
310 **CGI**, et à (**M6** ± 15 jours) une fiche de suivi.

311 La période d'inclusion est comprise entre le 1^{er} avril 2003 et
312 le 31 octobre 2003. L'ensemble des données est donc synthé-
313 tisé en juillet 2004.

314 3.2.3. Critères d'inclusion des patients

315 Les sujets sélectionnés correspondent aux critères suivants :

- 316 ● patients âgés de 18 à 65 ans ;
- 317 ● diagnostic de Schizophrénie selon les critères du DSM IV
318 (type paranoïde, désorganisé, catatonique, indifférencié, ou
319 résiduel) ;

Tableau 3
Résultats des études portant sur la non-observance des patients bénéficiant d'un traitement par voie orale

Références	% de sujets non-observants	Sujets	Période d'observation	Méthode d'évaluation
Casper et Regan (1993)	85 % (354/416)	Nouveaux entrants	Étude transversale	Fiche remplie par l'infirmière
Fernando et al. (1990)	81 % (47/58)	Sortants	un an	Entretiens avec le patient
Drake et al. (1991)	74 % (14/19)	Consultants (milieu rural)	un an	Entretiens avec le patient, fiche remplie par le médecin
Razali et Yahya (1995)	73 % (165/225)	Réadmissions	deux semaines	Questionnaire d'hétéroévaluation
Casper (1995)	72 % (53/74)	Sujets hospitalisés trois fois ou plus durant 18 mois	trois ans	Entretiens avec le patient, dossier médical
Kashner et al. (1991)	66 % (80/121)	Entrants randomisés	Étude transversale	Dossier médical
Giron et Gomez-Beneyto (1995)	66 % (49/74)	Sortants	deux ans	Fiche remplie par le patient et par un tiers
Adams et Howe (1993)	62 % (26/42)	Nouveaux entrants	un mois	Entretiens avec le patient
Casper (1995)	61 % (74/121)	Sujets hospitalisés moins de trois fois en 18 mois	trois ans	Entretiens avec le patient, dossier médical
Hicks (1989)	60 % (18/30)	Réadmissions	un an	Entretiens avec le patient
Frank et Gunderson (1990)	58% (42/72)	Sujets en psychothérapie	six mois	Fiche remplie par le patient et le thérapeute, dossier médical
Smoot et al. (1992)	58 % (14/24)	Réadmissions	Étude transversale	Entretiens avec le patient
Kelly et al. (1990)	57 % (240/418)	Sortants	Anamnèse	Dossier médical
Awad et Hogan (1994)	54 % (81/150)	Consultants	Étude transversale	Fiche remplie par le thérapeute
Weiden et Glazer (1997)	50 % (25/50)	Nouveaux entrants	Étude transversale	Fiche remplie par l'infirmière
McEvoy et al. (1989)	47 % (22/46)	Sortants (mis à la porte)	4 à 42 mois	Enregistrement d'entretiens avec le patient
Nageotte et al. (1997)	47 % (91/195)	Réadmissions	trois ans	Fiche remplie par le patient et par un tiers
Scottish Schizophrenia Research Group (1987)	46 % (10/22)	Premier épisode psychotique	cinq semaines	Dosages sanguins
Jenkins et al. (1986)	44 % (19/43)	Sortants	neuf mois	Dossier médical
Eckman et al. (1990)	40 % (64/160)	Consultants volontaires	Étude transversale	Fiche remplie par l'infirmière
Kapur et al. (1992)	40 % (8/20)	Hospitalisation de jour	trois mois	Marqueur urinaire
Opler et al. (1994)	37 % (37/100)	Sans domicile fixe	Étude transversale	Fiche remplie par le patient
Davidhizar et al. (1986)	36% (18/50)	Nouveaux entrants	Étude transversale	Dossier médical
Eckman et al. (1990)	33 % (53/160)	Consultants volontaires	Étude transversale	Fiche remplie par le psychiatre
Buchanan (1992)	32 % (19/59)	Sujets deux ans après sortie	Étude transversale	Dosages urinaires
McFarland et al. (1989)	27 % (59/215)	Consultants	Étude transversale	Questionnaire adressé à un proche
Weiden et al. (1995)	26 % (14/53)	Sortants	un mois	Entretiens avec le patient
Buchanan (1992)	25 % (15/61)	Sujets un an après sortie	Étude transversale	Dosages urinaires
McEvoy et al. (1989)	25 % (9/36)	Sortants (mis à la porte)	un mois	Entretiens avec le patient
Drake et al. (1991)	23 % (13/56)	Consultants (milieu rural)	un an	Entretiens avec le patient, fiche remplie par le médecin
Opler et al. (1994)	18 % (18/100)	Sans domicile fixe	Étude transversale	Fiche remplie par le patient
Sellwood et Tarrrier (1994)	17 % (43/256)	Sortants	trois ans	Entretiens avec le patient
Pablo et al. (1986)	15 % (23/150)	Réadmissions	Étude transversale	Entretiens avec le patient
Owen et al. (1996)	15 % (20/130)	Sujets hospitalisés	six mois	Fiche remplie par le patient
Hazel et al. (1991)	5 % (100/1992)	Consultants (clinique privée)	Étude transversale	Evaluation clinique de l'effet thérapeutique

343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360
361
362
363
364
365
366
367
368
369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399

400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456

- 457 ● ne présentant pas de graves troubles cognitifs gênant la
458 compréhension des questions ;
459
460 ● nécessitant selon l'avis du clinicien l'instauration d'un trai-
461 tement antipsychotique, ou une modification du traitement
462 antipsychotique existant.
463

464 3.2.4. Recueil des données

465 Le médecin investigateur informe à chaque fois oralement le
466 patient du recueil de données.
467

Pour chaque patient, une fiche anonyme d'observation est
451 remplie le jour de la consultation. Cette fiche contient des don-
452 nées sociodémographiques et des données cliniques.
453

454 Ensuite sont remplis les deux questionnaires comportant
455 chacun des items à choix fermés, des questions à réponse ou-
456 verte et des échelles visuelles analogiques :
457

458 Fiche d'observation du patient
459

	J0	M3 ± 15 jours	M6 ± 15 jours	M9 ± 15 jours
472 Date de la consultation	X	X	X	X
473 Caractéristiques sociodémographiques [Âge, Sexe, Diagnostic, Situation familiale, Catégorie socioéducative 474 (niveau d'études, activité professionnelle), Âge de début de la maladie, Prise éventuelle de toxiques]	X			
475 Nombre d'hospitalisations antérieures	X			
476 Hospitalisation(s) dans l'intervalle		X	X	X
477 Prise en charge dans l'intervalle, et fréquence (Consultations, CMP, CPJ, CATTP, HDJ, HAD, Autres)		X	X	X
478 Traitement antipsychotique antérieur (et raisons du <i>switch</i> éventuel), Notion de premier traitement instauré	X	X	X	X
479 Traitement antipsychotique en cours (et raison(s) du <i>switch</i> éventuel)	X	X	X	X
480 Traitement psychotrope concomitant	X	X	X	X
481 CGI (quatre niveaux)	X	X	X	X
482 Questionnaire patient	X	X	X	X
483 Questionnaire médecin	X	X	X	X

484 3.2.5. Analyse et exploitation des résultats

485 Lorsque l'ensemble des fiches sont remplies, les données
486 sont récapitulées afin de mettre en exergue les éléments statis-
487 tiques déterminants.
488

510 3.3. Questionnaires types

511 Un questionnaire simple est proposé au patient, et en paral-
512 lèle un questionnaire similaire est rempli par l'investigateur
513 (Questionnaires 1 et 2).
514

515 Ce questionnaire a été réalisé en s'inspirant du questionnaire
516 DAI-30 (Drug Attitude Inventory), validé par Bonsack *et al.*
517 [5].
518

519 3.3.1. Questionnaire du médecin investigateur

	Totale- ment faux	Plutôt faux	Plutôt vrai	Totale- ment vrai
497 1. Vous pensez que votre patient poursuivra son traitement lorsqu'il se sentira mieux				
498 2. Vous pensez que votre patient se sent ralenti par son traitement				
499 3. Vous pensez que votre patient prend son traitement sous la pression de son entourage ou d'une tierce 500 personne				
501 4. Vous pensez que votre patient se sent plus normal sous médicament				
502 5. Vous pensez que pour votre patient, prendre des médicaments lui évitera de rechuter				
503 6. Vous pensez que votre patient respecte vos prescriptions				
504 7. Vous pensez que votre patient comprend vos explications				
505 8. Vous pensez que pour votre patient, les médicaments ne sont pas nocifs pour lui				
506 9. Vous pensez que votre patient ne prend ses médicaments que lorsqu'il se sent malade				
507 10. Vous pensez que votre patient ne se sent pas différent avec ou sans médicaments				
508 11. Selon vous, quel est le degré de satisfaction de votre patient concernant son traitement ?				
509 Totalement satisfait				Totalement insatisfait
510 12. Selon vous, comment votre patient évalue l'efficacité de son traitement ?				
511 Extrêmement inefficace				Extrêmement efficace
512 13. Selon vous, comment votre patient évalue la tolérance de son traitement ?				
513 Très mal toléré				Parfaitement toléré
514 14. Comment jugez-vous la régularité de prise de l'antipsychotique pivot par votre patient ?				
515 Nulle				Excellente
516 (oubli permanent)				(aucun oubli)

571					628
572	CGI (Clinical Global Impression) – Gravité de la maladie (quatre items)				629
573	En fonction de votre expérience clinique totale avec ce type de patients, quel est le niveau de gravité des troubles mentaux actuels du patient ?				630
574	I_I Normal, pas du tout malade		I_I À la limite		631
575	I_I Modérément malade		I_I Gravement malade		632
576					633
577	<i>Comment jugez-vous le niveau d'efficacité et de tolérance du traitement ?</i>				634
578	<i>Efficacité</i>		<i>Tolérance</i>		635
579	I_I Nulle		I_I Très mauvaise		636
580	I_I Modérée		I_I Mauvaise		637
581	I_I Bonne		I_I Bonne		638
582	I_I Excellente		I_I Excellente (Aucun effet secondaire)		639

583 3.3.2. Questionnaire patient

584		Totalement faux	Plutôt faux	Plutôt vrai	Totalement vrai	
587	1. Je ne prendrai plus de médicaments dès que je me sentirai mieux					642
588	2. Avec les médicaments, je me sens bizarre, comme un « zombie »					643
589	3. Je ne prends des médicaments que sous la pression de mon entourage ou du médecin					644
590	4. Je me sens plus normal(e) sous médicament					645
591	5. Prendre des médicaments m'évitera de rechuter					646
592	6. Je respecte les prescriptions de mon médecin					647
593	7. J'éprouve des difficultés à comprendre les explications de mon médecin					648
594	8. Prendre des médicaments ne va pas me faire de mal					649
595	9. Je ne prends les médicaments que lorsque je me sens malade					650
596	10. Je ne suis pas différent avec ou sans médicaments					651
597	11. Quel est votre degré de satisfaction concernant votre traitement ?					652
598	Totalement insatisfait				Totalement satisfait	653
599	12. Comment évaluez-vous l'efficacité de votre traitement ?					654
600	Extrêmement inefficace				Extrêmement efficace	655
601	13. Comment supportez-vous votre traitement ?					656
602	Extrêmement mal supporté				Extrêmement bien supporté	657
603	14. Comment jugez-vous votre régularité de prise concernant le médicament principal ?					658
604	Nulle (oubli permanent)				Excellente (aucun oubli)	659
605	Avez-vous des éléments à rajouter concernant la prise effective de votre traitement ?					660
606	Si oui, quels sont-ils ?					661
607	Avez-vous bien compris l'intérêt du traitement ?					662
608	Si oui, quel est-il ?					663

609 4. Résultats et discussion

610 Trois cent quatre-vingts patients souffrant de schizophrénie
611 ont participé à l'enquête EPOS. Cette population se répartit
612 comme suit : **Tableau 1**.

613 L'âge moyen de début de la maladie est de 23,3 ans, les
614 patients ayant participé à l'enquête ayant en moyenne
615 34,7 ans au moment de leur inclusion.

616 Pour la plupart des sujets, il ne s'agit pas là de leur premier
617 séjour à l'hôpital (**Tableau 2**).

618 Pour 82,3 % des patients ayant participé à l'enquête, la pres-
619 cription effectuée au moment de l'inclusion est un changement
620 d'antipsychotique, le traitement étant modifié pour cause de
621 non efficacité (29,5 % des cas) ou de mauvaise tolérance
622 (68,6 % des cas). Pour la majorité des sujets, la monothérapie
623 antipsychotique est de règle (deux antipsychotiques sont asso-
624 ciés dans seulement 9,1 % des cas), mais il y a souvent au
625

626 moins un hypnotique (63 % des cas) et/ou un anxiolytique
627 (42,1 % des cas) co-prescrit.

628 L'utilisation d'un questionnaire-patient, d'un question-
629 naire-médecin investigateur, d'échelles analogiques visuelles,
630 et le recours à des questions ouvertes nous ont permis de met-
631 tre en exergue diverses problématiques légitimement liées à la
632 dynamique de l'observance médicamenteuse du sujet schizo-
633 phrène.

634 4.1. Le point de vue des patients

635 Une grande partie des sujets interrogés (62,4 %) soulignent
636 ne pas respecter à la lettre les recommandations du médecin, et
637 que par ailleurs le manque d'information concernant les psy-
638 chotropes demeure un problème majeur. Une insuffisance de
639 renseignements sur les buts thérapeutiques recherchés, les ef-
640 fets secondaires éventuels, les risques d'interaction des princi-
641 pes actifs entre eux ou avec d'autres substances, sont ainsi dé-
642

685 plorés par les malades. De plus, les patients se plaignent en
686 majorité (81,3 %) du fait qu'ils ne peuvent que difficilement
687 discuter ou négocier le type, voire le dosage de la médication
688 prescrite. Ils se voient donc parfois astreints à la même poso-
689 logie de principe actif alors que la crise est terminée et qu'ils
690 ont pris congé de l'hôpital. Des lacunes sont également signa-
691 lées au niveau de la qualité du suivi médical inhérent au trai-
692 tement médicamenteux (une réévaluation régulière de la néces-
693 sité de poursuivre la thérapeutique n'étant alors pas
694 systématique selon les dires de 56 % des patients).

695 De nombreux patients (63,2 %) mettent en exergue la pro-
696 blématique d'une certaine surmédication, des dosages trop éle-
697 vés entraînant divers effets secondaires handicapants qui rendent
698 l'individu amorphe – le terme de « zombie » revient
699 souvent dans les questionnaires –, entraînent sa marginalisa-
700 tion, sa chronicisation ; il s'ensuivrait la construction d'une
701 véritable identité de malade mental. Et dans une telle optique,
702 les sujets interrogés se sentent invalidés, ayant peu de pouvoir
703 sur leur propre trajectoire psychosociale.

704 Les patients interrogés mentionnent également le fait que le
705 sujet n'a pas toujours l'opportunité ou la détermination de faire
706 valoir sa volonté d'obtenir un traitement comportant un mini-
707 mum, voire une absence de psychotropes. Par ailleurs, le senti-
708 ment que les prescripteurs sont peu sensibles aux demandes
709 de sevrage médicamenteux est un thème récurrent. Les besoins
710 exprimés à ce niveau proviendraient surtout des usagers sous
711 neuroleptiques classiques, neuroleptiques dont les effets secon-
712 daires sont souvent décrits comme pénibles. Devant un refus
713 du psychiatre traitant concernant le fait de répondre à une de-
714 mande de sevrage médicamenteux, certains patients (8,2 %) ont
715 selon leurs dires dû procéder à la diminution ou à l'arrêt
716 de leur médication sans aide appropriée et sans connaissances
717 pertinentes, étant alors victimes de symptômes inhérents à une
718 « rupture thérapeutique sauvage ». Certains autres patients ont
719 pu bénéficier d'un suivi effectué par un médecin généraliste,
720 voire par un psychiatre plus conciliant à leurs yeux. Enfin,
721 quelques sujets font part d'un soutien apporté par leur pharmaci-
722 cien, voire par diverses associations d'usagers lorsqu'ils ont
723 voulu arrêter ou réduire la posologie de leurs médicaments.
724 Pour ce qui concerne les rares demandes effectuées auprès de
725 centres spécialisés en addictologie, une telle démarche apparaît
726 tout à fait inappropriée [Tableau 4](#).

727 Quoi qu'il en soit, la demande de sevrage existe, et que ce
728 dernier soit réalisé avec ou sans suivi médical strict, un arrêt ou
729 une diminution du traitement psychotrope doivent s'effectuer
730 dans le cadre d'une évaluation psychopathologique régulière

732 Tableau 4

733 Résultats des études portant sur la non-observance des patients bénéficiant d'un traitement neuroleptique retard

734 Références	% de sujets non-observants	Sujets	Période d'observation	Méthode d'évaluation
735 Bartko et al. (1988)	54% (30/56)	Sortants	un an	Fiche remplie par l'infirmière
736 Soni et al. (1994)	48% (42/88)	Consultants	cinq ans	Dossier médical
737 Tunnicliffe et al. (1992)	21% (18/84)	Consultants	un an	Entretiens avec le patient
738 Hogarty et al. (1988)	17% (12/70)	Réadmissions	deux ans	Évaluation clinique de l'effet thérapeutique
739 Pan et Tantam (1989)	11% (47/415)	Consultants	un an	Entretiens avec le patient
740 Weiden et al. (1995)	8% (3/40)	Sortants	un mois	Entretiens avec le patient
741 Fernando et al. (1990)	0 % (0/12)	Sortants	un an	Entretiens avec le patient

et en respectant certaines règles. Certains sujets interrogés
(4,9 %) décrivent plusieurs cas de rupture totale de soins qui
se sont soldés par une réhospitalisation rapide en milieu spé-
cialisé.

En définitive, de nombreux patients (41,7 %) soulignent le
manque cruel d'alternatives à la médication pure, soit parce
que ces alternatives ne sont pas suggérées, pas encouragées
par les soignants, voire inconnues des médecins, soit parce
qu'elles ne sont pas valorisées ; en contrepartie, le mythe de
l'existence d'une pilule miracle est encore bien présent au sein
de l'opinion publique. Les malades interrogés mentionnent
également le manque de ressources pouvant être utilisé par la
communauté en tant qu'alternatives ou compléments d'un trai-
tement pharmacologique. Bon nombre de témoignages recueillis
(75,3 %) apparaissent toutefois unanimes quant à la néces-
sité de privilégier une approche psychothérapique, dont
l'objectif tend vers une réhabilitation psychosociale. Si le trai-
tement pharmacologique est indispensable, il doit alors être mi-
nimal, n'entravant en aucune manière les possibilités de réin-
sertion socioprofessionnelle de l'individu.

4.2. Le point de vue des psychiatres

Les praticiens participant à l'enquête rappellent que l'ex-
pression clinique des symptômes allégués par le patient, cons-
tatée par le médecin et rapportée à une étiologie, conduit au
pouvoir thérapeutique – celui du médicament en l'occurrence –
qui est au centre de la relation médecin-malade. L'ordon-
nance acquiert ses lettres de noblesse dans une valeur symbo-
lique représentée par les caractéristiques du médicament, son
nom, sa couleur, ses modalités d'administration, son prix... et
l'espoir de guérison qui y est associé. Pour les investigateurs
d'EPOS, la gestion autonome de la médication est une réalité
culturelle, sociale, et actuelle dans notre pays. Elle flirte mal-
heureusement parfois avec l'automédication – rappelons-le,
85 % des Français auraient recours à un traitement pharmaco-
logique sans avis médicalisé selon une étude Sofrès menée sur
un échantillon représentatif de 1135 personnes : ainsi est réali-
sée une « automédication », avec une proportion de 17 % de
molécules « non prescrites » (500 millions d'unités) sur l'en-
semble des médicaments vendus en 1998 (2,9 milliards d'uni-
tés vendues en officine).

Ce qui est frappant dans le traitement des données recueil-
lies, c'est le décalage entre la perception du psychiatre vis-à-vis
de l'observance médicamenteuse de ses patients et la réalité.
En effet, pour 87,9 % des médecins investigateurs, le patient

799 apparaît plutôt satisfait du traitement prescrit, et l'antipsycho-
800 tique pivot est pris de manière très régulière. Alors qu'en fait,
801 lorsqu'on s'intéresse aux dires des sujets schizophrènes, les
802 données sont tout autres : 62,4 % ne respectent pas à la lettre
803 les prescriptions, 63,2 % jugent le traitement trop fort et
804 56,7 % se disent satisfaits de leur médication.

805 Quoi qu'il en soit, la majorité des médecins investigateurs
806 (88,2 %) s'entendent sur un objectif commun qui est d'attein-
807 dre un meilleur équilibre dans l'investissement des dimensions
808 biopsychosociales.

809 4.3. La relation médecin-malade 810 811

812 Les médecins prescripteurs sont montrés du doigt par les
813 patients lorsque l'on parle de biologisation croissante des prob-
814 lèmes de santé mentale et de surmédication. Cependant, plu-
815 sieurs psychiatres participant à l'enquête sont confrontés à un
816 double discours de la part de certains sujets schizophrènes, qui
817 revendiquent leur statut d'individu malade tout en évoquant un
818 dérèglement essentiellement biologique. Les dimensions psy-
819 chosociales risquent alors d'être sous-investies par le soigné
820 et, consécutivement, par le soignant. Dans un tel contexte, il
821 est souvent reproché au psychiatre son automatisme à prescrire
822 et son manque de disponibilité pour écouter : « Chaque prob-
823 lème a sa pilule ! » Le praticien doit donc, dans ce type de
824 situation, rester vigilant et favoriser l'établissement d'une rela-
825 tion fondée sur l'empathie [36].

826 Bon nombre de patients reprochent aux médecins d'être à
827 l'origine d'une prescription excessive de psychotropes. Ils s'in-
828 terrogent sur le maintien fréquent de la même posologie lors de
829 la période de crise et lors de la période de stabilisation. Enfin,
830 ils constatent que les prescripteurs travaillent dans certains cas
831 en vase clos : est à nouveau soulignée l'importance d'une
832 étroite collaboration avec le patient, ses proches, les associa-
833 tions d'usagers, les intervenants sociaux, les pharmaciens, etc.
834 Une meilleure information du malade et de son entourage ap-
835 paraît comme une nécessité pour la plupart des sujets partici-
836 pant à l'enquête EPOS (78,9 %), cette information ayant une
837 place majeure dans l'optimisation du suivi psychiatrique ins-
838 tauré au long cours.

840 4.3.1. Primauté de la personne et empowerment 841

842 En Amérique du Nord, la politique de santé mentale met de
843 plus en plus l'accent sur la notion de primauté de la personne,
844 et le principe d'*empowerment social* (la réappropriation du
845 pouvoir par l'individu et par la communauté) est mis en avant,
846 cette dynamique concernant autant les usagers en santé mentale
847 que l'ensemble des professionnels impliqués dans le réseau de
848 soins et le réseau social [37].

849 Lorsqu'il est question de la médication, plusieurs problèmes
850 se posent et plusieurs défis s'imposent. L'un de ces problèmes
851 est le respect du consentement libre et éclairé du sujet. Le
852 consentement libre et éclairé fait référence à la transmission
853 d'une information accessible, c'est-à-dire suffisamment vulga-
854 risée, neutre, portant sur la pertinence, la durée, les effets se-
855 condaires, la posologie du traitement, ainsi que sur l'impact

social éventuel (travail, entourage...). Le consentement libre et
856 éclairé suppose des alternatives éventuelles et/ou un complé-
857 ment à la médication. Le fait de ne proposer au patient qu'une
858 solution pharmacologique pour traiter ses problèmes de santé
859 mentale est extrêmement réducteur. Notons aussi que de nom-
860 breux sujets reprochent à divers prescripteurs d'instaurer un
861 traitement à une certaine posologie sans livrer au malade la
862 moindre explication.

863 Cette notion de consentement libre et éclairé va beaucoup
864 plus loin que le simple fait de faire un étalage des possibilités
865 thérapeutiques envisagées. Elle invite le praticien à s'engager
866 dans une démarche de collaboration et de coopération qui
867 amène le patient à être informé de la médication qui lui est
868 prescrite ; par ailleurs, le médecin doit s'assurer que le sujet a
869 bien assimilé cette information et qu'il est en mesure de pren-
870 dre la décision qu'il jugera la plus adaptée. À la fin de ce pro-
871 cessus, la personne concernée peut décider de suivre ou non la
872 prescription effectuée, tout en ayant la possibilité de continuer
873 la prise en charge.

874 Notre enquête nous a permis de mettre en exergue le fait
875 que pour la majorité des patients interrogés l'*empowerment*
876 est un objectif difficile à atteindre lorsque l'individu concerné
877 consomme de fortes doses de médicaments pouvant altérer sa
878 conscience. Et lorsque celui-ci décide de réduire ou d'arrêter
879 son traitement, il ne trouve pas toujours facilement une écoute
880 attentive de la part d'un soignant prêt à l'accompagner dans
881 une telle démarche. De nombreux sujets nous ont fait part de
882 leurs difficultés concernant ce point : l'arrêt de la médication
883 s'est effectué dans plusieurs cas de figure de manière anar-
884 chique, sur une courte période, avec parfois apparition d'im-
885 portants symptômes de sevrage.

886 5. Conclusion 887

888 Cette enquête souligne que la qualité de l'observance est
889 très fortement liée à la qualité de la relation soignant-soigné.

890 Les éléments déterminant cette qualité sont les suivants.

891 5.1. De la part du thérapeute 892

- 893 ● Sa capacité de réassurance et d'apaisement.
- 894 ● Son empathie pour le patient.
- 895 ● Sa capacité à fournir une information adaptée au niveau de
896 la désorganisation cognitive de son patient.
- 897 ● Une communication infraverbale (mimique et attitude cor-
898 porelle) suffisamment avenante.
- 899 ● Une attitude de confiance et d'optimisme vis-à-vis de son
900 patient.

901 5.2. De la part du patient 902

- 903 ● Possibilité de s'identifier à son thérapeute (cf. modalités du
904 transfert chez le psychotique).
- 905 ● Possibilité de communiquer avec son médecin sur des sujets
906 sortant de la relation de subordination soignant-soigné.
- 907 ● Possibilité d'avoir confiance dans son thérapeute.

913 Par ailleurs, parce qu'ils améliorent la qualité de la relation
914 et la confiance, les programmes d'information sont des élé-
915 ments déterminants de l'observance. Parce qu'ils permettent
916 une identification du patient à ses propres problèmes, ils per-
917 mettent une prise de conscience de l'intérêt du traitement et
918 améliorent l'adhésion du sujet.

919 Notre enquête nous permet donc de souligner la nécessité,
920 pour les équipes de soins, de s'inscrire dans une telle dyna-
921 mique ; par ailleurs, les divergences relevées entre les alléga-
922 tions du patient et celles de son psychiatre mettent en évidence
923 les points sur lesquels ces programmes doivent insister plus
924 spécifiquement :

- 925
- 926 ● Communication soignant-soigné ;
- 927 ● Effets secondaires des traitements ;
- 928 ● Possibilité (ou pas) d'envisager une diminution des doses
929 prescrites.

930

931 Même si la dimension subjective représente l'une des limi-
932 tes de cette étude – et de la plupart des enquêtes prospectives –,
933 les questions risquant d'être comprises avec la subjectivité dé-
934 faillante du patient, voire avec une certaine ambivalence, nous
935 pouvons conclure qu'il s'avère impérieux :

- 936
- 937 ● de reconnaître et d'encourager une certaine autonomie dans
938 la gestion de la médication chez les sujets schizophrènes ;
- 939 ● de considérer la participation active du patient à sa guérison
940 (ou à sa stabilisation) comme un droit fondamental ;
- 941 ● de fournir au malade, à son entourage et à la population en
942 général une information adaptée et compréhensible sur les
943 psychotropes (et les antipsychotiques en particulier) ;
- 944 ● de s'interroger de manière approfondie sur les pratiques
945 psychiatriques actuelles ;
- 946 ● de reconnaître et recenser les divers programmes d'informa-
947 tion du sujet schizophrène existant, et de regrouper ces ex-
948 périences afin de développer une certaine expertise dans le
949 cadre de l'obtention d'une relation soignant-soigné optimi-
950 sée. Les sujets ayant bénéficié d'un tel programme pour-
951 raient alors faire part de leurs propres observations et les
952 partager dans le cadre de projets pilotes associés au déve-
953 loppement d'alternatives thérapeutiques ;
- 954 ● de consolider un véritable partenariat autour de la probléma-
955 tique de la prise en charge de la schizophrénie et du déve-
956 loppement d'alternatives thérapeutiques (en y associant le
957 patient, l'entourage, les groupes d'entraide, les associations
958 d'usagers, les médecins généralistes, les psychiatres, les
959 pharmaciens...).

960

961 Longtemps considéré comme accessoire face à la nécessité
962 d'améliorer le patient schizophrène le plus rapidement possible
963 [18,19,44], le maintien d'une bonne observance médicamen-
964 teuse sur le long cours a été l'une des principales préoccupa-
965 tions des cliniciens, des pouvoirs publics et de l'industrie phar-
966 maceutique ces dernières années [4,26,40].

967

968 L'enquête proposée ici, outre le fait de mettre en exergue les
969 facteurs de risque inhérents à une alliance thérapeutique défec-

970 tueuse, présente des pistes de réflexion concernant les moyens
971 à mettre en œuvre, dans le but de favoriser la qualité de l'ob-
972 servance médicamenteuse et ainsi éviter la survenue d'une nou-
973 velle décompensation psychotique.

974 Une meilleure compréhension des concepts et des processus
975 psychologiques mis en jeu dans la relation soignant-soigné,
976 mais également dans la relation liant le patient à son traitement,
977 permettra d'optimiser la prise en charge de malades réputés
978 « difficiles ».

980 6. Référence non citée

981 [33].

982 Remerciements

983

984 Les auteurs tiennent à remercier vivement les laboratoires
985 Sanofi-Synthélabo France, et particulièrement le Dr Daniel
986 Gérard et le Dr Pierre-Jean Schiano pour le soutien apporté à
987 la réalisation de cette enquête.

988 Références

- 989
- 990
- 991
- 992
- 993
- 994
- 995
- 996
- 997
- 998
- 999
- 1000
- 1001
- 1002
- 1003
- 1004
- 1005
- 1006
- 1007
- 1008
- 1009
- 1010
- 1011
- 1012
- 1013
- 1014
- 1015
- 1016
- 1017
- 1018
- 1019
- 1020
- 1021
- 1022
- 1023
- 1024
- 1025
- 1026
- [1] Adams Jr. SG, Howe JT. Predicting medication compliance in a psycho-
tic population. *J Nerv Ment Dis* 1993;181:558–60.
- [2] Awad AG, Hogan TP. Subjective response to neuroleptics and the qua-
lity of life: implications for treatment outcome. *Acta Psychiatr Scand*
1994;89(suppl 380):27–32.
- [3] Bartko G, Herczeg I, Zador G. Clinical symptomatology and drug compli-
ance in schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand* 1988;77:74–6.
- [4] Bloom JD, Williams MH, Bigelow DA. Monitored conditional release of
persons found not guilty by reason of insanity. *Am J Psychiatry* 1991;
148:444–8.
- [5] Bonsack C, Conus P, Philippoz R, Bovet J, Spagnoli J, Dufour H. La
perception subjective de l'effet des neuroleptiques chez des patients schi-
zophrènes ambulatoires : une étude transversale. *Encephale* 1998;24:
315–23.
- [6] Buchanan A. A two-year prospective study of treatment compliance in
patients with schizophrenia. *Psychol Med* 1992;22:787–97.
- [7] Casper ES. Identifying multiple recidivists in a state hospital population.
Psychiatr Serv 1995;46:1074–5.
- [8] Casper ES, Regan JR. Reasons for admission among six profile sub-
groups of recidivists of inpatient services. *Can J Psychiatry* 1993;38:
657–61.
- [9] Chen A. Noncompliance in community psychiatry: a review of clinical
interventions. *Hosp Community Psychiatry* 1991;42:292–7.
- [10] Davidhizar R, Austin J, Mac Bride A. Attitudes of patients with schizo-
phrenia toward taking medication. *Res Nurs Health* 1986;9:139–46.
- [11] Drake RE, Wallach MA, Teague GB. Housing instability and homeless-
ness among rural schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 1991;148:330–
6.
- [12] Eckman TA, Liberman RP, Phipps CC, Blair KE. Teaching medication
management skills to schizophrenic patients. *J Clin Psychopharmacol*
1990;10:33–8.
- [13] Fenton WS, Blyler CR, Heinsen RK. Determinants of medication compli-
ance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophr Bull*
1997;23:637–51.
- [14] Fernando MLD, Velamoor VR, Cooper AJ. Some factors relating to
satisfactory post-discharge community maintenance of chronic psychotic
patients. *Can J Psychiatry* 1990;35:71–3.
- [15] Frank AF, Gunderson JG. The role of the therapeutic alliance in the treat-
ment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:228–36.

- 1027 [16] Giron M, Gomez-Beneyto M. Relationship between family attitudes measured by the semantic differential and relapse in schizophrenia: a 2-year follow-up prospective study. *Psychol Med* 1995;25:365–71. 1084
- 1028 [17] Hazel KL, Herman SE, Mowbray CT. Characteristics of seriously mentally ill adults in a public mental health system. *Hosp Community Psychiatry* 1991;42:518–25. 1085
- 1029 [18] Heilbrun K, Lawson K, Spier S. Community placement for insanity acquittees: a preliminary study of residential programs and person-situation fit. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1994;22:551–60. 1086
- 1030 [19] Herinckx HA, Kinney RF, Clarke GN. Assertive community treatment vs usual care in engaging and retaining clients with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 1997;48:1297–306. 1087
- 1031 [20] Hicks MB. A community sojourn from the perspective of one who relapsed. *Issues Ment Health Nurs* 1989;10:137–47. 1088
- 1032 [21] Hogarty GE, Mac Evoy JP, Munetz M. Dose of fluphenazine, familial expressed emotion, and outcome in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:797–805. 1089
- 1033 [22] Jenkins JH, Karno M, de la Selva A. Expressed emotion of relatives, maintenance drug treatment, and relapse in schizophrenia and mania. *Psychopharmacol Bull* 1986;22:621–7. 1090
- 1034 [23] Kapur S, Ganguli R, Ulrich R. Use of random-sequence riboflavin as a marker of medication compliance in chronic schizophrenics. *Schizophr Res* 1992;6:49–53. 1091
- 1035 [24] Kashner TM, Rader LE, Rodell DE. Family characteristics, substance abuse, and hospitalization patterns of patients with schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry* 1991;42:195–7. 1092
- 1036 [25] Kelly GR, Scott JE, Mamon J. Medication compliance and health education among outpatients with chronic mental disorders. *Med Care* 1990;28:1181–97. 1093
- 1037 [26] Lamb HR, Weinberger LE, Gross BH. Court-mandated community outpatient treatment for persons found not guilty by reason of insanity: a five-year follow-up. *Am J Psychiatry* 1988;145:450–6. 1094
- 1038 [27] Mac Evoy JP, Freter S, Everett G. Insight and the clinical outcome of schizophrenic patients. *J Nerv Ment Dis* 1989;177:48–51. 1095
- 1039 [28] Mac Farland BH, Faulkner LR, Bloom JD. Chronic mental illness and the criminal justice system. *Hosp Community Psychiatry* 1989;40:718–23. 1096
- 1040 [29] Nageotte C, Sullivan G, Duan N. Medication compliance among the seriously mentally ill in a public mental health system. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997;32:49–56. 1097
- 1041 [30] Opler LA, Caton CLM, Shrout P. Symptom profiles and homelessness in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1994;182:174–8. 1098
- 1042 [31] Owen RR, Fischer EP, Booth BM, Cuffel BJ. Medication noncompliance and substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1996;47:853–8. 1099
- 1043 [32] Pablo RY, Kadlec KE, Arboleda-Florez J. The readmission of psychotic patients to a general hospital psychiatry unit. *Gen Hosp Psychiatry* 1986;8:190–7. 1100
- 1044 [33] Palazzolo J. Observance médicamenteuse et psychiatrie. Elsevier, Paris, 2004a. 1101
- 1045 [34] Palazzolo J. Communication et observance dans la relation thérapeutique en psychiatrie. Thèse d'Anthropologie, Université de Nice - Sophia-Antipolis, 2004b. 1102
- 1046 [35] Palazzolo J, Lachaux B. L'information du patient dans le cadre de la recherche en médecine. Elsevier, Paris, 2004c. 1103
- 1047 [36] Palazzolo J. Informer le patient en psychiatrie – Rôle de chaque intervenant : entre légitimité et obligation. Paris: Masson « Médecine et Psychothérapie »; 2003. 1104
- 1048 [37] Palazzolo J, Lachaux B. Entre compliance et liberté : le témoignage d'un patient. *Encephale* 1999;25:667–71. 1105
- 1049 [38] Pan PC, Tantam D. Clinical characteristics, health beliefs and compliance with maintenance treatment: a comparison between regular and irregular attenders at a depot clinic. *Acta Psychiatr Scand* 1989;79:564–70. 1106
- 1050 [39] Razali MS, Yahya H. Compliance with treatment in schizophrenia: a drug intervention program in a developing country. *Acta Psychiatr Scand* 1995;91:331–5. 1107
- 1051 [40] Scott DC, Zonana HV, Getz MA. Monitoring insanity acquittees: Connecticut's psychiatric security review board. *Hosp Community Psychiatry* 1990;41:980–4. 1108
- 1052 [41] Scottish Schizophrenia Research Group. The Scottish first episode schizophrenia study: II. Treatment: pimozone vs flupenthixol. *Br J Psychiatry* 1987;150:334–8. 1109
- 1053 [42] Sellwood W, Tarrier N. Demographic factors associated with extreme non-compliance in schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994;29:172–7. 1110
- 1054 [43] Smoot SL, Vandiver RM, Fields RA. Homeless persons readmitted to an urban state hospital. *Hosp Community Psychiatry* 1992;43:1028–30. 1111
- 1055 [44] Solomon P, Draine J, Meyerson A. Jail recidivism and receipt of community mental health services. *Hosp Community Psychiatry* 1994;45:793–7. 1112
- 1056 [45] Soni SD, Gaskell K, Reed P. Factors affecting rehospitalisation rates of chronic schizophrenic patients living in the community. *Schizophr Res* 1994;12:169–77. 1113
- 1057 [46] Tunnicliffe S, Harrison G, Standen PJ. Factors affecting compliance with depot injection treatment in the community. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1992;27:230–3. 1114
- 1058 [47] Weiden PJ, Glazer W. Assessment and treatment selection for "revolving door" inpatients with schizophrenia. *Psychiatr Q* 1997;68:377–93. 1115
- 1059 [48] Weiden PJ, Rapkin B, Zygmunt A. Postdischarge medication compliance of inpatients converted from an oral to a depot neuroleptic regimen. *Psychiatr Serv* 1995;46:1049–54. 1116
- 1060 [49] Wright EC. Non-compliance or how many aunts has Matilda? *Lancet* 1993;342:909–13. 1117
- 1061 [50] Young JL, Spitz RT, Hillbrand M, Daneri G. Medication adherence failure in schizophrenia: a forensic review of rates, reasons, treatments, and prospects. *J Am Acad Psychiatry Law* 1999;27:426–44. 1118
- 1062 [51] Young JL, Zonana HV, Shepler L. Medication non-compliance in schizophrenia: codification and update. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1986;14:105–22. 1119
- 1063 1120
- 1064 1121
- 1065 1122
- 1066 1123
- 1067 1124
- 1068 1125
- 1069 1126
- 1070 1127
- 1071 1128
- 1072 1129
- 1073 1130
- 1074 1131
- 1075 1132
- 1076 1133
- 1077 1134
- 1078 1135
- 1079 1136
- 1080 1137
- 1081 1138
- 1082 1139
- 1083 1140