



كلية الطب  
والصيدلة - مراكش  
FACULTÉ DE MÉDECINE  
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

ANNEE 2016

THESE N°172

# Etude de l'observance thérapeutique chez les patients atteints de Schizophrénie A propos de 153 cas

## THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 12/10/2016

PAR

M. RAOUAH MOHAMED AMINE

Né le 17 AVRIL 1989 à MARRAKECH

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

## MOTS CLES

OBSERVANCE - Schizophrénie

Caractéristiques cliniques -PANSS- INSIGHT

## JURY

Mr. S. AIT BENALI  
Professeur de Neurochirurgie

PRESIDENT

Mme. F. ASRI  
Professeur de Psychiatrie

RAPPORTEUR

Mme. F. MANOUDI  
Professeur agrégé de Psychiatrie

Mme. I. ADALI  
Professeur agrégé de Psychiatrie

Mme. G. DRAISS  
Professeur agrégé de Pédiatrie

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا

إنك أنت العليم الحكيم

بِسْمِ اللَّهِ  
الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سورة البقرة: الآية: 31





# *Serment d'hypocrate*

*Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.*

*Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*

*Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*

*Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*

*Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*

*Les médecins seront mes frères.*

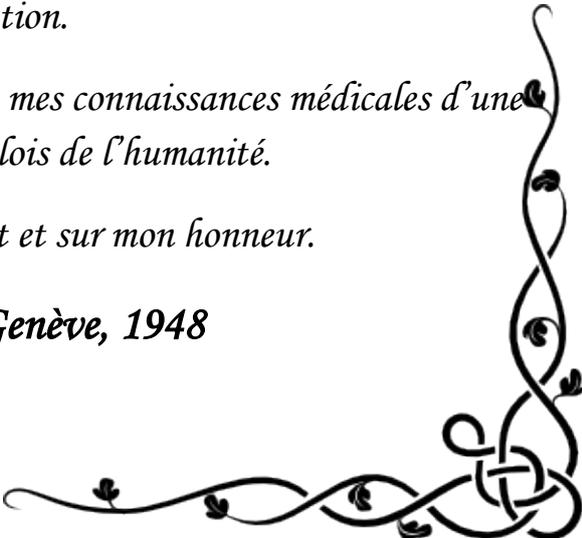
*Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*

*Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.*

*Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*

*Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

**Déclaration Genève, 1948**





*LISTE DES  
PROFESSEURS*



**UNIVERSITE CADI AYYAD**  
**FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE**  
**MARRAKECH**

Doyen Honoraire

: Pr Badie Azzaman MEHADJI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr.Ag. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogique

: Pr. EL FEZZAZI Redouane

Secrétaire Générale

: Mr Azzeddine EL HOUDAIGUI

**Professeurs de l'enseignement supérieur**

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	FINECH Benasser	Chirurgie – générale
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KISSANI Najib	Neurologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMAL Said	Dermatologie	LMEJJATI Mohamed	Neurochirurgie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique B	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
ASRI Fatima	Psychiatrie	MAHMAL Lahoucine	Hématologie - clinique
BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie - générale	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio- Vasculaire	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie A	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
CHABAA Laila	Biochimie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique

CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
DAHAMI Zakaria	Urologie	SAIDI Halim	Traumato- orthopédie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	SARF Ismail	Urologie
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	SBIHI Mohamed	Pédiatrie B
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique A/B
ETTALBI Saloua	Chirurgie réparatrice et plastique	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation

### Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie B	EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique A
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HAOUACH Khalil	Hématologie biologique
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique A	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique B
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique A	JALAL Hicham	Radiologie
AIT ESSI Fouad	Traumato- orthopédie B	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique B
ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire périphérique	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KOULALI IDRISSE Khalid	Traumato- orthopédie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie - Virologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie

BAHA ALI Tarik	Ophtalmologie	LAKMICH I Mohamed Amine	Urologie
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie-obstétrique A	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie A
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie B	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENJILALI Laila	Médecine interne	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	MOUFID Kamal	Urologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie-obstétrique B	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUKHIRA Abderrahman	Toxicologie	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOURRAHOUE Aicha	Pédiatrie B	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOURROUS Monir	Pédiatrie A	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
CHAFIK Rachid	Traumato-orthopédie A	QACIF Hassan	Médecine interne
CHAFIK Aziz	Chirurgie thoracique	QAMOUSS Youssef	Anesthésie- réanimation
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RADA Nouredine	Pédiatrie A
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL HAOURY Hanane	Traumato-orthopédie A	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SORAA Nabila	Microbiologie - virologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique

EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale		

### Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique
ADALI Nawal	Neurologie	FADIL Naima	Chimie de Coordination Bioorganique
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	GHAZI Mirieme	Rhumatologie
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie - Cytogénétique
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ALJ Soumaya	Radiologie	KADDOURI Said	Médecine interne
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BELBACHIR Anass	Anatomie-pathologique	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie - Réanimation	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BENHADDOU Rajaa	Ophthalmologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	NADOUR Karim	Oto-Rhino - Laryngologie
CHRAA Mohamed	Physiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	OUERIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
DIFFAA Azeddine	Gastro- entérologie	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie

EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
EL HARRECH Youness	Urologie	SERHANE Hind	Pneumo- phtisiologie
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
EL MEZOUARI EI Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique



*DEDICACES*



***A ma très chère Maman et mon très cher Papa :***

*A vous et à vous seuls, je m'incline avec tout le respect et l'amour, pour vous dire merci et je remercie Dieu de m'avoir donné les meilleurs parents au monde, pour mes parents, je vous aime.*

*A celle qui s'est toujours dévouée et sacrifiée pour moi ; celle qui m'a aidée du mieux qu'elle pouvait pour réussir ; celle qui m'a accompagnée tout au long de ce parcours périlleux ; celle qui a toujours été là dans mes moments de détresse, ma très chère mère AICHA.*

*A celui qui m'a donné un magnifique modèle de labeur et de persévérance, celui qui m'a toujours encouragé et soutenue moralement dans tout ce que j'ai entrepris, a celui qui est toujours à mes côtés dans le malheur et le bonheur, mon très cher père Abdellatif.*

***A MES CHÈRES FRÈRES WAÏL et Mehdi***

*Je ne peux exprimer à travers ses lignes tous mes sentiments d'amour et de tendresse envers vous.*

*Puisse l'amour et la fraternité nous unissent à jamais.*

*Vous n'avez cessé de me soutenir et de m'encourager durant toutes les années de mes études,*

*Merci pour votre précieuse aide à la réalisation de ce travail.*

*Que Dieu nous unisse à jamais.*

*Je vous souhaite la réussite dans votre vie, avec tout le bonheur qu'il faut pour vous combler.*

***À la mémoire de mon grand-père Paternel MOHAMED:***

*Puisse Dieu tout puissant, assurer le repos de votre âme par sa sainte miséricorde*

***À la mémoire de mon Grand-père Maternel Saïd :***

*Puissent votre âmes repose en paix. Que Dieu, le tout puissant, vous couvre de sa sainte miséricorde et vous accueille dans son éternel paradis.*

***A mes très chères grand-mères RKIA ET MBARKA :***

*VOS prières ont été pour moi d'un grand soutien tout au long de mes études. Avec mes souhaits de santé, de bonheur et de longévité.*

*A MES CHÈRES NEVEUX ; Marwane ,YASSIN, ANOUAR , Zakaria  
A MES CHÈRES NIÈCES ; Khaoula ,Fadila ,Salma ,Oumaima,Yassmine  
Raïhane,Ikbal ,Farah Fadoua,Houda  
Pour vous mes petits frères et sœurs qui occupent une place unique dans  
mon cœur,  
Je vous offre ce travail pour vous confirmer toute l'importance que vous  
avez à mes yeux,  
Pour vous souhaiter un avenir promettant et pour vous dire que vous  
serez toujours mes petits frères et sœurs gâtés et aimés*

*Aux familles Raouah ,Jouad,Taoubane  
Sans vous, ce parcours aurait été plus difficile.*

*A Mes très chers amis  
Khalid, Omar, Taeib,Rachid,Taoufik,Alì, Hamza, Soufiane ,  
Mouhcine,Redwane,Oussama,Youness  
Vous êtes pour moi plus que des amis ! Je ne saurais trouver une  
expression témoignant de ma reconnaissance et des sentiments de  
fraternité que je vous porte. Je vous dédie ce travail en témoignage de ma  
grande affection et en souvenir des agréables moments passés ensemble.  
Vous êtes les meilleurs.*

*A mes amis(es) et collègues,  
WYDAD, Houda ,Mustapha , Abdessamad , Assamadi , Mehdi  
,Mohamed,  
Rida,meriem,Sara,Nouha,Ahmed,Kawtar,Amine,Houda,Hayat,Zineb,  
Kacimi,  
Kussay,  
Messaoudi,Fadloulah,Latif,Boutraïh,Ismail,Amine,Sara,Zineb,Ghita,  
Oumaima,Tarik , Lamiaa, Driss,Adil,Khalil,Hassna*

*Qui font partie de ces personnes rares par leur gentillesse, leur tendresse  
et leurs grands cœurs.  
Qu'elles trouvent ici, le témoignage de tout mon amour et toute ma  
reconnaissance pour leur inlassable soutien.  
Je vous souhaite une vie pleine de réussite, de santé et de bonheur.*

*A toute la famille Jamaleddine  
A toute la famille Ksiks  
A toute la famille El Jazouli*

*A MES PROFESSEURS  
DE L'ÉCOLE OUMHANI  
DU COLLÈGE ECHARIF ELIDRISSI  
DU LYCÉE KHAWARIZMI  
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE  
MARRAKECH*

*Vous m'avez éduqué et enseigné depuis mon plus jeune âge.  
Chacun de vous m'a appris un jour une lettre ou un mot.  
C'est par vos cours et votre instruction que j'ai gravis les échelons de la  
vie  
C'est par les mots que vous m'avez appris que je rédige aujourd'hui cette  
thèse,  
Peut-être vous n'êtes pas aujourd'hui ici,  
Mais mes pensées sont à vous,  
Mes chers professeurs !*

*A TOUTE L'ÉQUIPE MÉDICALE ET PARAMÉDICALE  
DU SERVICE DE CARDIOLOGIE  
DU SERVICE DE TRAUMATOLOGIE ORTHOPÉDIE  
DU SERVICE DE PÉDIATRIE  
DU SERVICE UNIVERSITAIRE PSYCHIATRIQUE*

*A Tous mes collègues médecins du CHU Mohammed VI de Marrakech et  
étudiants de la FMPM.*

*A tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis de citer*



*REMERCIEMENTS*



***A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE  
MONSIEUR LE PROFESSEUR SAÏD AIT BENALI  
Professeur de l'Enseignement Supérieur De Neurochirurgie  
CHU MOHAMMED VI de Marrakech***

*Nous sommes très honorés de vous avoir comme président  
Du jury de notre thèse.*

*Votre compétence professionnelle incontestable ainsi que vos qualités  
humaines vous valent l'admiration et le respect de tous.*

*Vous êtes et vous serez pour nous l'exemple de rigueur et de droiture dans  
l'exercice de la profession.*

*Veillez, cher Maître, trouvé dans ce modeste travail l'expression de  
notre haute considération, de notre sincère reconnaissance et de notre  
profond respect.*

***A NOTRE MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE MADAME  
LE PROFESSEUR FATIMA ASRI  
Professeur de l'enseignement supérieur de Psychiatrie  
CHU MOHAMMED VI de Marrakech***

*Nous vous remercions pour la gentillesse et la spontanéité avec lesquelles  
vous avez bien voulu diriger ce travail.*

*Nous avons eu le plus grand plaisir à travailler sous votre direction, nous  
avons trouvé auprès de vous le conseiller et le guide qui nous a reçu en  
toute circonstance avec sympathie, sourire et bienveillance.*

*Votre gentillesse extrême, votre compétence pratique, vos qualités  
humaines et professionnelles ainsi que votre modestie, nous inspirent une  
grande admiration et un profond respect.*

*Nous espérons, cher Maître, de trouver ici, le témoignage de notre sincère  
reconnaissance et profonde gratitude.*

**A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE**  
**MADAME LE PROFESSEUR Fatíha Manoudí**  
*Professeur agrégé de psychiatrie*  
*CHU MOHAMMED VI de Marrakech*

*C'est pour nous un grand honneur que vous acceptez de siéger  
Parmi cet honorable jury et juger ce travail.  
Nous avons toujours admiré vos qualités humaines et  
Professionnelles ainsi que votre modestie qui reste exemplaire.  
Qu'il nous soit permis, cher Maître, de vous exprimer notre  
Reconnaissance et notre grande estime.*

**A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE**  
**MADAME LE PROFESSEUR IMANE ADALI**  
*Professeur agrégé de psychiatrie*  
*CHU MOHAMMED VI de Marrakech*

*Aucune expression ne saurait témoigner de ma gratitude et de la  
profonde estime que je porte à votre personne. Votre aide et encadrement  
à la réalisation de ce travail était d'un grand apport. Veuillez accepter,  
Professeur, l'expression de mes remerciements les plus distingués.*

**A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE  
MADAME LE PROFESSEUR GHIZLAN DRAISS**

*Professeur agrégé de pédiatrie  
CHU MOHAMMED VI de Marrakech*

*Nous vous remercions sincèrement de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.*

*Nous sommes très reconnaissants de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger notre travail.*

*Veillez croire, cher Maître, à l'expression de notre profond respect et de notre haute considération.*

**A, DR. W. HIKMAT, DR Z.ENNACIRI ,  
et DR N.E. EL BARMAKI**

**Médecins résidents au Service Universitaire Psychiatrique  
CHU Mohammed VI Marrakech**

*L'enthousiasme et l'emballement avec lesquels vous avez encadrés mon travail reflètent parfaitement votre engagement aux côtés des jeunes médecins.*

*Ils reflètent aussi votre souci de perfection dans votre noble mission ; celle de nous guider vers la réussite et nous former autant que médecins - citoyens qui aiment et œuvrent pour le développement de notre cher pays.*

*Veillez accepter mes plus respectueuses salutations.*

**A TOUT LE PERSONNEL MÉDICAL, INFIRMIER ET ADMINISTRATIF DE  
L'HÔPITAL IBN NAFIS**

*Je vous remercie infiniment pour votre soutien et de l'aide précieuse que vous m'avez réservé à chaque moment que j'en avais besoin, pour mener à bien cette étude scientifique.*

*Je vous l'offre aujourd'hui car chacun parmi vous a participé de loin ou de près.*



*ABRÉVIATIONS*



## Liste des abréviations

<b>DSM</b>	: Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders
<b>TS</b>	: Tentative de suicide
<b>PANSS</b>	: Positive and Negative Syndrome Scale
<b>ROMI</b>	: Rating of Medication influences
<b>MARS</b>	: Medication Adherence Rating Scale
<b>DAI</b>	: Drug attitude inventory
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>GABA</b>	: Acide gamma-aminobutyrique
<b>TCC</b>	: Thérapies Cognitives et Comportementales
<b>CHU Med VI</b>	: Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI
<b>HIN</b>	: Hôpital IBN NAFIS



*LISTE DES*

*TABLEAUX ET FIGURE*



# Liste des figures

- Figure 1** : Répartition de la population étudiée selon l'âge
- Figure 2** : Répartition de la population étudiée selon Le sexe
- Figure 3** : Répartition de la population étudiée selon le statut matrimonial
- Figure 4** : Répartition de la population étudiée selon le niveau d'instruction
- Figure 5** : Répartition de la population étudiée selon le milieu de vie
- Figure 6** : Répartition de la population étudiée selon la zone de vie
- Figure 7** : Répartition de la population étudiée selon le revenu mensuel
- Figure 8** : Répartition de la population étudiée selon le type des ATCDS
- Figure 9** : Répartition de la population étudiée selon La nature des toxiques consommés
- Figure 10** : Répartition de la population étudiée selon les ATCDS psychiatriques familiaux
- Figure 11** : Répartition de la population étudiée selon le type de schizophrénie
- Figure 12** : Répartition de la population étudiée selon l'âge de début du trouble
- Figure 13** : Répartition de la population étudiée selon le mode de début du trouble
- Figure 14** : Répartition de la population étudiée selon le nombre d'hospitalisations
- Figure 15** : Répartition de la population étudiée selon le mode d'hospitalisation actuelle
- Figure 16** : Répartition de la population étudiée selon la thématique délirante
- Figure 17** : Répartition de la population étudiée selon le niveau d'insight
- Figure 18** : Répartition de la population étudiée selon le nombre de neuroleptique
- Figure 19** : Répartition de la population étudiée selon le type de neuroleptique
- Figure 20** : Répartition de la population selon le nombre de prise quotidienne
- Figure 21** : Répartition de la population étudiée selon le type de médicaments associés
- Figure 22** : Répartition de la population étudiée selon l'observance thérapeutique
- Figure 23** : Répartition de la population étudiée selon la régularité du suivi
- Figure 24** : Répartition de la population étudiée selon le score général de MARS
- Figure 25** : Rapport entre l'observance thérapeutique et le sexe
- Figure 26** : Variabilité de l'observance selon le milieu de vie
- Figure 27** : Relation entre l'observance et les antécédents personnels judiciaires

- Figure 28** : Rapport entre l'observance et la consommation des substances toxiques
- Figure 29** : Variabilité de l'observance en fonction du mode d'hospitalisation
- Figure 30** : Variabilité de l'observance en fonction de l'agressivité du patient
- Figure 31** : Variabilité de l'observance en fonction de l'insight
- Figure 32** : Variabilité de l'observance en fonction du nombre de neuroleptique
- Figure 33** : Variabilité de l'observance selon le type de neuroleptique
- Figure 34** : Variabilité de l'observance selon le nombre de prise quotidienne
- Figure 35** : Modele vulnérabilité–stress de la schizophrénie

# Liste des tableaux

<b>Tableau I</b>	: les caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée
<b>Tableau II</b>	: Prévalence des antécédents personnels chez la population cible
<b>Tableau III</b>	: Prévalence des ATCDS personnels et familiaux chez la population
<b>Tableau IV</b>	: Durée d'évolution de la maladie
<b>Tableau V</b>	: distribution des patients selon le nombre d'hospitalisations antérieures
<b>Tableau VI</b>	: Evaluation de la PANSS de la population cible
<b>Tableau VII</b>	: Echelle de MARS
<b>Tableau VIII</b>	: Causes d'abandon du traitement
<b>Tableau IX</b>	: Caractéristiques cliniques, thérapeutiques, évolutives de la schizophrénie dans la population étudiée et évaluation de l'insight
<b>Tableau X</b>	: Variabilité de l'observance du traitement selon le statut matrimonial
<b>Tableau XI</b>	: Variabilité de l'observance selon le niveau d'instruction
<b>Tableau XII</b>	: Variabilité de l'observance selon le milieu de vie
<b>Tableau XIII</b>	: Variabilité de l'observance selon le revenu mensuel
<b>Tableau XIV</b>	: Rapport entre l'observance thérapeutique et l'addiction
<b>Tableau XV</b>	: Rapport entre l'observance thérapeutique et le type de schizophrénie
<b>Tableau XVI</b>	: Variabilité de l'observance selon l'âge de début du trouble
<b>Tableau XVII</b>	: Variabilité de l'observance selon la durée d'évolution du trouble
<b>Tableau XVIII</b>	: Rapport entre l'observance thérapeutique et le nombre d'hospitalisations
<b>Tableau XIX</b>	: Variabilité de l'observance selon la PANSS
<b>Tableau XX</b>	: Variabilité de l'observance selon le nombre de neuroleptique
<b>Tableau XXI</b>	: Variabilité de l'observance selon le type de neuroleptique
<b>Tableau XXII</b>	: Variabilité de l'observance selon le nombre de prise quotidienne
<b>Tableau XXIII</b>	: Variabilité de MARS selon l'observance thérapeutique

*PLAN*



<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>INTÉRÊT ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE</b> .....	<b>4</b>
<b>PATIENTS ET MÉTHODES</b> .....	<b>6</b>
I. Patients de l'étude.....	7
1. Type de l'étude.....	7
2. Population cible de l'étude.....	7
3. Fiche d'exploitation.....	8
4. Considérations éthiques.....	11
II. Méthodes statistiques.....	11
<b>RÉSULTATS ET ANALYSE</b> .....	<b>12</b>
I. Analyse descriptive.....	13
1. Données sociodémographiques.....	13
2. Les antécédents.....	18
3. Caractéristiques cliniques de la schizophrénie dans la population étudiée.....	21
4. Symptomatologie clinique des patients.....	24
5. Évaluation de l'observance chez la population.....	28
6. Causes d'abandon du traitement pharmacologique.....	30
II. Analyse bivariée.....	34
1. Relation entre l'Observance thérapeutique et le profil sociodémographique.....	34
2. Relation entre l'observance et les antécédents personnels judiciaires.....	37
3. Relation entre l'observance et les habitudes toxiques des patients.....	38
4. Relation entre l'observance et les caractéristiques cliniques de la maladie.....	39
5. relation entre l'observance et la prise en charge thérapeutique.....	43
6. variabilité de l'observance thérapeutique selon l'échelle de MARS.....	46
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>49</b>
I. Généralités sur la schizophrénie.....	50
1. Épidémiologie.....	50
2. Etiopathogénie.....	50
3. Diagnostic positif.....	53
4. Formes de début de la schizophrénie.....	54
5. Formes cliniques.....	55
6. Évolution et pronostic.....	56
7. Traitement.....	57
II. GÉNÉRALITÉ SUR L'OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE.....	60
1. Définition.....	60
2. Fréquence de la mauvaise observance thérapeutique.....	60
3. Outils de l'évaluation de l'observance thérapeutique.....	61
4. Facteurs de risque de la mauvaise observance thérapeutique.....	65
5. Conséquences de la mauvaise observance.....	70
6. Stratégies d'amélioration de l'observance thérapeutique.....	72

III. Discussion des résultats.....	75
1. Les caractéristiques du patient .....	75
2. Les facteurs liés au médecin .....	77
3. Les facteurs liés à la maladie .....	77
4. Facteurs liés au traitement.....	77
IV. Les limites de l'étude.....	78
V. Recommandations .....	78
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>81</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>83</b>
<b>RÉSUMÉS.....</b>	<b>96</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>100</b>



# *INTRODUCTION*

La schizophrénie est une psychose dissociative chronique, hétérogène, atteignant l'adulte jeune, avant 45 ans. L'âge de début est plus souvent la fin de l'adolescence avec une incidence maximale entre 15 et 25 ans.

La schizophrénie se caractérise cliniquement par la présence d'un syndrome dissociatif, d'un syndrome délirant et d'un syndrome autistique.

Sa prévalence est estimée à 1% de la population [1]. C'est une affection chronique avec potentialité évolutive, généralement sévère. Elle entraîne des troubles de l'adaptation, une désinsertion socioprofessionnelle majeure et une souffrance personnelle.

Au Maroc, selon une enquête nationale menée en 2005 par le ministère de la santé, la prévalence des troubles psychotiques sur la vie entière, qui est quasi identique chez les deux sexes, était de 5,6% [2].

L'évolution peut se faire dans 50 % des cas vers les rechutes qui sont dues principalement à la mauvaise observance thérapeutique. Ainsi, la moitié à deux tiers des hospitalisations des sujets schizophrènes serait liée à un défaut d'observance, partiel ou total, et l'interruption du traitement multiplierait le risque de rechute par 5 [149].

Les rechutes fréquentes sont susceptibles d'entraîner une augmentation du nombre des hospitalisations, un accroissement de la Morbidité et de la mortalité. Les conséquences se traduisent aussi par une Diminution de la qualité de vie des patients ainsi que celle de l'entourage et une augmentation du coût pour la société.

Donc, il s'agit d'un véritable problème de santé publique.

La prise en charge thérapeutique de ce groupe de pathologie est médicale, psychologique et sociale. Le pronostic des schizophrénies est conditionné par la précocité du diagnostic et donc de la prise en charge thérapeutique. Ceci montre l'importance de la sensibilisation et de l'éducation des patients à leurs troubles, ainsi que de leur famille.

Le problème de la non-observance n'est pas spécifique des maladies mentales [147.148] Il se pose pour de nombreuses affections somatiques, La fourchette des taux de non-observance évoquée pour les troubles schizophréniques varie entre 11 et 90 % ; il serait de 50 % un an après une hospitalisation inaugurale, et de 75 % deux ans après [44].

En psychiatrie, le concept d'observance s'applique à la poursuite du traitement médicamenteux, mais aussi au suivi thérapeutique, aux mesures socio-occupationnelles, aux prises en charge psychothérapeutiques et à l'ensemble des facteurs de morbidité.

Améliorer l'observance suppose donc, au préalable, une bonne information des patients sur leur maladie, mais aussi des équipes soignantes sur les enjeux de l'adhésion aux soins. Une relation thérapeutique de qualité semble également devoir être un facteur essentiel.



# *INTÉRÊT ET OBJECTIFS*

Dans le cadre du suivi au long cours des pathologies mentales chroniques et sévères telles que la schizophrénie, L'observance thérapeutique constitue dans notre contexte une des préoccupations majeures des psychiatres, puisque les rechutes sont fréquentes avec tendance à des hospitalisations nombreuses et rapprochées.

Ainsi notre travail avait pour objectifs :

- 1- Dépister les causes les plus fréquentes de l'abandon du traitement pharmacologique.
- 2- Déterminer les facteurs de risques socio démographiques, cliniques et Thérapeutiques de la mauvaise observance.
- 3- Réfléchir autour des solutions envisageables pour traiter cette non compliance.

*PATIENTS*

*ET*

*MÉTODES*



## **I. Patients de l'étude**

### **1. Type de l'étude :**

Nous avons mené une étude transversale à visée descriptive et analytique sur une série de malades schizophrènes, hospitalisés au service de psychiatrie du CHU Med VI de Marrakech.

### **2. Population cible de l'étude :**

Il s'agit d'un échantillon de 153 patients chez qui le diagnostic de schizophrénie est retenu selon les critères DSM IV révisé.

#### **2.1 Taille de l'échantillon :**

Pour le calcul de l'échantillon il fallait tenir compte de la prévalence de la schizophrénie dans la littérature (1%) et de la précision souhaité (5%). La taille est obtenue par la formule suivante :  $N = P (1 - P) (Zx / D)^2$

N : taille de l'échantillon

P :Prévalence de la schizophrénie selon la littérature

Zx :Degré de confiance (90%)

D : écart d'imprécision

#### **2.2 Les critères d'inclusion étaient :**

- ❖ Patients informés et volontaires
- ❖ Malade ayant un diagnostic de schizophrénie selon les critères de DSM IV.
- ❖ Toutes formes cliniques incluses.
- ❖ Malade déjà mis sous traitement Neuroleptique au moins durant un an.

#### **2.3 Les Critères d'exclusion :**

- Le refus de consentement pour l'étude.
- Patients non coopérants.

- Schizophrénie avec comorbidité neurologique ou de retard mental.
- Présence de troubles cognitifs graves.

### **3. Fiche d'exploitation (voir annexe 2)**

C'est un hétéro-questionnaire qui a été élaboré pour recueillir l'ensemble des données caractéristiques des patients. Elle comportait les éléments suivants:

- a- Les Caractéristiques sociodémographiques du patient.**
- b- Les antécédents personnels et familiaux du patient :** en mettant l'accent sur les antécédents psychiatriques, judiciaires, et les habitudes toxiques du patient.
- c- Les caractéristiques de la maladie en précisant :**
  - Le type de schizophrénie selon les critères diagnostiques du DSM-IV ;
  - L'âge de début et la durée d'évolution de la maladie;
  - Le nombre de poussées processuelles;
  - Le nombre et la durée cumulative des hospitalisations antérieures;
  - Le fonctionnement socioprofessionnel du patient;
  - Le mode d'hospitalisation
  - Les symptômes et leurs caractéristiques par l'évaluation de la Positive And Negative Symptoms Scale (PANSS) : Elle est constituée de 30 items assortis chacun de définition spécifique ainsi que de critères détaillés correspondant à 7 niveaux psychopathologiques de sévérité croissante.

Ces 30 items sont répartis en trois sous échelles :

- Échelle positive :

Comportant 7 items correspondant à un syndrome positif (tel que le délire, les hallucinations, la désorganisation conceptuelle, l'excitation...)

- Échelle négative :

Comportant aussi 7 items correspondant à un syndrome négatif (tel que le retrait social, l'émoussement affectif, la pensée stéréotypée...)

- Échelle psychopathologique générale :

Comportant 16 items, ne pouvant être liés spécifiquement à un des deux syndromes ci-dessus (tel qu'une anxiété, une dépression, des troubles de l'attention et de la concentration...).

La cotation de chaque item se fait de 1 à 7 en fonction de son intensité :

- ✓ On cote (1) si le symptôme est absent.
- ✓ On cote (2) si le symptôme est minime.
- ✓ On cote (3) si le symptôme est d'intensité légère.
- ✓ On cote (4) si le symptôme est d'intensité modérée.
- ✓ On cote (5) si le symptôme est d'intensité modérément sévère.
- ✓ On cote (6) si le symptôme est d'intensité sévère.
- ✓ On cote (7) si le symptôme est d'intensité extrême.

Le score total de la PANSS correspond à la somme des scores sur les différentes sous échelles précédentes: Score positif + Score Négatif + Score psychopathologique général.

Un score total élevé suggère une grande sévérité de la maladie et donc une symptomatologie productive et déficitaire plus importante(Annexe IV).

**d- Prise en charge thérapeutique**

**e- Évaluation de l'insight à l'aide de l'échelle d'insight de Birchwood (Birchwood Insight Scale).(Annexe V).**

- ❖ C'est une échelle d'autoévaluation de l'insight comportant 8 items,
- ❖ Sous-échelle 1 : la conscience des symptômes (items 1,8).
- ❖ Sous-échelle 2 : la conscience de la maladie (items 2,7).
- ❖ Sous-échelle 3 : la conscience du besoin de traitement (items 3, 4, 5,6).

Chaque item peut être coté de 0 à 2, chaque sous-échelle de 0 à 4, et le score total du malade peut varier de 0 à 12. Lorsque le score est inférieur à 9: l'insight est mauvais et lorsqu'il est supérieur ou égale à 9 l'insight est bon.

**f- Évaluation de l'observance et ses déterminants :**

- **Régularité du suivi :** La régularité du suivi a été évaluée sur le critère de l'absence de retard de plus d'une semaine aux rendez-vous, durant les trois mois précédant l'entretien.

- **Auto questionnaire :**

L'observance était évaluée par un Auto Questionnaire : MARS (Medication Adhérence Rating Scale)[57.58].(voir annexel).

La cotation a été effectuée conformément aux recommandations des auteurs, il s'agit d'un auto-questionnaire qui comporte 10 items auxquels les Patients répondant par oui ou non, le résultat est exprimé sous la forme d'un score total compris entre 0 et 10. Un score élevé traduit un niveau d'observance supérieur, un score général inférieur à 5 détermine les patients non observant.

- **Hétéroquestionnaire :**

Les causes de l'abandon de traitement sont recherchées par un hétéro questionnaire qui contient des causes plausibles de l'arrêt du traitement, très répondus dans la littérature (voir annexe III).

La liste des causes sera proposée aux malades examinés avec des réponses par oui ou non :

Oui : présence des causes chez le malade

Non : absence

L'examineur pose des questions avec clarté en langue dialectique.

Avec des questions fermées.

- La Durée de la passation est de 30mn.

L'examineur lit les questions devant les malades et note la réponse

Par oui ou non pour chaque cause plausible.

#### **4. Considérations éthiques**

Les patients n'ont été recrutés pour l'étude qu'après l'obtention de leur consentement éclairé. Le recueil des données s'est fait dans le respect de l'anonymat et de la confidentialité des informations.

## **II. Méthodes statistiques**

La saisie informatique et le traitement des données se sont basés sur deux méthodes:

a- Une analyse descriptive à deux variables : qualitative et quantitative.

- Pour les variables qualitatives, nous avons utilisé des effectifs et des pourcentages.
- Pour les variables quantitatives, nous avons mesuré les moyennes et les écarts types.

b- Une analyse bi variée qui a fait appel à des tests statistiques notamment :

- Le test de Student pour la comparaison de deux moyennes.
- Le test de Khi2 pour la comparaison de pourcentages. Quand les conditions d'application du test de Khi2 n'étaient pas réunies, nous avons utilisé le Test Exact de Fischer.

Le logiciel utilisé pour l'analyse des données était SPSS22.0. Le seuil de signification statistique a été fixé à 5%.

*RESULTATS*

*ET*

*ANALYSE*



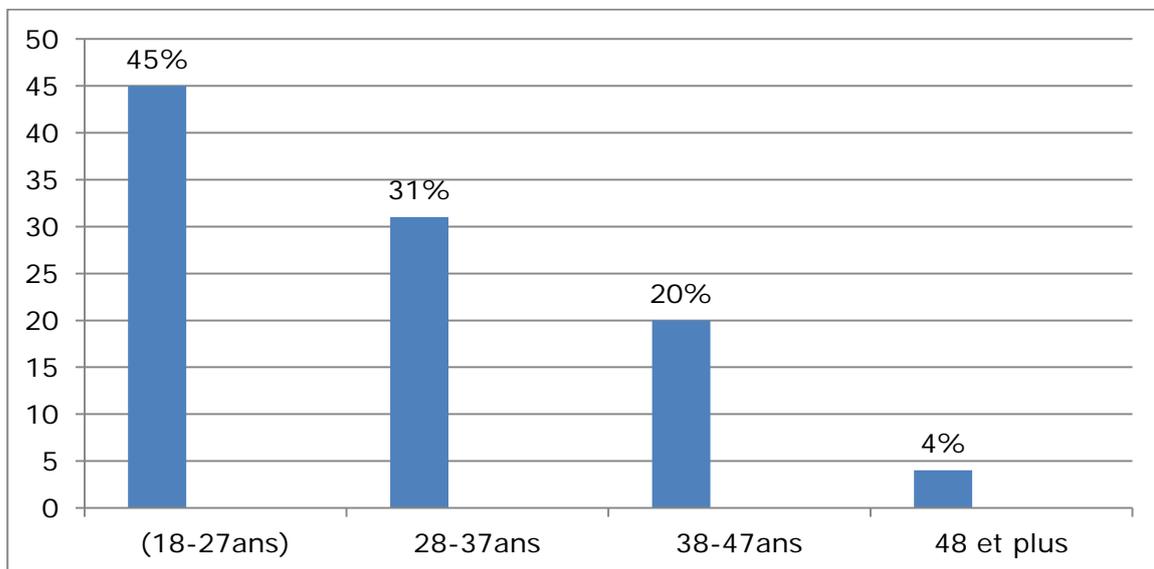
## I. Analyse descriptive :

Nous avons colligé 153 patients schizophrènes pendant 06 mois entre le 1er Août 2015 et le 01<sup>er</sup> février 2016. Leurs caractéristiques étaient les suivantes :

### 1. Données sociodémographiques :

#### 1.1. L'âge :

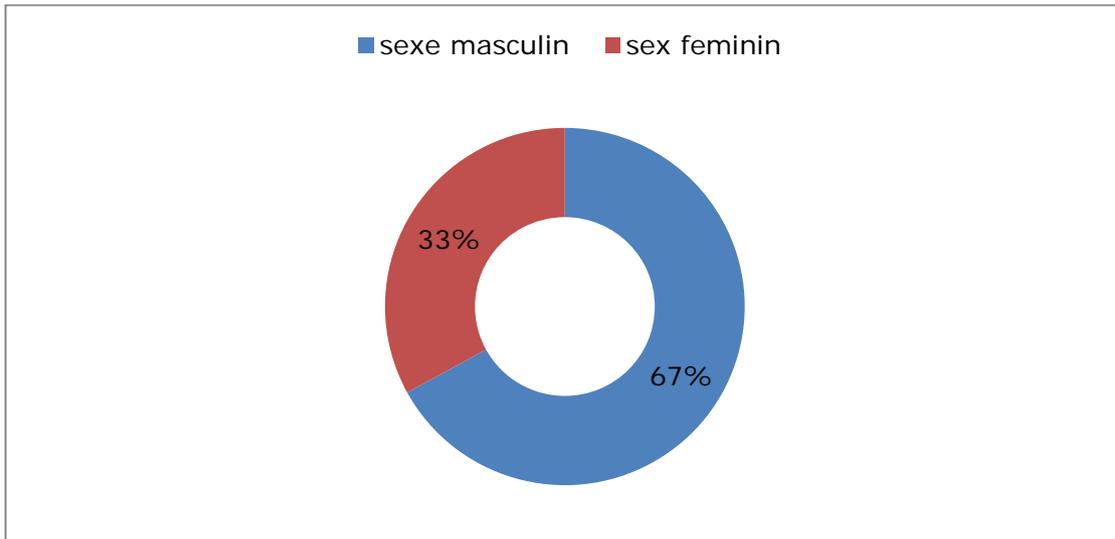
La moyenne d'âge des patients (N=153) était de 31,08 ans $\pm$ 8,473 avec des extrêmes allant de 18 à 58 ans



**Figure 1: Répartition de la population étudiée selon l'âge**

#### 1.2. Le sexe

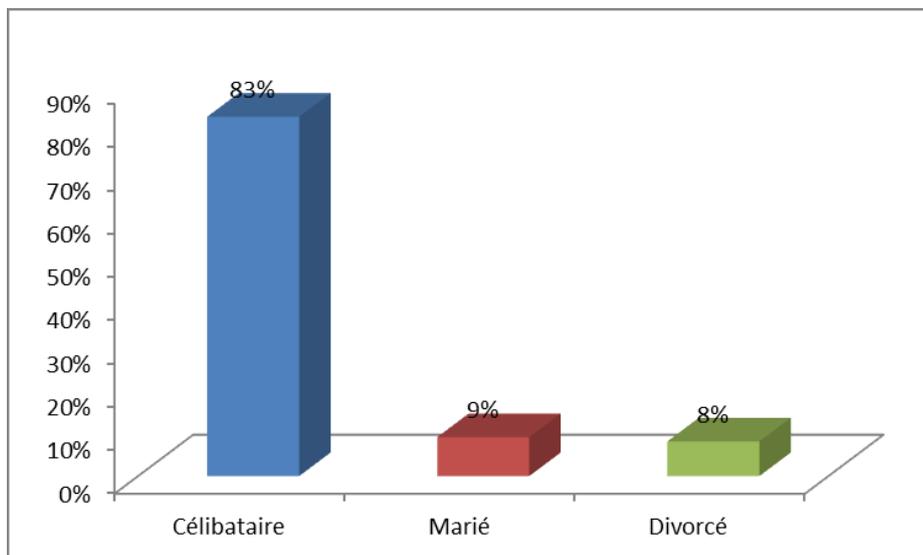
La répartition selon le sexe des patients de notre étude a montré une prédominance masculine de 67% (n=103) et 33% de femmes avec un sex-ratio de 2,06.



**Figure 2** : Répartition de la population selon le sexe

### 1.3. Le statut matrimonial

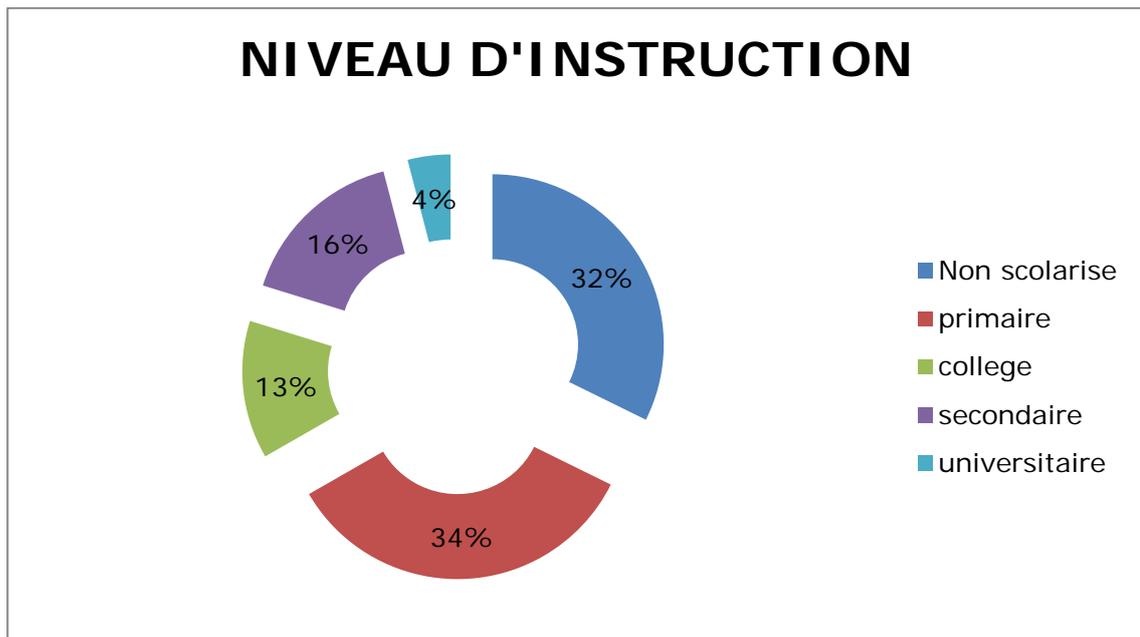
Dans notre échantillon, Les célibataires sont majoritaires dans notre étude (127 patients) soit 83%, 9% sont mariés (14 cas), 8% sont divorcés (12cas).



**Figure3** : Répartition de la population selon le statut matrimonial

### 1.4. Le niveau d'instruction :

Dans notre échantillon 32% (50 Cas) sont non scolarisés, la majorité des patients scolarisés ont un niveau primaire 34% (53 cas).

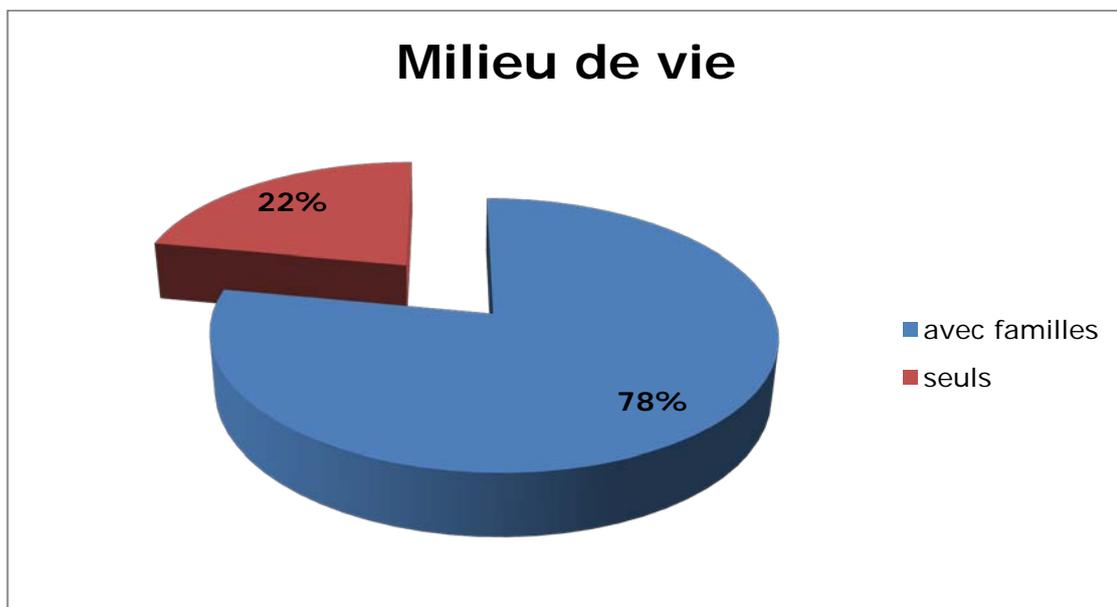


**Figure 4:** Répartition des patients selon le niveau d'instruction

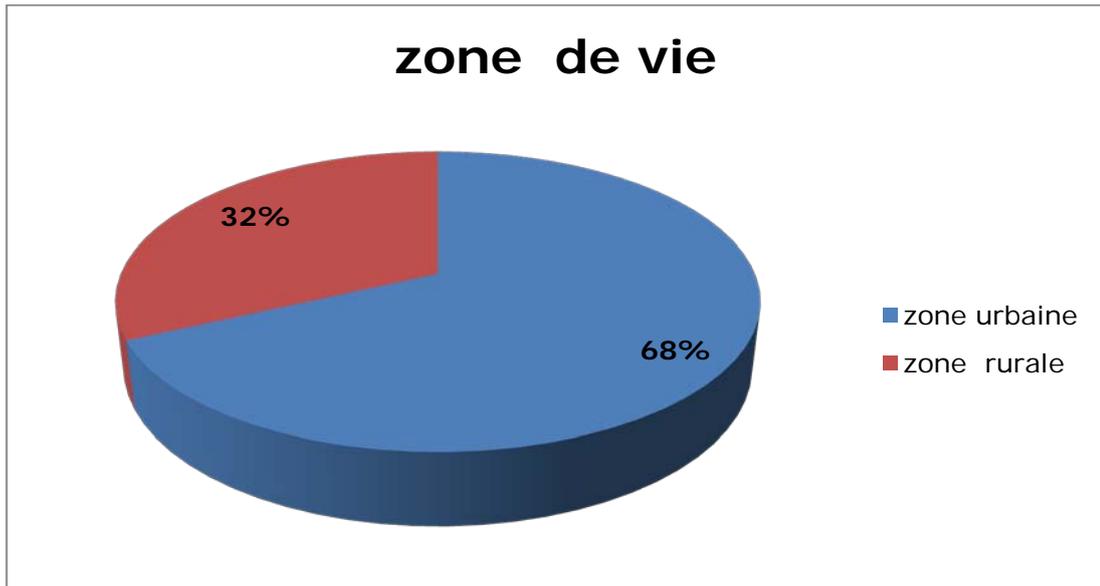
**1.5. Milieu de vie :**

77,7% (119 Cas) des patients vivent au sein de leur famille.

67.9% (104 Cas) vivent en milieu urbain.



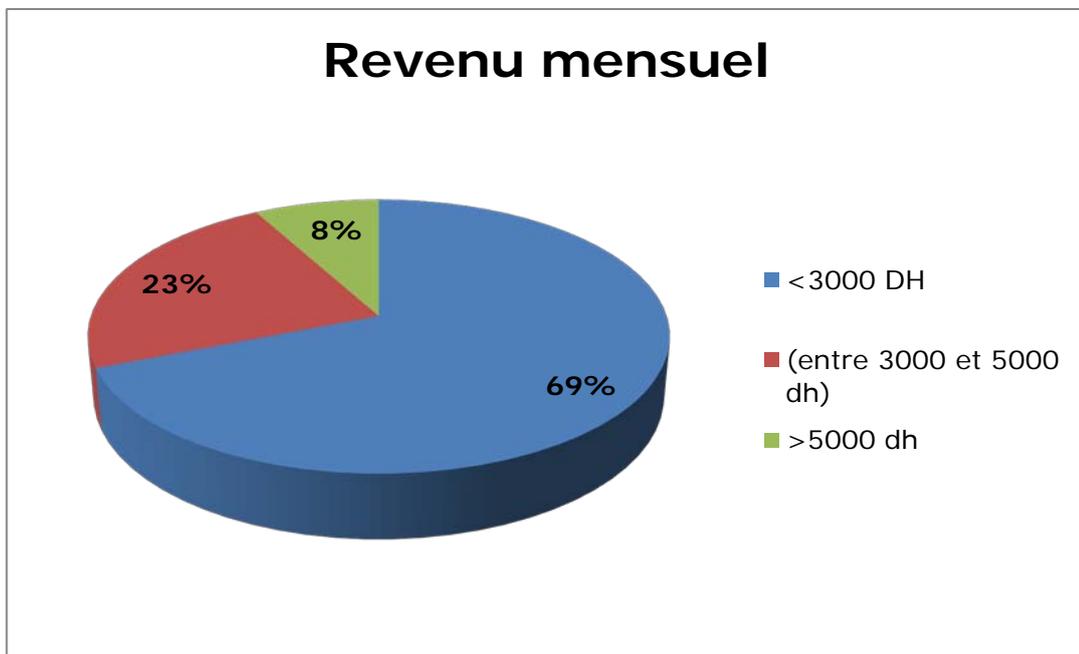
**Figure 5 :** Répartition de la population selon le milieu de vie



**Figure 6 :** Répartition de la population selon la zone de vie

#### 1.6. Revenu Mensuel :

La majorité des familles des patients schizophrènes de notre étude ont un revenu mensuel inférieur à 3000 DH.



**Figure 7 :** Revenu mensuel de la population

**TABLEAU I : les caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée**

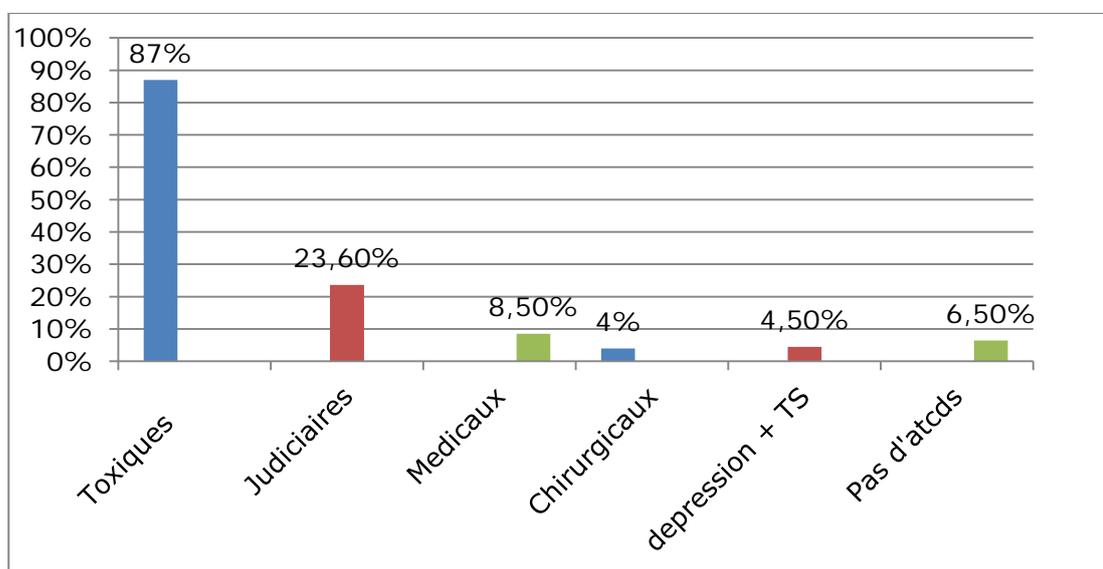
Caractéristiques	Effectifs	Pourcentage %
Age :		
18-27ans	69	45%
28-37ans	48	31%
38-47ans	30	20%
48 et plus	06	4%
Sexe :		
-Féminin	50	33%
- MASCULIN	103	67%
Statut matrimonial :		
- Célibataire	127	83%
- Marié	14	9%
- divorcé	12	8%
Niveau d'instruction :		
-Non scolarisé	50	32%
- Primaire	53	34%
-Secondaire	44	29%
-universitaire	6	4%
Vit avec :		
- famille	119	78%
- seuls	34	22%
Milieu de vie :		
Milieu urbain	104	68%
Milieu rural	49	32%
Revenu mensuel :		
- <3000 Dh	106	69%
- 3000><5000 Dh	35	23%
- >5000 Dh	12	8%

## 2. les antécédents :

### 2.1. ATCDS personnels :

**Tableau II : Prévalence des antécédents personnels chez la population cible**

Antécédents personnels	Effectifs	Pourcentage
-Pas d'AtcDs	10	6.5%
-Médicaux	13	8.5%
-Chirurgicaux	06	4%
- Dépression + TS	07	4.5%
-Judiciaires	36	23.6%
-toxiques	133	87%

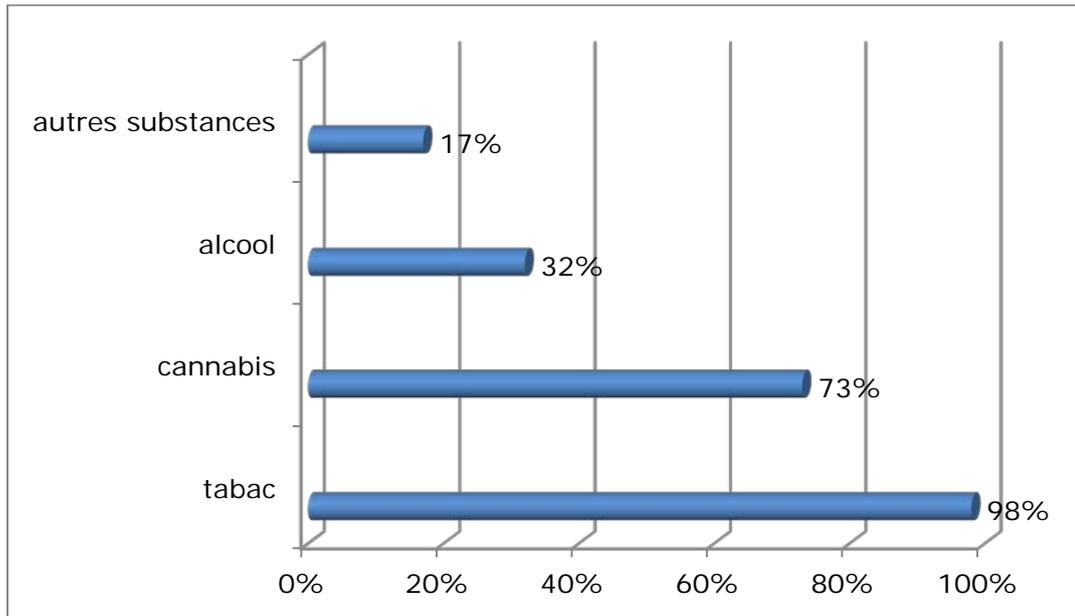


**Figure 8 : Répartition des patients selon le type d'antécédents personnels**

#### a. **Toxiques :**

##### a.1. *Substances utilisées :*

133 de nos patients consommaient des toxiques (soit un taux de 87%). Le tabac et le cannabis étaient les substances les plus consommées avec des taux s'élevant respectivement à 98.4% (131 cas) et 73% (98 cas). L'abus de l'alcool a été retrouvé chez 32% de ces patients (43 cas).



**Figure 9:** Répartition des patients selon la nature des substances toxiques consommées

***a.2. durée moyenne d'addiction :***

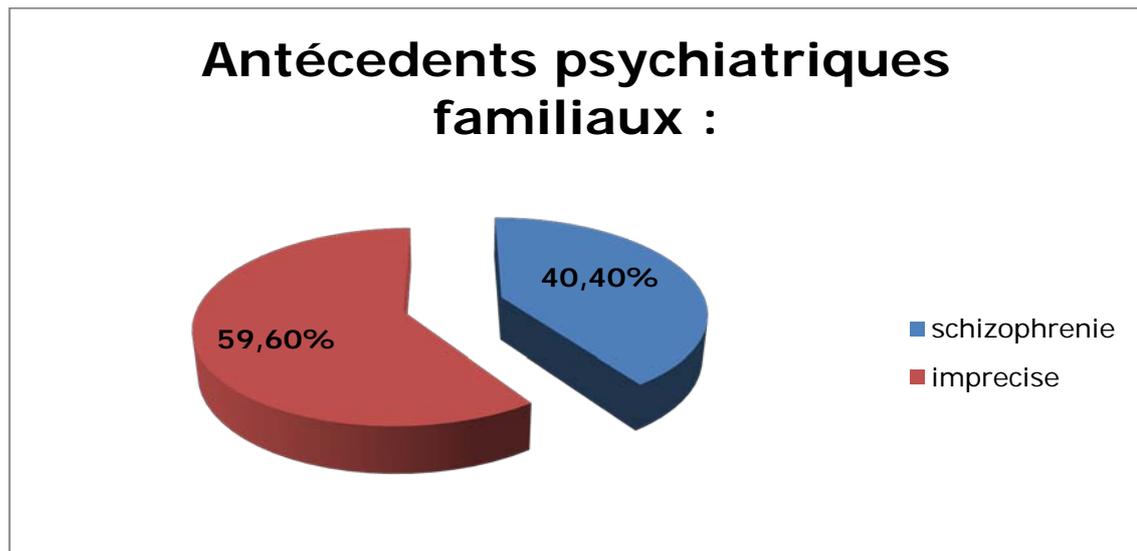
La durée moyenne d'addiction est de 14,55 ±9,75 Ans.

***a.3. début par rapport à la maladie :***

Parmi les patients usant des substances toxiques, 70% (107 cas) ont débuté l'usage des substances avant la maladie.

**2.2. Antécédents familiaux :**

Des antécédents psychiatriques familiaux avaient été retrouvés chez 34% des patients (52 cas), notamment 21 cas de schizophrénie, et 31 cas dont la nature de l'antécédent psychiatrique familial n'était pas précisée.



**Figure 10 :** Distribution de la population selon la nature des antécédents psychiatriques familiaux

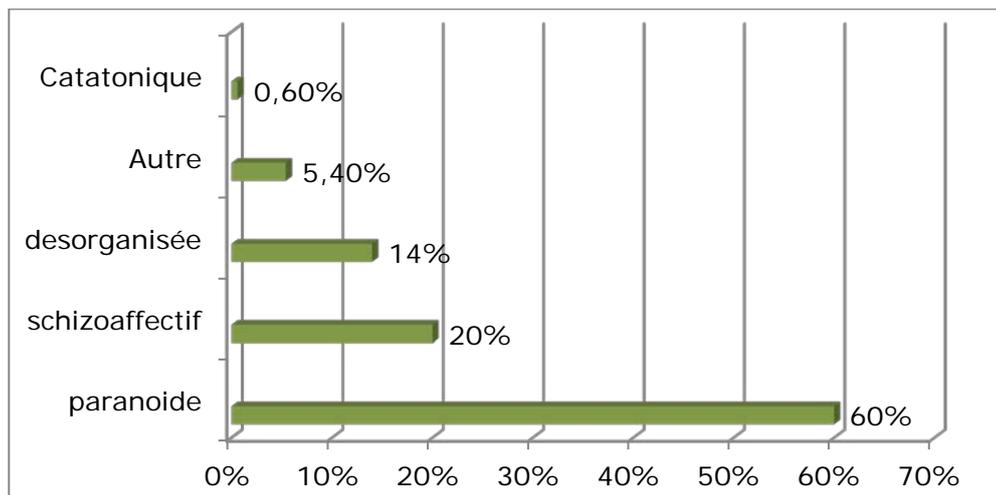
**Tableau III :** Prévalence des antécédents personnels et familiaux chez la population étudiée :

Caractéristiques	effectifs	POURCENTAGE%
Antécédents personnels :		
-Pas d'Atcds	10	6.5%
-Médicaux	13	8.5%
-Chirurgicaux	06	4%
- Dépression + TS	07	4.5%
-Judiciaires	36	23.6%
-toxiques	133	87%
Antécédents personnels psychiatriques :		
-TS	5	71%
- Dépression	2	29%
Antécédents de prise de toxiques :		
Tabac	131	98%
Cannabis	98	73%
Alcool	43	32%
Antécédents psychiatriques dans la famille :		
- Schizophrénie	21	40.4%
- imprécisé	31	59.6%

### 3. Caractéristiques cliniques de la schizophrénie dans la population étudiée :

#### 3.1. Types de schizophrénie :

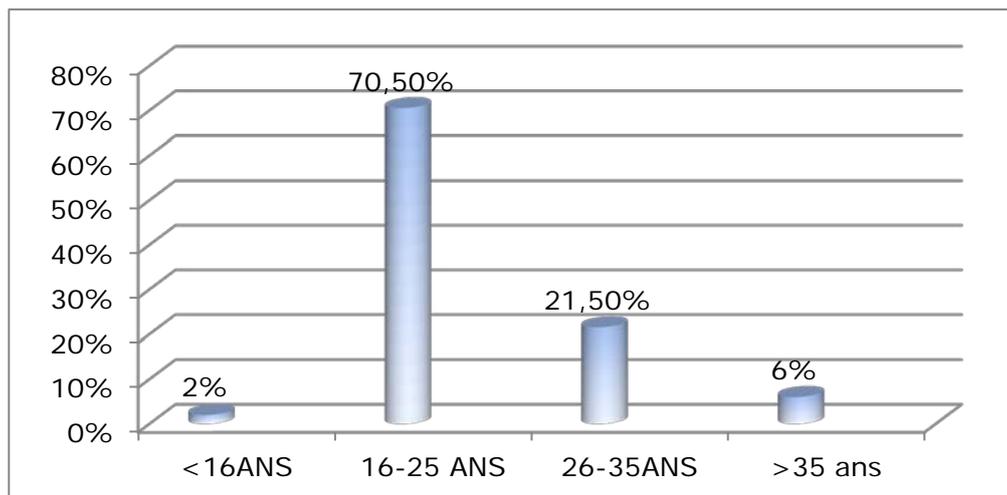
La schizophrénie paranoïde représentait la forme clinique la plus fréquemment rencontrée 91 cas(60% de la population), suivie par la forme schizo-affective 30 cas (20%).



**Figure 11:** Répartition des patients en fonction du type de schizophrénie selon le DSM-IV R

#### 3.2. Age de début :

L'âge moyen de début de la maladie dans notre étude était de  $23,89 \pm 5,66$  ans avec des extrêmes allant de 14 à 39ans.



**Figure 12:** Distribution des patients selon l'âge de début du trouble

### 3.3. Mode de début :

Un début progressif de la maladie est retrouvé chez 63% de la population



**Figure 13:** Distribution des patients selon le mode de début du trouble

### 3.4. Durée d'évolution :

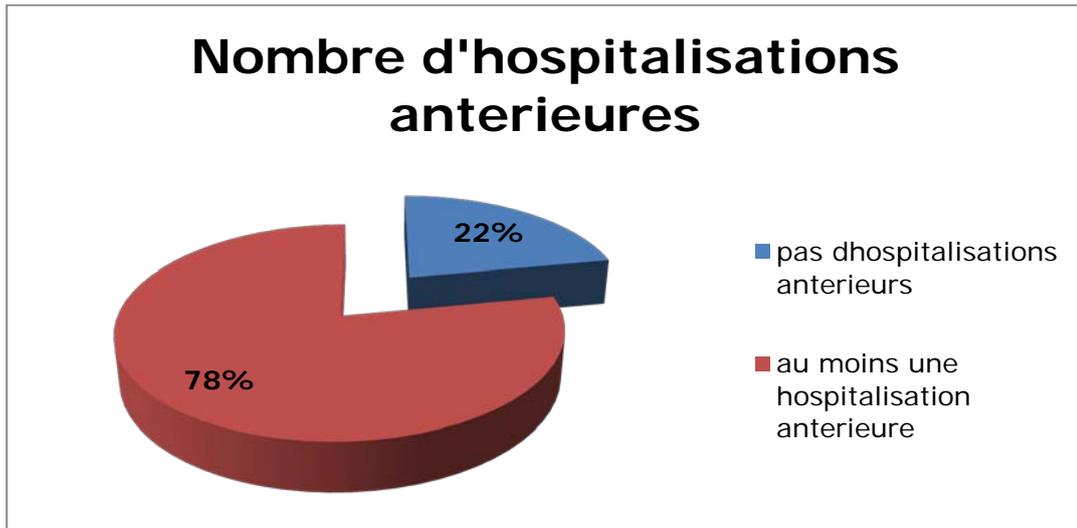
La durée d'évolution moyenne de la maladie chez les patients de notre série était de 111 mois (soit 9ans), avec des extrêmes allant d'un an à 30 ans

**Tableau IV : Durée d'évolution de la maladie**

	Moyenne	Écart-type	Médiane	Minimum	Maximum
Durée d'évolution	111 ,3	85.123	86	1 an	30 ans

### 3.5. Nombre d'hospitalisations antérieures :

Au moins une hospitalisation antérieure a été retrouvée chez 78% de nos patients et leur moyenne était de  $5,77 \pm 6,058$  avec des extrêmes allant de 1 à 18 hospitalisations antérieures.



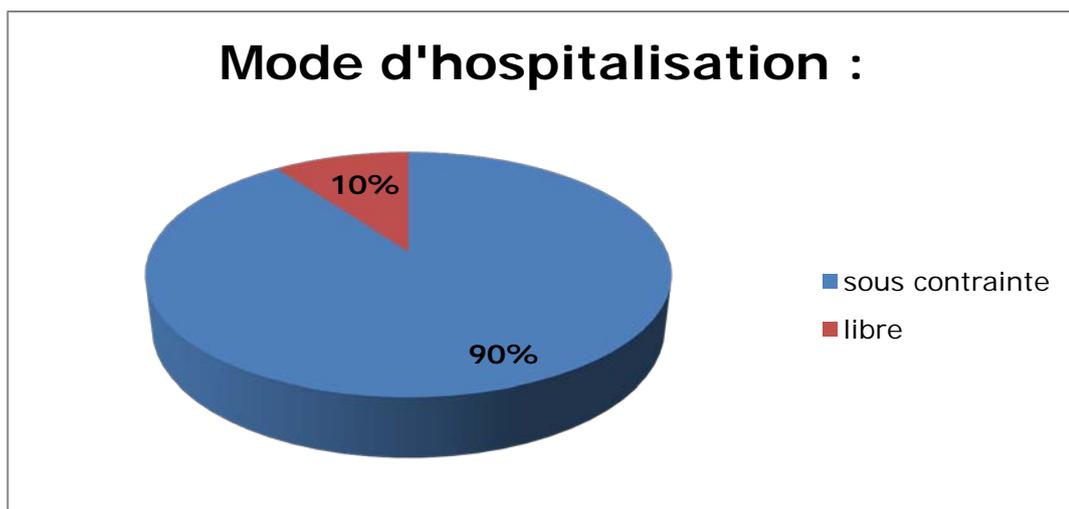
**Figure 14** : distribution des patients selon le nombre d'hospitalisations antérieures

**Tableau V: distribution des patients selon le nombre d'hospitalisations antérieures :**

Nombre d'hospitalisations	Effectif	Pourcentage
Pas d'hospitalisation	34	22%
Entre 1 et 5 hospitalisations	60	40%
Entre 6 et 10 hospitalisations	41	27%
Plus que 10 hospitalisations	18	11%

### 3.6. Mode d'hospitalisation actuelle :

La majorité de nos patients 90% (137cas), étaient hospitalisés contre leur volonté.

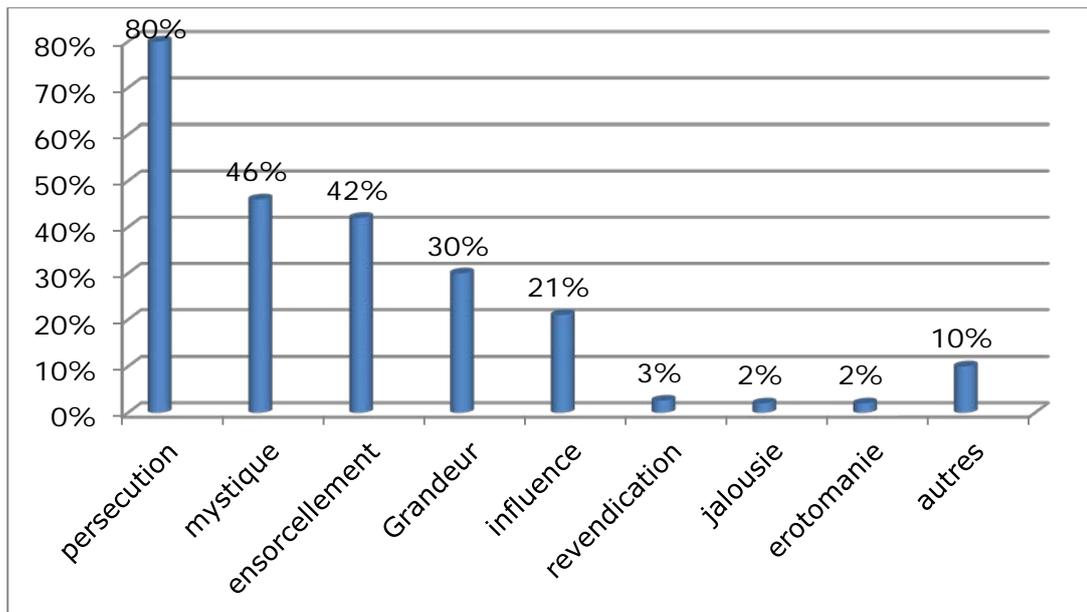


**Figure 15:** Répartition des patients selon le mode d'hospitalisation actuelle

## 4. Symptomatologie clinique des patients :

### 4.1. Thématique délirante :

Dans notre étude 82%(125cas) des patients ont présenté un délire à leur admission ou au cours de leur hospitalisation. Les thèmes étaient variés avec une nette prédominance d'idées délirantes de persécution retrouvées dans 80% des cas (n= 100cas).



**Figure 16:** Répartition des patients selon leurs thématiques délirantes

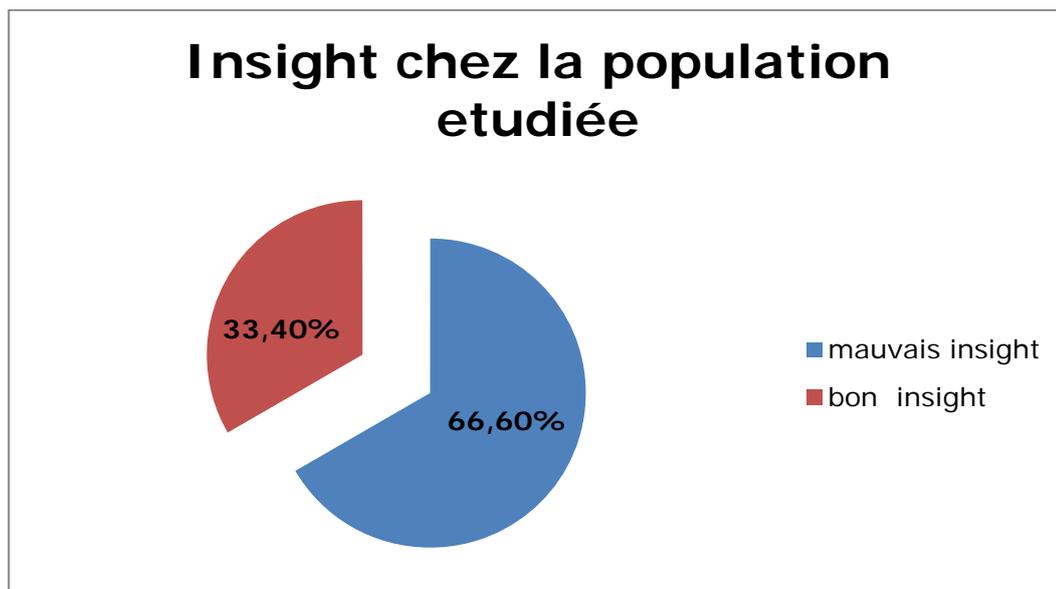
### 4.2. Agressivité :

Le tiers des patients N= 48 (31%) de notre population étaient agressifs physiquement et/ou verbalement à leur admission.

### 4.3. Insight :

L'insight a été évalué grâce à la Birchwood Insight Scale (voir annexe5).

Nous avons trouvé que 102 patients de notre échantillon avaient un score général inférieur à 9 (la moyenne était de  $2,60 \pm 3,457$ ), soit un taux de mauvais insight à de 66.6%.



**Figure17** : répartition de la population selon l'insight

#### 4.4. Positive and Negative Symptoms Scale (PANSS):

Durant l'hospitalisation, la moyenne du score total de la PANSS des patients de notre population était de  $80,86 \pm 24,275$  avec des extrêmes allant de 32 à 126.

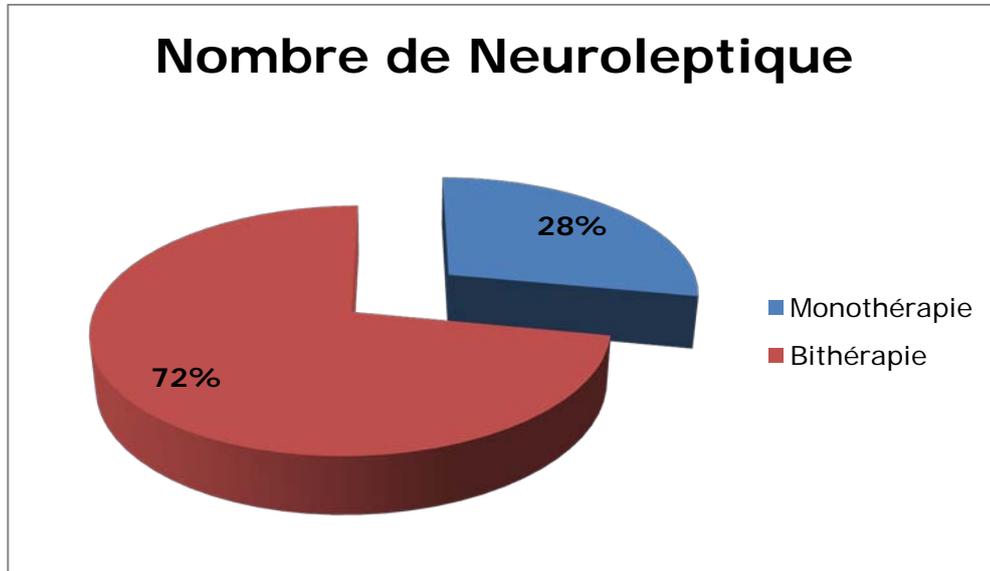
**Tableau VI** : Évaluation de la PANSS de la population cible

PANSS :	moyenne	Écart-type	minimum	Maximum
Échelle positive	23.3	8.18	8	36
Échelle négative	22.4	10.033	7	43
Échelle psychopathologique	38	11.931	16	61
Score total	83.7	24.265	31	125

**4.5. Médicaments utilisés :**

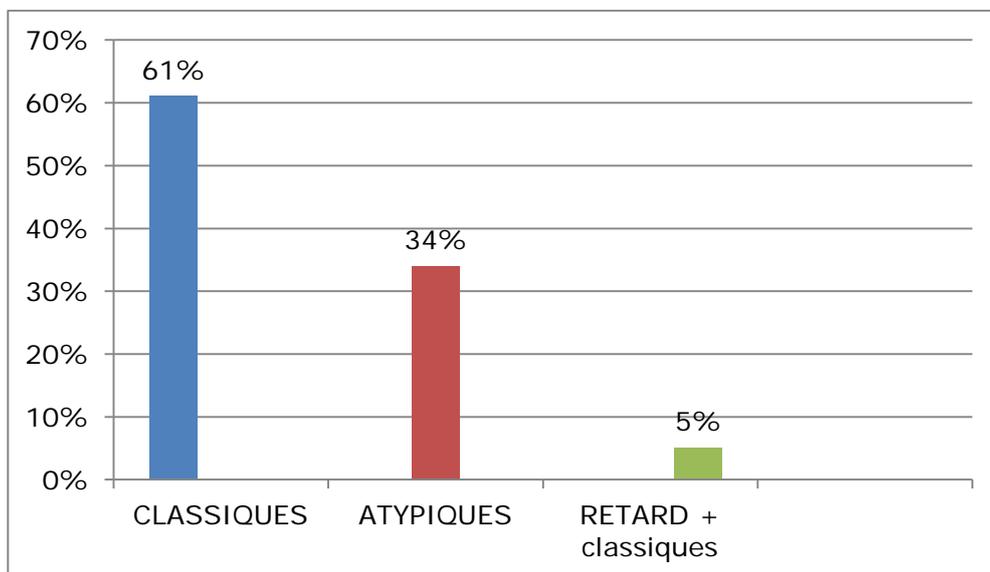
**a. neuroleptiques :**

*a.1. nombre :*



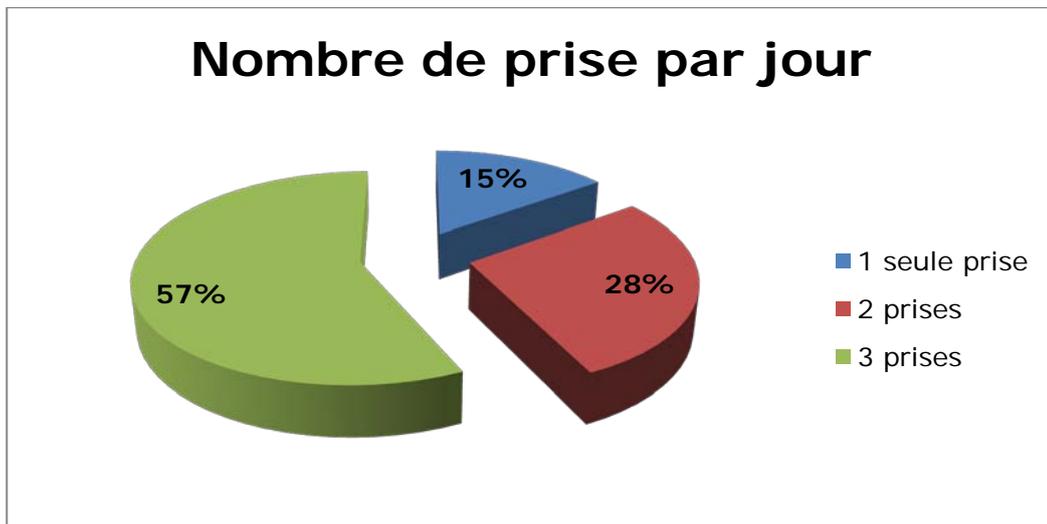
**Figure 18:** Répartition de la population selon le nombre de neuroleptique pris par jour

*a.2. type de neuroleptique :*



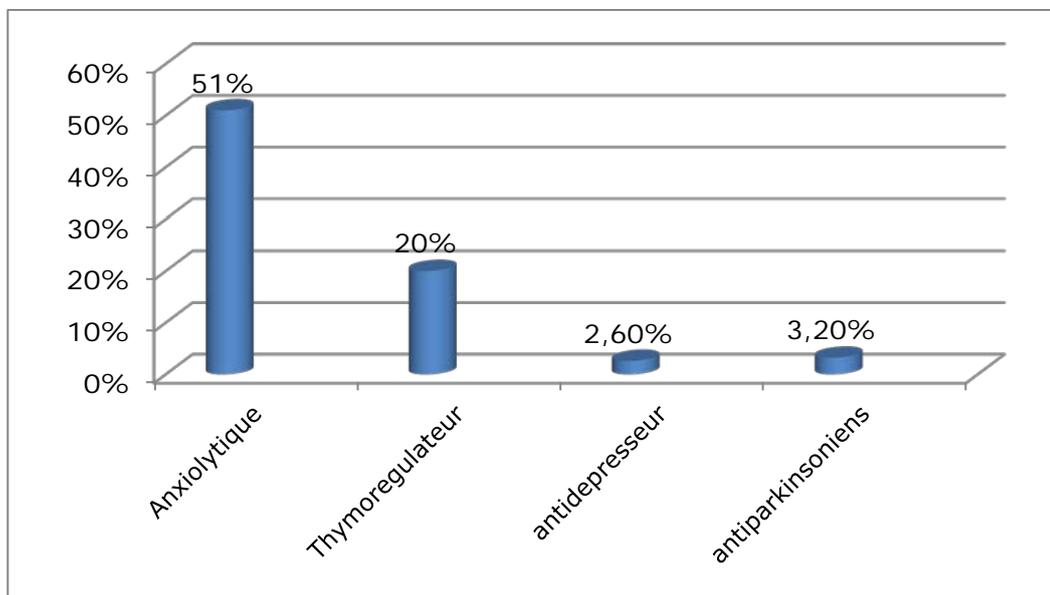
**Figure 19:** Répartition de la population selon le Type de neuroleptique pris

*a.3. nombre de prise par jour :*



**Figure 20:** Répartition de la population selon le nombre de prise quotidienne

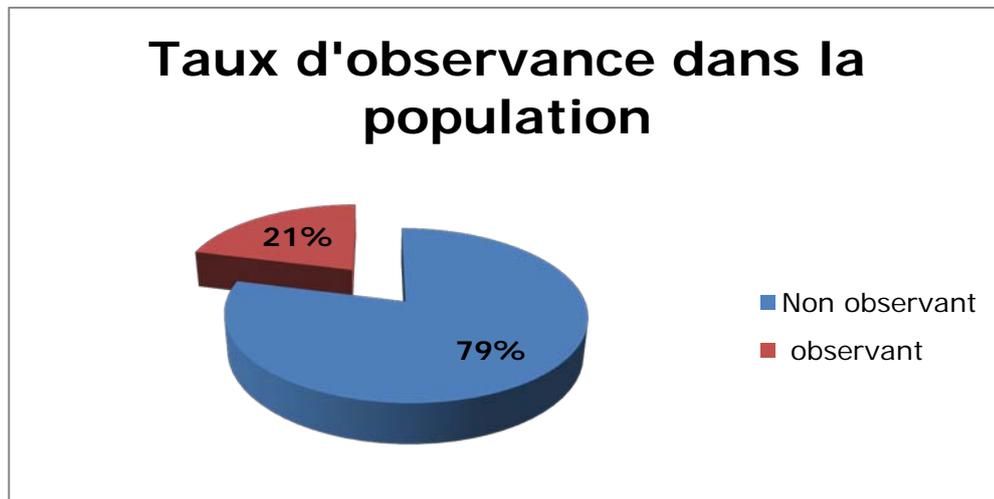
**b. Médicaments associés :**



**Figure 21:** Répartition de la population selon le type des médicaments associés

## 5. Évaluation de l'observance chez la population :

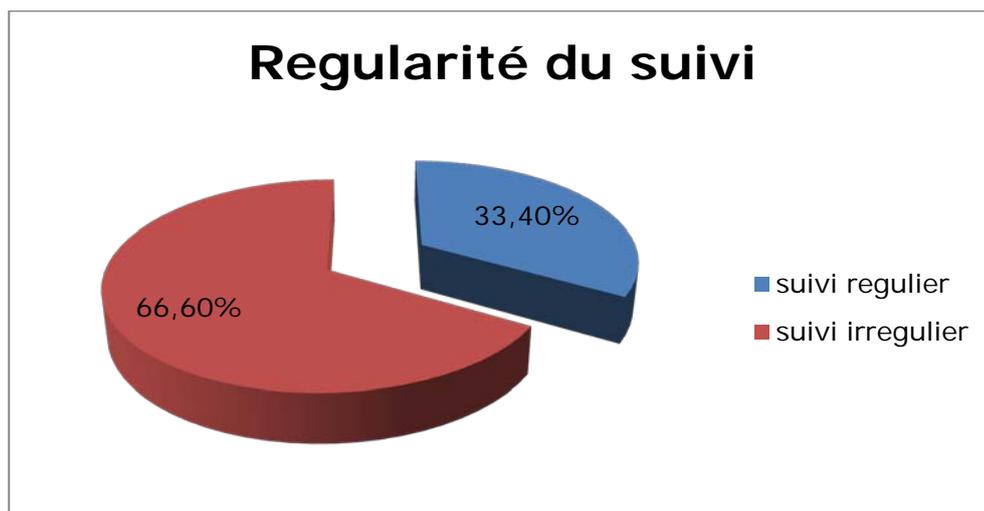
Notre échantillon se répartit avec une prédominance nette des non observant 79% (N=122) contre 21% (N=31) de patients observant.



**Figure 22 :** Répartition de la population selon l'observance thérapeutique

### 5.1. La régularité du suivi :

La régularité du suivi a été évaluée sur le critère de l'absence de retard de plus d'une semaine aux rendez-vous, durant les trois mois précédant l'entretien. Dans notre échantillon, 66,6 % (N=102) des patients ne se présentait pas régulièrement à leurs rendez-vous.



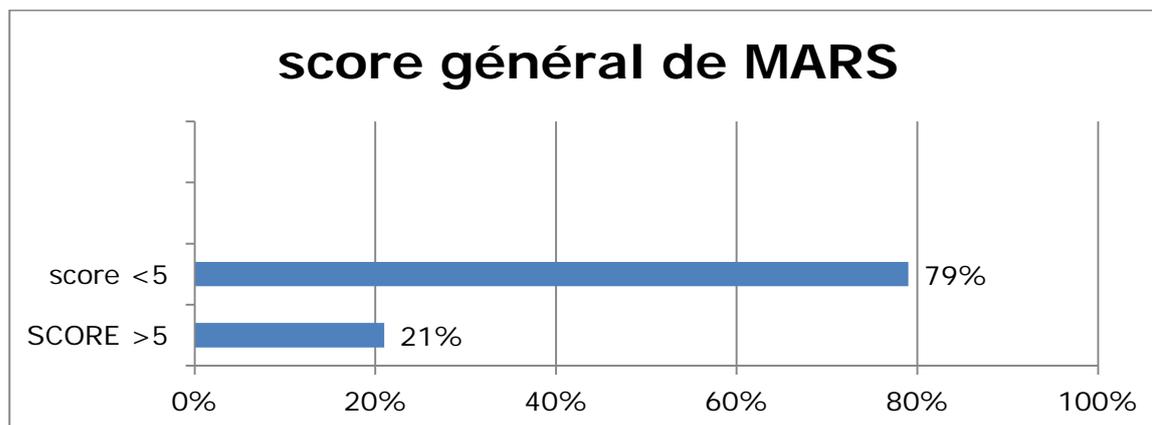
**Figure 23 :** Répartition de la population selon la Régularité du suivi

**5.2. Échelle de MARS :**

**a. Score général :**

122 patients de notre échantillon avaient un score général inférieur à 5.

La moyenne était de (4,2 ± 3,457), soit un taux de mauvaise observance de 79%.



**Figure 24 :** Répartition de la population selon le score général de l'échelle MARS

**b. Questionnaire :**

**Tableau VII :MARS**

QUESTIONNAIRE :	Nombre de cas	pourcentage
1-Vous est-t-il parfois arrivé d'oublier de prendre vos médicaments ?	82	53.5%
2-Négligez-vous parfois l'heure de prise d'un de vos médicaments ?	76	49.6%
3-Lorsque vous vous sentez mieux, interrompez-vous parfois votre traitement ?	88	57.5%
4-Vous est-t-il arrivé d'arrêter le traitement parce que vous vous sentiez moins bien en le prenant ?	96	62.7%
5-Je ne prends les médicaments que lorsque je me sens malade	104	67.9%
6-Ce n'est pas naturel pour mon corps et pour mon esprit d'être équilibré par des médicaments	72	47%
7-Mes idées sont plus claires avec les médicaments	99	64.7%
8-En continuant à prendre les médicaments je peux éviter de tomber à nouveau malade	87	56.8%
9-Avec les médicaments je me sens bizarre comme un Zombie	98	64%
10-Les médicaments me rendent lourd et fatigué	101	66%

122 patients de notre échantillon n'observaient pas leur traitement avec un score général de MARS inférieur à 5.

La survenue des effets indésirables, inconscience du trouble et de la nécessité du traitement reste des causes d'arrêt du traitement selon plus que les 2/3 de la population.

## 6. Causes d'abandon du traitement pharmacologique :

### 6.1. Hétéro-questionnaire :

**Tableau VIII : causes d'abandon du traitement**

Causes d'abandon du traitement	Nombre	Pourcentage
Vous changez fréquemment de médecin	150	98%
Vous manquez d'informations sur votre maladie et sur les médicaments prescrits	134	87.5%
vous ne considérez pas malade.	101	66%
Vous trouvez que votre médecin ne vous écoute pas assez, ou bien indisponible	92	60.1%
Vous vous estimez guéri et n'avoir plus besoin des médicaments.	83	54.2%
vous trouvez que les médicaments ont des effets de somnolence, de fatigue, et par conséquent vous ne pouvez pas travailler ou poursuivre vos études	80	52.3%
vous trouvez que les médicaments sont responsables des troubles neuro végétatifs tels : vision flou, prise de poids, vertige, sécheresse buccale, ...	76	50%
vous n'avez pas senti les effets bénéfiques des médicaments.	74	48.3%
à cause des effets extrapyramidaux (tremblement, torticolis, rigidité...)	74	48.3%
vous n'avez pas senti l'effet positif et immédiat du traitement.	73	47.7%
vous considérez la prise à long terme du traitement très fatigante et très pénible	73	47.7%
vous trouvez que les médicaments ont des effets sur votre sexualité.	71	46.4%

**Tableau VIII : causes d'abandon du traitement**

Causes d'abandon du traitement	Nombre	Pourcentage
Vous êtes dérangés par l'idée de prendre des médicaments prescrits par un psychiatre.	69	45%
vous consommez une substance toxique qui vous aide mieux que les médicaments (cannabis, alcool, solvants ...).	68	44.4%
vous trouvez le traitement trop lourd : multiples produits, plusieurs prises	66	43.1%
vous trouvez les médicaments trop chers	64	42%
vous considérez les médicaments comme des drogues et non un remède à votre maladie	63	41.1%
Vous trouvez que votre médecin ne vous écoute pas assez, ou bien indisponible	60	39.2%
vous ne trouvez personne pour vous aider à prendre votre traitement	58	38%
vous croyez que la psychothérapie est suffisante	43	28.1%
Votre famille vous surveille trop et vous oblige à prendre le traitement.	38	24.8%
vous craignez devenir dépendant des médicaments	36	23.5%
Vous trouvez votre médecin incompetent et vous n'avez pas confiance en ses prescriptions	22	14.3%
Vous vous préoccupez de ce que pensent les autres si vous prenez des médicaments prescrits par un psychiatre.	12	7.8%
vous pensez que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, alors à quoi servirait votre effort de sortir de votre maladie ?	04	2.6%
vous considérez les médicaments comme des drogues interdites par la religion.	04	2.6%
Autres raisons ?	03	1.9%

- Plus que 98% des patients approuve que la cause essentielle d'arrêt du traitement reste le changement fréquent du médecin traitant.
- les autres causes les plus répondues :
- les facteurs liés à la relation thérapeutique et l'indisponibilité du médecin
- facteurs liée au trouble : Inconscience de la maladie

- facteurs liée aux traitements : les effets secondaires des neuroleptiques

**Tableau IX: Caractéristiques cliniques, thérapeutiques, évolutives de la schizophrénie  
Dans la population étudiée et évaluation de l'insight**

Caractéristiques	Effectifs	Pourcentage
-Type de schizophrénie :		
Paranoïde	91	60%
Schizo affective	30	20%
Désorganisée	22	14%
Catatonique	01	0.6%
Autres	09	5.4%
-Age de début :		
<16 ans	03	2%
16-25 ans	108	70.5%
26-35 ans	33	21.5%
>35 ans	09	6%
-Mode de début		
Progressif	96	63%
Aigu	57	37%
-Mode d'hospitalisation :		
Sous contrainte	137	90%
libre	16	10%
Présence de délire	125	82%
-Délire :		
Persécution	100	80%
Mystique	57	46%
Ensorcellement	42	42%
Grandeur	38	30%
Influence	26	21%
Autres	23	18%
-Présence d'hallucinations	86	70%
-Agressivité a l'admission	48	31%
-Dépression	04	2.6%
-Insight :		
Bon insight	51	33.4%
Mauvais insight	102	66.6%
<b>Nombre de neuroleptique</b>		
Monothérapie	43	28%
Bithérapie	110	72%

**Tableau IX: Caractéristiques cliniques, thérapeutiques, évolutives de la schizophrénie  
Dans la population étudiée et évaluation de l'insight« suite »**

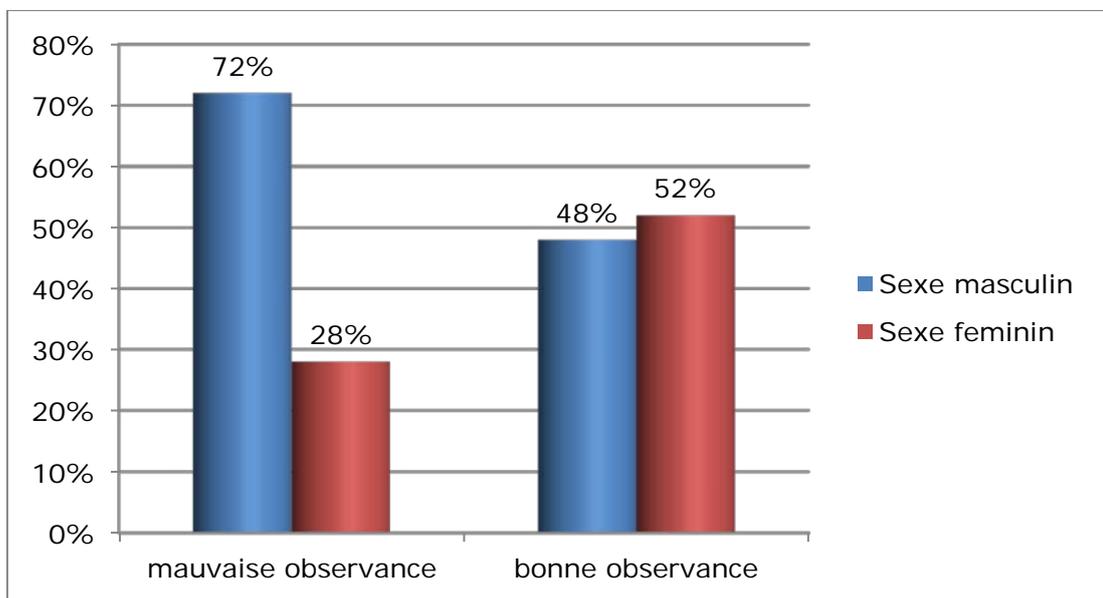
Caractéristiques	Effectifs	Pourcentage
<b>-Type de neuroleptique</b>		
Atypique	52	34%
Classiques	93	61%
Retard +classique	08	5%
<b>-Nombre de prise/jour</b>		
1 seule prise	23	15%
2 prises	42	27.4%
3 prises	88	57.5%
<b>-Médicaments associés</b>		
Anxiolytiques	79	51%
Thymoregulateurs	30	20%
Antidépresseurs	04	2.6%
Antiparkinsoniens	05	3.2%
Autres	11	7.1%
<b>-Évaluation de l'observance</b> <i>* échelle de Mars :</i>		
Bonne observance	31	21%
Mauvaise observance	122	79%
<b><i>*Régularité du suivi</i></b>		
- Suivi réguliers	51	33.4%
- Pas de suivi réguliers	102	66.6%

## II. Analyse bivariée :

### 1. Relation entre l'Observance thérapeutique et le profil sociodémographique :

#### 1.1. Le sexe :

Nous avons trouvé que les patients de sexe masculin avaient une mauvaise observance thérapeutique que ceux de sexe féminin. Ce résultat était statistiquement non significatif car  $p$  (coefficient de Pearson) = 0,133.



**Figure 25:** Rapport entre l'observance thérapeutique et le sexe

#### 1.2. Le statut matrimonial :

La recherche d'un rapport entre l'observance et le statut conjugal n'a pas été possible car l'effectif minimal requis pour faire les analyses n'était pas atteint.

**Tableau X: Variabilité de l'Observance du traitement selon le statut matrimonial**

Statut matrimonial	Observance du traitement	effectif	Pourcentage
Célibataire	Mauvaise	97	79.5%
	Bonne	30	96.7%
Marié (e)	Mauvaise	13	10.7%
	Bonne	01	3.3%
Divorcé (e)	Mauvaise	12	9.8%
	Bonne	00	00%
Total	Mauvaise	122	100%
	Bonne	31	100%

**1.3. Le niveau d'instruction :**

Nous n'avons pas pu étudier le rapport entre l'observance du traitement et le niveau d'instruction car l'effectif minimal requis pour faire les analyses n'était pas atteint.

**Tableau XI: Variabilité de l'observance selon le niveau d'instruction :**

Niveau d'instruction	Observance du traitement	Effectifs	Pourcentage
Analphabètes (n=50)	Mauvaise	41	33.6%
	Bonne	09	29%
Primaire (n=53)	Mauvaise	40	32.7%
	Bonne	13	42.1%
Secondaire (n=44)	Mauvaise	37	30.4%
	Bonne	07	22.5%
Universitaire (n=06)	Mauvaise	04	3.3%
	Bonne	02	6.4%
Total	Mauvaise	122	100 %
	Bonne	31	100 %

**1.4. Le milieu de vie :**

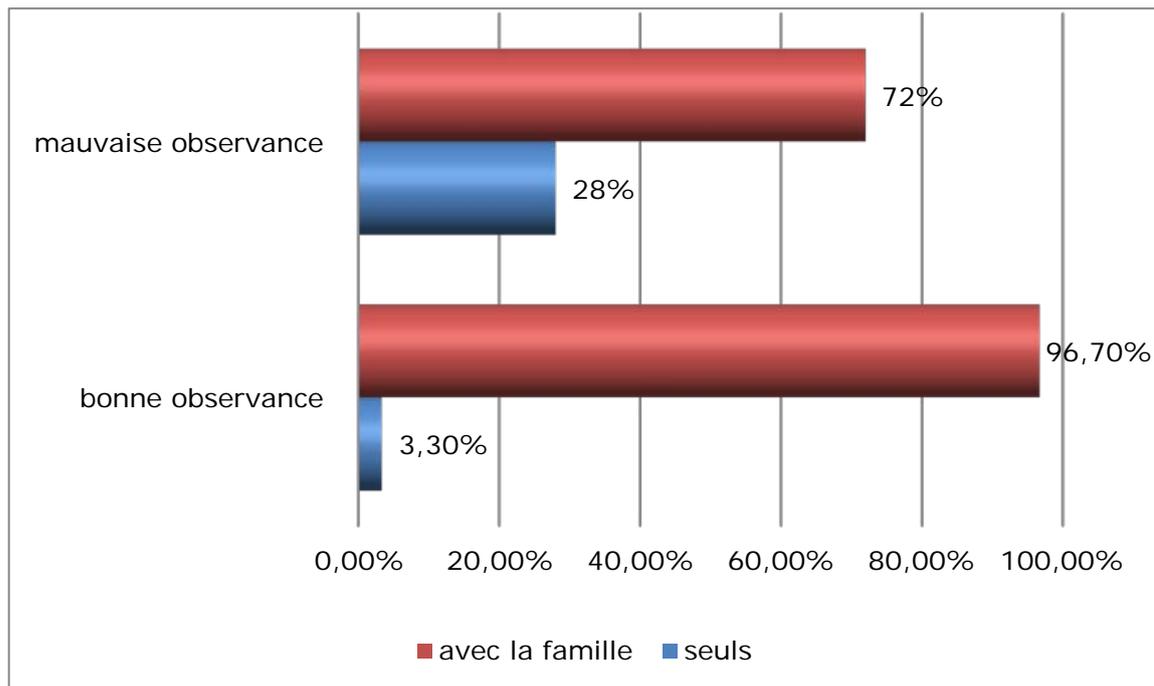
Nous avons trouvé que la majorité des patients observant du traitement vivaient avec leurs familles (96.7%). Ce résultat était statistiquement significatif car :

**p (coefficient de Pearson) = 0,000**

**Tableau XII: Variabilité de l'observance selon le milieu de vie**

Milieu de vie	Observance du traitement	Effectifs	Pourcentage
Avec famille	Bonne	30	96.7%
	Mauvaise	88	72%
seuls	Bonne	01	3.3%
	Mauvaise	34	28%

**P : 0.000**



**Figure 26: Variabilité de l'observance selon le milieu de vie**

### 1.5. Revenu mensuel

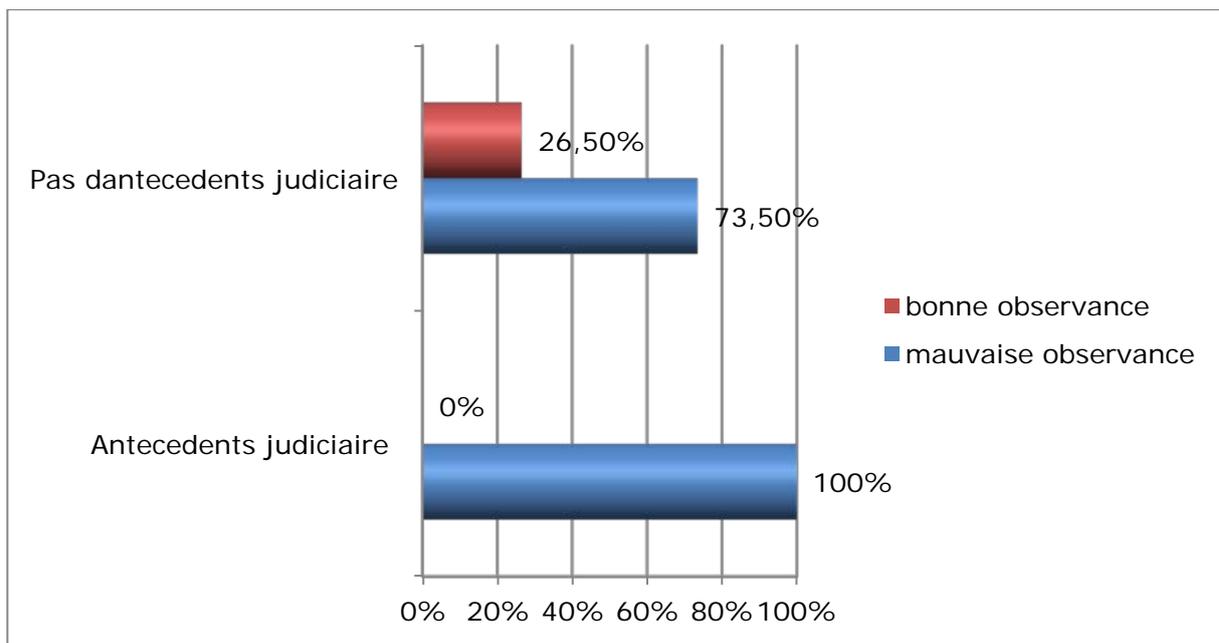
La recherche d'une relation entre l'observance et le revenu mensuel n'était pas possible car l'effectif minimal requis dans les attributs pour faire les analyses n'était pas atteint.

**Tableau XIII: Variabilité de l'observance selon le revenu mensuel**

Revenu mensuel	Observance du traitement	Effectifs	Pourcentage
<3000 dh	Bonne	26	83.3%
	mauvaise	80	65.5%
3000 ><5000 dh	Bonne	01	3.3%
	mauvaise	34	28%
>5000 dh	Bonne	04	13.4%
	Mauvaise	08	6.5%

## 2. Relation entre l'observance et les antécédents personnels judiciaires :

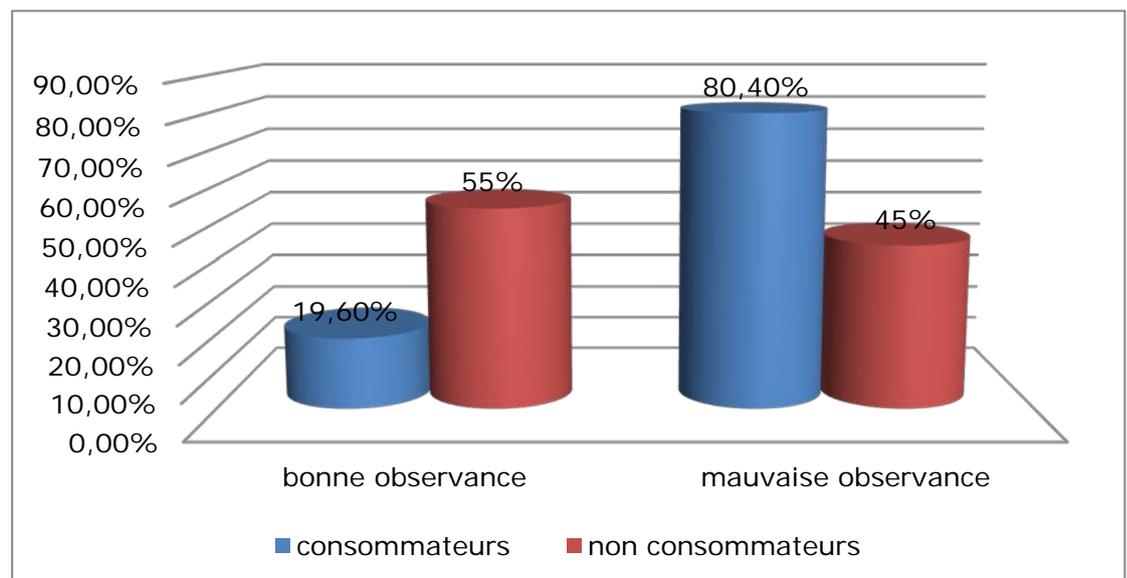
Environ 100% des patients de notre étude (n=36) ayant un antécédent judiciaire, avaient une mauvaise observance thérapeutique. Ce résultat était statistiquement non significatif ( $p=0,441$ ).



**Figure 27: Relation entre l'observance et les antécédents personnels judiciaires**

### 3. Relation entre l'observance et les habitudes toxiques des patients :

Parmi les 133 patients de notre échantillon qui consommaient des substances toxiques (tabac, cannabis, alcool, colle synthétique ...), 80.4% (n=107) avaient une mauvaise observance du traitement. Ce résultat était statistiquement non significatif ( $p=0,344$ ).



**Figure 28:** Rapport entre l'Observance du traitement et la consommation de substances toxiques

**Tableau XIV:** Rapport entre l'Observance thérapeutique et l'addiction aux substances toxiques

Substance	Observance thérapeutique	Effectifs	Pourcentage	Indice de Pearson
Tabac N=131	Mauvaise	107	81.6%	0.405
	bonne	24	19.4%	
Cannabis N=98	Mauvaise	94	96%	0.689
	Bonne	04	04%	
Alcool N=43	Mauvaise	43	100%	0.877
	Bonne	00	00%	

#### 4. Relation entre l'observance et les caractéristiques cliniques de la maladie

##### 4.1. Le type de schizophrénie :

L'étude du rapport entre l'Observance thérapeutique des patients et le type de schizophrénie n'a pas été possible car l'effectif minimal requis dans chaque catégorie pour faire les analyses n'était pas atteint.

**Tableau XV: Rapport entre l'Observance thérapeutique et le types de schizophrénie**

Type schizophrénie	Qualité d'observance	Effectif	Pourcentage
Paranoïde	Mauvaise	77	63.3%
	Bonne	14	45%
Schizo-affectif	Mauvaise	18	14.7%
	Bonne	12	39%
désorganisée	Mauvaise	19	15.5%
	Bonne	04	13%
Catatonique	Mauvaise	01	0.8%
	Bonne	00	00%
Indifférenciée	Mauvaise	07	5.7%
	Bonne	01	3%
Total	Mauvaise	122	100%
	Bonne	31	100%

##### 4.2. L'âge de début du trouble

L'étude du rapport entre l'observance des patients et l'âge de début de la maladie n'a pas été possible car l'effectif minimal requis dans chaque catégorie pour faire les analyses n'était pas atteint.

**Tableau XVI: Variabilité de l'observance selon l'âge de début du trouble :**

	Qualité observance	effectif	Moyenne	Écart-type
Age de début	Mauvaise	122	27.45	5.734
	Bonne	31	25.33	5.748

**4.3. La durée d'évolution de la maladie**

Les patients observant avaient une durée d'évolution de la maladie moindre par rapport aux patients non observant, résultat statistiquement non significatif ( $p=0,499$ ).

**Tableau XVII : Variabilité de l'observance selon la durée d'évolution du trouble :**

	Observance thérapeutique	Effectif	Moyenne	Écart-type	Pearson
Durée d'évolution	Mauvaise	122	112.4	85.654	0.499
	Bonne	31	110.2	73.123	

**4.4. Le nombre d'hospitalisations antérieures :**

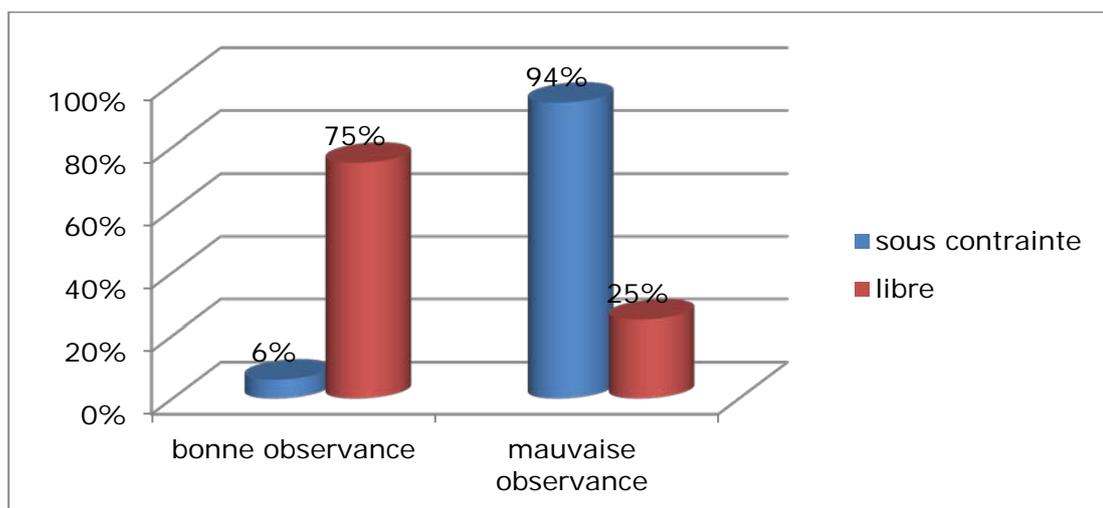
La moyenne des hospitalisations antérieures chez les patients non observant est élevée par rapport aux patients adhérents à leurs traitements, résultat statistiquement significatif avec  $p : 0.046$

**Tableau XVIII: Rapport entre l'observance et le nombre d'hospitalisations antérieures :**

	Observance thérapeutique	Effectif	Moyenne	Écart-type	Indice de Pearson
Nombre Hospitalisation	Mauvaise	122	6.92	6.146	0.0460
	Bonne	31	3.31	2.734	

**4.5. Le mode d'hospitalisation :**

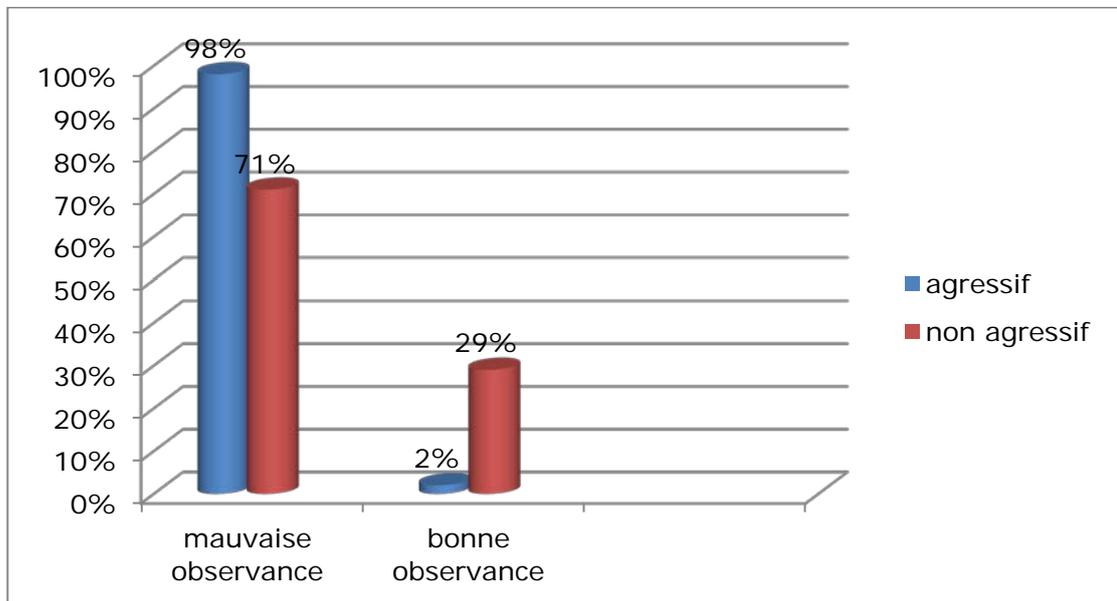
Parmi les 137 patients de notre étude hospitalisés sous contraintes, seuls 08 avaient une bonne observance thérapeutique. Ce résultat était statistiquement significatif ( $p=0,01$ ).



**Figure 29 : Variabilité de l'observance en fonction du mode d'hospitalisation**

#### 4.6. L'agressivité

Parmi les patients agressifs à leur admission (n=48), 98% avaient une mauvaise observance thérapeutique. Ce résultat était statistiquement non significatif (p=0,086).



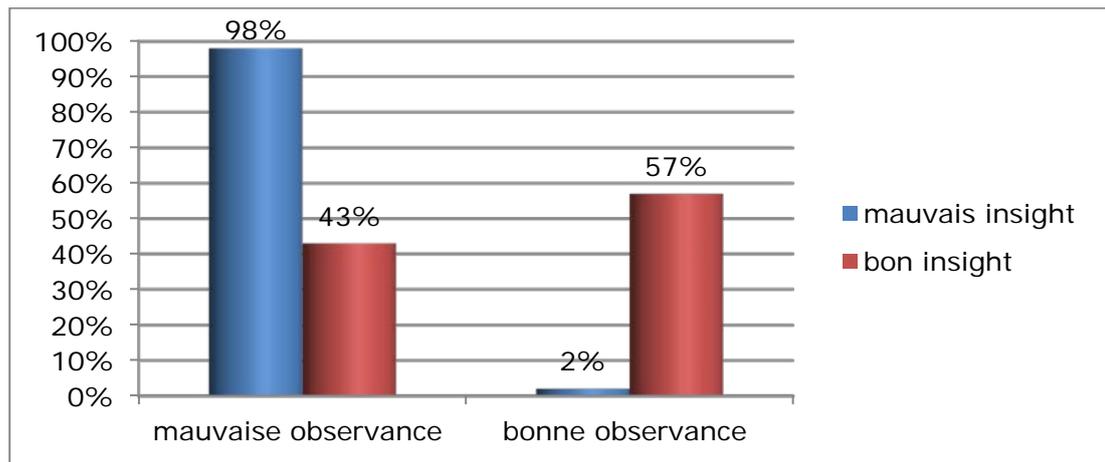
**Figure 30 : Variabilité de l'observance en fonction de l'agressivité des patients**

#### 4.7. La dépression :

Dans notre étude 04 patients avaient une schizophrénie associée à une dépression. Parmi ceux-ci 67% (n=3) avaient une mauvaise observance. L'analyse du lien entre l'observance et la schizophrénie associée à une dépression n'a pas été possible du fait de ce faible effectif.

#### 4.8. L'insight :

Nous avons trouvé que parmi les 102 patients avec un mauvais insight, 100 patients étaient en mauvaise observance thérapeutique soit 98%, Ce résultat était statistiquement significatif (p=0,043).



**Figure 31:** Variabilité de l'Observance thérapeutique selon l'insight

#### 4.9. La PANSS :

Les patients de notre échantillon ayant une mauvaise observance (n=122) avaient un score total moyen de la PANSS de  $84,6 \pm 24,968$  et ceux ayant une bonne observance (n=31) un score total moyen de  $58,3 \pm 23,148$ . Ce résultat était statistiquement très significatif ( $p=0,003$ ).

Le tableau XVI ci-dessous présente les résultats de l'étude de la relation entre l'observance thérapeutique et l'échelle d'évaluation de la symptomatologie.

**Tableau XIX:** Variabilité de l'observance thérapeutique en fonction de la PANSS

Panss	Observance thérapeutique	Nombre	Moyenne	Écart-type	Indice de Pearson (p)
Échelle positive	Mauvaise	122	24.97	8.145	0.012
	Bonne	31	16.87	7.978	
Échelle négative	Mauvaise	122	22.09	8.714	0.016
	Bonne	31	11.14	6.132	
Total	Mauvaise	122	84.6	24.968	0.003
	Bonne	31	58.3	23.148	

## 5. relation entre l'observance et la prise en charge thérapeutique :

### 5.1. médicaments utilisés :

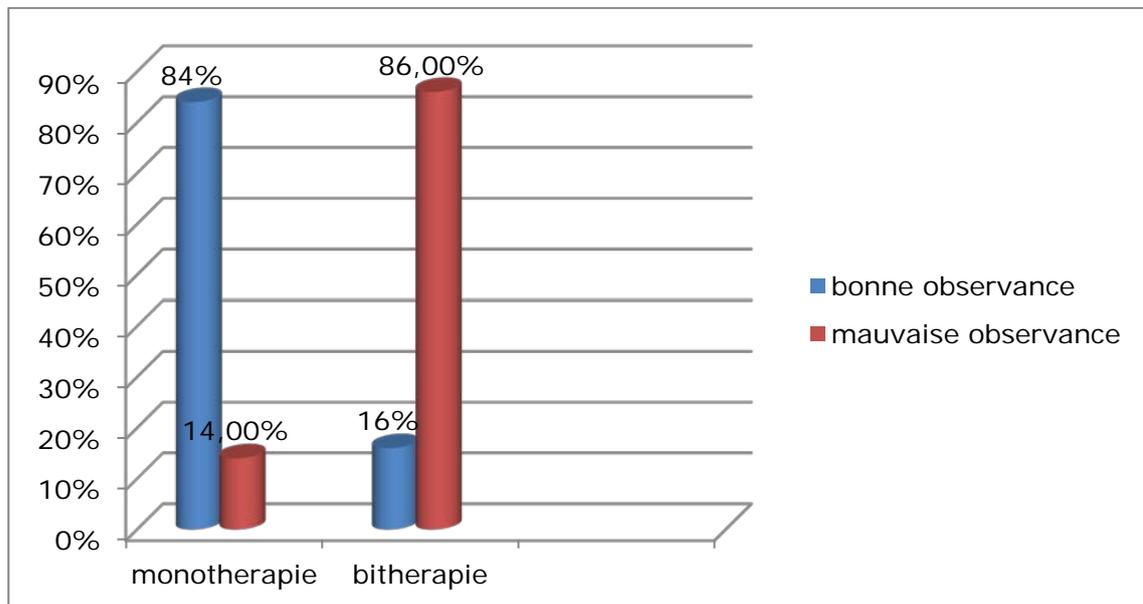
#### a. Nombre de neuroleptique :

Plus que 80% des patients observant du traitement était sous monothérapie. Ce résultat est non significatif (P : 0.1203).

**Tableau XX: variabilité de l'observance selon le nombre de neuroleptique**

Médicaments utilisés	Observance thérapeutique	Effectif	Pourcentage
Monothérapie	Bonne	26	84%
	Mauvaise	17	14%
Bithérapie	Bonne	05	16%
	Mauvaise	105	86%

P : 0.1203



**Figure 32: variabilité de l'observance selon le nombre de neuroleptique**

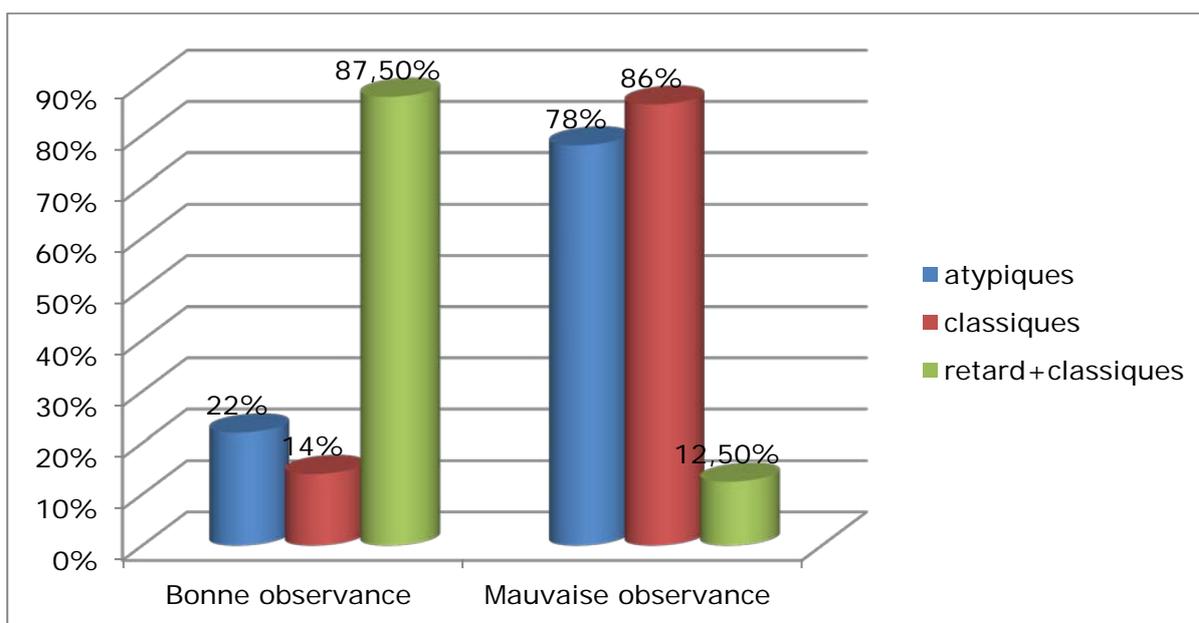
**b. Type de neuroleptique :**

Plus que 87% des patients pris en charge par des neuroleptiques forme retard étaient adhérent à leurs traitement, ce résultat reste significatif avec indice de Pearson a **0.0321**

**Tableau XXI: variabilité de l'observance selon le type de neuroleptique**

Type de neuroleptique	Observance	Effectif	Pourcentage
Atypiques	Bonne	11	22%
	Mauvaise	41	78%
Classiques	Bonne	13	14%
	Mauvaise	80	86%
Retard + classique	Bonne	07	87.5%
	Mauvaise	01	12.5%

**P : 0.0321**



**FIGURE 33 : variabilité de l'observance selon le type de neuroleptique**

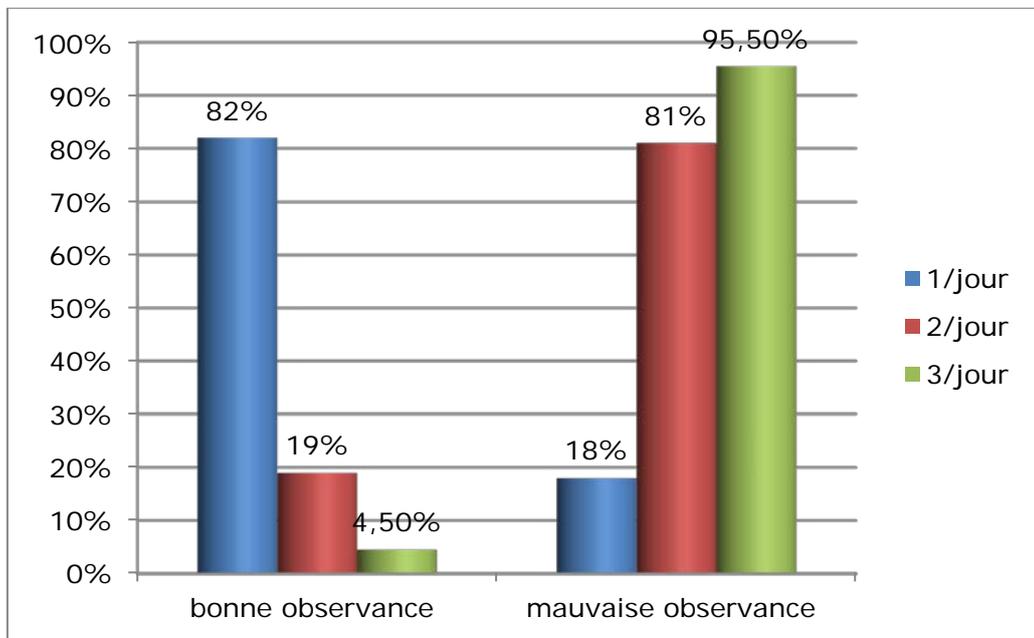
**c. Nombre de prise par jour :**

Parmi les 31 patients observant du traitement, 19 cas (61%) avaient une seule prise par jour, Ce résultat était statistiquement significatif (**p= 0,0246**).

**Tableau XXII: variabilité de l'observance selon le nombre de prise quotidienne :**

Nombre de prise par jour	Observance thérapeutique	Effectif	Pourcentage
1 seule prise	Bonne	19	82%
	Mauvaise	04	18%
2 prises	Bonne	08	19%
	Mauvaise	34	81%
3 prises	Bonne	04	4.5%
	Mauvaise	84	95.5%

P : 0.0246



**FIGURE 34 :variabilité de l'observance selon le nombre de prise quotidienne**

## 6. variabilité de l'observance thérapeutique selon l'échelle de MARS:

**Tableau XXIII: variabilité de l'échelle de Mars selon l'observance thérapeutique :**

	Non observant : (N=122)		Observant (N=31)		Indice de Pearson
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	
1-Vous est-t-il parfois arrivé d'oublier de prendre vos médicaments ?	119	97.2 %	20	64.5 %	0.05
2-Négligez-vous parfois l'heure de prise d'un de vos médicaments ?	82	67 %	04	12.9 %	0.08
3-Lorsque vous vous sentez mieux, interrompez-vous parfois votre traitement ?	100	82 %	02	6.4 %	0.126
4-Vous est-t-il arrivé d'arrêter le traitement parce que vous vous sentiez moins bien en le prenant ?	96	78.6 %	00	00 %	0.002
5-Je ne prends les médicaments que lorsque je me sens malade	101	82.7 %	03	9.6 %	0.8
6-Ce n'est pas naturel pour mon corps et pour mon esprit d'être équilibré par des médicaments	56	45.9 %	16	51.6 %	0.012
7-Mes idées sont plus claires avec les médicaments	69	56.5 %	30	96.7 %	0.9
8-En continuant à prendre les médicaments je peux éviter de tomber à nouveau malade	56	45.9 %	31	100 %	0.8
9-Avec les médicaments je me sens bizarre	99	81.1%	09	29 %	0.06
10-Les médicaments me rendent lourd et fatigué	101	82.7 %	00	00 %	0.0023

D'après nos résultats :

- 100 % des patients observant du traitement pensent qu'une prise médicamenteuse régulière leur évitera les rechutes rapprochées et fréquentes.
- plus de 80 % des patients non observant du traitement se sentent bizarres, lourds et fatigués avec le traitement et l'interrompent précocement, après une légère amélioration.

**En résumé :**

**Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre la bonne observance thérapeutique et :**

- **Le Milieu de vie** : vivre dans une famille bien impliquée dans la prise en charge du patient favorise une bonne observance thérapeutique.
- **un Nombre minime d'hospitalisations antérieures.**
- **Mode d'hospitalisation libre**: les patients demandeurs d'hospitalisation adhèrent facilement à leur traitement.
- **Les symptômes positifs, négatifs, et généraux (PANSS)** : un score total bas suggère une symptomatologie productive et déficitaire moins sévère et donc une bonne adhésion thérapeutique
- **Bon insight** : La prise de conscience de la maladie va de pair avec la perception d'un bénéfice thérapeutique.
- **La qualité de prise en charge thérapeutique**: La simplification du schéma thérapeutique, utilisation des NAP avec l'obligation des visites dans les structures médicales de proximité assurent une meilleure observance

**Nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre l'observance et :**

- Les caractères sociodémographique : Le sexe, Le statut matrimonial, Le niveau d'instruction, Le revenu mensuel.
- Les antécédents personnels judiciaires.
- La consommation de substances toxiques.
- Caractéristiques de la maladie :  
L'âge de début et La durée d'évolution de la maladie.  
Le type de la schizophrénie.



*DISCUSSION*



## **I. Généralités sur la schizophrénie :**

### **1. Épidémiologie :**

La prévalence du trouble schizophrénique dans la population générale est de 1% [1]. La prévalence moyenne en Europe a été estimée entre 2,5 et 5,3 pour mille avec de faibles variations entre les estimations ponctuelles, annuelles ou sur la vie entière [3]. Au Maroc cette maladie touche 5,6% de la population [2]. Le sex-ratio est égale à 1. Le premier accès survient entre 15 et 25 ans chez l'homme, un peu plus tardivement chez la femme.

### **2. Etiopathogénie :**

La schizophrénie est une pathologie dont les causes restent actuellement inconnues. Néanmoins les études menées sur les hypothèses étiopathogéniques s'accordent à dire qu'elle est multifactorielle.

#### **2.1. Facteurs génétiques :**

Le patrimoine génétique aurait un rôle dans la schizophrénie [4]. En effet, la présence d'un membre de la famille atteint de schizophrénie augmente le risque de développer cette maladie [5]. Lorsqu'il s'agit de jumeaux homozygotes, le risque devient très important et dépasse 50%. Plusieurs modèles de transmission génétique ont été proposés. Celui qui paraît le plus probable est un modèle polygénique multifactoriel à seuil dans lequel un ou plusieurs gènes confèrent une prédisposition à la maladie, cette prédisposition est-elle même influencée par des facteurs environnementaux [6].

Certains gènes ont été définis par des recherches comme marqueurs de risque. Il s'agit des gènes NRG1 et DTNBP1 [7]. La région 22q11 est également incriminée en raison de la fréquence élevée des psychoses chez les sujets présentant une délétion pour ce fragment du chromosome 22 [8].

## **2.2. Facteurs neurobiologiques :**

Il s'agirait d'un désordre biochimique en rapport avec un dysfonctionnement de la voie dopaminergique méso limbique [9]. Un autre neurotransmetteur, le glutamate et en particulier la fonction diminuée de son récepteur NMDA, est aussi incriminée dans la survenue de la maladie [10]. D'autres systèmes de neurotransmission ont été aussi évoqués: système GABAnergique, système sérotoninergique, qui interagissent entre eux, et c'est une perturbation de l'équilibre de leur fonctionnement qui pourrait être responsable des troubles observés. Mais il reste difficile à ce jour de définir la première impulsion de ce dysfonctionnement [11].

## **2.3. Théorie neurodéveloppementale :**

Elle est basée sur l'hypothèse selon laquelle les patients schizophrènes présenteraient des anomalies structurelles cérébrales séquentielles de perturbations précoces du développement cérébral.

Ces lésions dysplasiques (qui seraient à l'origine d'une désorganisation importante des connexions synaptiques) n'auraient pas de traduction clinique jusqu'à l'adolescence, puis deviendraient alors symptomatiques du fait des processus maturationnels cérébraux ayant lieu à cette période de la vie, et de la difficulté à assumer l'accroissement des stress cognitifs et psychosociaux survenant à cette même période [17].

Les anomalies structurelles cérébrales les plus fréquentes sont : l'élargissement des ventricules cérébraux, une diminution du volume cérébral total (3-5%), une diminution du volume total de substance grise, une atteinte fréquente de l'hippocampe gauche et de ses annexes [18, 19,20]. Des différences fonctionnelles d'activité cérébrale, surtout au niveau de l'hippocampe, des lobes frontaux et temporaux, ont été décelées sur des coupes d'imagerie par résonance magnétique et des tests neurophysiologiques [21, 22].

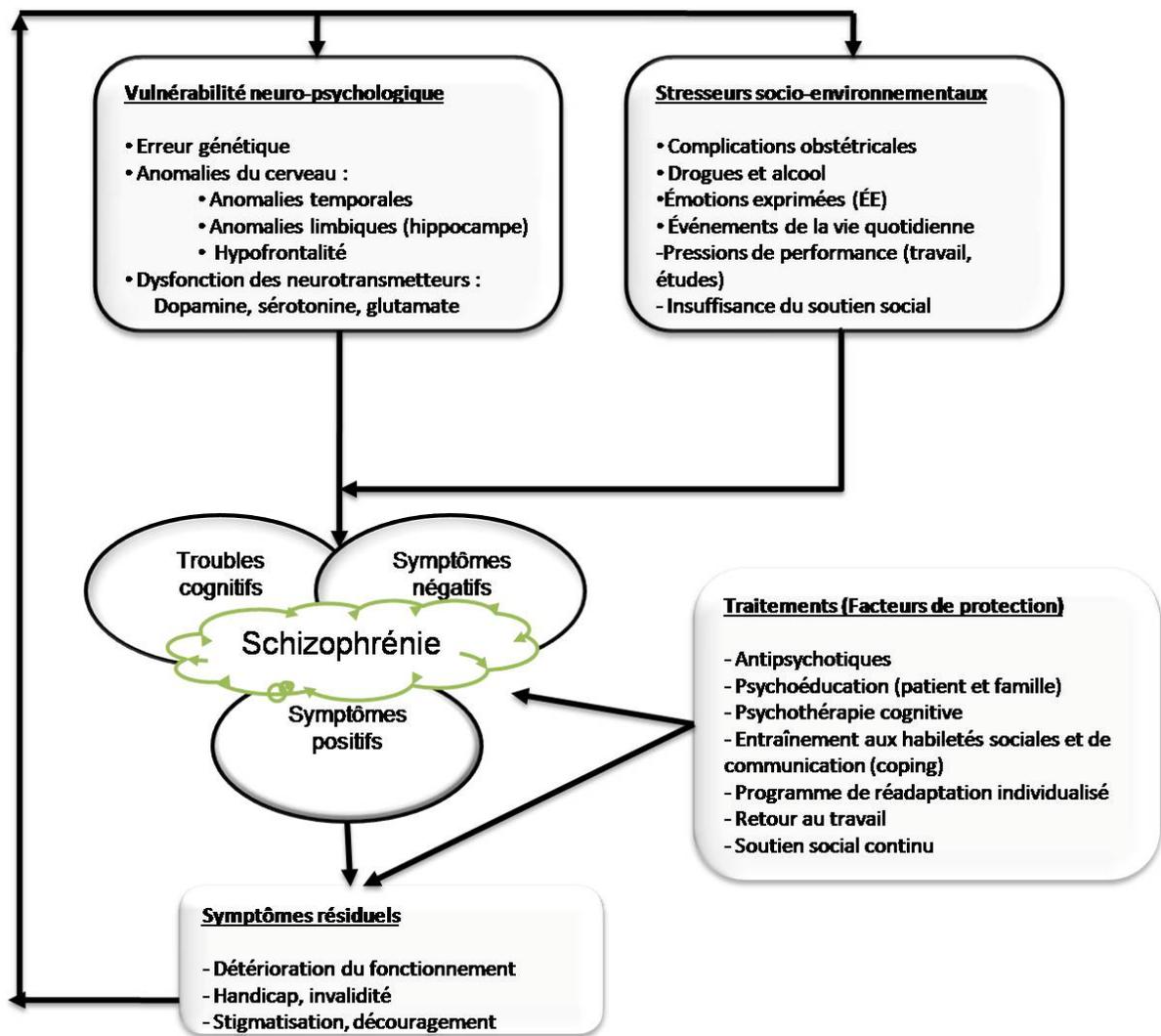


Figure 35: Modèle Vulnérabilité-stress de la schizophrénie (selon Lalonde P.) [23]

#### 2.4. Facteurs psychologiques [15]:

##### a. facteurs du domaine cognitif :

On retrouve alors sur le plan cognitif un déficit de l'attention sélective, des fonctions exécutives et de la mémoire déclarative. Ces troubles cognitifs semblent stables et les études s'accordent à dire que les personnes schizophrènes présentent des difficultés dans l'attribution d'états mentaux (théorie de l'esprit), et dans la capacité à distinguer les émotions et intentions des autres.

**b. facteurs « de personnalité » :**

Ils correspondent à des difficultés dans les relations sociales, des problèmes dans le comportement, les habiletés motrices mais aussi le rendement scolaire chez l'enfant puis chez l'adolescent. De même, des perturbations du contexte familial, avec une mesure des « Émotions Exprimées » (E.E) parentales élevée (excès de critique, d'hostilité, d'implication des proches envers le sujet et sa maladie), pourraient être des éléments prédisposant chez l'adulte. Soulignons aussi le rôle des capacités de résistance au stress dans le déclenchement de la schizophrénie [16].

**3. Diagnostic positif :**

La sémiologie schizophrénique comporte trois grands syndromes :

**3.1. Le syndrome dissociatif :**

Il désigne une rupture de l'unité psychique à l'origine d'une désorganisation de l'activité mentale du sujet. Ce processus interne entraîne une perte de l'harmonie entre les différents champs de la vie psychique de la personne (pensée, affect, comportement). La discordance correspond à l'expression clinique de la dissociation.

**3.2. Le syndrome délirant :**

C'est un délire paranoïde, flou, incohérent, non systématisé.

Les thèmes délirants sont polymorphes: thèmes de persécution, de référence, de filiation, de transformation corporelle, mystique, érotomaniaque, hypochondriaque, d'influence, mégalomaniaque. Les mécanismes sont variés: hallucinations +++ (auditives, intrapsychiques, cénesthésiques, olfactives, visuelles), intuition, interprétation, imagination. Le syndrome d'automatisme mental fortement évocateur du diagnostic correspond à une perte de contrôle du sujet sur une partie de ses pensées.

### **3.3. Le syndrome autistique :**

Il correspond à une modification des rapports du sujet au monde caractérisé par:

- Perte de contact avec la réalité (apragmatisme, désintérêt, indifférence affective, athymhormie, incurie...)
- Prédominance de la vie intérieure (fantasmes, monde imaginaire, idées abstraites et hermétiques...)

L'installation de ce monde autistique est à l'origine d'un isolement social sévère.

## **4. Formes de début de la schizophrénie :**

Le plus souvent les premiers troubles apparaissent chez l'adolescent ou l'adulte jeune (entre 15 et 35ans) et ceux-ci sont plus précoces chez l'homme que chez la femme.

### **4.1. Début brutal :**

Accès psychotique aigu (APA)

Manie et dépression atypique

### **4.2. Début insidieux, progressif :**

Le diagnostic est souvent difficile car les signes sont peu spécifiques. Le début se fait sur six mois ou plus et l'évolution permettra d'évoquer le diagnostic. Les signes souvent retrouvés sont les suivants :

- Fléchissement scolaire : baisse du rendement intellectuel sans contexte familial explicatif.
- Modifications des croyances : engouement pour des activités ésotériques (magie, activités occultes) pouvant s'accompagner de l'adhésion à une secte ; croyance à des phénomènes surnaturels.
- Modification de l'affectivité : indifférence affective, affectivité marquée par la bizarrerie.
- Troubles du comportement : gestes auto ou hétéro-agressifs bizarres, sans explication, impulsifs.

- Troubles des conduites alimentaires et toxicomanie : addiction (cannabis, alcool).
- Manifestations pseudo-névrotiques : troubles obsessionnels, troubles anxieux, troubles phobiques
- Hypochondrie et dysmorphophobie : plaintes changeantes désorganisées, peu précises, impression de modifications corporelles (signe du miroir), sentiment d'étrangeté et de dépersonnalisation.

## 5. Formes cliniques :

Les tableaux cliniques sont très variables d'un malade à l'autre

### 5.1. Classification selon le DSM- IV R :

Selon le DSM-IV R, cinq sous-types de la maladie sont définis:

- Paranoïde.
- Désorganisée.
- Catatonique.
- Indifférenciée.
- Résiduelle.

### 5.2. formes cliniques :

- Le trouble schizo-affectif : présence conjointe de symptômes affectifs ou thymiques et de symptômes schizophréniques.
- La schizophrénie simple, peu symptomatique et d'évolution lente,
- la héboïdophrénie (ou schizophrénie pseudo-psychopathique) associant passages à l'acte impulsifs violents et désorganisation,[24].

## 6. Évolution et pronostic :

### 6.1. Évolution :

La schizophrénie est une maladie chronique dont l'évolution varie d'un individu à l'autre et d'une forme à l'autre. L'apparition des traitements neuroleptiques au début des années 1950 a considérablement amélioré le pronostic de cette maladie. Le taux de suicide chez les schizophrènes est très élevé (plus de 10% se suicident). L'évolution peut parfois se faire vers une rémission complète voire définitive des symptômes (25% des cas). Chez 50% des patients, elle peut se faire par poussées avec des périodes de rémissions. L'évolution peut également être plus défavorable, avec dans environ 25% des cas, un tableau de schizophrénie déficitaire caractérisé par un émoussement affectif au premier plan, un retrait social et une mauvaise réponse au traitement neuroleptique.

### 6.2. Pronostic :

L'évolution est plus favorable si :

- Age de début plus tardif (âge adulte).
- Début rapide/aigu.
- Forme paranoïde.
- Présence de symptômes thymiques (trouble schizo-affectif).
- Bonne adaptation pré morbide.
- Instauration précoce du traitement neuroleptique.
- Bonne réponse au traitement neuroleptique.
- Bonne coopération du patient et de la famille.
- Sexe (l'évolution serait plus favorable chez les femmes ou bien la tolérance sociale serait meilleure).

## **7. Traitement :**

La prise en charge est multidisciplinaire, incluant un traitement pharmacologique associé à une prise en charge psychothérapique et des mesures de réinsertion sociale. Une hospitalisation est souvent nécessaire notamment dans les formes aiguës.

### **7.1. Le traitement médicamenteux**

Il repose essentiellement sur les neuroleptiques ou antipsychotiques, ces médicaments sont au centre de la prise en charge car ils représentent le seul traitement efficace de la plupart des symptômes[25].

#### **a. Les neuroleptiques**

Les neuroleptiques atypiques sont aujourd'hui davantage utilisés et recommandés en première intention. Leur mode d'action se différencie de celui des neuroleptiques classiques principalement par leur « double antagonisme » dopaminergique (comme les antipsychotiques classiques) et sérotoninergique. Il en résulte alors une action sur les symptômes positifs par blocage des récepteurs à la dopamine (impliquée dans les délires, hallucinations,...), mais aussi et surtout une limitation (ou un évitement) des effets secondaires (par la mise en jeu des voies sérotoninergiques) .

Les effets indésirables rencontrés les plus fréquemment avec la prise de neuroleptiques sont les suivants:

- Somnolence (surtout en début de traitement)
- Syndrome d'indifférence psychomotrice,
- symptomatologie dépressive
- prise de poids, hyperprolactinémie, syndrome métabolique, anomalies lipidiques et problèmes cardiaques.
- Les effets neurologique : troubles du tonus et des difficultés de mouvements (avec dyskinésies tardives, contractions musculaires involontaires), l'apparition d'un syndrome parkinsonien et une instabilité posturale [26 ,27]

**b. La sismothérapie ou électro convulsivothérapie :**

Elle est indiquée dans les formes catatoniques et dans les autres formes résistantes au traitement.

**c. Les autres traitements médicamenteux :**

- Les antidépresseurs prescrits lors des épisodes dépressifs, en association avec le traitement neuroleptique, ce qui réduirait le risque suicidaire.
- Les thymorégulateurs indiqués en association avec les neuroleptiques dans le traitement et la prévention des rechutes du trouble schizo-affectif.
- Les benzodiazépines qui potentialisent les effets sédatifs des antipsychotiques permettant d'employer des doses moins importantes. Leur durée de prescription doit être limitée du fait de leurs effets indésirables (dépendance, amnésie antérograde, diminution du tonus musculaire).

**7.2. Le traitement non médicamenteux**

Une approche psycho-sociale bien conduite, en association avec le traitement neuroleptique permettra d'améliorer significativement l'adaptation sociale, la qualité de vie et de diminuer le risque de rechute.

**a. Les psychothérapies :**

*a.1. La remédiation cognitive*

C'est l'un des modèles de réhabilitation cognitive. Les déficits cognitifs sont directement ciblés au travers d'exercices cognitifs répétés [28]. Ces stratégies de remédiation cognitive permettent d'améliorer des fonctions comme la mémoire de travail, l'attention [29], la perception des émotions [30] et les fonctions exécutives [31].

**a.2. La psychoéducation**

La sévérité et la chronicité de la schizophrénie sont essentiellement associées à un manque de conscience du trouble et à une mauvaise compliance thérapeutique. Les techniques psycho-éducatives ont été développées pour mieux informer les patients et leur famille sur la maladie et les traitements. Les techniques psycho-éducatives peuvent être individuelles ou groupales, elles font appel à différents supports (écrits, vidéo) et à différentes stratégies (cognitive et comportementale, psychologiques). Un effet bénéfique des techniques psycho-éducatives a été montré au niveau du fonctionnement social, de la qualité de vie [32] et de la compliance thérapeutique [33].

**a.3. Les thérapies cognitives et comportementales**

Les TCC sont actuellement utilisées dans les programmes de développement des habiletés sociales. Leur efficacité a été démontrée à court et moyen termes sur le taux de rechute, la réduction des symptômes et la réadaptation sociale des schizophrènes [34]

**b. L'ergothérapie**

A travers les différentes activités utilisées (manuelles, artisanales, artistiques ou autres), l'ergothérapie permet aux patients de retrouver une capacité relationnelle; d'accroître leurs capacités d'adaptation à la vie en société; de restaurer leur autonomie dans les activités quotidiennes; de développer leurs ressources personnelles et leurs intérêts; de connaître et accepter leurs limites; de regagner la confiance en eux et exprimer leurs sentiments.

**c. La réhabilitation psycho-sociale**

C'est un ensemble d'interventions (reclassement professionnel, centre d'aide pour le travail, allocation adulte handicapé, hôpital de jour...) qui permettent une réinsertion et une réadaptation du patient dans le milieu socioprofessionnel.

## II. GÉNÉRALITÉ SUR L'OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE :

### 1. DÉFINITION :

A partir d'une synthèse de la littérature, Misdrahi et al. [35]. Définissent L'observance comme « le respect de la prescription, la parfaite concordance entre La conduite du patient et les conseils de prescription du médecin. C'est aussi la capacité pour un patient à entrer dans un programme thérapeutique en le Poursuivant jusqu'à son terme ».

Le terme d'adhésion thérapeutiques est parfois utilisé, Il met l'accent sur le rôle du médecin en suggérant la relation thérapeutique médecin/patient (l'alliance Thérapeutique).

L'observance est un processus dynamique qui peut évoluer vers une amélioration ou au contraire vers une dégradation en fonction de divers facteurs qui l'influencent.

### 2. FRÉQUENCE DE LA NON-OBSERVANCE :

D'après Fenton [36]et Kampram et al. [37], la prévalence de la mauvaise Observance est évaluée à 50% environ dans les troubles psychotiques [38, 39,40].

Selo, Rijiken et al. Qui ont publié récemment une revue de la littérature, le taux de Non-observance chez les patients atteints de schizophrénie est estimé entre 20 et89% [41].

Une méta-analyse portant sur les patients souffrant de schizophrénie Rendait compte de la non-adhésion thérapeutique chez environ 25 % des sujets[42.43].

Prés de 50% des patients souffrant de schizophrénie traités par neuroleptiques classiques sont non observant un an après la sortie de l'hôpital et75% après deux ans[44.45].

CATIE (NIMH) est une étude multicentrique réalisée sur 57 sites nord-américains avec 1493 patients inclus ; les auteurs ont comparé la durée de maintien sous traitement par voie orale de 5 antipsychotiques différents : 64% à 82% des patients ont arrêté le traitement au terme de la première phase de l'étude À 18 mois de suivi. [46]

Une revue de la littérature effectuée sur l'ensemble des publications parues Entre 1985 et 2005, a permis de mettre en exergue 34 études qui avaient comme Résultats un taux moyen de mauvaise observance estimée à 46% pour une prise Quotidienne d'une médication orale et à 17% pour les neuroleptiques retards. [47]

### **3. OUTILS D'ÉVALUATION DE L'OBSERVANCE :**

Il existe quatre méthodes utilisées pour évaluer l'observance Médicamenteuse, chacune ayant ses avantages et ses inconvénients [Tableau XIV]. On distingue les méthodes d'évaluation indirectes et les méthodes directes.

#### **3.1. Mesures directes :**

Les mesures biologiques comme les dosages plasmatiques ou urinaires des Médicaments sont rarement utilisés en raison du coût important et de la faible Diffusion des kits de dosage [48].

Les différences interindividuelles dans le métabolisme des médicaments et La durée qui sépare la prise médicamenteuse du prélèvement rendent les dosages Imprécis[49]. Si un dosage négatif est un moyen efficace de démontrer une non-adhésion thérapeutique, la réciproque ne va pas de soi [50].

Dans le cadre d'études très ciblées un marqueur chimique de longue demi vie Peut être incorporé au médicament. Ces traceurs permettent de contrôler si Les médicaments ont été pris correctement sur la semaine précédente.

Ces dernières techniques sont précises mais coûteuses et présentent-le Risque d'altérer la relation thérapeutique par leur caractère trop intrusif. [35].

### 3.2. Mesures indirectes :

#### a. **Échelles d'évaluation de l'observance :**

L'emploi des questionnaires est la technique la plus opérationnelle. Il s'agit d'instruments standardisés dont l'intérêt est d'évaluer de façon reproductible le Taux de non-observance dans une population de patients sélectionnés et de rechercher des facteurs prédictifs liés à ce phénomène. Comparativement aux hétéro-questionnaires, les auto-questionnaires allient efficacité et faible coût.

Nous présenterons trois instruments d'auto-évaluation de l'observance :

- La « Drug Attitude Inventory » (DAI) élaborée par Hogan et al. [51].
- La « medication Adherence Rating Scale » (MARS) de Thompson et al. [52].
- Le « Rating of Medication Influences » (ROMI) de Weiden et al. [53].

#### ❖ *La Drug Attitude Inventory (DAI) (Annexe 1)*

C'est l'échelle la plus connue dans le domaine de l'observance [54,55]. La Dai apprécie l'attitude et les impressions subjectives par au Traitement ressentie par les patients souffrant de troubles psychotiques.

Il s'agit d'un auto-questionnaire à trente items dans sa version originale (DAI - 30). Les patients cotent chaque item sur une échelle analogique en 6 points (Le score de 0 à 5 correspond à une perception négative du traitement, 5 Correspond à une perception positive de celui-ci, le score totale pouvant aller de 0 à 150).

Il existe une version plus courte comportant 10 items : la DAI - 10.

#### **Limite :**

La DAI évalue l'attitude des patients vis-à-vis du médicament et Néglige la composante comportementale associée au phénomène d'observance [35].

Ces critiques sont à l'origine de la réalisation d'un nouveau questionnaire d'observance médicamenteuse, le « **médication Rating Scale** » (MARS)[52].

### **Médication Adherence Rating scale (MARS)(Annexe 1) :**

Il s'agit d'un auto-questionnaire construit à partir des items issus de la DAI - 10 et de la « Médication Adhérence Questionnaire » (MAQ) [56].

La MARS est une échelle comportant 10 items auxquels les sujets répondent Par oui/non [57,58]. Les questions se rapportent au comportement du patient concernant son Traitement d'une part et aux perceptions subjectives par rapport au traitement D'autre part [52].

Les trois principaux composants de la variance sont à souligner :

- la composante comportementale de l'adhésion ;
- l'attitude du sujet concernant la prise médicamenteuse ;
- les effets secondaires associés à l'attitude du patient envers les Psychotropes[59].

#### **❖ Validité / Fiabilité :**

La MARS apparaît comme un outil présentant une bonne fiabilité (0,75) ainsi Qu'une bonne validité. Elle tient compte de la complexité du comportement D'observance.

L'analyse en composante principale de la MARS retient trois facteurs qui Expliquent 60% de la variance. Le premier facteur est relatif à la composante Comportementale de l'observance (32% de la variance). Le second se rapporte à L'attitude du sujet concernant la prise du médicament (16% de la variance). Le Dernier facteur est lié aux perceptions subjectives par rapport au traitement (12% De la variance).

#### **❖ Intérêts :**

Les avantages sont la rapidité de la passation, la facilité d'utilisation en Clinique comme en recherche (auto - questionnaire à 10 items induisant des Réponses par oui ou par non) et son faible coût.

Le résultat semi - quantitatif à la MARS introduit une graduation de l'observance ce qui rend mieux compte de la réalité clinique du phénomène.

❖ *Le Rating of Medication Influences:*

En 1994, Weiden et al. [53] ont développé le « Rating of Medication Influences » (ROMI), étudié sur 150 sujets atteints de troubles schizophréniques.

Un entretien semi structuré est suivi d'un entretien structuré explorant à travers 20 items les facteurs pouvant influencer l'observance thérapeutique.

Il est administré en 20 à 30 minutes. Chaque question est cotée sur une échelle semi-quantitative de 1 (pas d'influence sur l'observance) à 3 (lien important avec l'observance thérapeutique).

Selon le ROMI, les sujets observant ont un score significativement plus élevé pour l'item « crainte d'une ré hospitalisation » par rapport aux sujets non Observant [60].

• Intérêts :

Selon les auteurs, la supériorité de cet instrument tient dans la prise en compte de facteurs qui ne sont pas évalués par la DAI-30 : l'attitude familiale envers le traitement ; les effets liés à la relation thérapeutique ; les obstacles financiers ; l'abus de substance.

• Limite :

L'emploi de ce matériel est complexe puisqu'il nécessite du temps et requiert l'intervention d'un clinicien expérimenté.

**b. Décompte des prises médicamenteuses :**

Le système de comptage de prise médicamenteuse (pilulier) est une Technique de détection indirecte. Cette méthode d'évaluation présente aussi le risque d'altérer la relation thérapeutique par son caractère trop intrusif. L'autre critique est liée à la faible fiabilité de cette technique qui surestime le taux d'observance [61, 62,63] : l'absence d'un comprimé dans le pilulier ne donne pas forcément la preuve que le patient l'a ingéré [36].

**c. Monitoring électronique :**

Le développement récent du système de comptage électronique : MEMS

Médication Event Monitoring System qui améliore la fiabilité et surtout la Précision de la mesure [64]. Toutefois, cette technique présente comme principal inconvénient d'être Coûteuse et n'enlève pas le risque que le patient n'ait pas absorbé le médicament.

**4. Facteurs de risque de la non observance :**

**4.1. Caractéristiques démographiques :**

L'identification des facteurs démographiques associés au manque d'observance s'avère compliquée. Certains auteurs ont mis en évidence une association entre une mauvaise observance et l'âge [65], le sexe masculin [37,66], la situation maritale [37], le faible niveau d'éducation [67]. D'autres auteurs n'ont pas trouvé cette association [36, 51, 69,70].

**4.2. Les facteurs socioculturels :**

Dans leur étude de cohorte, Valenstien et al. Mettent en évidence que les Afro-américains seraient moins observant que les sujets de race blanche. Les hypothèses pour expliquer ce constat sont de possibles croyances ou une vision de la médecine, du fait de la culture, différentes et un accès aux soins plus difficiles [71].

En revanche, dans une étude prospective incluant 61 patients, Buchanan ne Met pas en évidence d'association significative entre l'origine ethnique et L'observance thérapeutique[69].

**4.3. Abus / dépendance à l'alcool et aux substances :**

Approximativement 50% des patients qui souffrent de schizophrénie rencontrent à un moment de leur maladie des problèmes d'addiction [72]. L'abus de substances, notamment chez l'homme, l'alcoololo dépendance et l'utilisation de cannabis sont des facteurs de risque de non observance souvent retrouvés [36.41.73].

Une revue de la littérature rapporte qu'une mauvaise observance est 12 fois plus fréquente dans un groupe de patients souffrant de troubles psychotiques et d'abus de substances par rapport au groupe sans problème d'abus [37]. De plus, Bowers et ses collègues ont expliqué que les toxiques entraînaient des altérations des systèmes dopaminergiques au niveau mésolimbique, ce qui rendrait les patients résistants à l'action des neuroleptiques [72].

Ces données sont confirmées par d'autres travaux. Pour Owen et al. Les sujets schizophrènes qui présentent une comorbidité addictive forment un groupe à haut risque de non-observance [74].

#### **4.4. Les facteurs liés à la maladie :**

L'évolution déficitaire marquée par l'apragmatisme, l'aboulie d'une part et Le retentissement cognitif d'autre part peut expliquer une mauvaise Compréhension d'un traitement parfois complexe [75]. C'est ce que confirme L'étude de Grossmann et Summers [76] portant sur une vingtaine de patients

Schizophrènes. Une semaine après avoir reçu une information sur un médicament fictif, seuls 15 des malades avaient une bonne compréhension de l'information fournie, 45% n'étaient que partiellement informés et 40 très peu ou pas informés, comme conséquence, un refus actif de la stratégie thérapeutique proposée si la compréhension n'est pas bonne [77].

La prise médicamenteuse peut venir alimenter une symptomatologie Productive persécutive à thématique d'empoisonnement [78]. Dans la situation d'une symptomatologie délirante, les effets secondaires des thérapeutiques employées peuvent être interprétés par le patient de façon menaçante ou invasive [79].

#### **4.5. Insight :**

Le lien entre la conscience des troubles et l'observance du traitement semble évident. Lincoln et al. (2007) ont identifié une quinzaine d'études transversales qui ont tenté de trouver une association entre l'insight et la compliance au traitement [80]. Neuf d'entre elles ont trouvé une association entre la conscience des troubles et l'observance : Cuffel et al., 1996 [76];

Macpherson et al., 1997 [81]; Smith et al., 1999 [82]; Coldham et a., 2002 [83]; Kozuki et Froelicher, 2003 [84]; Yen et al., 2005 [85]; Watson et al., 2006 [86]; Mutsatsa et al., 2003 [87]; Donohoe et al., 2001 [88]. Cinq études ont révélé des tendances ou des résultats mitigés : Smith et al., 1997 [89]; Moore et al., 2000 [90]; Kamali et al., 2001 [91]; Agarwal et al., 2004 [92]; Garavan et al., 1998 [93]. Une étude n'a pas trouvé de relation : Day et al. 2005 [94].

Une grande étude allemande réalisée par Schennach-Wolff et al. (2009), a révélé qu'une bonne conscience de la maladie était significativement prédictive des attitudes positives envers l'observance post-hospitalière [95].

#### **4.6. Alliance thérapeutique :**

Marder et al. Ont montré que les patients qui consentaient à prendre un Traitement étaient davantage satisfaits de leur relation avec leur médecin, se sentaient compris par eux, avaient reçu une information sur les bénéfices et effets secondaires de leur traitement [96].

Franck et Gunderson [97] ont montré une corrélation positive entre alliance Thérapeutique et observance sur un suivi de six mois pour des patients souffrant de schizophrénie. 74% des patients pour lesquels l'alliance est faible (évaluée à six mois par le Psychotherapy Status Report) présentent une mauvaise observance médicamenteuse et 33% interrompent leur thérapie sur un suivi d'un an et demi. A l'inverse, seulement 26% des patients pour lesquels l'alliance est forte n'ont pas une bonne observance médicamenteuse et 12% n'adhèrent pas à la thérapie ;

L'attitude du médecin en matière de communication, le type de relation entre le médecin et son patient et les habitudes de prescription sont les points essentiels en matière d'observance [64]. Weiss et al. [98] insistent sur l'importance de l'alliance médecin-malade pour améliorer l'observance au Traitement. L'information dispensée doit être claire, compréhensible, complète et accessible pour garantir une meilleure observance thérapeutique. Elle concerne la pathologie en cause, les traitements disponibles, Les objectifs, les bénéfices et les effets latéraux des médicaments prescrits [35].

#### **4.7. Facteurs liés au traitement :**

##### **a. Effets secondaires :**

D'après diverses études, 1/4 à 2/3 des patients qui stoppent leur traitement citent les effets secondaires comme la première raison de leur mauvaise observance [36.99].

##### *a.1. Les effets extrapyramidaux :*

Ils joueraient un rôle déterminant dans l'observance [69.36.100.101.102]. Dans une étude incluant 85 patients [101], Van Putten a mis en évidence que 89% des patients souffrant de syndrome extrapyramidal n'étaient pas observant.

En revanche, 80% des patients observant n'avaient pas de syndrome extrapyramidal Ces effets secondaires extrapyramidaux constituent donc une cause Majeure de faible compliance au traitement. Par conséquent, ils peuvent être Impliqués dans les rechutes, les hospitalisations et l'augmentation des couts de santé.

##### *a.2. L'akinésie :*

Dans une étude incluant 61 patients souffrant de schizophrénie et suivis durant deux ans, Buchnan[69]a trouvé que parmi les manifestations Extrapyramidales l'akinésie est un facteur spécifique de mauvaise observance.

##### *a.3. L'akathisie :*

Également source de mauvaise observance [101.67]. Elle peut parfois alimenter certains délires chez les patients atteints de schizophrénie Paranoïde .

##### *a.4. La prise de poids :*

Perkins et al. En 1999 se sont intéressés aux répercussions d'une prise de Poids secondaire à un traitement neuroleptique et ont retrouvé dans la littérature une étude de Buis (1992) dans laquelle la prise de poids était le troisième effet secondaire dont se plaignait le plus les patients après la sédation et l'asthénie [103].

Au total, les effets indésirables des neuroleptiques ont une répercussion sur L'observance thérapeutique et à ce titre doivent être davantage en compte.

**b. Type de molécule**

*b.1. Neuroleptique d'action prolongée (NAP) :*

Pour améliorer l'observance, certains arguments sont en faveur de l'utilisation d'un NAP [105]. La simplification du schéma thérapeutique, l'obligation des visites dans les structures médicales de proximité assurent une meilleure observance et facilitent la prise en charge globale du patient. L'équipe soignante est informée de l'interruption du traitement.

L'utilisation d'un NAP permet d'éliminer avec certitude un problème d'observance caché par le patient et responsable d'une rechute.

Selon Shooler, les patients traités par NAP seraient plus observant (27% d'interruption de traitement) que les patients bénéficiant d'un traitement oral (42% d'interruption) du fait de la suppression de la contrainte journalière à prendre un traitement [106].

L'observance d'un traitement par NAP chez les patients atteints de Schizophrénie suivis en ambulatoire apparaît supérieure à celle d'un Neuroleptique classique par voie orale[107].

Marder [53]conclut que l'utilisation de NAP peut être une stratégie effective pour améliorer l'observance thérapeutique.

Buchanan n'a trouvé aucune différence entre l'observance des Neuroleptiques pris par voie orale et celle des NAP dans une étude de cohorte incluant 33 patients suivis sur deux ans, 22 patients étant traités par NAP, 11 patients étant traités par neuroleptiques oraux [69].

En résumé, les études sont controversées sur les effets bénéfiques des NAP Dans l'observance médicamenteuse mais cette alternative thérapeutique doit être gardée à l'esprit car elle a comme avantage de permettre de repérer plus rapidement l'interruption d'un traitement et donc d'intervenir avant que la rechute n'apparaisse.

**b.2. Neuroleptiques atypiques oraux :**

Les chercheurs ont prédit que les antipsychotiques de nouvelles générations allaient augmenter l'observance parce que les patients auraient d'une part moins d'effets indésirables avec ces médicaments et d'autre part une meilleure qualité de vie [104.108.109.110.111].

Toutefois les traitements antipsychotiques ne sont pas dénués d'effets indésirables ils peuvent être cause d'hypotension orthostatique, de sédation, de prise de poids, d'effets anticholinergiques.

**c. Complexité du traitement :**

Parmi les facteurs identifiés comme nuisibles à l'observance, le nombre de prises quotidiennes et la complexité de la prescription médicamenteuse sont les plus fréquemment cités [113.114].

Lorsque le tableau clinique le permet, la simplification du schéma thérapeutique doit être l'objectif premier [115].

Cependant, certaines études ne retrouvent pas d'association significative entre la complexité du traitement et l'observance [69.51]. L'étude de cohorte de Valenstien et al. Retrouve un taux de mauvaise observance de 40% pour les patients prenant un seul neuroleptique et un taux de 38% pour les patients prenant deux neuroleptiques, ce résultat n'était pas significatif [65].

## **5. Conséquences de la mauvaise observance :**

### **5.1. Conséquences cliniques**

**a. Rechute :**

Les rechutes chez les patients souffrant de schizophrénie sont un problème majeur, celles-ci ont comme facteur de risque principal, la mauvaise observance thérapeutique [116,117]. Gaeble et Pietzckzr (1985) cités par Ayuso-Gutiérrez et Del Rio Vega estiment que 50% des patients atteints de schizophrénie rechutent dans l'année suivant du dernier épisode [118].

Glazer et Ereschefsky estiment que 55% des patients atteints de schizophrénie qui arrêtent leur traitement rechutent et sont ré hospitalisés[119].

HANSELL S et al citent que la mauvaise Adhésion thérapeutique est source d'un accroissement du nombre des hospitalisations et d'une exacerbation des symptômes [120].

**b. Aggravation des symptômes :**

L'étude de cohorte menée par Olfson et al. [73] incluant 213 patients Atteints de trouble schizophrénique ou schizo-affectif met en évidence que la non observance (évaluée par l'interrogatoire) est associée de manière significative à une exacerbation des symptômes psychotiques qui correspond à une augmentation de 3 points à la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). De même, Ayuso-Gutierrez et Del Rio Vega concluent que 75% des patients qui arrêtent leur traitement neuroleptique ont une exacerbation significative de leurs symptômes psychotiques comparés à 25% de ceux qui prennent leur traitement régulièrement [118].

**c. Désinsertion sociale :**

Rappelons qu'Olfson et al. Ont montré que la non-observance augmentait le Risque de devenir SDF [73]. Quand à Johnson et al. Ils ont démontré que les Patients atteints de schizophrénie qui rechutent ne retrouvent pas leur niveau social antérieur à un an de rechute [67].

**5.2. Conséquences économiques :**

Pour Weiden et Olfson, 40% des coûts hospitaliers directs peuvent être attribué aux rechutes par défaut d'observance [62]. 63% du coût des réhospitalisations est dû à la perte d'efficacité des neuroleptiques et 37% est dû à l'absence d'observance [44].Le surcoût induit par l'inobservance totale constitue près de 2/3 du coût total lié au nombre de jours d'hospitalisation pendant une période de 12 mois [121].

## **6. Stratégies d'amélioration de l'observance thérapeutique**

### **6.1. Prise en charge sectorielle :**

Cette prise en charge doit d'être pragmatique et, surtout, rationnelle. Pour mettre à disposition des équipes et des patients les moyens les plus efficaces d'amélioration de l'alliance thérapeutique

Kampman et al. ont montré qu'une prise en charge sectorielle renforcée de type visites à domicile par une infirmière toutes les deux à quatre semaines diminue le nombre d'hospitalisation et améliore l'observance [122].

### **6.2. Amélioration de la tolérance médicamenteuse :**

L'utilisation initiale d'un traitement par NAP jusqu'à l'obtention d'un état clinique stable, d'une amélioration de l'insight et d'une meilleure alliance thérapeutique pourrait être une première étape avant la prescription dans un second temps d'un traitement antipsychotique par voie orale [35,123].

Fenton et al. [36] proposent des orientations thérapeutiques selon le risque estimé de non-observance.

Pour les patients avec un bon insight et une bonne relation thérapeutique mais des effets secondaires invalidants, l'utilisation de traitement antipsychotique atypique par voie orale semble indiquée avec un faible risque de non-observance.

En revanche, un faible insight, une longue histoire de non-observance, des risques de violence, l'existence d'une comorbidité addictive, l'absence d'un entourage efficace ou des conflits familiaux autour de la prise médicamenteuse doivent inciter à l'utilisation de traitement par NAP.

### **6.3. Simplification de la prescription :**

La monothérapie à la dose minimale efficace peut raisonnablement être recommandée comme un standard.

Les galéniques à dépôt et à longue demi-vie font partie de la palette thérapeutique mais elles restent probablement peu opérantes dans la contrainte [124]. Il paraît

paradoxal, dans cette stratégie, de proposer une association médicamenteuse, mais elle est souvent imposée par les circonstances cliniques ; les benzodiazépines sont d'usage courant avec finalement peu de certitude d'efficacité [125] .

#### **6.4. Programmes psycho-éducatifs :**

Ces prises en charge sont surtout basées sur des Modèles comportementaux et cognitifs : informations sur la maladie, Informations sur le traitement (indications, effets secondaires) et éducation sur l'observance thérapeutique. A l'exception de l'étude d'O'Donnell et al. [127] qui n'a pas mis en évidence de bénéfice pour l'observance après un an de psychoéducation, ces prises en charge ont pu démontrer leur efficacité, à savoir une amélioration des connaissances sur les traitements, une amélioration des compétences sociales en situation médicale, Ainsi qu'une amélioration de l'observance. [126,128, 129,130].

Des programmes psycho-éducatifs destinés aux familles seules ont également montrés leur efficacité dans l'amélioration de l'observance et dans la réduction des rechutes pour des patients de schizophrénie.

En 2004, l'American Psychiatric Association (APA) a publié des guidelines, Établissant clairement que la psychoéducation du patient doit faire partie de L'arsenal thérapeutique de la schizophrénie [131].

#### **6.5. Les solutions liées au médecin :**

L'entretien clinique doit apporter une information non équivoque pour le Patient qui, du fait de sa pathologie, présente des difficultés d'analyse et d'interprétation du discours, par exemple : proposer une thérapeutique injectable avec un message infra verbal d'allure coercitif. Dans la même idée, il est essentiel que, durant son parcours de soins, le patient qui rencontrera de multiples interlocuteurs recueille un discours cohérent. Ce discours doit s'ajuster entre trop de paternalisme ou, à l'opposé, l'empathie excessive. Un objectif de formation est de se former

aux techniques d'entretien favorisant l'observance (entretien psycho éducatif, entretien motivationnel, techniques cognitivo-comportementales, animation de groupe de parole). La formation des acteurs de soins est fondamentale, elle implique d'acquérir des compétences sur des sujets aussi variés que la maîtrise des concepts d'observance et d'alliance thérapeutique, la connaissance des moyens médicamenteux, sociaux, psychothérapeutiques et éducationnels à la disposition des équipes, afin de pouvoir diminuer les difficultés d'accès aux soins du patient.

#### **6.6. Les psychothérapies :**

Le travail en réseau est probablement un bon moyen de fédérer les Moyens. Une revue portant sur 39 études a permis d'établir un profil des Psychothérapies ayant un impact sur l'observance thérapeutique. Les approches de type psycho éducationnel ne faisaient pas la preuve suffisante de leur efficacité.

Il conviendrait vraisemblablement de les associer à des thérapies Cognitivo comportementales ou motivationnelles.

Les psychothérapies individuelles apparaissent les plus efficaces alors que Les approches familiales seraient peu concluantes [131]. La perspective Constructiviste développée par Paul Watzlawick [132,133] centrée sur la représentation mentale du patient sur sa pathologie reste très pertinente dans ce domaine.

En effet, à partir d'un travail de Coopération avec le patient, la représentation de la maladie pourrait être à la base d'un programme thérapeutique.

#### **6.7. Le Travail avec la famille :**

Il est primordial que les familles reçoivent toute l'information pouvant leur Permettre de comprendre le mieux possible la personne malade et le trouble qui l'affecte. Échanger avec les autres, parler avec le médecin, avec d'autres personnes qui sont dans la même situation et font face aux mêmes problèmes peut apporter un grand soulagement.

Les associations de patients ou de familles de patients représentent un espace d'expression et de soutien favorable à l'alliance thérapeutique ; elles doivent être encouragées.

Dans la phase initiale d'une schizophrénie, l'objectif prioritaire de la prise en charge est la rémission précoce, justifiant le recours aux meilleurs moyens disponibles afin d'optimiser l'alliance thérapeutique [133,134]. Pour les premiers épisodes psychotiques, les objectifs seraient les suivants :

- Diminuer le temps sans traitement effectif ;
- Mettre en œuvre l'ensemble des moyens disponibles afin d'obtenir la rémission la plus complète et la plus rapide possible.

L'alliance Thérapeutique nécessite donc d'être améliorée afin de minimiser les rechutes [135,136].

Face à la chronicité de la maladie, le projet de soins à long terme doit se faire dans la complémentarité avec l'intention :

- D'une réadaptation ;
- D'un maintien du patient dans le circuit de soins ;
- Du maintien dans le milieu de vie qui le concerne.

Il s'agit d'assurer la meilleure efficacité globale. Cette efficacité Globale peut d'ailleurs être estimée dans une échelle d'efficacité ; la Global Outcome Assessment of Life in Schizophrenia (GOALS) [77].

### **III. Discussion des résultats :**

#### **1. Les caractéristiques du patient :**

Concernant les données sociodémographiques du patient, on note des :

Variétés importantes dans la littérature ,Meichenbaum et Turk(1987) ; Muma et al. (1995); Singh et al. (1996) ; Eldred et al. (1997) Besch (1995) ont montré qu'il n'y avait pas de lien entre l'observance et des variables tel que l'âge, le sexe, le statut marital, le niveau socio-économique.

Notre étude n'a pas montré une relation statistiquement significative entre l'observance et le sexe ( $p=0,133$ ). Cela peut s'expliquer par la disparité des deux groupes (sexe féminin: 33%, sexe masculin: 67%).

La relation entre l'observance et le niveau d'instruction, le statut matrimonial et le niveau socioéconomique n'a pu être analysée dans notre étude à cause du faible effectif des patients dans les différents attributs de cette variable.

Pour l'âge : la durée de la maladie interfère avec l'âge du malade et on pense que plus la durée de la maladie est longue, plus le malade se fatigue, se décourage et commence à abandonner le traitement.

Le fait de vivre seul apparaît dans plusieurs études comme des facteurs augmentant le risque de mauvaise observance [37.69.137.138], ce qui est concordant avec notre étude.

L'alcool-dépendance et l'utilisation même isolée de cannabis sont des facteurs de risque de non observance souvent retrouvés dans la littérature [36.41.73.37.72.74].

Dans notre étude, les résultats de l'analyse de la relation entre l'observance et les habitudes toxiques, ainsi que la relation entre l'observance et le type de substance toxique consommé, n'étaient pas statistiquement significatifs (observance-habitudes toxiques:  $p=0,344$ ; observance-tabac:  $p=0,405$ ; observance-cannabis:  $p=0,689$ ; observance-alcool:  $p=0,877$ ).

Le problème de comorbidité addictive reste parmi les premiers obstacles dans l'observance thérapeutique.

Dans notre étude les patients qui ont des ATCDS judiciaires parmi les non observant sont plus fréquents que chez les observant, ceci pourrait être expliqué d'une part par la présence d'une impulsivité pathologique contribuant à la non observance, et d'autre part, par l'instabilité clinique amenant à de nombreuses rechutes et à de nombreuses hospitalisations motivées par des actes d'hétéro-agressivité[112].

## **2. Les facteurs liés au médecin :**

Le type de relation qu'entretient le patient schizophrène avec son médecin, est un élément essentiel de l'adhésion à un projet thérapeutique, Au-delà d'une bonne anamnèse de l'environnement social et de la biographie du patient, un médecin peut mieux connaître ce qui influence ses choix.

Dans notre étude, les facteurs qui ont occupé le plus grand pourcentage dans notre échantillon étaient liés à la relation médecin-malade :

- Changement fréquent des médecins.
- Manque d'informations sur la maladie et le traitement prescrits.

Ces résultats étaient similaires à la littérature. Becker et Maiman (1975) ; Cotton et Antill (1984) ; Di Nicola et Di Matteo (1982) ; Becker (1985) ; Steele et al.(1990) ; Tarquinio et Fischer (2001) Svarstad (1976) ; Burgoon et al. (1987) ; Hallet al. (1988); Ley (1988) ; Kravitz et al. (1993)

## **3. Les facteurs liés à la maladie :**

Le défaut d'insight avec un score de PANSS élevé étaient toujours des facteurs déterminant de l'observance Thérapeutique dans la plus part des études et les revues de littérature. [139, 52,60,69, 73, 101, 140, 141, 142, 143, 144, 145,146].

Dans notre étude les résultats étaient parfaitement concordants à la Littérature.

## **4. Facteurs liés au traitement**

Notre étude a montré comme facteurs de risque liés au traitement :

- Les effets secondaires du traitement tel que l'effet sédatif et les troubles Neurovégétatifs et extrapyramidaux des neuroleptiques.
- Complexité du traitement.
- Inefficacité immédiate du traitement.
- Cout élevé des neuroleptiques.

Les données de la littérature sur le nombre et le type des médicaments sont Controversées. Pour Blackwell, parmi les facteurs identifiés comme nuisible à L'observance, le nombre de médicaments et de prises quotidiennes et la Complexité de la prescription médicamenteuse sont les plus fréquemment cités[113], en revanche Hogan et al. Ainsi que Buchanan n'ont pas retrouvé d'associations entre la complexité du traitement et l'observance thérapeutique[51,69] au vue de nos résultats il est difficile de donner une conclusion définitive.

Les effets secondaires des médicaments étaient souvent mis en avant mais les données actuelles sont plus contradictoires en particulier avec les antipsychotiques atypiques.

#### **IV. Les limites de l'étude :**

Le manque de statistiques et de travaux dans notre pays sur ce sujet rend la comparaison de notre situation avec les données de la littérature internationale difficile.

Notre étude est transversale pourtant sur le recueil des informations lors d'un entretien psychiatrique selon un questionnaire déjà établis, Elle comporte des biais en matière de recueil d'information vu le terrain particulier de nos patients : les types de schizophrénies incluses dans l'étude et le degré d'insight de chaque patient.

Les limites de ce travail résident également dans la prédominance du sexe masculin et l'absence des examens complémentaires, notamment biologiques, pouvant confirmer l'observance ou non du traitement.

#### **V. Recommandations :**

L'analyse comparative de nos résultats aux données de la littérature fait ressortir que :

- La prévalence de la mauvaise observance thérapeutique est élevée.
- le facteur essentiel de mauvaise observance est l'intensité des symptômes positifs.
- Les autres facteurs de mauvaises observances thérapeutiques :

- ❖ Niveau d'insight (au sens restreint de la simple reconnaissance Du caractère pathologique des troubles)
- ❖ Mauvaise alliance médecin-malade
- ❖ L'abus d'alcool ou d'autres toxiques
- ❖ Désinsertion ou la défaillance de l'environnement social ou familial.
- ❖ Les effets indésirables du traitement.

À l'issue de ce travail, certaines recommandations peuvent être faites :

❖ **Aspect thérapeutiques :**

- L'utilisation de posologies minimales efficaces.
- La simplification des prises, la monothérapie antipsychotique.
- Le recours adapté aux traitements adjuvants (tranquillisants en privilégiant les sédatifs mineurs ex : benzodiazépines).
- Les antipsychotiques d'action prolongée peuvent aussi faciliter l'observance.
- La mesure des taux Plasmatiques des molécules prescrite (perspectives d'avenir).

❖ **Traitement des comorbidités :**

- La réduction des symptômes associés (dépressifs, anxieux).
- La prise en charge des addictions associées.
- La prise en charge des problèmes somatiques associés.

❖ **La psychoéducation :**

- Informer le patient sur la maladie.
- Informer les familles sur la maladie et la sensibiliser pour une meilleure participation dans la prise en charge de leurs tiers.
- Expliquer l'action et l'utilité du traitement et les éventuels effets secondaires.

❖ **La prise en charge psychothérapeutique :**

- Les thérapies comportementales et cognitives et Les thérapies de remédiation cognitives.
- Résolutions des problèmes personnels et familiaux.

❖ **La réhabilitation psycho sociale :**

- Insertion professionnelle (ex : travail protégé..).
- Ergothérapie : proposer plusieurs ateliers (ex : sport, jardinage, poterie, musique....) :
- Avec comme objectifs :
  - ✓ Permettre au patient l'acquisition et le retour à une autonomie dans un cadre structurant.
  - ✓ Restaurer la communication afin de lutter contre l'isolement et les situations de repli.
  - ✓ Stimulation et amélioration de certains déficits cognitifs conséquents à la pathologie psychiatrique.

❖ **La formation des équipes soignantes et des médecins :**

- Constitue un enjeu fondamental, d'autant que les médecins et les infirmiers spécialisés en psychiatrie sont de plus en plus rares.



*CONCLUSION*



Ce travail de thèse a consisté à explorer un problème fréquemment rencontré par les cliniciens à savoir la mauvaise observance thérapeutique des patients souffrant de schizophrénie. Ce phénomène concerne en moyenne un Patient sur deux, et c'est également une cause identifiée du risque de rechute.

Les définitions et les méthodes d'évaluations de l'observance sont multiples et non consensuelles. Il faut souligner l'intérêt d'instruments de mesure de l'observance faciles d'emploi comme les hétéro-questionnaires qui doivent être adaptés aux données sociodémographiques, économiques et ethniques des patients.

L'observance est un phénomène complexe et dynamique dont les facteurs sont nombreux, interagissent entre eux.

Les résultats de notre étude étaient parfaitement concordants à La littérature en ce qui concerne la forte influence de la relation médecin malade, les effets indésirables du traitement et le défaut d'insight avec un score de PANSS élevé sur l'observance thérapeutique. Ces résultats soulignent la nécessité, pour les équipes soignantes de pratiquer une stratégie de traitement propre à chaque patient reposant sur les facteurs de risque de non observance qu'il présente sans oublier l'importance d'une participation active des patients à leur projet thérapeutique afin d'aboutir à une meilleur prise en charge des patients schizophrènes.



*ANNEXES*



## Annexe I :

**TABLEAU XIV :Méthodes  
de mesure de l'adhésion thérapeutique :**

Tableau 1 Méthode de mesure de l'adhésion thérapeutique d'après Osterberg et Blaschke, 2005 [41].

Tests	Avantages	Inconvénients
<i>Méthodes directes</i>		
Observation Entretien standardisé ROMI	Classique Institutionnel	Environnement Dissimulation
Mesure du principe actif ou son métabolite	Objectif Requis pour les études cliniques	Pharmacocinétique Effet Blouse blanche Prélèvements itératifs Coût
Mesure d'un cotraceur biologique	Objectif Requis pour les études cliniques Mesure de l'effet placebo	Pharmacocinétique Effet Blouse blanche Prélèvements itératifs Coût
<i>Méthodes indirectes</i>		
Questionnaires patients Autoquestionnaire MARS Autoquestionnaire DAI-30	Simple Peu coûteux Populaire	Biais de réponse Biais de déclaration Surévaluation de l'observance
Pilulier à compteur d'unité	Objectif Quantification Mise en œuvre facile	Modification Scotome
Délivrance ordonnance Données de remboursement	Objectif Sous forme de base de données	Scotome Accès aux bases de données
Évaluation de la réponse clinique	Simple Mise en œuvre facile Classique Précis et fiable sur le long terme	Facteurs confondants
Monitoring électronique Medication Event Monitoring System (MEMS)	Quantification Modélisation Galénique/comportement	Scotome Coût Manipulation technique
Mesure d'un marqueur physiologique	Simple	Biais/interaction
Journal patient	Fonction de rappel	Dissimulation Omission
Questionnaire d'un tiers	Enfants/dépendants Simple Objectif	Distorsion

## Annexes II :

### DAI et MARS

Initiales Nom :	Prénom :	Date de naissance : ..... /..... /19 .....
Sexe : <input type="radio"/> Féminin <input type="radio"/> Masculin		Date : ..... /..... /19 .....

#### DAI-30 (Drug Attitude Inventory)

INSTRUCTIONS : Ce questionnaire consiste en un certain nombre d'appréciations personnelles à propos des médicaments que vous prenez. Il n'y a pas de réponse juste ou fausse. En utilisant l'échelle en 6 points indiquée ci-dessous,

<input type="checkbox"/>					
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

veuillez, s'il vous plaît, indiquer le degré avec lequel vous êtes d'accord ou non avec chaque affirmation en cochant la case correspondante. Par exemple, vous répondrez de la manière suivante :

	Pas du tout d'accord		Tout à fait d'accord
si vous n'êtes pas du tout d'accord :	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
si vous êtes un peu d'accord :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
si vous êtes tout à fait d'accord :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord
1. Je n'ai plus besoin de prendre de médicaments dès que je me sens mieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pour moi, les bonnes choses à propos des médicaments l'emportent sur les mauvaises	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avec les médicaments, je me sens bizarre, comme un « zombie »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. J'ai besoin de médicaments régulièrement, même quand je ne suis pas à l'hôpital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Je ne prends des médicaments que sous la pression d'autres personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Quand je prends des médicaments, je suis plus conscient(e) de ce que je fais et de ce qui se passe autour de moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Prendre des médicaments ne va pas me faire de mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Je prends les médicaments de mon propre gré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Les médicaments me rendent plus détendu(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Je ne suis pas différent(e) avec ou sans médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord
11. Les effets désagréables des médicaments sont toujours présents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Les médicaments me rendent lourd(e) et fatigué(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Je ne prends les médicaments que lorsque je suis malade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Les médicaments sont un poison agissant lentement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Je m'entends mieux avec les gens quand je prends les médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Je ne peux pas me concentrer sur quelque ce soit quand je prends les médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Je sais mieux que le docteur quand arrêter les médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Je me sens plus normal(e) sous médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Je préfère être malade plutôt que prendre des médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ce n'est pas naturel pour mon esprit et mon corps d'être équilibré(e) par des médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Mes idées sont plus claires avec les médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Je dois continuer à prendre des médicaments même si je me sens bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Prendre des médicaments m'évitera de rechuter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. C'est au médecin de me dire quand arrêter les médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Les choses que je pourrais faire facilement sont bien plus difficiles lorsque je prends des médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Je suis plus heureux(se) et je me sens mieux quand je suis sous médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. On me donne des médicaments pour maîtriser un comportement que d'autres (pas moi) n'aiment pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Je ne peux pas me détendre sous médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Je me maîtrise mieux avec les médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. En continuant à prendre les médicaments, je peux éviter de tomber malade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

©2008 INIST CNRS. Tous droits de propriété intellectuelle réservés. Reproduction, représentation et diffusion interdites. Loi du 01/07/92. Articles 5, 6 et 7 des C

### Echelle de mesure de l'observance médicamenteuse (MARS)

Ce questionnaire consiste à mieux comprendre les difficultés liées à la prise de médicament. Votre aide nous sera précieuse pour mieux vous aider et améliorer, nous l'espérons, les résultats thérapeutiques.

Veuillez s'il vous plaît répondre à l'ensemble des questions en cochant la réponse qui correspond le mieux à votre comportement ou attitude vis à vis du traitement que vous preniez **durant la semaine** avant votre hospitalisation.

OUI NON

	OUI	NON
[1] Vous est-il parfois arrivé d'oublier de prendre vos médicaments ?		
[2] Négligez vous parfois l'heure de prise d'un de vos médicaments ?		
[3] Lorsque vous vous sentez mieux, interrompez vous parfois votre traitement ?		
[4] Vous est il arrivé d'arrêter le traitement parce que vous vous sentiez moins bien en le prenant?		
[5] Je ne prends les médicaments que lorsque je me sens malade.		
[6] Ce n'est pas naturel pour mon corps et mon esprit d'être équilibré par des médicaments.		
[7] Mes idées sont plus claires avec les médicaments.		
[8] En continuant à prendre les médicaments, je peux éviter de tomber à nouveau malade.		
[9] Avec les médicaments, je me sens bizarre, comme un « zombie ».		
[10] Les médicaments me rendent lourd (e) et fatigué (e).		



1-Nombre de TS.....

2-date du dernier .....

Psychiatrique : 1- nombre des hospitalisations .....

2-durée cumulative des hospitalisations .....

3-intervalle moyen entre les hospitalisations .....

4-date de la dernière hospitalisation .....

B-ATCDS DE PSYCHOSE DANS LA FAMILLE

OUI  NON

1-QUI..... 2-TYPE .....

3-HOSPITALISATION : oui  non

IV-SCHIZOPHRÉNIE :

A-âge de début :

B-mode de début : 1- aigu  2-progressif

C-forme clinique : 1-paranoïde  2-désorganisée

3-déficitaire  4-schizoaffective

D-thématique délirante : 1-persécution  2-grandeur

3-mystique  4-filiation

5-possession  6-influence

7-hypochondriaque  8-autres

E-médicaments utilisés :

1-Neuroleptique : A-nombre :  a-monothérapie b-bithérapie

B-TYPE : a-classique :  b-atypique :

c-retard :

C-nombre de prise /jour : .....

2-Anxiolytique :

3-Antidépresseurs :

4-thymoregulateurs :

F- Score de PANSS (ANNEXE4)

1-échelle positive :.....

2-échelle négative :.....

3-échelle psychopathologique générale :.....

G-Échelle d'Insight (ANNEXE5) : score total :.....

V-OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE :

**La régularité du suivi :**

Suivi régulier aux consultations durant les 3 derniers mois oui  non

**Échelle de mesure de l'observance médicamenteuse(MARS)**

Veillez répondre aux questions suivantes en cochant la réponse qui correspond le mieux à votre attitude une semaine avant votre hospitalisation

	Oui	non
Vous est-t-il parfois arrivé d'oublier de prendre vos médicaments ?		
Négligez-vous parfois l'heure de prise d'un de vos médicaments ?		
Lorsque vous vous sentez mieux, interrompez-vous parfois votre traitement ?		
Vous est-t-il arrivé d'arrêter le traitement parce que vous vous sentiez moins bien en le prenant ?		
Je ne prends les médicaments que lorsque je me sens malade		
Ce n'est pas naturel pour mon corps et pour mon esprit d'être équilibré par des médicaments		
Mes idées sont plus claires avec les médicaments		
En continuant à prendre les médicaments je peux éviter de tomber à nouveau malade		
Avec les médicaments je me sens bizarre		
Les médicaments me rendent lourd et fatigué		

**Les causes les plus répandues d'abandon du traitement :**

**Vous avez abandonné le traitement parce que :**

	Oui	Non
1-vous vous estimez guéri et n'avoir plus besoin de médicaments ?		
2-vous vous ne considérez pas malade ?		
3-vous n'avez pas senti l'effet positif et immédiat de l'alcool ?		
4-vous n'avez pas senti l'effet bénéfique des mdc ?		
5-vous trouvez les médicaments trop chers ?		
6-vous considérez la prise à long terme des médicaments très fatigante et pénible ?		
7-vous ne trouvez personne pour vous aider à prendre vos médicaments ?		
8-vous craignez devenir dépendant des médicaments ?		
9-vous considérez les médicaments comme des drogues et non un remède à votre maladie ?		
10-vous trouvez le traitement trop lourd ?		

11-vous considérez les médicaments comme des drogues interdites par la religion ?		
12-vous trouvez que les médicaments ont un effet de somnolence de fatigue et par conséquent vous ne pouvez pas travailler ou poursuivre vos études ?		
13-à cause des effets indésirables (tremblement, torticolis, rigidité.....) ?		
14-vous trouvez que les médicaments sont responsables des troubles neurovégétatifs : vision flou, prise de poids, vertige, sécheresse buccale.. ?		
15-vous trouvez que les médicaments ont un effet sur votre sexualité ?		
16-vous consommez une substance toxique qui vous aide mieux que les médicaments (cannabis, alcool, solvants) ?		
17-vous croyez que la psychothérapie est suffisante ?		
18-vous pensez que la vie ne vaut pas d'être vécue, alors à quoi servirait votre effort pour sortir de la maladie ?		
19-vous trouvez que votre médecin n'est pas bon et vous ne sentez pas à l'aise avec lui		
20-vous trouvez que votre médecin ne vous écoute pas assez, ne vous comprends pas ou bien indisponible ?		
21-vous trouvez que votre médecin est incompétent et vous n'avez pas confiance en ses prescriptions ?		
22-vous changez fréquemment de médecin ?		
23-vous manquez d'informations sur votre maladie et sur les médicaments prescrits ?		
24-vous êtes dérangés par l'idée de prendre des médicaments prescrites par un psychiatre ?		
25-vous vous préoccupez de ce que pense les autres si vous prenez des médicaments prescrites par un psychiatre ?		
26-votre famille vous surveille trop et vous oblige à prendre le traitement ?		
27- autre raison ?		

## Annexe IV

Positive And Negative Symptoms Scale (P.A.N.S.S.) des malades KAY S.R., OPLER L.A. et FISZBEIN A.

Traduction française : J.P. LEPINE Entourer la cotation appropriée à chaque dimension.

<u>Échelle positive</u>	abs	Min	Leg	Mod	M/s	Sev	Ext
P 1 Idées délirantes	1	2	3	4	5	6	7
P 2 Désorganisation conceptuelle.	1	2	3	4	5	6	7
P 3 Activité hallucinatoire.	1	2	3	4	5	6	7
P 4 Excitation.	1	2	3	4	5	6	7
P 5 Idées de grandeur.	1	2	3	4	5	6	7
P 6 Méfiance/Persécution.	1	2	3	4	5	6	7
P 7 Hostilité.	1	2	3	4	5	6	7

### Échelle négative :

1-émoussement de l'expression des émotions	1	2	3	4	5	6	7
2-retrait affectif	1	2	3	4	5	6	7
3-mauvais contact	1	2	3	4	5	6	7
4-repli social passif /apathique	1	2	3	4	5	6	7
5-difficulté d'abstraction	1	2	3	4	5	6	7
6-absence de spontanéité et de fluidité dans La conversation	1	2	3	4	5	6	7
7-pensée stéréotypées	1	2	3	4	5	6	7

### Échelle psychopathologique générale :

G 1 Préoccupations somatiques.	1	2	3	4	5	6	7
G 2 Anxiété	1	2	3	4	5	6	7
G 3 Sentiments de culpabilité.	1	2	3	4	5	6	7
G 4 Tension	1	2	3	4	5	6	7
G 5 Maniérisme et troubles de la posture.	1	2	3	4	5	6	7
G 6 Dépression.	1	2	3	4	5	6	7
G 7 Ralentissement psychomoteur.	1	2	3	4	5	6	7
G 8 Manque de coopération.	1	2	3	4	5	6	7
G 9 Contenu inhabituel de la pensée.	1	2	3	4	5	6	7

G 10 Désorientation.	1	2	3	4	5	6	7
G 11 Manque d'attention.	1	2	3	4	5	6	7
G 12 Manque de jugement et de prise De conscience de la maladie.	1	2	3	4	5	6	7
G 13 Trouble de la volition.	1	2	3	4	5	6	7
G 14 Mauvais contrôle pulsionnel.	1	2	3	4	5	6	7
G 15 Préoccupation excessive De soi (tendances autistiques).	1	2	3	4	5	6	7
G 16 Évitement social actif.	1	2	3	4	5	6	7
Score positif :	score négatif :	score général :					

## Annexe V

IS - (échelle d'insight) : Birchwood et al. 1994, Insight Scale for Psychosis - auteurs,  
Traduction Sabrina Linder et Jérôme Favrod - 2006.

	<b>D'accord</b>	<b>En désaccord</b>	<b>Incertain(e)</b>
1. Certains des symptômes ont été créés par mon imagination	2	0	1
2. Je me sens psychologiquement bien	0	2	1
3. Je n'ai pas besoin de traitement médicamenteux	0	2	1
4. Mon séjour à l'hôpital était nécessaire	2	0	1
5. Le médecin a raison de me prescrire de traitement médicamenteux	2	0	1
6. Je n'ai pas besoin d'être vu(e) par un médecin ou un psychiatre	0	2	1
7. Si quelqu'un disait que j'avais une maladie nerveuse ou mentale il aurait raison	2	0	1
8. Aucune des choses inhabituelles que j'ai vécues n'est due à une maladie	0	2	1

Score maximal = 12 - Très bon insight

Score minimal = 0 - Pas d'insight

(9 et plus = bon insight)

Sous-échelles :

<b>Items</b>		<b>Total Possible</b>
1, 8	Conscience des symptômes	<b>4</b> (3 ou 4 = bon insight, 1 ou 2 = pauvre insight)
2, 7	Conscience de la maladie	<b>4</b> (3 ou 4 = bon insight, 1 ou 2 = pauvre insight)
3, 4, 5, 6	Besoin de traitement <b>(il faut additionner les items et les diviser par 2)</b>	<b>4</b> (3 ou 4 = bon insight, 1 ou 2 = pauvre insight)



# *RÉSUMÉ*

## RÉSUMÉ

L'objectif de ce travail est de dépister les causes les plus fréquentes de l'abandon du traitement pharmacologique, d'en déterminer les facteurs de risque, ainsi de réfléchir autour des solutions possibles pour faire face à cette non compliance.

C'est une étude transversale sur 153 patients atteint de schizophrénie. On a procédé à un interrogatoire des malades à l'aide d'une échelle D'évaluation de l'observance thérapeutique : MARS (Medication Adherence Rating Scale), ainsi à un hétéro questionnaire comprenant des éléments Sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques concernant le patient et son entourage.

Notre étude a rapporté les résultats suivants :

- L'âge moyen est 31.08 + 8.473 ans, avec une prédominance masculine de 67%.
- la forme paranoïde était la plus représentative avec 60% de la population
- 122 patients étaient non observant à leurs traitements contre seulement 32 patients observant.

Les facteurs de risque d'inobservance thérapeutique retrouvés sont :

- Le milieu de vie.
- Le défaut d'insight.
- Les symptômes positifs, négatifs, et généraux (PANSS).
- Relation médecin-malade.
- Le type du neuroleptique (classique) et un nombre élevé de prise quotidienne.
- Effets indésirables du traitement neuroleptique.

Ces facteurs étaient les plus impliqués dans la mauvaise observance d'après notre étude ce qui doit pousser les équipes soignantes à les prendre en considération pour optimiser l'observance thérapeutique chez les patients Souffrant de schizophrénie.

## SUMMARY:

The objective of this work is to track down the most frequent reasons of the abandonment of the pharmacological treatment at the patient suffering from schizophrenia , to determine the factors of risk of it, and to think around the Possible solutions to face this non elasticity.

It is a transverse survey on 153 schizophrenics .It is based on an interrogation of the patients with the help of a scale Of assessment of the therapeutic observance: MARS (Medication Adhesion Rating Scale), also on an heteroquestionnaire containing some elements sociodemographic, clinical and therapeutic concerning the patient and his setting.

Our survey returned the following results:

The middle age is 31,08+/- 8.473 year , with a masculine predominance 67%,

The paranoid shape was the most representative with 60%.

122 were non observing patients their pharmacological treatment and 31 very observing patients.

The factors of risk of this non elasticity recovered are:

- Environment
- The defect of insight.
- High PANSS score
- Physician-sick "relation.
- The type and the number of daily intake of the neuroleptic.
- side effect on treatment

These factors were the more implied in the bad observance according to our Survey what must push the nursing teams to take them in consideration to optimize the therapeutic observance at the patient suffering from schizophrenia.

## ملخص

الهدف من هذا العمل يتمثل في البحث عن الأسباب الأكثر شيوعاً للتخلي وعدم المواظبة على العلاج، تحديد عوامل الخطر والتفكير في الحلول الممكنة لمعالجة مشكل عدم الالتزام.

العمل عبارة عن دراسة أفقية شملت عينة من 153 من مرضى الفصام بمستشفى ابن نفيس لمراكش.

لتقييم التزام المرضى تم اعتماد مقياس " MARS " واستمارة تشمل أكثر الأسباب الممكنة للتخلي عن العلاج.

وكانت النتائج كالتالي :

- متوسط العمر 31 سنة، مع غلبة الذكور بنسبة 67%.
- عدد المرضى المواظبين على العلاج 31، في حين أن 122 من المرضى غير ملتزمين بعلاجهم.
- عوامل عدم المواظبة على العلاج كانت كالتالي:
  - ❖ البيئة المعيشية للمرضى.
  - ❖ نقص التبصر.
  - ❖ ضعف علاقة الطبيب بالمريض.
  - ❖ الأعراض الايجابية، السلبية والعمامة (PANSS).
  - ❖ أنواع الأدوية المستعملة.
  - ❖ التأثيرات الجانبية للأدوية.

العوامل سابقة الذكر كانت من أكثر الأسباب المتدخلة في عدم المواظبة على العلاج وهو ما يدفع الفرق الطبية إلى أخذها بعين الاعتبار وذلك لأجل الحد من ظاهرة عدم التزام مرضى الفصام بالعلاج.



***BIBLIOGRAPHIE***



1. **Hautecouverture S., Limosin F., Rouillon F.**  
Epidémiologie des troubles schizophréniques.  
EMC (Elsevier Masson SAS, Paris) Psychiatrie 2006; 35:461–8.
2. **Asouab F., Agoub M., Kadri N., Moussaoui D., Rachidi S., TaziM.A., et al.**  
Prévalence des troubles mentaux dans la population marocaine (enquête nationale, 2005).  
D.E.L.M. Bulletin Epidémiologique 2005.
3. **Jablenski A. Epidemiology of schizophrenia: a European perspective.**  
Schizophr Bull.1986; 12:52–73.
4. **Husted J.A., Lim S., Chow E.W.**  
Heritability of neurocognitive traits in familial schizophrenia. AM J Med Genet B Neuropsychiatr Genet 2009; 150 B (6):845 –53.
5. **Tienari P., Wynne L.C., Moring J.**  
Finnish adoptive family study: sample selection and adoptee DSM–III–R diagnoses. Acta Psychiatr Scand 2000; 101(6):433–43.
6. **Thibaut F., d'Amato T., Campion D.**  
Génétique de la schizophrénie. Ouvrage collectif publié par John Libbey Eurotext, Edition Montrouge 2003.
7. **Cardno A.G., Marshall E.J.**  
Heritability estimates for psychotic disorders. Arch Gen Psychiatry 1999; 56: 162–8
8. **Karayiorgou M., Gogos J.A.**  
The molecular genetics of the 22q11–associated schizophrenia. Brain Res Mol Brain Res 2004; 132(2):95–104.
9. **Howes O.D., Kapur S.**  
The dopamine hypothesis of schizophrenia:version III–the final common pathway. Schizophr Bull 2009;35(3):549–62.
10. **Coyle J.T.**  
Converging evidence of NMDA receptor hypofunction in the pathophysiology of Schizophrenia. Annals of the New York Academy of Sciences 2003; 318–27.
11. **Llorca P.M. La schizophrénie.**  
Encyclopédie Orphanet 2004;<https://www.orpha.net/data/patho/FR/fr-schizo.pdf>, consulté le 22 avril 2013.

12. **Cannon M., Murray R.M.**  
Neonatal origins of schizophrenia. Arch Dis Child 1998; 78:1-3.
13. **Linkowski P., Jurysta F.**  
La schizophrénie: une maladie aux étiologies méconnues de Belgique. Revue Hospitas. BE 2001-4-N°247.
14. **Saoud M., d'Amato T.**  
La schizophrénie de l'adulte, des causes aux traitements. Paris: Masson 2006.
15. **Tsoi D.T.Y., Hunter M.D., Woodruff P.WR.**  
History, etiology, and symptomatology of schizophrenia. Psychiatry 2008; 7(10):404-409.
16. **Simonet M., Brazo P.**  
Modèle cognitivocomportemental de la schizophrénie. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris) Psychiatrie 2005; 2:62-80.
17. **Dalery J., d'Amato T., et al.**  
La schizophrénie: recherches actuelles et perspectives. Paris Masson 2<sup>ème</sup> édition révisée 1999; 254p
18. **Arnold S.E.**  
Neurodevelopmental abnormalities in schizophrenia: insights from neuropathology. Dev. Psychopathol 1999; 11:439-56.
19. **Davies N., Russell A., Jones P., Murray R.M.**  
Which characteristics of schizophrenia predate psychosis? J Psychiatr Res 1998; 32:121-31.
20. **Harrison P.J.**  
The neuropathology of schizophrenia. A critical review of the data and their interpretation. Brain 1999; 122:593-624.
21. **Spencer K.M.**  
Neural synchrony indexes disorder perception and cognition in schizophrenia. National Academy of Sciences 2004; 101:17288-93.
22. **Minzenberg M.J., Laid A.R., Carter C.S.**  
Meta-analysis of 41 functional neuroimaging studies of executive function in schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 2009

23. **Lalonde P., et al.**  
Psychiatrie Clinique, une approche bio-psycho-sociale. Introduction et syndromes cliniques.  
Montréal Ed. Gaëtan Morin 1999; tome I 248p.
24. **Franck N.**  
Clinique de la schizophrénie. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris) Psychiatrie 2013; 37-282-A-20.
25. **Pollet-Villard L.**  
Schizophrénie et Psychomotricité. Le cas d'une U.M.D Mémoire Diplôme d'Etat de Psychomotricienne, Toulouse 2012; 75 pages.
26. **Llorca P.M., Chéreau-Boudet I., Lachaux B., Lançon C., Lombertie E.R., Trarieux A.M.**  
Les troubles psychotiques. Paris Masson 2005.
27. **Dubuc M. Schizophrénies.**  
Corpus Médical de la Faculté de Médecine de Grenoble 2003; <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/psy/psyadulte/278a/leconimprim>.
28. **Jaeger J.**  
Studying the effectiveness of neurocognitive remediation in schizophrenia.  
Schizophr Bull 1999; 25(2):193-6.
29. **Kurtz M.M., Moberg P.J., Gur R.C., Gur R.E.**  
Approaches to cognitive remediation of neuropsychological deficits in schizophrenia: a review and meta-analysis.  
Neuropsychol Rev 2001; 11(4):197-210.
30. **Frommann N., Streit M., Wolwer W.**  
Remediation of facial affect recognition impairments in patients with schizophrenia: a new training program. Psychiatry Res 2003; 117(3):281.
31. **Wykes T., Reeder C., Corner J.**  
The effects of neurocognitive remediation on executive processing in patients with schizophrenia. Schizophr Bull 1999; 25(2):291-307.
32. **Atkinson J.M., Coia D.A., Gilmour W.H., Harper J.P.**  
The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life. Br J Psychiatry 1996; 168:199-204.

33. **Kemp R., Hayward P., Applewhaite G.**  
Compliance therapy in psychotic patients: randomized controlled trial.  
Br Med J 1996; 312:345–349.
34. **Palazzolo J.**  
L'institut psychiatrique, le psychiatre, le malade et leur environnement. Ellébore;  
Collection Champs Ouverts; Paris 2003.
35. **Misdrahi d., Llorca p.m., lancon c., and Bayle f.j.,**  
« L'observance dans la schizophrénie: facteurs prédictifs, voies de recherche,  
implications thérapeutiques ».  
Encéphale, 2002 .28 (3) : p. 266–72.
36. **Fenton w.s., Blyler c.r., and Heinssen r.k.,**  
“Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical  
findings”.Schizophrenia bulletin, 1997. 23(4): p. 637–51.
37. **Kampman o., Laippala p., Vaananene j.,koivisto e., kiviniemi p.,kilkkun., and Lehtinen k.,**  
“Indicators of medication compliance in first–episode psychosis “.  
Psychiatry res, 2002 .110(1): p. 39–48.
38. **T.droulout, F.liraud, h;Verdoux**  
« Influence de la conscience du trouble et de la perception subjective du traitement sur  
l'observance médicamenteuse dans les troubles psychotiques ».  
L'encephale, 2003 ; xxix : 430–7.
39. **Fenton ws, Blyler cr, Heinssen rk. :**  
“Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical  
findings.”  
Schizophr bull 1997; 23: 637–51.
40. **Kampman o, Lehiten k,**  
“compliance in psychoses”.  
Acta psychiatr scand 1999; 100: 167–75.
41. **Rijcken c.a., tobi h., vergouwen a.c., and de jong–van den berg l.t,**  
“Refill rate of antipsychotic drugs: an easy and inexpensive method to monitor patients’  
compliance by using computerised pharmacy data”.  
pharmacoepidemiol drug saf, 2004. 13(6) : p. 365–70.

42. **Kampman o.**  
"Review: over 25% of people with schizophrenia, psychoses, or severe mental disorders fail to adhere to treatment programmes".  
Evid based ment health 2004; 2:40.
43. **Weiden p, Dixon l, Frances a, et al.**  
"Neuroleptic non-compliance in schizophrenia. In advances in neuropsychiatry and psychopharmacology".  
New york: raven press; 1991.
44. **Weinden p. And olfson m.,**  
"Cost of relapse in schizophrenia".  
Schizophrenia bulletin, 1995.21:p.419-429.
45. **Droulout t., Liraud f., and Verdoux h.,**  
"Relationships between insight and medication adherence in subjects with psychosis".  
Encephale, 2003 29(5): p. 430-7.
46. **Docteur Misdrahi d.,**  
« Adhésion thérapeutique et schizophrénie; séminaire de psychiatrie biologique, hôpital sainte- anne »,  
Tome 37, des signes précurseurs aux symptômes résiduels des psychoses ; p. 183.
47. **Plazzalo j., Weibel l., Midol n., Dunezat p.,**  
« Enquête sur la perception de l'observance dans la schizophrénie (epos) », p : 313-324.
48. **Kane jm.,**  
"Problems of compliance in the outpatient treatment of schizophrenia".  
J clin psychiatry 1983; 44: 3-6.
49. **Cochran sd., Gitlin mj.,**  
"Attitudinal correlates of lithium compliance in bipolar affective disorders".  
J nerv ment dis 1988; 176: 457-64.
50. **Charpentier a, et al.,**  
« L'alliance thérapeutique, un enjeu dans la schizophrénie »,  
L'encéphale (2008), doi:10.1016/j.encep.2007.12.009
51. **51.Hogan t.p., Awad a.g., and Eastwood r.,**  
"A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics :reliability and discriminative validity",  
Psychol med, 1983. 13(1) :p. 177-83.

52. **Thompson k., kulkarni j., and Sergejew a.a.,**  
"Reliability and validity of a new medication adherence rating scale (MARS) for the psychoses".  
Schizophr Res, 2000.42(3): p. 241–247.
53. **Weiden p. And Rapkin b., Mott t., zygmunt a., Goldman d., Horvitylennonm., and Frances a.,**  
"Rating of medication influences (ROMI) scale in schizophrenia".  
Schizophr bull, 1994. 20(2): p. 341–9.
54. **Hogan tp, Awad ag, Eastwood r.**  
"A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: Reliability and discriminative validity".  
Psychol med 1983; 1:177–83.
55. **Bonsack c.h., Conus p.h.,Philippoz r., Bovet j., Spagnoli j., and Dufour h.,**  
« La perception subjective de l'effet des neuroleptiques chez desPatients schizophrènes ambulatoires : une étude transversale ».  
Encephale, 1998 .24 : p. 315–323.
56. **Morisky d.e., green l.w., and levine d.m.,**  
"Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence".  
Medical care , 1986. 24(1): p. 67–74.
57. **Misdrahi d, verdoux h, llorca pm, et al.**  
"Therapeutic adherence and schizophrenia: the interest of the validation of the french translation of medication adherence rating scale (mars)".  
Encephale 2004; 4:409–10.
58. **Urquhart j.**  
"The electronic medication event monitor".  
Lessons for pharmacotherapy.Clin pharmacokinet 1997; 5:34556.
59. **Charpentier a, et al.,**  
« L'alliance thérapeutique, un enjeu dans la schizophrénie »,  
Encephale (2008), doi:10.1016/j.encep.2007.12.009.
60. **Adams j. And Scott j.,**  
"Predicting medication adherence in severe mental disorders".  
Acta psychiatr scand,2000. 101 (2): p.119–24.

61. **Morris ls, shulz rm.**  
"Patient compliance—an overview".  
J clin pharm therapeut 1992; 17:283–95.
62. **Misdrhi d., llorca p., m., lancon c., bayle f., j ., :**  
« L'observance dans la schizophrénie: facteurs prédictifs, voies de recherches, implications thérapeutiques. »,  
Encephale, 2002 ; xxvii : 266–72, cahier 1
63. **Byerly m, Fisher r, Whatley k, et al.**  
"A comparison of electronic monitoring vs. Clinician rating of Antipsychotic adherence in outpatients with schizophrenia".  
Psychiatry res 2005; 2—3:129—33.
64. **Bond w.s. and Hussar d.a.,**  
"Detection methods and strategies for improving medication compliance".  
Ajhp,1991.48: p. 1978–1988.
65. **Valenstein m,blow f.c,copeland l.a.,mccarthy j.f.,zeber j.e.,gillonl.,bingham c.r.,and stavenger t.,**  
"Poor antipsychotic adherence among patients with schizophrenia: medication and patient factors".  
Schizophr bull,2004. 30(2):p.255–64.
66. **Fleischhacker w.w., oehl m.a., and hummer m.,**  
"Factors influencing compliance in schizophrenia patients".  
J clin psychiatry, 2003. 64 suppl 16 : p. 10–3.
67. **Young j.l., spitz r.t., hillbrand m., and daneri g.,**  
"Medication adherence failure in schizophrenia: a forensic review of rates, reasons, treatments, and prospects".  
J am acad psychiatry law, 1999.27(3): p.426–44.
68. **Fenton w.s., Blyler c.r., and Heinssen r.k.,**  
"Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings".  
Schizophrenia bulletin, 1997. 23(4): p. 637–51.
69. **Buchanan a.,**  
"A two-year prospective study of treatment compliance i patients withschizophrenia ".  
Psychol med, 1992. 22(3): p. 787–97.

70. **Bordenave c, Gabriel , Giraud-Baroe, de Beauchamp i, Bougerol t, Calop j, :**  
« Pourquoi les patients souffrant de troubles psychotiques ne sont-ils pas observants de leur médicaments ? ».  
L'encéphale, 2003 ; xxix : 213-22, cahier 1.
71. **Valenstein m, Blow f.c, Copeland l.a., McCarthy j.f., Zeber j.e., Gillon l., Bingham c.r., and Stavenger t.,**  
"Poor antipsychotic adherence among patients with schizophrenia: medication and patient factors".  
Schizophr bull, 2004. 30(2): p. 255-64.
72. **Buckley p.f.,**  
"Substance abuse in schizophrenia : a review". J clin psychiatry, 1998. 59 suppl 3 : p. 26-30.
73. **Olfson m., Mechanic d., Hansell s., Boyer c.a., Walkup j., and Weiden p.j.,**  
"Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia".  
Psychiatr serv, 2000. 51(2): p. 216-22.
74. **Owen rr, Fischer ep, Booth bm et al:**  
"Medication non-compliance and substance abuse among patients with schizophrenia".  
Psychiatr serv 1996; 47: 853-8.
75. **Miklowitz dj,**  
"Longitudinal outcome and medication noncompliance among manic patients with and without mood-congruent psychotic features".  
J nerv ment dis 1992; 180: 703-11.
76. **Cuffel bj, Alford,**  
Awareness of illness in schizophrenia and outpatient treatment adherence  
Journal of nervous and mental disease 1996 ; 184: 653-659.
77. **Grossman l.**  
"A study of the capacity of schizophrenic patients to give informed consent".  
Community psychiatry 1980; 31: 205-6.
78. **Johnstone eg, Geddes j,**  
"How high is the relapse rate in schizophrenia?"  
Acta psychiatr scand 1994; 89: 6-10.

79. **Young jl, zonana hv, shepler l,**  
“Medication non-compliance in schizophrenia: codification and update.”  
Bull am acad psychiatry law 1986; 14: 105-22.
80. **Lincoln t.m., lullmann e., rief w.**  
Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia:  
a systematic review.  
schizophr bull 2007; 33:1324-42.
81. **Macpherson r., jerrom b., hughes a.**  
Drug refusal among schizophrenic patients treated in the community.  
J ment health 1997; 6:141-7.
82. **Smith t.e., hull j.w., goodman m., hedayat-harris a., willson d.f., israel l.m., et al.**  
  
The relative influences of symptoms, insight, and neurocognition on social adjustment  
in schizophrenia and schizoaffective disorder.  
J nerv ment dis 1999; 187:102-108.
83. **Coldham e.l., addington j., addington d.**  
Medication adherence of individuals with a first episode of psychosis.  
Acta psychiatr scand 2002; 106:286-290.
84. **Kozuki y., froelicher e.s.**  
Lack of awareness and nonadherence in schizophrenia.  
West j nurs res 2003; 25:57-74.
85. **Yen c.f., chen c.s., ko c.h., yeh m.l., yang s.j., yen j.y., et al.**  
Relationships between insight and medication adherence in outpatients with  
schizophrenia and bipolar disorder: a prospective study.  
psychiatry clin neurosci 2005; 59:403-9.
86. **Watson p.w.p., garety p.a., weinman j., dunn g., bebbington p.e., fowler d., et al.**  
Emotional dysfunction in schizophrenia spectrum psychosis: the role of illness  
perceptions.  
Psychol med 2006; 36:761-70.
87. **mutsatsa s.h., joyce e.m., hutton s.b., webb e., gibbins h., paul s. Et al.**  
Clinical correlates of early medication adherence: west london first episode  
schizophrenia study. Acta psychiatr scand 2003; 108:439-446.

88. **Donohoe g., owens n., o'donnell c., burke t., moore l., tobin a., et al.**  
Predictors of compliance with neuroleptic medication among inpatients with schizophrenia: a discriminant function analyses.  
Eur psychiatry 2001; 16:293-8.
89. **Smith c.m., barzman d., pristach c.a.**  
Effect of patient and family insight on compliance of schizophrenic patients.  
J clin pharmacol 1997; 37:147-54.
90. **Moore a., sellwood w., stirling j.**  
Compliance and psychological reactance in schizophrenia.  
br j clin psychol 2000; 39:287-95.
91. **Kamali m., kelly l., gervin m., browne s., larkin c., o'callaghan e.**  
Insight and comorbid substance misuse and medication compliance among patients with schizophrenia.  
psychiatr serv 2001; 52:161-6.
92. **Agarwal m.r., sharma v.k., kumar k., lowe d.**  
Noncompliance with treatment in patients suffering from schizophrenia: a study to evaluate possible contributing factors.  
int j soc psychiatry 1998; 44:92-106.
93. **Garavan j., browne s., gervin m., lane a., larkin c., o'callaghan e.**  
Compliance with neuroleptic medication in outpatients with schizophrenia; relationship to subjective response to neuroleptics; attitudes to medication and insight.  
compr psychiatry 1998; 39:215-9.
94. **Day j.c., bentall r., roberts c., randall f., rogers a., cattell d., et al.**  
Attitudes toward antipsychotic medication the impact of clinical variables and relationships with health professionals.  
Arch gen psychiatry 2005; 62:717-24.
95. **Schennach-wolff r., jäger m., seemüller f., obermeier m., messer t., laux g., et al.**  
Attitude towards adherence in patients with schizophrenia at discharge.  
J psychiatr res 2009.
96. **Marder s.r., mebane a., chien c.p., winslade w.j., swann e., and van putten t.,**  
"A comparison of patients who refuse and consent to neuroleptic treatment".  
Am j psychiatry, 1983. 140(4): p. 470-2.

97. **Frank a.f., and gunderson j.g.,**  
"The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia .Relationship to course and outcome".  
Arch gen psychiatry,1990 47(3): p.228–36.
98. **Weiss k.a., smith t.e., hull j.w., piper a.c., and huppert j.d.,**  
"Predictors of risk of nonadherence in outpatients with schizophrenia and other psychotic disorders".  
Schizophr bull,2002, 28(2): p. 341–9.
99. **Hoge (s.k.), appelbaum (p.s.) lawlor (t.) Et al. :**  
« A prospective, multicenter study of patients' refusal of antipsychotics medication »,  
Arch. Gen. Psychiatry, 47 (10). 1990, pp. 949–956
100. **Robinson d., woerner m.g., alvir j.m., bilder r., goldman r., geislers.,koreen a., sheitman b., chakos m., mayerhoff d., and lieberman j.a.,**  
"Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder ".
101. **Van putten t.,**  
"Why do schizophrenic patients refuse to take their drugs?"  
arch gen psychiatry, 1974.31(1):p.67–72.
102. **saoud m, dalery j, :**  
"Compliance aux neuroleptiques et effets extrapyramidaux dans la pratique psychiatrique",  
L'information psychiatrique n° 7– septembre 1998.  
Arch gen psychiatry, 1999 . 56(3): p. 241–7.
103. **Perkins d.o.,**  
"Adherence to antipsychotic medications".  
J clin psychiatry,1999. 60 suppl 21: p. 25–30.
104. **Awad a.g and voruganti l.n.,**  
"New antipsychotics, compliance, quality of life ,and subjective tolerability—are patients better off?"  
An j psychiatry, 2004 .49(5):p. 297–302.
105. **Davis j.m.,kane j.m.,marder s.r., brauzer b., gierl b., schooler n., Casey d.e., and hassan m.,**  
"Dose response of prophylactic antipsychotics ".  
J clin psychiatry, 1993. 54 suppl : p. 24–30

106. **Schooler n.r.,**  
"Relapse and rehospitalisation: comparing oral and depot Antipsychotics".  
J clin psychiatry ,2003. 64 suppl 16: p. 14-7.
107. **Young j.l., spitz r.t., hillbrand m., and daneri g.,**  
"Medication adherence failure in schizophrenia: a forensic review of rates, reasons, treatments, and prospects".  
J am acad psychiatry law, 1999.27(3): p.426-44
108. **Gaebel w.,**  
"Towards the improvement of compliance : the significance of psychoeducation and new antipsychotic drugs".  
Int clin psychopharmacol, 1997 . 12 suppl 1 : p.537-42
109. **Garavan j., browne s., gervin m., lane a., larkin c., and o'callaghan e.,**  
"Compliance with neuroleptic medication in outpatients with schizophrenia ; relationship to subjective response to neuroleptics; attitudes to medication and insight".  
Comprehensive psychiatry, 1998. 39(4): p.215-9.
110. **Marder s.r.,**  
"Facilitating compliance with antipsychotic medication ".  
J clin psychiatr, 1998. 59 suppl 3: p. 21-5.
111. **Love r.c.,**  
"Strategies for increasing treatment compliance: the role of longacting antipsychotics".  
Am j health syst pharm ,2002.59(22 suppl 8): p. 510-5.
112. **Géraldine bensasson**  
Adherence behavior and autonomy of patient in psychiatry  
Evolution psychiatrique 78 (2013)142-153
113. **Blackwell b.,**  
"Treatment adherence".  
British journal of psychiatry, 1976. 129: p.513-31
114. **Claxton aj, cramer j, pierce c.**  
"Asystematic review of the associations between dose regimens and medication Compliance".  
Clin ther 2001;8:1296-310.

115. **Misdrahi d,**  
“ l’observancethérapeutique: un objectif essential”,  
L’encéphale, 2006; 32: 1076–9, cahier 3.
116. **T.droulout, Fliraud, h;Verdoux**  
« Influence de la conscience du trouble et de la perception subjective du traitement sur l’observance médicamenteuse dans les troubles psychotiques ».  
L’encéphale, 2003 ; xxix : 430–7.
117. **Robinson d, woerner mg, alvir jm et al. :**  
“Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder”.  
Arch gen psychiatry 1999; 56: 241–7.
118. **Ayuso–gutierrez j.l. and del Rio vega j.m.,**  
”Factors influencing relapse in the long–term course of schizophrenia”.  
Schizophr res, 1997 .28(2–3): p. 199–206.
119. **Glazer w.m., and Ereshefsky l.,**  
“Apharmacoeconomic model of outpatient antipsychotic therapy in revolving door schizophrenic patients “.  
J clin psychiatry, 1996. 57(8): p. 337–45.
120. **Olfson m, mechanic d, hansell s et al:**  
“Predicting medication non–compliance after hospital discharge Among patients with schizophrenia”.  
Psychiatr serv 2000; 51: 216–22.
121. **Tazarourte m, Catteau j, Fall a et al :**  
« Le cout de l’inobservance aux psychotropes ».  
Synapse 1999 ; 154 : 27–30.
122. **Kampman o., illi a., Poutanen p., and Leinonen e.,**  
“Four–year outcome in non–compliant schizophrenia patients treated with or Without home–based ambulatory outpatient care”.  
Eur psychiatry,2003. 18(1): p. 15
123. **Weinden p.and glazer w.,**  
”Assesement and treatment selection for ‘ revolving door’impatiens with schizophrenia”.  
Psychiatr q,1997.68(4)p.377–92.

124. **Llorca pm, miadi-fargier h, lancon c, et al.**  
« Cost-effectiveness analysis of schizophrenic patient care settings: Impact of an atypical antipsychotic under long-acting injection formulation ». *Encephale* 2005;2:235—46.
125. **Ward a, ishak k, proskorovsky i, et al.**  
« Compliance with reling prescriptions for atypical antipsychoticagents and its association with the risks for hospitalization, suicide,and death in patients with schizophrenia in quebec : A retrospective database study ». *clin ther* 2006; 11:1912—21.
126. **Haywood t.w., kravitz h.m., grossman l.s., jr., davis j.m, and lewis d.a.,**  
“ Predicting the revolving door phenomenon among patients withschizophrenic , schizo affective , and affective disorders”.  
*Am j psychiatry*, 1995. 152(6): p. 856-61
127. **O'donnell c., donohoe g., sharkey l., owens n., migone m., harriesr., kinsella a., larkin c., and o'callaghan e.,**  
“Compliance therapy: a randomised controlled trial in schizophrenia”.  
*Bmj*, 2003. 327(7419)
128. **Dolder c.r., lacro j.p., leckband s., and leste d.v.,**  
“interventions to improve antipsychotic medication adherence: reviewof recent literature“.  
*J clin psychopharmacol*, 2003. 23(4): p. 389-99.
129. **Lehman a.f. and steinwachs d.m.,**  
“Transiating research into practice: the schizophrenia patient outcomes research team Treatment recommendations “. *Schizophr buli*, 1998. 24(1): p. 1-10.
130. **Linstrom e. And b1ngefors k.,**  
“Patient compliance with drug therapy in schizophrenia.Economic and clinicaï issues”.  
*Pharmacoeconomics*, 2000. 18(2): p. 106-24.
131. **Zygmunt a, olfson m, boyer ca, et al.**  
« Interventions to improve medication adherence in schizophrenia». *Am j psychiatry* 2002;10:1653—64 (65).
132. **Nasrallah ha, targum sd, tandon r, et al.**  
« Dening and measuring clinical effectiveness in the treatment ofSchizophrenia ». *Psychiatr serv* 2005;3:273—82.

133. **Watzlawick p.**  
« Strategie de la therapie breve ».  
Paris: seuil; 1997.
134. **Wyatt rj.**  
« Research in schizophrenia and the discontinuation of antipsychotic medications ».  
Schizophr bull 1997; 1:3—9.
135. **Young jl, zonana hv, shepler l.**  
« Medication noncompliance in schizophrenia: codication and update ».  
Bull am acad psychiatry law 1986;2:105—22.
136. **Pharoah f, mari j, rathbone j, et al.**  
« Family intervention for schizophrenia ».  
Cochrane database syst rev 2006;4. Cd000088
137. **Sellwood w., tarrier n., quinn j., barrowclough c.,**  
“The family and compliance in schizophrenia: the influence of clinical variables, relatives knowledge and expressed emotion”.  
Psychol med, 2003. 33(1): p. 91–6.
138. **Van putten t.,**  
”Why do schizophrenic patients refuse to take their drugs?”  
Arch gen psychiatry, 1974.31(1):p.67–72..
139. **Palazzolo j, lachaux b,**  
« L’information du patient dans le cadre de la recherche en médecine ».  
Elsevier, paris, 2004c.
140. **Kampman o., laippala p., vaananene j., koivisto e., kilkkun., and lehtinen k.,**  
“Indicators of medication compliance in first-episode psychosis “.  
Psychiatry res ,2002 .110(1): p. 39–48.
141. **Smith t.e., hull j.w., goodman m., hedayat-harris a., wilson d.f., israel l.m., and munichr.l.,**  
“The relative influences of symptoms, insight, and neurocognition on social adjustment in schizophrenia and schizoaffective disorder”.  
J verv ment dis, 1999. 187(2): p. 102–8.
142. **Zipursky r.b.,**  
“ Psychotic recurrence after antipsychotic discontinuation “.  
Am j psychiatry,2002. 159(8): p. 1441–2; author reply 1442.

143. **Healey a, knapp m, astin j et al.**  
"Cost-effectiveness evaluation of compliance therapy for people with psychosis".  
Br j psychiatry 1998; 172; 420-4.
144. **Schmitt a, lefbvre n, chereau i, llorca pm,**  
"Insight et observance dans la schizophrénie" ;  
Annales medico-psychologiques 164 (2006) 154-158
145. **Amador xf, strauss dh, yale sa, gorman jm.**  
« Awareness of illness in schizophrenia ».  
Schizophr bull 1991; 17:113-32.
146. **David as, buchanan a, reed a, almeida o.**  
"The assessment of insight in psychosis".  
Br j psychiatr 1992;161:599-602.
147. **BLONDIAUX I, ALAGILLE M, GINESTET D.**  
Adhésion aux traitements biologiques en psychiatrie.  
Encycl Med Chir. Paris : Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS  
37-860-A-50
148. **CORRUBLE E, HARDY P. Observance du traitement en psychiatrie.**  
Encycl Med Chir. Paris : Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier  
Psychiatrie 37-860-A-60, 2003 : 6 p.
149. **R. Gourevitch**  
Comment améliorer l'observance chez le patient souffrant de schizophrénie ?  
L'Encéphale, 2006 ;32 :929-30, cahier 4

## قسم الطبيب

اقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أدوارها في كل الظروف والأحوال

بإدلا وسعي في استنقاذها من الهلاك والمرض والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، بإدلا رعائتي الطبية للقريب والبعيد،  
للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، أسخره لنفع الإنسان .. لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنى، وأكون أخا لكل زميل في المهنة الطبية

متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانيتي ،

نقية مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد

# دراسة التزام العلاج عند مرضى الفصام بخصوص 153 حالة

## الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 12 / 10 / 2016

من طرف

السيد محمد أمين رواح

المزداد في 17 ابريل 1989 بمراكش

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

الفصام – التزام العلاج- المميزات السريرية - تبصر.

## اللجنة

الرئيس

س. أيت بن علي

السيد

المشرفة

أستاذ في جراحة الدماغ والأعصاب

السيدة

ف. عسري

أستاذة في طب النفس

السيدة

ف. منودي

أستاذة مبرزة في طب النفس

السيدة

إ. عدالي

أستاذة مبرزة في طب النفس

السيدة

غ. ضرايس

أستاذة مبرزة في طب الأطفال

الحكام