

BULLETIN No 7

Mars 1997

LA COMPLIANCE MÉDICAMENTEUSE EN PSYCHIATRIE

Dr François VUILLE

L'acte de présenter un médicament prescrit par le médecin est non seulement un moyen important pour le patient d'être soulagé de ses symptômes et de sa souffrance, mais également une marque de contexte qui le confirme dans un rôle de malade face à la société.

L'absence d'adhésion au traitement médicamenteux serait responsable d'environ un quart des admissions en hôpital psychiatrique. Le manque de collaboration du patient à son traitement, communément appelé non-compliance, constitue donc un grave problème de santé publique et de société par le fait que des malades ne peuvent se soulager de leur souffrance tout en étant parallèlement stigmatisés par le système social sur un mode parfois moralisateur comme "non collaborateurs ou peu motivés", voir sanctionnés par le système asséculogique, en étant suspectés de simulation.

DÉFINITION

La non-compliance ne peut pas être considérée en dehors d'un traitement et d'une relation thérapeutique avec un soignant, la plupart du temps un médecin. Pour qu'un patient qui ne se soumet pas à la prescription de son thérapeute fasse preuve de non-compliance, *il faut que le diagnostic posé par le médecin soit correct et le remède indispensable, apportant plus de bénéfices que d'inconvénients, ceci dans le cadre d'un traitement volontairement entrepris.*

La définition de l'adhésion au traitement implique donc une vision non seulement technique, mais également relationnelle; elle ne résulte pas seulement du manque de motivation d'un individu à se soumettre au traitement indiqué, mais également de l'échec d'une relation thérapeutique et d'un problème de collaboration entre le patient et son thérapeute ou entre le patient et le système de soins.

De nombreuses études sur le niveau d'adhésion au traitement (médicamenteux ou non médicamenteux) ont été réalisées en médecine somatique ou en psychiatrie avec des niveaux de non-compliance allant de 0 à 93%. Selon la majorité des études, plus de 50 % des patients ne suivraient pas correctement leur traitement. Du point de vue méthodologique se pose toutefois la question de l'appréciation de la non-compliance. Un patient déprimé refusant de prétendre plus de 50 mg/j de clomipramine, mais se conformant de manière rigoureuse à cette prescription admise de guerre lasse par son médecin peut-il raisonnablement être considéré comme plus compliant qu'un autre patient déprimé, prenant à l'insu de son médecin tous les jours 100 mg/j de clomipramine à la place des 150 mg prescrits ?

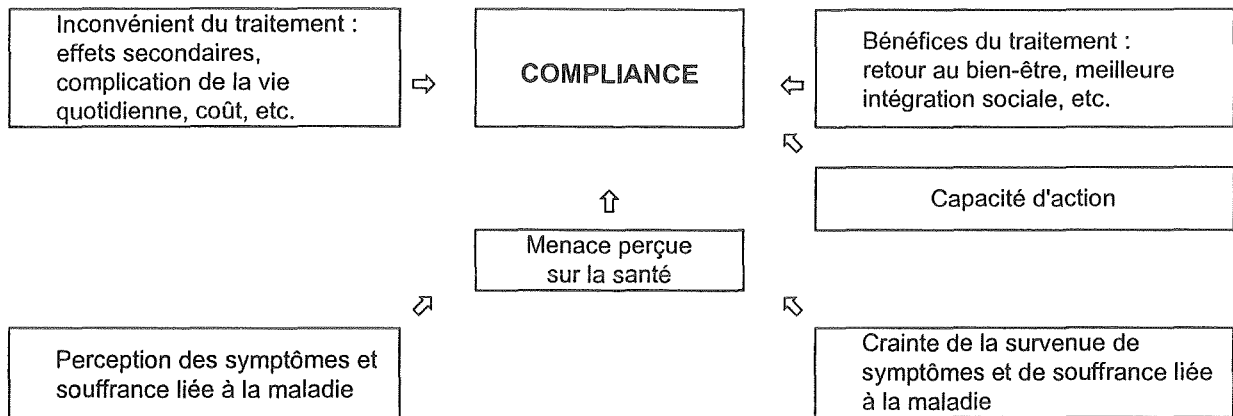
LA DÉTECTION DU PROBLÈME

La détection de la non-compliance est également très difficile puisqu'une étude réalisée auprès de médecins-assistants et de chefs de clinique en médecine interne a démontré que ceux-ci ne peuvent correctement évaluer la compliance de leurs patients que dans 50% des cas. Garfield indique qu'en général les thérapeutes surestiment le degré de compliance de leurs patients et que les patients surestiment également leur compliance.

A mon avis, chaque échec thérapeutique doit faire se poser la question de l'adhésion au traitement. Un entretien dénué de tout caractère inquisiteur peut mettre en évidence un tel problème et souvent soulager le patient avec comme conséquence un approfondissement de la relation thérapeutique. Dans d'autres cas, le manque d'adhésion au traitement peut être décelé par le décompte soigneux des comprimés, ou par un taux plasmatique quand la substance utilisée est dosable. Dès que la non-compliance est décelée, ses causes doivent être analysées.

Un modèle intéressant permet de décomposer le processus de la compliance en différentes étapes. Il s'agit du Modèle de Représentation de la Maladie (Health Believe Model) qui est illustré par la figure 1.

Fig. 1 : Modèle de croyance en la maladie



## LE PROBLÈME DE LA COMPLIANCE DANS LE CAS DE LA SCHIZOPHRÉNIE

La schizophrénie est une maladie qui s'accompagne d'un taux de non-compliance élevé (46% des schizophrènes ayant connu un premier épisode).

Nous pouvons également appliquer les différents éléments du modèle de croyance à la maladie pour comprendre les difficultés de ces patients à suivre correctement leur traitement.

### *Problème de perception de la maladie.*

Les symptômes de la maladie sont perçus mais incorrectement compris ou interprétés. Le patient peut trouver une explication délirante à certains de ses troubles comme les hallucinations, il peut avoir des préjugés et des croyances sur l'origine de ses troubles parfois partagés par son entourage ou par la société, ce qui peut aboutir à la mise au pilori des médicaments rendus responsables de la maladie.

Une étude en milieu hospitalier a démontré que 17 % des schizophrènes avaient une conscience de la maladie et 27% du besoin d'être traité. Cet état de fait ne doit pas seulement être considéré comme une manifestation de la psychose puisque très souvent il n'y a pas d'amélioration de la conscience de la maladie malgré une diminution des symptômes positifs de la schizophrénie dès l'introduction d'un traitement neuroleptique. Dans ce domaine, les préjugés du patient et de sa famille (même pour des familles à faible niveau d'"Expressed Emotions") jouent donc un rôle probablement aussi important que l'autisme du malade.

L'existence d'un délire paranoïde ou d'idée délirantes grandioses, ainsi surtout qu'un double diagnostic par l'existence conjointe d'un trouble addictif, sont des caractéristiques qui s'accompagnent le plus souvent d'une compliance médicamenteuse médiocre. Une simple attitude éducative ne suffit en général pas pour convaincre les malades et leur entourage de la nature malade de leurs troubles. Il faut alors souvent une beaucoup de patience pour obtenir une alliance thérapeutique et pouvoir travailler de manière psychothérapeutique cette question, le plus souvent par l'épreuve de confrontation à la réalité.

### *Perturbation des capacités d'action*

La désorganisation de la pensée, les difficultés cognitives liées à la maladie sont des facteurs non négligeables de non adhésion au traitement, même si le patient comprend et admet le bien fondé de sa médication; dans de tel cas , les directives thérapeutiques et la médication doivent être données de manière la plus simple possible.

L'utilisation d'un semainier, de moyens de rappels à domicile (autocollants dans les endroits stratégiques), peuvent améliorer la compliance. L'aide de la famille est précieuse pour le rappel du médicament, si elle ne s'inscrit pas dans une atmosphère de surveillance étouffante. Une approche intéressante est également l'amélioration de la compétence du patient à dialoguer avec son médecin au sujet de la médication. Une levée de bien des inhibitions dans ce domaine peut se faire à l'aide d'une approche comportementale, par exemple jeux de rôle, ou grâce à des séances de groupes de patients. Une telle approche peut permettre au patient de signaler à son médecin plus vite et de manière plus claire un problème lié à sa médication en contournant certaines de ses difficultés à communiquer et en lui apprenant à se sentir un interlocuteur compétent.

Un neuroleptique dépôt peut apporter un bénéfice certain, car les patients initialement compliants à leur médication par voie orale, ne le sont pas en général durablement. On observe toutefois un problème de non compliance chez 40 % des patients sous neuroleptiques dépôt pendant une durée d'observation de 7 ans. Les études ne démontrent pas de réelle supériorité au niveau de la compliance pour les formes dépôt par rapport aux formes orales, mais ceci peut-être pour des raisons méthodologiques.

## Problèmes liés aux inconvénients du traitement

La toute première expérience de l'exposition à un neuroleptique peut être vécue de manière traumatique par le patient en raison d'effets secondaires extrapyramidaux. Ce moment peut laisser une empreinte psychique qui conditionnera à long terme son appréciation du traitement médicamenteux. Il semble donc primordial de proposer les doses les plus basses possibles à des patients médiqués pour la première fois.

30% des patients sous neuroleptiques modifient d'eux mêmes leur posologie parfois en accord avec leur famille. Il s'avère souvent que leur évaluation du problème est tout à fait correcte. Un encouragement de la gestion active du traitement par le patient est une des clés du succès.

La prescription de traitements prophylactiques par neuroleptique à la dose la plus basse possible, avec des anticholinergiques si cela est vraiment nécessaire, ou la prescription de neuroleptiques atypiques tels que la rispéridone et la clozapine sont des moyens de diminuer les effets secondaires extrapyramidaux et d'améliorer la compliance.

Enfin, la prise de poids et les troubles sexuels (présents dans 25% des traitements neuroleptiques) sont également des éléments perturbateurs pour la prise du médicament que le médecin ne devra pas négliger.

## LE CAS DE LA DÉPRESSION

Dans la consultation du médecin généraliste, un nouveau cas sur dix présente un problème de dépression. 95% de tous les antidépresseurs prescrits le sont par des médecins non psychiatres contre 5% par les psychiatres. La prescription d'un traitement antidépresseur adéquat est importante d'une part pour la guérison du trouble, d'autre part pour la prévention d'une rechute. Après un premier épisode dépressif, il est communément admis que le traitement antidépresseur doit être maintenu au moins 6 mois à la dose thérapeutique ayant occasionné la guérison. Un arrêt du traitement durant cette période s'accompagne d'une rechute dans 50% des cas.

Une étude réalisée aux U.S.A. par Wells et al. en 1994 a étudié les habitudes de prescriptions médicamenteuses pour les antidépresseurs chez différents praticiens ambulatoires. Cette étude a démontré que 34% des dépressions s'accompagnaient d'une prescription d'antidépresseur par les psychiatres contre 16% par les médecins non psychiatres. Les tranquillisants étaient par contre beaucoup plus fréquemment prescrits que les antidépresseurs par les 2 groupes de praticiens. 40% des antidépresseurs prescrits l'étaient à des doses inférieures à la dose reconnue comme thérapeutique.

De tels résultats doivent nous inciter à évaluer la possibilité d'une *non-compliance des médecins* par rapport aux prescriptions recommandées dans la littérature.

La prescription d'un médicament ayant des effets secondaires désagréables à des malades souffrant affectivement peut être difficile aussi bien pour le non spécialiste que pour le spécialiste. Les effets secondaires sont en effet perçus avant l'amélioration clinique, et la relation médecin-malade peut s'en trouver sérieusement ébranlée.

Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (SSRIS) et d'autres nouveaux antidépresseurs (Venlafaxine) sont pour cette raison prometteurs puisqu'ils s'accompagnent d'effets secondaires moindres que les tricycliques. La compliance est améliorée avec ces substances, mais surtout en début de traitement, alors qu'à long terme, notamment pour des patients ambulatoires, cette supériorité n'empêche pas un arrêt fréquent de la médication.

Maddox et al. ont réalisé en 1994 une évaluation de la compliance médicamenteuse des patients déprimés suivis par des médecins généralistes. Les SSRIS étaient pris plus correctement que les tricycliques pendant les 8 premières semaines du traitement, mais à 3 mois, le taux de non-compliance (50%) devenait superposable à celui des tricycliques. La dose prescrite était toutefois toujours correcte pour les SSRIS, alors que seuls 30% des tricycliques étaient prescrits à des doses dont l'efficacité pouvait être jugée supérieure à celle d'un placebo. Dans les cas de non-compliance, la raison de l'arrêt des médicaments était justifiée par: 1) des effets secondaires, 2) le patient se sentait mieux, 3) le patient ne ressentait aucun effet bénéfique de son traitement (la plupart du temps pendant la 1ère semaine de traitement), 4) parce que cela avait été proposé par le médecin.

Dans l'étude de Shrivastava et al., la fidélité au traitement à 6 mois est de 43% pour la Venlafaxine contre 26% pour l'imipramine. Cette bonne comparaison n'empêche pas de constater l'abandon fréquent du traitement même avec des médicaments mieux tolérés.

Ces études mettent donc en évidence l'importance primordiale de l'information destinée aux patients non seulement sur les effets secondaires mais aussi sur les effets bénéfiques de la médication, notamment sur le délai de survenue de ceux-ci et de la nécessité d'une maintenance médicamenteuse après la guérison. Une amélioration de l'information et de la supervision donnée aux médecins (psychiatres compris) à ce sujet semble également fondamentale pour améliorer leur propre niveau de compliance.

## CONCLUSION

Le problème du manque d'adhésion au traitement n'est jamais imputable aux seules caractéristiques du malade ou de sa maladie. Le thérapeute ou le système thérapeutique participent toujours d'une certaine manière à l'existence de ce problème. Cette constatation doit permettre d'ouvrir de nouvelles possibilités d'interventions non seulement au niveau du patient et de son entourage mais également au niveau du système de soins.

## REFERENCES

- Bebbington P.E., The content and context of compliance, *Int. Clin. Psychopharmacology*, 1995.  
Garfield E. Patient Compliance : A Multifaceted Problem with No Easy Solution, *Current Contents*, sept. 1982.  
Haynal A., Schultz P., Commentaires sur la non-observation du traitement ("compliance") et la relation médecin-malade, *Méd. et Hyg.*, 1983.  
Kissling W., *Guidelines For Neuroleptic Prevention in Schizophrenia*, Springer Verlag 1991.  
Linden M., Definition of compliance, *Intern. Journal of Clin. Pharmacology, Therapy and Toxicology*, 1981.  
Maddox J.C., Levi M., Thompson C., The compliance with antidepressants in clinical practice. *J. Psychopharmacol.* 1992.  
Myers E.D. Information, compliance and side effects : A study of patients on antidepressants medication, *British J. Clin. Pharmacology*, 1984.  
Shrivastava R.K. et al., Long-Term Safety and Clinical Acceptability of Venlafaxine and Imipramine in Outpatients with Major Depression, *Journal of Clin. Psychopharmacology* 1994.  
Wells K.B. et al., Use of Minor Tranquilizers and Antidepressant Medications by Depressed Outpatients : Results From the Medical Outcomes Study, *Am. J. Psychiatry* 1994.

## RESUME : ENQUETE SUR L'INFORMATION DES NOUVEAUX PSYCHOTROPES

I. Lenarth

La recherche en psychopharmacologie est en constante évolution. Les infirmiers travaillant en milieu hospitalier ou dans le secteur ambulatoire, sont fréquemment confrontés à l'apparition des nouveaux médicaments sur le marché.

C'est la raison pour laquelle les connaissances en psychopharmacologie doivent être adaptées, dans un processus permanent. De plus, l'infirmier est souvent sollicité pour participer à des programmes de recherche en pharmacologie. De ce fait, il doit être capable de répondre aux questions du patient, d'observer l'évolution de celui-ci avec compétence et de contribuer ainsi au bon déroulement d'un programme de recherche.

Dans le but d'évaluer les besoins et les attentes des infirmiers dans ce domaine vaste qu'est la pharmacologie, j'ai élaboré un questionnaire à l'intention des infirmiers diplômés des secteurs psychiatriques vaudois. Sur 250 questionnaires envoyés, 128 me sont revenus dûment remplis.

### Résultat de l'enquête :

L'enquête a mis en évidence l'importance d'une réactualisation des connaissances en psychopharmacologie et surtout d'une bonne information avant l'introduction d'une nouvelle médication.

Ces informations doivent être appuyées par des documents écrits pour atteindre tous les soignants qui se relaient dans une équipe organisée 24H/24H.

Etre en possession de toutes les informations concernant un nouveau traitement favorise l'interaction soignant/soigné. Si l'infirmier possède tous les renseignements nécessaires sur un nouveau traitement, il s'implique mieux et donne un enseignement adéquat à la personne soignée en suscitant sa compliance.

En plus, il sera plus attentif sur les indications et buts à poursuivre.

Recevoir un feed-back de la recherche après l'introduction d'un nouveau traitement est vivement souhaité par les soignants. Les publications des résultats devraient être rapidement accessible à tous.

### Propositions

- Solliciter les responsables des services des soins infirmiers pour organiser des cours de formation post-diplôme afin de réactualiser des connaissances en psychopharmacologie.
- Demander le soutien des membres de la commission des médicaments et de pharmacologie clinique du DUPA pour traiter le problème de l'information lors de l'introduction d'un nouveau médicament et de mise en route d'un programme de recherche.
- Ouvrir les symposiums au personnel soignant.
- Susciter la participation des infirmiers aux colloques psychopharmacologiques cliniques.

<b>Président :</b> Ch. Bryois - <b>Membres de la commission :</b> P. Baumann - Th. Buclin - J.-M. Chanez - I. Lenarth - P. Meister - D. Soderström - F. Vuille - M. Weyeneth
<b>Adresse :</b> M. Michoud / secrétariat Dr Bryois - DUPA - Clinique B -Site de Cery - 1008 Prilly/Lausanne - Tél. 021 / 643.63.11 - Fax 021 / 643.64.69