

ISSN 1155-4704 635008	
<h1>Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive</h1>	
ASSOCIATION FRANÇAISE DE THÉRAPIE COMPORTEMENTALE ET COGNITIVE	
Éditorial	
Bienvenue dans ScienceDirect <i>F. Legeron (France)</i>	1
Articles originaux	
Anxiété, dépression et partage social des émotions : des stratégies de régulation émotionnelle interpersonnelle spécifiques <i>A. Pasquier, A. Bonnef, J.-L. Pedinielli (France)</i>	2
« L'apprentissage de la relaxation appliquée (RA) peut-il améliorer la diminution de la flexibilité physiologique observée chez les sujets souffrant d'anxiété généralisée ? ». Une étude de cas <i>E. Frenard, Y. Khaoual (Suisse)</i>	8
Motivation et cognitions spécifiques chez la personne âgée dépressive <i>E. Allouas, A. Guerman (France)</i>	14
Étude des liens entre schémas précoces inadaptés et stratégies d'adaptation (chez des patients alcoolodépendants et des patients dépressifs) <i>S. Baillieux, L. Romo, S. Kindynis, A. Radchenko, Q. Debray (France)</i>	19
Les troubles des conduites alimentaires pendant et en dehors du ramadan <i>J. Masmoudi, S. Trabelsi, E. Elmech, A. Isoua (Tunisie)</i>	26
Stades d'observation des patients schizophrènes chroniques <i>C.-M. Fallois, A.-S. Collik (France)</i>	32
Cas clinique	
Apprendre à analyser et à lutter contre le craving par l'exposition : un cas clinique en alcoologie <i>D. Éraldi-Gachere (France)</i>	36
Prochains congrès	41
  <i>Publication périodique trimestrielle</i>	
Indexé dans/Indexed in : American Psychological Association (PsycINFO) Psycal (INIST-CNRS), Scopus	
Février 2008 vol. 18 n° 1	

This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/copyright>

Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com

ARTICLE ORIGINAL

Stades d'observance des patients schizophrènes chroniques

Medication compliance stages for patients with chronic schizophrenia

C.-M. Paillot^{a,b,*}, A.-S. Csillik^{b,c,1}^a Psychologue clinicienne, centre hospitalier Théophile-Roussel, France^b Laboratoire EVACLIPSY, université Paris-X, Nanterre, France^c Service de psychiatrie, centre hospitalier Corentin-Celton, Issy-les-Moulineaux, France

Disponible sur Internet le 22 avril 2008

MOTS CLÉSObservance ;
Thérapie de la
compliance ;
Stades de
changement ;
Schizophrénie**KEYWORDS**Compliance;
Compliance therapy;
Stages of change;
Schizophrenia

Résumé La plupart des patients diagnostiqués schizophrènes chroniques (selon les critères du DSM-IV-TR) n'adhèrent que partiellement, voire pas à leur traitement pharmacologique [Med Hypotheses 68 (2007) 12–21]. L'observance — *compliance* en anglais — correspond au respect par le malade de la prescription médicamenteuse. L'objet de cet article théorique est de proposer des stades d'observance fondés sur les stades de changement décrits par le modèle transthéorique [Prochaska JO, DiClemente C. L'approche transthéorique. In: Norcross J, Goldfried M, editors. Psychothérapie intégrative. Paris: Desclée de Brouwer; 1998], modèle intégratif tridimensionnel de changement intentionnel de comportement. En transposant ce modèle notre objectif est d'améliorer la connaissance de la non-observance. Les stades d'observance sont conçus comme les différentes étapes par lesquelles un patient schizophrène passe avant d'adhérer totalement à son traitement pharmacologique. Ils peuvent, par ailleurs, contribuer à désigner les patients pour lesquels la thérapie de la compliance (*compliance therapy*) est indiquée. Cette forme de thérapie brève consiste à aider les patients qui ne se représentent pas la nécessité de prendre un traitement et qui le refusant, ne peuvent pas en bénéficier.

© 2008 Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary Most chronic patients who suffer from schizophrenia (according to DSM-IV-TR criteria) present full or partial non-adherence to treatment [Med Hypotheses 68 (2007) 12–21]. The aim of this theoretical article is to transpose stages of change used in the transtheoretical model onto stages of medical compliance [Prochaska JO, DiClemente C. L'approche transthéorique. In: Norcross J, Goldfried M, editors. Psychothérapie intégrative. Paris: Desclée de Brouwer; 1998]. This approach is an integrative model used for understanding addiction and recovery. The purpose of applying the transtheoretical model is to improve our understanding of

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : cepaillo@u-paris10.fr (C.-M. Paillot).¹ Psychologue clinicienne, docteur en psychologie.

medication compliance. The stages of medication compliance are different phases through which a schizophrenic patient must pass before adhering to a prescribed treatment. The stages can also be used as a way to detect whether a patient is ready to undergo compliance therapy for schizophrenia. This brief therapy [Br Med J 312 (1996) 345–9] is designed to help patients that are reluctant to acknowledge the need for the very treatment that might lower their symptoms and give them some relief [Br Med J 312 (1996) 345–9].

© 2008 Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Stades d'observance des patients schizophrènes chroniques

Le modèle transthéorique, approche intégrative tridimensionnelle de changement intentionnel de comportement, a pour composantes majeures les stades de changement, les processus de changement et les niveaux de changement. Cette approche a servi de point de départ pour développer et mettre en place des interventions efficaces. Son but initial était d'induire des changements de comportement relatifs à la santé, notamment dans le domaine des addictions. Depuis sa création, Prochaska et DiClemente ont élargi la portée et exploré les limites de ce modèle. Leurs recherches ont permis de confirmer et développer leurs théories initiales [1].

Cet article consiste en la description de la composante la plus connue de ce modèle, à savoir le concept de stades de changement, pour ensuite proposer des stades d'observance au traitement pour les patients schizophrènes chroniques. Les stades d'observance sont conçus comme les différentes étapes par lesquelles un patient schizophrène passe avant d'adhérer totalement à son traitement pharmacologique. Ces auteurs ont mis en évidence l'existence de cinq stades de changement, allant de la préréflexion à la réflexion, de la préparation à l'action pour arriver finalement au stade de maintien. Plusieurs recherches soutiennent ce modèle [1]. Ces stades peuvent être conceptualisés, à la fois, pour l'arrêt ou pour l'acquisition d'un certain comportement. Les stades d'acquisition ont été validés pour des comportements favorables à la santé comme la pratique d'activités physiques régulières, l'arrêt du tabac ou encore l'utilisation d'une protection lors des rapports sexuels [2,3].

Le stade de préréflexion ou de préintention (*Precontemplation*) est le premier stade de changement. À ce stade, la plupart des sujets ne sont pas conscients de leur comportement indésirable; s'il y a conscience d'un problème, ce dernier est considéré comme provenant des autres ou de circonstances extérieures. Ils se montrent défensifs et résistants au changement. Les personnes qui en sont à ce stade n'ont pas le désir de changer leur comportement dans un futur proche, c'est-à-dire dans les six prochains mois [4].

Au deuxième stade, celui de l'intention ou de la réflexion (*contemplation*), la personne reconnaît qu'elle a un problème et commence à penser sérieusement à le modifier. Elle fait ainsi des efforts pour comprendre son problème, en voir les causes et réfléchir à des solutions possibles. Pourtant, les personnes à ce stade restent éloignées d'une véritable démarche de changement. À ce niveau, la personne veut changer son comportement d'ici les six prochains mois. La prise en compte de la résolution du problème est l'élément central de ce stade [4].

Le stade de préparation combine des critères d'intentionnalité et de comportement. À ce stade, les personnes ont l'intention de changer leur comportement dans les prochains 30 jours et ont réalisé une tentative de changement durant l'année passée [1]. La décision d'effectuer des démarches appropriées pour arrêter le comportement problématique, ou de s'engager dans un comportement positif, est la caractéristique de ce stade. La plupart des personnes ayant atteint ce stade font des tentatives sérieuses pour changer dans un futur proche. Elles sont prêtes à passer à l'action. Elles effectuent de petits changements de comportements, comme par exemple une baisse de la consommation d'un produit spécifique [5]. Mais à ce stade, malgré la diminution du comportement problématique, aucun critère réel d'action, telle que l'abstinence par exemple, n'est encore présent.

L'action est le stade auquel les personnes modifient leur comportement, leurs expériences ou leur environnement pour surmonter leurs problèmes. Ce stade se caractérise par la mise en place de modifications importantes dans le mode de vie, au cours des six derniers mois. Pour les comportements addictifs, cela implique l'arrêt du comportement problématique, comme l'accès à l'abstinence (quelle que soit la nature de l'addiction comme l'alcool, le tabac, les drogues ou encore le jeu pathologique, par exemple), depuis moins de six mois. La modification du comportement problématique, validée par un critère raisonnable et associée à des efforts manifestes et significatifs de changement sont les critères du stade de l'action [4].

Si la personne poursuit son schéma de changement, elle va atteindre la cinquième étape: le maintien. Le maintien est le stade final du processus de changement. À ce stade, la personne fait des efforts pour consolider les changements réalisés durant le stade de l'action et lutte pour éviter la rechute. Le maintien du changement et l'évitement de la rechute sont ainsi les caractéristiques de ce stade [4].

Stades d'observance au traitement et thérapie de la compliance TCE (*Compliance therapy*)

Le défaut d'observance est l'un des enjeux majeurs de la prise en charge de la schizophrénie [6]. On distingue différents troubles de l'observance: l'absence d'adhésion au traitement pharmacologique peut être soit totale, soit partielle [7]. Un patient est partiellement adhérent lorsqu'il ne respecte pas la prescription médicamenteuse (i.e., dose manquée ou dose supplémentaire). Un patient est considéré comme totalement non observant lorsqu'il cesse de

prendre son traitement, qu'il soit partiel ou total le manque d'adhésion au traitement pharmacologique peut-être intentionnel ou non intentionnel. Mitchell [7] distingue le manque partiel du manque total d'observance, suggérant ainsi qu'un patient qui n'adhère que partiellement à son traitement souhaite peut-être un ajustement de la posologie et ne refuse donc pas forcément le traitement dans son ensemble. Un certain nombre de facteurs responsables d'une non-observance partielle ou totale ont été mis en lumière depuis les années 1990. Kemp et David [8] distinguent quatre types de facteurs de non observance :

- les facteurs liés au patient :
 - âge,
 - sexe,
 - intensité de la symptomatologie,
 - conscience de ses troubles mentaux ;
- les facteurs liés à l'environnement :
 - entourage familial favorable ou non au traitement pharmacologique et psychothérapeutique ;
- les facteurs liés à la relation thérapeutique ;
- et enfin, les facteurs liés au traitement pharmacologique :
 - hostilité au traitement,
 - effets secondaires,
 - inefficacité, etc.

Mitchell [7] considère que le temps est un facteur central d'absence d'observance. Plus le traitement est long, plus la probabilité que le patient le prenne sans interruption est faible. En médecine générale, deux tiers des patients ne respectent pas les termes de leur ordonnance d'antibiotiques censée durer cinq jours [7]. Environ un patient schizophrène sur deux n'adhère pas à son traitement médicamenteux [6]. Ce taux de prévalence est à prendre avec précaution tant il reste difficile d'évaluer avec certitude la prise effective du traitement par le patient. Lorsque le patient est traité par neuroleptique injectable, le soignant qui administre l'injection constate la prise effective du traitement tandis que lorsqu'il s'agit d'un traitement per os, le soignant n'assiste pas à la prise du traitement (exclusion faite du cas où le patient est hospitalisé et le traitement est donc administré sous surveillance). Les études sur les taux d'observance partielle ou nulle parmi les patients schizophrènes nécessitent donc l'adoption d'un critère principal de recherche fiable, la plupart du temps onéreux (dosages sanguins ; boîtiers automatiques, etc.). Se fondant sur le renouvellement des ordonnances, sur une population de 25 000 patients schizophrènes, Rijcken et al. [9] indiquent que seulement 44 % des patients continuaient à aller chercher leurs médicaments après neuf mois de traitement. Ce pourcentage ne nous donne pas, pour autant, de précision sur l'observance effective de ces patients, à savoir s'ils ont ou non pris le traitement qu'ils sont allés chercher à la pharmacie.

Face aux difficultés d'adhésion au traitement pharmacologique, une thérapie de la compliance a été développée en Grande-Bretagne [8]. Son efficacité a été évaluée à plusieurs reprises [8, 10, 11] sans qu'elle soit pour autant statistiquement prouvée ou réfutée [13]. Il convient, à cet égard, de poursuivre les recherches sur une période de temps plus longue, McIntosh [13] recommande ainsi une évaluation de l'efficacité de la TCE sur 24 mois.

Proposition de stades d'observance pour les patients schizophrènes chroniques

Peut-on envisager de transposer les stades d'acquisition des comportements favorables à la santé du modèle transthéorique aux différentes étapes qui mènent le patient schizophrène au respect de la prescription médicamenteuse? L'observance comporte un aspect temporel et motivationnel de sorte que le modèle de Prochaska et DiClemente devrait pouvoir s'y appliquer.

Au premier stade de l'observance (stade de préintention) se situent les patients qui ne sont pas conscients que leur absence d'adhésion au traitement est problématique. Ces patients ne souhaitent pas prendre leur traitement et l'expriment clairement. Ce refus peut se fonder sur une absence de reconnaissance de la maladie et/ou sur une crainte de l'effet des médicaments.

Viennent, au deuxième stade, de l'observance les patients au stade de réflexion qui, en revanche, savent qu'il y a un problème avec leur état de santé. Un patient peut ainsi se plaindre des voix qu'il entend et demander des informations sur la schizophrénie et sur le fonctionnement du traitement qui lui a été prescrit. Il ne prend pas son traitement pour autant.

Le troisième stade correspond à celui de la préparation à l'adhésion au traitement, qui correspond encore à une adhésion partielle. Cependant, l'évaluation de ce stade chez les schizophrènes hospitalisés pose problème. La prise du traitement y étant imposée, l'intention du patient n'est pas sollicitée. Il n'est donc pas dans le cas de figure d'un patient qui envisagerait librement de prendre son traitement.

Le quatrième stade, serait celui de l'observance totale, correspond ainsi au stade d'action du modèle transthéorique. Le patient prend et suit son traitement à la lettre. Seul un faible pourcentage des patients schizophrènes en est à ce niveau d'observance [12].

Le dernier stade est celui du maintien de l'observance : les patients prennent leur traitement sans discontinuer et ce, pour la durée indiquée par le médecin, c'est-à-dire à vie pour certains d'entre eux.

Conclusion

Le corollaire logique de cet article théorique serait un travail de recherche évaluant les taux de prévalence pour chacun de ces quatre ou cinq stades d'observance parmi des patients schizophrènes. Ils ont, notamment, pour fonction clinique d'aider les thérapeutes à repérer le moment propice pour initier une thérapie de la compliance pour les patients schizophrènes chroniques et à adapter la prise en charge en fonction du stade d'observance du patient.

Bien d'autres études cliniques peuvent, par ailleurs, être envisagées comme l'évaluation de l'efficacité de la thérapie de la compliance en fonction des stades d'observance. En effet, à partir de quel stade d'observance est-il préférable d'amorcer la TCE? L'efficacité de la TCE varie-t-elle selon le stade d'observance auquel se trouve le patient? Les patients schizophrènes sont-ils capables d'accéder à un processus intentionnel de changement ou sont-ils davantage influencés par des facteurs sociaux pour prendre leur traitement médicamenteux?

Nous voyons ainsi que la transposition du modèle transthéorique à la question de l'adhésion au traitement médicamenteux est une application riche d'implications cliniques.

Références

- [1] Prochaska JO, DiClemente C. L'approche transthéorique. In: Norcross J, Goldfried M, editors. *Psychothérapie intégrative*. Paris: Desclée de Brouwer; 1998.
- [2] Migneault JP, Pallonen UE, Velicer WF. Decisional balance and stage of change for adolescent drinking. *Addict Behav* 1997;22(3):339–51.
- [3] Etter M, Mohr S, Garin C, Etter JF. Stages of change in smokers with schizophrenia or schizoaffective disorder and in the general population. *Schizophr Bull* 2004;30(2):459–68.
- [4] Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: application to the addictive behaviors. *Am Psychol* 1992;47:1102–14.
- [5] DiClemente CC, Prochaska JO, Fairhurst S, Velicer WF, Velasquez M, Rossi J. The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation preparation. *J Consult Clin Psychol* 1991;59(2):295–304.
- [6] Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry* 2002;63(10):892–909.
- [7] Mitchell AJ. Adherence behavior with psychotropic medication is a form of self-medication. *Med Hypotheses* 2007;68:12–21.
- [8] Kemp R, David R. Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. *Br Med J* 1996;312(10):345–9.
- [9] Rijcken CAW, Tobi H, Vergouwen ACM, de Jong-van den Berg LTW. Refill rate of antipsychotic drugs: an easy and inexpensive method to monitor patients' compliance by using computerised pharmacy data. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2004;13:365–70.
- [10] Spooren D, van Heeringen C, Jannes C. Strategies to increase compliance with out-patient aftercare among patients referred to a psychiatric emergency department: a multi-centre controlled intervention study. *Psychol Med* 1998;28:949–56.
- [11] O'Donnell C, Donohoe G, Sharkey L, Owens N, Migone M, Harries R, et al. Compliance therapy: a randomized controlled trial in schizophrenia. *Br Med J* 2003;327:834–7.
- [12] Rüsçh N, Corrigan PW. Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. *Psychiatr Rehabilitation J* 2002;26(1):23–32.
- [13] McIntosh AM, Colon L, Lawrie SM, Stanfield ST. Compliance therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;3, doi:10.1002/14651858.CD003442.pub2. Art.No.: CD003442.