



HAL
open science

Enquête sur la pratique et les représentations des neuroleptiques à action prolongée

Laura Linguanotto

► **To cite this version:**

Laura Linguanotto. Enquête sur la pratique et les représentations des neuroleptiques à action prolongée. Médecine humaine et pathologie. 2006. dumas-01266441

HAL Id: dumas-01266441

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01266441>

Submitted on 2 Feb 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



1^{er} exemplaire

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2006

N° 5068

ENQUETE SUR LA PRATIQUE ET LES REPRESENTATIONS DES
NEUROLEPTIQUES A ACTION PROLONGEE

THESE

PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

par

Laura LINGUANOTTO née le 16 octobre 1977 à Dijon

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE
GRENOBLE* le 19 octobre 2006

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président du jury : M. le Professeur BOUGEROL T.

Membres :

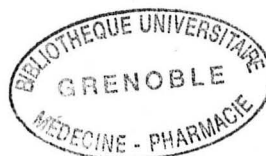
M. le Professeur BARRET L.

M. le Professeur BESSARD G.

M. le Docteur CHABANNES JP.

M. le Docteur SECHIER P.

** La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*



UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE
 Domaine de la Merci 38700 LA TRONCHE

Doyen de la Faculté : M. le Professeur **B. SELE**
 Vice-Doyen : M. le Professeur **J-P. ROMANET**

1^{er} septembre 2006

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRACTICIENS HOSPITALIERS

BACONNIER	Pierre	BIostatISTIQUES ET INF. MED. FACULTE
BAGUET	Jean-Philippe	SERVICE DE CARDIOLOGIE ET HYPERTENSION ARTERIELLE
BALOSSO	Jacques	RADIODIAGNOSTIC CHU
BARRET	Luc	MEDECINE LEGALE CHU
BAUDAIN	Philippe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE CHU
BEANI	Jean-Claude	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE CHU
BENABID	Alim Louis	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE CHU
BENHAMOU	Pierre Yves	ENDOCRINOLOGIE CHU
BENSA	Jean Claude	CENTRE DE TRANSFUSION SANGUINE
BERGER	François	ONCOLOGIE MEDICALE CHU
BESSARD	Germain	PHARMACOLOGIE FACULTE
BLIN	Dominique	CHIR. THORACIQUE ET CARDIOVASC. CHU
BOLLA	Michel	RADIODIAGNOSTIC CHU
BONAZ	Bruno	HEPATO-GASTRO- ENTEROLOGIE CHU
BOSSON	Jean-Luc	BIostatISTIQUES ET INF. MED. FACULTE
BOUGEROL	Thierry	PSYCHIATRIE D'ADULTES HOPITAL SUD
BRAMBILLA	Elisabeth	PATHOLOGIE CELLULAIRE CHU
BRAMBILLA	Christian	PNEUMOLOGIE CHU
BRICHON	Pierre-Yves	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO- VASCULAIRE CHU
CAHN	Jean-Yves	DEP. DE CANCEROL. ET HEMATOLOGIE
CARPENTIER	Patrick	MEDECINE VASCULAIRE CHU
CARPENTIER	Françoise	THERAPEUTIQUE CHU
CESBRON	Jean-Yves	IMMUNOLOGIE FACULTE
CHABRE	Olivier	ENDOCRINOLOGIE CHU
CHAFFANJON	Philippe	CHIRURGIE VASCULAIRE CHU
CHAVANON	Olivier	CHIRURGIE CARDIAQUE
CHIROSEL	Jean-Paul	ANATOMIE FACULTE
CINQUIN	Philippe	BIostatISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE INSTITUT ALBERT BONNIOT
COHEN	Olivier	GENETIQUE CHU
COULOMB	Max	(Surnombre)
DE GAUDEMARIS	Régis	MEDECINE DU TRAVAIL CHU
DEBILLON	Thierry	MEDECINE NEONATALE CHU
DEBRU	Jean-Luc	MEDECINE INTERNE CHU
DEMONGEOT	Jacques	BIostatISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE FACULTE
DESCOTES	Jean-Luc	UROLOGIE CHU
DUPRE	Alain	CHIRURGIE GENERALE CHU
DYON	J.François	CHIRURGIE INFANTILE CHU
ESTEVE	François	CENTRAL DE RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE UNITE IRM CHU
FAGRET	Daniel	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
FAUCHERON	Jean-Luc	CHIR GENERALE, CHIR. DIGESTIVE CHU
FAVROT	Marie C.	CANCEROLOGIE CHU
FERRETTI	Gilbert	RADIOLOGIE CENTRALE CHU
FEUERSTEIN	Claude	PHYSIOLOGIE
FONTAINE	Eric	NUTRITION PARENTERALE
FRANCO	Alain	GERIATRIE E. CHATIN CHU
FRANCOIS	Patrice	EPIDEMIOLOGIE ECONOMIE SANTE ET PREVENTION
GARNIER	Philippe	PEDIATRIE CHU

GAUDIN	Philippe	RHUMATOLOGIE CHU
GAY	Emmanuel	NEUROCHIRURGIE CHU
GIRARDET	Pierre	ANESTHESIOLOGIE CHU
GUIDICELLI	Henri	(surnombre)
HALIMI	Serge	NUTRITION CHU
HOMMEL	Marc	NEUROLOGIE CHU
JOUK	Pierre-Simon	BIOLOGIE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION CHU
JUVIN	Robert	RHUMATOLOGIE CHU
KRACK	Paul	NEUROLOGIE CHU
LE BAS	Jean-François	UNITE IRM CHU
LEBEAU	Jacques	CHIR. MAXILLO-FACIALE CHU
LECCIA	Marie-Thérèse	DERMATOLOGIE CHU
LEROUX	Dominique	GENETIQUE CHU
LETOUBLON	Christian	CHIRURGIE DIGESTIVE CHU
LEVERVE	Xavier	THERAPEUTIQUE
LEVY	Patrick	PHYSIOLOGIE FACULTE
LUNARDI	Joël	BIOCHIMIE ADN
MACHECOURT	Jacques	CARDIOLOGIE CHU
MAGNE	Jean-Luc	CHIRURGIE THORACIQUE VASCULAIRE CHU
MALLION	J. Michel	(surnombre)
MASSOT	Christian	MEDECINE INTERNE
MAURIN	Max	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE CHU
MERLOZ	Philippe	CHIR. ORTHOPEDIE ET TRAUMATOLOGIE CHU
MOREL	Françoise	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE CHU
MORO-SIBILOT	Denis	ONCOLOGIE THORACIQUE
MOUILLON	Michel	OPHTALMOLOGIE
MOUSSEAU	Mireille	CANCEROLOGIE
MOUTET	François	CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE
PASQUIER	Basile	ANATOMIE PATHOLOGIQUE
PASSAGIA	Jean-Guy	ANATOMIE
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	ANESTHESIOLOGIE
PELLOUX	Hervé	PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE
PEPIN	Jean-Louis	LAB. EXPLORATION FONCTION. CARDIO-RESP.
PISON	Christophe	PNEUMOLOGIE
PLANTAZ	Dominique	PEDIATRIE CHU
POLACK	Benoît	HEMATOLOGIE
POLLAK	Pierre	NEUROLOGIE
PONS	Jean-Claude	GYNECOLOGIE -OBSTETRIQUE
RAMBEAUD	J Jacques	UROLOGIE
RAPHAËL	Bernard	(surnombre)
REYT	Emile	O.R.L.
ROMANET	J. Paul	OPHTALMOLOGIE
ROUSSEAUX	Sophie	DPT DE GENETIQUE ET PROCREATION
SARAGAGLIA	Dominique	CHIR. ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE
SCHAAL	Jean-Patrick	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ET MED. REPROD. O.R.L.
SCHMERBER	Sébastien	BACTERIOLOGIE, VIROLOGIE, HYGIENE
SEIGNEURIN	Jean-Marie	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE, CYTOGENETIQUE
SEIGNEURIN	Daniel	BIOLOGIE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
SELE	Bernard	CHIRURGIE THORACIQUE VASCULAIRE CHU
SESSA	Carmine	(surnombre)
SOTTO	Jean-Jacques	MALADIES INFECTIEUSES
STAHL	Jean-Paul	REANIMATION MEDICALE
TIMSIT	Jean-François	CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES
VANZETTO	Gérald	NEPHROLOGIE
VIALTEL	Paul	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
VUILLEZ	Jean-Philippe	NEPHROLOGIE CHU
ZAOUI	Philippe	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
ZARSKI	Jean-Pierre	

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2006

N°

ENQUETE SUR LA PRATIQUE ET LES REPRESENTATIONS DES
NEUROLEPTIQUES A ACTION PROLONGEE

THESE

PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

par

Laura LINGUANOTTO née le 16 octobre 1977 à Dijon

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE
GRENOBLE* le 19 octobre 2006

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président du jury : M. le Professeur BOUGEROL T.

Membres :

M. le Professeur BARRET L.

M. le Professeur BESSARD G.

M. le Docteur CHABANNES JP.

M. le Docteur SECHIER P.

** La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*



Résumé :

Une enquête d'opinion a été réalisée auprès de praticiens hospitaliers du secteur public pour étudier la pratique actuelle des neuroleptiques à action prolongée (NAP) et son évolution ces dix dernières années. Cette enquête s'intéressait également aux perceptions véhiculées par ce traitement : un questionnaire identique a été proposé à des patients, des infirmiers et des médecins. Concernant la pratique, 95 questionnaires de médecins ont été analysés. Les résultats révèlent une prescription largement répandue de NAP chez les psychiatres du secteur public. Les critères de prescription rejoignent les recommandations actuelles et concernent l'amélioration de l'observance, la diminution des rechutes et l'indication pour les « malades difficiles ». Dans leur majorité, les praticiens ne notent pas de modification de leurs critères de prescription ces dix dernières années. Les autres notent l'influence des antipsychotiques de seconde génération oraux et du premier antipsychotique atypique disponible sous forme LP. Cette influence apparaît plus déterminante pour les nouvelles prescriptions d'antipsychotiques. Certains freins à une utilisation plus large de traitements retardés sont mis en évidence : choix limité de molécule ; croyances non fondées sur les NAP ; persistance d'une mauvaise image de marque auprès de certains praticiens. L'impact de l'évolution de la relation de soins sur l'utilisation de NAP est également cité par les médecins, source d'interrogations sur le plan médico-légal. L'évaluation des représentations des NAP grâce à un questionnaire identique permet de comprendre certaines raisons de la mauvaise observance. 33 questionnaires de patients, 44 d'infirmiers et 95 de médecins ont été analysés. Les priorités des soignants et des soignés sont différentes. Les patients s'attachent à leur ressenti au quotidien (bonne tolérance sur le plan des effets secondaires, qualité de vie optimale, simplicité du traitement). Les objectifs des soignants sont axés sur le long terme (amélioration de l'observance, diminution des rechutes). Les patients ont une attitude globale positive vis-à-vis du traitement NAP. La qualité de l'information délivrée au patient et l'implication de sa famille semblent déterminantes pour l'acceptation de ce traitement. L'alliance thérapeutique fonde la qualité de l'observance. Concernant le traitement NAP, la relation patient-infirmier est déterminante. La mesure d'indices de satisfaction des patients sur le traitement prescrit apparaît être un élément indispensable de l'évaluation des effets thérapeutiques.

Mots-clés : Neuroleptiques à Action Prolongée ; Enquête ; Prescription ; Représentations.

Remerciements

A Monsieur le Professeur Thierry BOUGEROL, notre président de thèse

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de notre thèse. Nous sommes sensibles à l'intérêt que vous avez accordé à ce travail. Nous avons apprécié votre enseignement au cours de notre formation.

Veillez trouver ici l'expression de notre estime et de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Luc BARRET

Nous vous remercions de nous faire l'honneur de participer au jury de notre thèse. Nous avons apprécié votre enseignement lors de notre formation.

Veillez trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A Monsieur le Professeur Germain BESSARD

Nous vous remercions de nous honorer de votre présence dans ce jury.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Jean-Paul CHABANNES

Nous avons apprécié lors de notre formation la qualité de votre enseignement.

Vous avez accepté de diriger notre travail de thèse. Nous avons apprécié votre grande disponibilité, vos conseils, vos réflexions, vos qualités humaines.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profond respect.

A Monsieur le Docteur Philippe SECHIER

Nous vous remercions de la qualité de votre enseignement et de l'aide précieuse que vous nous avez apportée dans la réalisation de ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A Mesdames et Messieurs les Docteurs P. BARO, D. SZEKELY, A. CHABERT, D. NIZAN, C. KREUWEN, P. GILLES, L. LABRUNE, E. DUPONT, V. NOËL. Nous avons apprécié chacun des stages réalisés dans vos services respectifs, vos enseignements et vos encouragements.

Veillez trouver ici l'expression de nos remerciements.

Aux équipes des services 2^{ème} Nord et 2^{ème} Sud du CHU de Grenoble ainsi qu'à l'équipe du service de médecine légale clinique du CHU de Grenoble. Aux équipes des services Chambéry Sud, Chambéry Nord, Aix Les Bains et du Département Adolescents du CHS de la Savoie.

Chacun dans votre fonction, vous nous avez apporté un enrichissement personnel et professionnel précieux pour notre pratique future et nous vous en remercions.

A Mesdames les secrétaires du CHS de la Savoie et particulièrement à Jeanine Furcy et à Mesdames les secrétaires du CHU de Grenoble et particulièrement à Murielle. A Mesdames les bibliothécaires du CHS de la Savoie pour leur précieuse aide.

A tous les médecins, infirmiers et patients qui ont accepté de répondre à notre enquête.

A mes parents, mon frère,
Pour votre soutien et votre confiance.

A Habib,
Pour ta confiance, ta patience et ton soutien, avec tout mon amour.

A la mémoire de ma grand-mère Lucia.

A toute ma famille et particulièrement ai miei zii e zie.

A tous ceux qui me sont chers.

A mes amis co-internes.

Aux Virginies' N et S (peut-être à bientôt....)

A mes dents.... !

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	3
METHODOLOGIE.....	5
I. Première partie de l'enquête sur la pratique des NAP.....	5
1. Recueil des données.....	5
2. Critères d'inclusion.....	5
3. Matériel.....	5
II. Deuxième partie de l'enquête sur les représentations des NAP.....	6
1. Recueil des données et critères d'inclusion.....	6
2. Matériel.....	6
III. Analyse statistique.....	6
RESULTATS.....	7
I. Première partie de l'enquête sur la pratique des NAP.....	7
1. Données personnelles.....	7
2. Utilisation du traitement NAP.....	7
2.1. Evolution de la prescription.....	7
3. Critères de choix.....	8
3.1. Evolution des critères de choix.....	8
4. Indications du traitement NAP.....	10
II. Deuxième partie de l'enquête sur les représentations des NAP.....	11
1. Données personnelles.....	11
2. Avantages, inconvénients et attentes.....	11
3. Information.....	12
4. Qualité de vie.....	12
5. Relation soignant-soigné.....	13
6. Satisfaction perçue de la famille.....	14
DISCUSSION.....	16
I. Première partie de l'enquête sur la pratique des NAP.....	16
1. Utilisation du traitement NAP.....	16

2. Critères de prescription.....	17
2.1. Amélioration de l'observance.....	17
2.2. Indication pour les « malades difficiles ».....	18
2.3. Diminution des rechutes.....	19
3. Evolution de la prescription.....	20
3.1. Concernant la tolérance.....	20
3.2. Concernant l'observance.....	21
3.3. Concernant l'information.....	22
4. Les indications.....	23
5. Les modalités de prescription.....	24
II. Deuxième partie de l'enquête sur les représentations des NAP.....	25
1. Intérêt du questionnaire identique.....	25
2. Des avantages partagés entre patients, médecins et infirmiers.....	25
2.1. Certitude de la prise.....	25
2.2. Diminution des rechutes.....	26
2.3. Contact avec l'équipe soignante.....	27
2.4. Monothérapie.....	27
3. Des opinions différentes en termes d'inconvénients.....	28
3.1. Perte de liberté.....	28
3.2. Administration intra-musculaire.....	28
3.3. Effets indésirables.....	30
3.4. Tolérance locale.....	31
4. Une information jugée insatisfaisante par les patients.....	31
5. Qualité de vie.....	32
6. Famille.....	33
7. Relation soignant-soigné.....	33
8. Attentes pour l'avenir.....	35
Limites de l'enquête.....	36
 CONCLUSION.....	 37
Références bibliographiques.....	40
Annexes.....	46

INTRODUCTION

Les neuroleptiques à action prolongée (NAP) ont été développés dans les années soixante principalement pour favoriser l'adhésion au traitement et permettre d'améliorer la prévention des rechutes. L'intérêt de cette forme galénique résidait également dans la suppression de la contrainte de la prise orale et dans la réduction des doses de neuroleptiques administrées quotidiennement et au long cours. Enfin, la biodisponibilité était améliorée par suppression de l'effet de premier passage hépatique. Six molécules sous forme injectable sont actuellement commercialisées en France depuis l'arrivée dans la pharmacopée de l'olanzapine en 1996.

Les conférences de consensus actuelles abordent peu la question des NAP et les réservent à des indications restreintes celle des patients non-observants et celle des malades à potentiel d'actes hétéro-agressifs ou médico-légaux. Même si on sait que la non-observance médicamenteuse est un facteur de rechutes et de réhospitalisations, les stratégies visant à améliorer l'adhésion au traitement et notamment l'utilisation plus large des neuroleptiques à action prolongée sont difficilement prises en compte. On estime en effet que ces formes galéniques sont sous-utilisées (30, 40, 47). Moins de 20% des schizophrènes dans le monde auraient un traitement sous forme NAP (26). Alors que, le taux moyen de non-observance médicamenteuse chez les schizophrènes est évalué à 55% (16).

Il paraissait donc intéressant d'en savoir plus sur les modalités de prescription des NAP et l'évolution de cette pratique ces 10 dernières années notamment avec l'utilisation croissante des antipsychotiques de seconde génération* et, depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Une enquête a ainsi été menée auprès de psychiatres pour déterminer ces informations et les freins éventuels à une prescription plus large de traitements sous forme retard.

D'autre part, il existe peu d'informations relatives aux perceptions véhiculées par ce traitement. Les études cliniques prenant en compte des indices de satisfaction de patients concernant le traitement pharmacologique qui leur est prescrit sont récentes et encore peu nombreuses. A l'heure où la relation de soins s'envisage plus comme une relation

* terme international : les termes équivalents de neuroleptique de seconde génération, de neuroleptique atypique et antipsychotique atypique seront également utilisés dans le corps du texte. Le terme antipsychotique de première génération équivaut à celui de neuroleptique de première génération ou de neuroleptique classique.

collaborative, la prise en compte de l'opinion du patient dans l'évaluation des effets thérapeutiques semble pourtant incontournable. Il est cependant légitime de se demander si les patients psychotiques, du fait des caractéristiques inhérentes à leur pathologie (faibles capacités d'insight, déni des troubles), sont capables d'évaluer leur état psychique sous traitement et d'évoquer leur ressenti (30). Il apparaît en fait que les propos recueillis sont empreints de pertinence et font partie d'un vécu dont seul le patient peut témoigner. Ces informations vont donc indéniablement influencer leur adhésion aux soins. Celle-ci dépend fortement de la qualité de la relation thérapeutique et la prise en compte des représentations qu'ont les patients de leur traitement concourt à la valoriser.

Pour déterminer les perceptions relatives aux NAP, nous avons élaboré et proposé un questionnaire identique à 3 utilisateurs de NAP : des médecins, des infirmiers et des patients. Nous nous sommes basés sur l'idée que la comparaison des opinions et la prise en compte des priorités de chacun permettrait au mieux d'adapter des stratégies de prise en charge thérapeutiques efficaces et cohérentes.

METHODOLOGIE

I. Première partie de l'enquête sur la pratique des NAP.

1. Recueil des données.

L'enquête a été réalisée auprès de médecins psychiatres de la région Rhône-Alpes entre le 15 février et le 15 mai 2006 par le biais d'un questionnaire adressé par courrier postal accompagné d'une lettre d'information (annexe 1). Une relance a été réalisée courant mai par le biais d'un courrier électronique. L'enquête a été définitivement close fin mai 2006.

248 questionnaires ont été envoyés dans 9 établissements.

2. Critères d'inclusion.

Les médecins interrogés devaient être praticiens hospitaliers dans un établissement public hospitalier, dont le nombre de lits de psychiatrie est supérieur à 100 et, exercer dans un service de psychiatrie adulte. Le questionnaire concernait les patients adultes et portait sur les traitements NAP classiques.

3. Matériel.

Le questionnaire comportait 6 questions à choix multiples concernant la pratique des NAP.

Elles permettaient de déterminer :

- L'évaluation de la prescription de NAP et son évolution ces 10 dernières années.
- Les critères de prescription et leur modification éventuelle sur cet intervalle.
- Les indications en terme de diagnostic.

II. Deuxième partie de l'enquête sur les représentations des NAP.

1. Recueil des données et critères d'inclusion.

Le questionnaire adressé aux 248 médecins psychiatres de la région Rhône-Alpes comportait une seconde partie sur les représentations concernant les NAP (annexe 1).

Ce même questionnaire a été proposé à 95 infirmiers travaillant en secteur psychiatrique de 3 établissements spécialisés.

Le questionnaire a été proposé à 35 patients présentant un diagnostic de schizophrénie, de trouble schizo-affectif ou de trouble délirant selon le 4^e manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Ces patients étaient adultes, hospitalisés ou ambulatoires, et étaient ou avaient été traités par NAP.

2. Matériel.

Le questionnaire comportait 6 questions à choix multiples sur les opinions en terme d'avantages et d'inconvénients, d'information, de qualité de vie, de relation soignant-soigné et de satisfaction perçue de la famille avec le traitement NAP. Une question s'intéressait aux attentes pour l'avenir sur la forme retard.

Il s'agit d'un auto-questionnaire mais un soignant était présent auprès des patients pendant la passation du questionnaire pour recueillir les commentaires spontanés des patients.

III. Analyse statistique.

Un pré-test a été réalisé auprès d'un échantillon de cinq médecins psychiatres.

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Stat View pour PC.

Un contrôle de la saisie informatique a été fait en ressaisissant un questionnaire tiré au hasard sur 10.

RESULTATS

I. Première partie de l'enquête sur la pratique des NAP.

95 questionnaires nous sont revenus complétés avec toutes ou la majorité des réponses. La majorité des questionnaires nous sont revenus avec le nom du prescripteur (70,5%) ; 29,5% sont revenus de façon totalement anonyme.

1. Données personnelles.

80 médecins ont précisé les données personnelles demandées :

- Sexe : 46 hommes ; 34 femmes.
- Moyenne d'âge : 46 ans (31 à 64 ans).
- Nombre moyen d'années d'exercice : 17 ans (3 à 37 ans).

2. Utilisation du traitement NAP.

L'ensemble des médecins interrogés a répondu qu'il était prescripteur de NAP. Un seul nous a répondu être non prescripteur. Il précise exercer en psychiatrie de liaison.

2.1. Evolution de la prescription.

* 45,7% des médecins interrogés estiment que leur prescription de NAP sur ces 10 dernières années a diminué.

* 41,5% qu'elle est équivalente.

* 10,6% voient une augmentation.

* 2,1% ne se prononcent pas.

3. Critères de choix.

Les résultats concernant les critères de choix d'un traitement NAP sont détaillés dans le tableau I (annexe 2) ; (les médecins devaient choisir trois réponses principales dans une liste de dix propositions et les classer).

Pour 68% des psychiatres interrogés, le choix de cette forme galénique est plutôt lié à des critères tels que ceux définis dans le tableau I plutôt qu'au diagnostic.

3.1. Evolution des critères de choix.

La majorité des médecins estiment que leurs critères de prescription n'ont pas changé ces 10 dernières années (58,5%) ; 36,2% pensent que ceux-ci se sont modifiés. Les réponses apportées pour préciser cette modification des critères de prescription peuvent être regroupées en 4 thèmes et portent sur les antipsychotiques de seconde génération oraux ou à libération prolongée, l'observance, l'information et les indications.

21,3% des psychiatres interrogés soulignent l'apport des antipsychotiques de seconde génération en terme de meilleure tolérance et d'amélioration de l'observance et privilégient la prescription de ceux-ci en première intention. 23,9% des praticiens décrivent une augmentation des effets secondaires sous NAP.

Quelques psychiatres (3,2%) expriment un quasi-arrêt de leur prescription de NAP à l'arrivée de la nouvelle génération d'antipsychotiques puis, une nécessité d'en re-prescrire par rapport aux problèmes d'observance non résolus avec ces derniers.

Certains médecins (2,1%) soulignent leur réticence à envisager un relais de traitement chez un patient stabilisé sous NAP depuis plusieurs années.

5,3% des praticiens spécifient une modification de leur prescription depuis la commercialisation du premier neuroleptique atypique à libération prolongée (LP) qui est privilégié en première intention quand est indiquée une forme retard et, est essayé en relais de traitement pour les patients sous NAP classiques. Ils décrivent un arbre décisionnel guidant leur prescription avec en première intention la prescription d'un antipsychotique de seconde génération oral puis, en cas d'échec, celle d'un neuroleptique classique oral puis, enfin, une

forme retard en privilégiant la forme LP de la rispéridone. Certains praticiens (3,2%) estiment que la disponibilité de cette dernière a globalement fait augmenter leur prescription de formes retard d'antipsychotiques.

Ils précisent par contre un problème de posologie parfois insuffisante avec la forme LP de la rispéridone et notent le problème du coût (3,2%). Beaucoup de praticiens attendent la disponibilité d'autres antipsychotiques de seconde génération sous forme LP.

2,1% des psychiatres s'interrogent cependant sur le recours de plus en plus rapide à ces formes galéniques, notamment depuis la commercialisation de la rispéridone à action prolongée, qui cristallisent une pathologie alors qu'il y a des épisodes uniques et que l'expérience de la rechute est parfois nécessaire.

3,2% des réponses concernent l'observance :

- Pour 1 médecin, ce critère était plus prépondérant, il y a 10 ans.
- Selon 1 prescripteur, c'est plus la qualité de la relation médecin-malade qui fonde l'observance que le NAP.

- Un psychiatre évoque que la traçabilité de l'observance permise par le NAP engendre une pression pour y recourir (sorties d'essai, en particulier).

2,1% des réponses concernent l'information et la relation de soins et son impact sur la prescription de NAP :

- Amélioration de la qualité de l'information délivrée au patient.
- Modification de la relation médecin-malade basée actuellement sur une relation de partenariat qui a glissé d'un « médecin sachant » à un médecin « prestataire de soins ».

4,2% des réponses concernent les indications :

- L'estimation d'une prescription auparavant plus souvent liée aux malades difficiles.
- La constatation que trop de patients sont « chronicisés » sous NAP alors qu'ils n'en auraient plus besoin.



4. Indications du traitement NAP.

En ce qui concerne les indications du NAP en fonction du diagnostic, les médecins prescrivent le NAP dans le cadre de :

- La schizophrénie :
 - * toutes les formes (58.5%)
- Un type particulier de schizophrénie :
 - * forme paranoïde (38.3%).
 - * forme hébéphrénique (13,8%).
 - * forme catatonique (3,2%).
 - * forme indifférenciée (13,8%).
 - * forme résiduelle (5,3%).
 - * forme simple (4,3%).
- Les troubles délirants persistants (67%).
- Les troubles schizo-affectifs (41.5%).
- Les troubles graves du comportement (48%).
- Les troubles graves de la personnalité (32%).
- L'alcoolisme (6,4%).
- Les troubles de l'humeur :
 - * accès aigu maniaque (2,1%).
 - * trouble bipolaire de type I (4,3%).

II. Deuxième partie de l'enquête sur les représentations des NAP.

Nous avons retenu 95 questionnaires de médecins, 44 questionnaires infirmiers et 33 questionnaires patients.

1. Données personnelles.

Nous ne rappellerons pas les données personnelles concernant les médecins (cf. partie I).

Données concernant les patients :

- Moyenne d'âge : 45,3 ans (30 à 66 ans).
- Sexe : 20 hommes ; 13 femmes.
- 20 patients hospitalisés.
- 13 patients ambulatoires.

Données concernant les infirmiers (données disponibles pour 35 des infirmiers interrogés):

- Moyenne d'âge : 39,8 ans (23 à 59 ans).
- Nombre moyen d'années d'exercice : 15 ans (1 à 33 ans).

2. Avantages, inconvénients et attentes.

Les tableaux II à IV regroupent et comparent les résultats obtenus concernant les avantages et inconvénients perçus du traitement NAP et les attentes pour l'avenir par rapport aux traitements retardés (trois réponses principales devaient être choisies dans une liste de dix propositions) (annexes 3, 4, 5).

3. Information.

L'information donnée au patient sur le traitement NAP est jugée satisfaisante par 74.2% des médecins. 12,9% l'estiment insatisfaisante et 13% ne se prononcent pas.

Les infirmiers répondent que l'information délivrée au patient sur le NAP est satisfaisante pour 61.4% d'entre eux. Ils sont 31.8% à la juger insatisfaisante. 6,8% n'ont pas donné leur avis. 9% des infirmiers insistent sur la nécessité d'explications simples, de pouvoir reprendre les dires du médecin, de vérifier la bonne compréhension de l'information et, notent l'intérêt d'une éventuelle brochure informative sur le traitement.

Les patients au contraire estiment l'information insatisfaisante pour 54,5% d'entre eux. Ils évoquent le fait que le traitement n'ait pas été accepté, ait été imposé et non expliqué. 42,4% des patients trouvent l'information satisfaisante. 3% ne se sont pas prononcés.

4. Qualité de vie.

En ce qui concerne la qualité de vie, 77,4% des médecins estiment qu'elle est améliorée sous NAP ; 15,1% ne le pensent pas ; 7,5% n'ont pas donné leur avis.

Les infirmiers perçoivent une amélioration de la qualité de vie avec le NAP pour 81,8% d'entre eux ; 6,8% pensent le contraire ; 11,4% n'ont pas donné leur avis.

Les patients ont une opinion partagée sur cette question avec un pourcentage identique de 39,3% de réponses positives et de réponses négatives. 21,2% des patients n'ont pas donné leur avis.

Les raisons qui concourent à l'amélioration de la qualité de vie avec le NAP selon les patients sont l'efficacité clinique, la diminution des rechutes, l'amélioration perçue sur le plan de la vie sociale (repas, vacances) grâce à la simplicité du traitement, à la diminution de la contrainte de la prise quotidienne et, à la diminution du risque d'oubli.

Les patients qui ont un avis contraire mettent surtout en avant les effets secondaires responsables d'un retentissement sur le quotidien, les loisirs, le travail. 3% des réponses concernent l'effet stigmatisant de la piqûre.

5. Relation soignant-soigné.

Quant à la relation soignant-soigné, 86% des praticiens estiment qu'elle est modifiée par l'emploi du traitement NAP.

Parmi ceux ayant précisé leur réponse (63,4%) ; 25,8% voient des conséquences positives sur la relation ; 10,7% des conséquences négatives et 18,3% une intrication des deux. 8,6% des avis sont neutres.

Les avis positifs concernent les bénéfices d'un suivi régulier et au long cours (24,7%) basé sur plus de confiance grâce à la transparence de l'observance et, une meilleure relation permise par la stabilité clinique. D'autre part, des bénéfices en terme d'observance sont soulignés (7,5%), une détection rapide des rechutes est possible. En outre, 9,7% des prescripteurs soulignent les conséquences positives sur la relation avec les infirmiers avec le moment qualifié de privilégié de l'injection qui permet contact et entretien régulier, ainsi qu'une ritualisation du soin. Enfin, 2,2% des réponses concernent l'effet protecteur de la piqûre et son côté sécurisant.

Les avis négatifs concernent une dimension de dépendance introduite par la prescription de NAP (12,9%). Les termes employés sont ceux de «subordination», «dépendance», «contrainte», «position infantilissante» voire «soumission» vis-à-vis de la «toute puissance médicale». 11,8% des praticiens indiquent également un vécu persécutoire du traitement NAP considéré comme intrusif, vécu comme un rapport de force par le patient. D'autre part, 2,2% des prescripteurs soulignent une perte d'autonomie liée au traitement retard. Enfin, 4,3% estiment que l'injection renvoie à une non acceptation de la maladie et rappelle sa chronicité.

Les infirmiers jugent que le traitement NAP a des conséquences sur la relation de soins pour 56,8% d'entre eux. Tous les infirmiers ont évoqué la relation soignant-soigné sous l'angle de la relation infirmier-patient.

64% des avis vont dans le sens d'une mise en jeu positive de cette relation au travers de la prescription du NAP grâce à l'instauration d'un suivi infirmier et, la possibilité d'entretiens

réguliers lors des visites. Ils considèrent que le moment de l'injection est un moment d'échange, un moment privilégié. Ils précisent également l'importance à leur sens d'un soignant identique pour favoriser l'adhésion aux soins et soulignent également l'influence du sexe et de la religion.

8% des infirmiers voient des conséquences négatives du NAP sur la relation de soins par le vécu de soumission qui est associé chez le soigné et l'accentuation du caractère obligatoire du traitement. Ils précisent, en outre, que le patient n'investit pas forcément de façon positive la rencontre avec l'équipe quand il vient faire son injection.

24% des infirmiers voient une intrication d'aspects positifs et négatifs selon le degré d'acceptation du traitement par le patient : soit une relation de confiance et de collaboration s'établit ; soit un vécu de dépendance, de perte de liberté, d'obligation est ressenti par le patient.

27,3% des patients pensent que le traitement a une incidence sur la relation soignant-soigné et, ont surtout précisé leur réponse sous l'angle de la relation infirmier patient.

Deux tiers de ceux-ci voient des aspects positifs grâce au contact régulier avec l'équipe infirmière et la possibilité d'entretiens lors des injections.

L'autre tiers associe au NAP un vécu persécutoire au suivi, un caractère de contrainte lié à l'obligation de l'administration intra-musculaire (IM).

Quand les patients répondent négativement à la question de l'influence du NAP sur la relation soignant-soigné (48,5%), 18,2% précisent leurs raisons. Un manque de temps infirmier autour du moment de l'injection ou un non-investissement de ce temps d'échange sont exprimés.

24,2% des patients n'ont pas donné leur avis et pour une grande partie par manque de compréhension de cette question.

6. Satisfaction perçue de la famille.

95,7% des médecins, 93,1% des infirmiers et 54,6% des patients pensent que la famille est plus satisfaite car plus rassurée avec cette modalité thérapeutique.

24,2% des patients n'ont pas donné leur avis du fait d'un tissu familial pauvre ou de relations conflictuelles avec leur famille.

Commentaires.

Ce questionnaire a été réalisé à partir de deux questionnaires antérieurs : le questionnaire utilisé en 1984 dans l'étude de Chabannes et al (9) et celui employé dans l'étude de faisabilité de Hensgen et Lascar (25).

Ce travail qui nous paraissait assez aisé au départ s'est heurté à plusieurs difficultés lors de sa réalisation et du recueil des données qui sont sans doute assez récurrentes lors des enquêtes qui s'intéressent aux pratiques professionnelles.

Ce travail a été finalement bien moi « persécutoire » pour les patients que pour les soignants. Les soignants ont gardé l'anonymat pour beaucoup d'entre eux. Une relance a été réalisée mais, n'a pas permis de recueillir beaucoup de réponses supplémentaires. Certains infirmiers se sont interrogés sur l'utilisation ultérieure des réponses fournies.

Nous sommes bien conscients d'avoir allumé certaines réticences à répondre à un questionnaire qui portait sur les pratiques professionnelles.

Par ailleurs, les personnes qui ont bien voulu répondre au questionnaire se sont montrées intéressées et ont accueilli favorablement notre enquête, nous les remercions de leurs encouragements.

Le temps passé auprès des patients pendant la passation du questionnaire a été enrichissant et témoigne de l'intérêt des éléments pouvant être recueillis sur le vécu de la maladie et du traitement.

(Ces quelques commentaires n'ont pas été intégrés dans les articles soumis à publication).

DISCUSSION

Le corps de la discussion reprendra les différentes questions abordées. Quelques résultats complémentaires apparaîtront en fonction de leur pertinence.

I. Première partie de l'enquête : la pratique des NAP.

Tout d'abord, un nombre important de psychiatres nous ont répondu (38.3%) ce qui témoigne de l'intérêt des praticiens porté à cette question alors que, la question du NAP est rarement abordée dans la littérature. (Les taux de réponses habituels dans les enquêtes d'opinions chez les médecins sont de 10 à 20%).

1. Utilisation du traitement NAP.

L'ensemble des praticiens interrogés s'est déclaré prescripteur de NAP, sauf un, mais qui nous a précisé exercer en psychiatrie de liaison. Il semble donc exister encore aujourd'hui une universalité de prescription du NAP chez les praticiens hospitaliers du secteur public comme ce qui était rapporté il y a 20 ans dans une enquête d'opinion sur les NAP (9).

Les médecins interrogés estiment majoritairement que leur prescription de NAP a soit diminué, soit est équivalente, sur ces 10 dernières années.

Une étude pharmaco-épidémiologique de la prescription des antipsychotiques réalisée en 2000 en France rapportait que les NAP représentaient 15% des prescriptions d'antipsychotiques en hospitalisation et, 26,6% en consultation, dans le secteur public (7). Nous n'avons pas pu récupérer de données objectives actuelles pour les comparer à nos résultats et voir si la fréquence d'utilisation et l'évolution étaient correctement estimées.

2. Critères de prescription.

Le premier critère de choix des NAP est l'amélioration de l'observance (92,5%).

Le deuxième concerne l'indication pour les « malades difficiles » (56,6%).

Le troisième repose sur la diminution des rechutes (54,5%).

2.1. Amélioration de l'observance.

Les praticiens interrogés rejoignent les recommandations des conférences de consensus en terme d'indications des traitements NAP. La conférence de l'American Psychiatric Association (2) réserve les formes à action prolongée pour les patients non observants ou, qui préfèrent cette voie d'administration. Les recommandations de 1998, concernant le traitement NAP chez les patients schizophrènes, incitent à envisager la forme retard pour chaque patient pour qui un traitement au long cours est indiqué et, en particulier, en cas de mauvaise observance (26).

Ce problème d'observance n'est pas le propre de la maladie schizophrénique et concerne de façon importante les maladies chroniques. Le taux moyen de mauvaise observance chez les schizophrènes, évalué à 55% (sur des périodes d'un mois à deux ans après la sortie d'hospitalisation), ne diffère pas significativement de celui d'autres troubles somatiques. La bonne observance est chiffrée à 50% pour l'ensemble des spécialités médicales, elle diminue à 25% quand on considère les maladies chroniques (16, 37).

Le traitement NAP fait partie des méthodes permettant d'améliorer l'observance. La revue de la littérature de Palazzolo reprenant des études entre 1985 et 2000 rapporte un taux moyen de mauvaise observance sous NAP de 17% (taux variant de 0 à 54%). Le taux moyen de mauvaise observance sous traitement oral étant lui de 46% (5 à 85%) (37). Le traitement NAP est cependant peu utilisé (30, 40, 47). Des estimations mondiales montrent qu'environ 20% des schizophrènes bénéficient d'un traitement NAP (26).

Le traitement par NAP permet en fait une meilleure évaluation de l'observance qui est mieux quantifiable. En effet, le problème reste entier si le patient ne fait pas réaliser ses

injections. Mais, la non-observance est rapidement détectée ce qui permet une prise en charge rapide (3, 36). L'observance est concrètement améliorée par l'obligation de contacts réguliers avec l'équipe soignante. Le NAP permet d'éviter une interruption brutale du traitement neuroleptique même si une injection n'est pas réalisée. Cela permet, comme le définit Kapsambelis, de créer un « espace-temps », un espace de négociation, propice à une rediscussion sur le traitement et son intérêt (27). Les rechutes précoces et leurs effets collatéraux sont alors évités. Le traitement NAP permet également au médecin d'évaluer la réponse thérapeutique sans se poser la question de la prise effective du traitement.

L'observance est multifactorielle et dépend, notamment, de la qualité de la relation thérapeutique ce qui à notre étonnement n'a été souligné que par un seul prescripteur. Celle-ci concourt en effet à améliorer l'adhésion aux soins (16, 37, 39). Les patients hospitalisés qui acceptent le traitement neuroleptique ont une perception plus positive de la relation avec leur thérapeute que ceux qui refusent le traitement (35). Dans leur étude, Frank et Gunderson ont montré que 74% des patients, qui avaient une alliance thérapeutique pauvre (évaluée à 6 mois), arrêtaient leur traitement neuroleptique dans les deux ans après leur sortie d'hospitalisation. A l'inverse, seuls 26% des schizophrènes ayant une relation de soins de qualité avaient arrêté leur traitement dans cet intervalle (20).

2.2. Indication pour les « malades difficiles ».

Le deuxième critère le plus choisi est celui de l'indication pour les « malades difficiles » (56.6%) ce qui rejoint également les recommandations actuelles qui réservent le traitement NAP aux patients à potentiel d'hétéro-agressivité ou d'actes médico-légaux et, en cas de suivi difficile (marginalisation, voyages pathologiques fréquents) (15).

Cette association du NAP aux malades difficiles concourt sans doute aux attitudes négatives des praticiens vis-à-vis du traitement NAP et à sa sous-utilisation (24).

2.3. Diminution des rechutes.

Le troisième critère choisi est celui de la diminution des rechutes. Le taux de rechutes est estimé à 11% par mois en cas de non-observance médicamenteuse et à 3.5% par mois avec un traitement NAP (49). Les résultats sont par contre controversés en ce qui concerne un bénéfice sur le taux de rechutes et de réhospitalisations entre traitement oral et retard.

La méta-analyse de Davis et al (12) montre une diminution statistiquement significative du nombre de jours d'hospitalisation pour les patients sous traitement retard par rapport à ceux sous traitement oral. Cette revue de la littérature concernait des études comparant les mêmes patients avant et après instauration de traitement NAP. Ces études sont particulièrement intéressantes pour les patients non-compliants et donc ceux pour qui la forme retard est la plus indiquée. En général, ceux-ci ne participent pas aux études et sont donc sous représentés dans les études sur l'observance.

Par contre, la méta-analyse d'Adams et al (1) répertorient 119 études, ce qui représente 6615 sujets, ne met pas en évidence de taux de rechute, statistiquement significatif, moindre avec un traitement retard (34,7%) par rapport à un traitement oral (36%). Cependant, les définitions de la rechute utilisées sont très variables. D'autre part, les patients qui participent à ces études sont déjà les plus adhérents aux soins et, cette participation entraîne un suivi plus régulier et rigoureux ce qui rend la généralisation des résultats problématique.

Enfin, il faut prendre en compte dans l'interprétation des résultats la durée des études sur l'observance qui est très variable et souvent trop courte. Or, on sait que l'observance varie au cours du temps diminuant, en particulier, un an après la sortie d'hospitalisation (12, 49).

Les formes retard ne résolvent pas complètement le problème des rechutes. Le taux de rechutes reste élevé quelle que soit la forme galénique utilisée, d'autres facteurs interviennent (évolution naturelle de la pathologie, comorbidités, abus de substances...).

3. Evolution de la prescription.

La majorité des prescripteurs ne notent pas de modification de leurs critères de prescription ces 10 dernières années (58,5%), ce qui peut sembler étonnant.

21,2% des médecins notent cependant l'impact des atypiques et de la rispéridone LP sur leur prescription de NAP ces 10 dernières années du fait d'un meilleur profil de tolérance et d'un gain perçu sur l'observance.

Cette influence n'apparaît pas encore déterminante. Elle l'est plus sur les nouvelles prescriptions pour lesquelles les antipsychotiques de seconde génération sont privilégiés, les NAP étant prescrits en dernière intention. Par contre, pour les patients stabilisés sous NAP depuis plusieurs années, les praticiens sont réticents à envisager un relais de traitement. Les freins cités à une prescription plus large d'antipsychotiques de seconde génération sont les problèmes d'observance non résolus avec ces produits, la non-disponibilité d'autres molécules sous forme LP et, le problème du coût de la rispéridone LP.

3.1. Concernant la tolérance.

En terme d'efficacité, la supériorité des neuroleptiques atypiques n'est pas démontrée. Elle est discutée sur les symptômes primaires négatifs, déficitaires, de la schizophrénie et reste à confirmer sur les troubles cognitifs. Mais, ils ont effectivement une meilleure tolérance sur le plan des effets secondaires, notamment neurologiques, à des niveaux différents. Par contre, les neuroleptiques de seconde génération sont associés à des effets indésirables métaboliques (prise de poids, dyslipidémies) dont la tolérance à long terme devra être évaluée (21).

Une augmentation présumée des effets secondaires sous NAP est citée par environ un médecin sur cinq (troubles cognitifs, troubles sexuels, dyskinésies tardives, effet dépressogène). Les enquêtes d'opinions auprès de psychiatres montrent une réticence des médecins à envisager la prescription de NAP par rapport à la crainte d'augmentation du risque d'effets secondaires, notamment dyskinésies tardives et syndrome malin des neuroleptiques (4, 24, 40). Ces craintes ne s'avèrent pas justifiées, il n'y a pas de données significatives qui montrent que les effets secondaires soient supérieurs avec un traitement NAP par rapport à un traitement oral (1, 26, 34).

Dans la revue de littérature d'Adams et al (1), il n'est pas retrouvé de différence, sur le plan des effets indésirables, pour la même molécule sous forme orale ou retard. En particulier, l'incidence des dyskinésies tardives avec les antipsychotiques oraux n'est pas supérieure à celle retrouvée avec les NAP.

Dans la revue de littérature de Glazer et Kane (24), une augmentation du risque de syndrome malin des neuroleptiques avec les NAP n'est pas démontrée. Le risque de mortalité associé n'est pas non plus, plus élevé avec cette forme galénique même si on ne peut arrêter rapidement le traitement NAP ce qui est un inconvénient souvent exprimé chez les prescripteurs. Les symptômes extra-pyramidaux sont eux plus fréquents en raison de l'utilisation de neuroleptiques classiques sous forme retard.

3.2. Concernant l'observance.

Les effets indésirables sont considérés comme un des premiers facteurs de non-observance (16). Il n'est cependant pas évident que le gain soit net entre neuroleptiques de première et de seconde génération sur l'observance.

Dolder (14) montre, chez des patients ambulatoires, une amélioration de l'observance modérément supérieure avec les neuroleptiques atypiques oraux par rapport aux neuroleptiques classiques oraux. Leucht (32) met en évidence un taux de rechutes et de non-observance légèrement, mais significativement plus bas, avec les neuroleptiques de seconde génération. Ces résultats sont controversés dans la méta-analyse de Gilmer (23) qui ne montre pas de différence statistiquement significative entre neuroleptiques classiques et atypiques sauf pour la clozapine.

Ces études comparent les traitements sous forme orale. Il n'existe pas à notre connaissance d'études comparant l'observance entre la rispéridone LP et un NAP classique. Concernant la rispéridone à action prolongée, l'étude de Fleischhacker montre qu'à 12 mois, 65% des patients prennent encore leur traitement ce qui est un taux d'observance supérieur à ceux observés sous NAP classiques (17).

3.3. Concernant l'information.

6% des psychiatres soulignent l'évolution de leur prescription avec l'évolution de l'information donnée au patient et notamment depuis la loi du 4/03/02. La relation de soins a profondément évolué passant du paternalisme médical à une relation coopérative avec un patient participant activement aux démarches de soins et, partageant la responsabilité de l'adhésion aux prescriptions (10, 37). Cette évolution a l'avantage de permettre aux praticiens de s'interroger sur leur pratique ce qui a concrètement amené au développement d'études et de stratégies de soins prenant plus en compte le ressenti des patients, leur qualité de vie. Il faut cependant être prudent quant à d'éventuelles dérives vers une adaptation des pratiques en fonction de perspectives médico-légales (22, 29). Le renversement de la charge de la preuve qui incombe dorénavant au médecin, qui devra démontrer en cas de litige que l'information a été délivrée et le consentement correctement obtenu, entraîne des préoccupations défensives chez les praticiens comme la question de l'information et du consentement écrits posée par plusieurs d'entre eux dans cette étude.

Tout d'abord, la procédure écrite n'est pas recommandée car elle peut avoir une influence négative sur la qualité de la relation médecin-malade (46) qui peut glisser d'une « relation de confiance à une relation de défiance » comme le souligne Palazzolo (37). De plus ces écrits ont peu de valeur sur le plan juridique sauf lorsqu'ils sont exigés par la loi (cas des recherches bio-médicales, par exemple) (46). La primauté de la communication orale sur la communication écrite reste de mise en psychiatrie. Elle permet au patient de partager ses questionnements, ses appréhensions et au thérapeute de s'adapter aux capacités de compréhension du malade (11, 22).

Un des objectifs de l'information est de recueillir un consentement éclairé, mais il ne faut pas tomber dans certains écueils : il faut s'interroger sur la façon dont il a été obtenu ? L'a-t-il été avec une information écrite souvent peu compréhensible par le patient ? Ou avec une information opératoire, standardisée plus destinée à protéger le praticien qu'à permettre une réappropriation par le patient d'un certain pouvoir décisionnel dans la conduite de ses soins ? Ou a-t-il été obtenu autour d'une négociation sur la sortie d'hospitalisation ?

Concernant spécifiquement le traitement, la loi du 27/06/90 relative aux hospitalisations en psychiatrie permet dans certaines conditions de passer outre le consentement du patient

pour l'admission en service spécialisé mais également pour appliquer le traitement même si le soin n'y est pas explicitement abordé (46). Dans d'autres pays, comme aux Etats-Unis, consentement à l'hospitalisation et consentement aux soins sont séparés (22). Il n'y a, par contre, pas de référence sur le plan légal aux traitements sous contrainte en dehors de l'hôpital. La loi du 4 mars 2002 réaffirme la primauté du consentement libre et éclairé et le respect du refus de soin (45).

La place des NAP dans une ère dominée par le respect des libertés individuelles et le « consumérisme médical » était déjà posée en 2001 (10). Si la pratique des NAP s'était réellement modifiée au regard de la loi du 4 mars 2002, il n'existerait plus une prescription largement répandue comme ce qui est décrit dans notre étude. D'un point de vue purement pratique, ce traitement est à l'encontre de ce qui est ré-énoncé dans cette loi : «le consentement peut être retiré à tout moment».

La meilleure protection juridique du médecin reste finalement constituée par la qualité de l'alliance thérapeutique comprenant l'évaluation du ressenti du patient sur le traitement prescrit. Le renouvellement de l'information et la réévaluation régulière du traitement semblent également nécessaires.

4. Les indications.

Les troubles pour lesquels le traitement NAP est indiqué et précisé par les médecins correspondent aux recommandations actuelles (2, 15, 26). Il concerne toutes les formes de schizophrénie, les psychoses chroniques non schizophréniques, les troubles de l'humeur (troubles schizo-affectifs et épisode maniaque), troubles graves de la personnalité et du comportement, alcoolisme.

Le diagnostic n'est pas le critère principal guidant la prescription de NAP. Le choix de cette forme galénique est, pour la majorité des praticiens, dicté par des facteurs plus généraux (68%), notamment, pronostiques et événementiels ce qui était déjà le cas il y a 20 ans (9). La pratique s'est donc peu modifiée à ce niveau.

5. Les modalités de prescription.

Les modalités de prescription du traitement NAP apparaissent relativement subjectives et se basent comme le souligne Lachaux (19) « sur les croyances et convictions de chacun en réponse à la faible utilisation d'outils d'évaluation concernant les NAP ».

La prescription dépend des connaissances en matière de prescription, des croyances des praticiens en termes d'effets secondaires, de l'expérience du prescripteur. L'acceptation de la forme retard par le patient, l'évaluation du risque de pauvre adhésion au traitement, la stigmatisation perçue et l'implication de l'équipe infirmière influencent aussi la pratique. Il faut également prendre en compte l'influence du système de soin, de la politique de santé et du discours des laboratoires pharmaceutiques (40, 41).

Selon Patel et al, les attitudes et croyances vis-à-vis du NAP sont corrélées positivement et significativement avec le degré de connaissances sur les NAP, ainsi des connaissances non optimales vont entraîner des attitudes négatives envers ce traitement, attitudes qui peuvent être transmises au patient et défavoriser l'adhésion au traitement (41).

Comme le souligne un des praticiens, la prescription de NAP est intéressante quand elle s'intègre dans une globalité du soin (suivi pluridisciplinaire, psycho-éducation...).

Un certain nombre de questions n'ont pas été abordées par les psychiatres :

- La relation doses-concentrations plasmatiques.
- Les équivalences posologiques entre neuroleptique oral et retard.
- L'association en début de traitement de la même molécule sous forme orale.
- Le cas des patients non-répondeurs à un traitement oral lié à un trouble de l'absorption ou à un premier passage métabolique excessif pour lesquels la forme retard est indiquée (26).
- La question des personnes âgées et des mineurs.

II. Deuxième partie de l'enquête : les représentations des NAP.

1. Intérêt du questionnaire identique.

Seuls deux patients ont refusé de répondre à notre questionnaire et le taux important de réponses auprès des médecins de 38.3% et auprès des infirmiers de 46.3% montre l'intérêt porté par l'ensemble des personnes interrogées au traitement NAP et à l'évaluation de leurs perceptions sur ce traitement. Le questionnaire identique permet de comparer et comprendre les priorités de chacun.

2. Des avantages partagés entre patients, médecins et infirmiers.

Les avantages principaux mis en avant par patients, médecins et infirmiers concernent la diminution des rechutes, la certitude de la prise et sa simplicité et, le contact avec l'équipe soignante. Ces mêmes avantages perçus étaient retrouvés dans l'étude de faisabilité de Hensgen et Lascar qui proposait également un questionnaire identique à des médecins, des patients et des infirmiers (25).

2.1. Certitude de la prise.

C'est l'avantage principal désigné par les soignants et ce, de façon très majoritaire par rapport aux autres réponses et, le troisième avantage choisi par les soignés. Les patients sont préservés du risque éventuel d'oubli et, pour les soignants, le NAP est le seul traitement dont on puisse contrôler la prise et sa régularité. Le patient peut cependant toujours décider de venir faire ou pas son injection. Le NAP permet en fait d'éliminer les problèmes de non-observance cachée.

L'observance se définit comme la parfaite concordance entre la conduite du patient et les conseils et prescriptions du médecin. Elle est difficile à évaluer car il existe une grande diversité de définitions et de méthodes de mesures. Le terme adhésion correspond plus à l'évolution actuelle de la relation de soins car il souligne plus le rôle actif du patient dans la

relation médecin-malade alors que le terme observance sous-entend une notion d'obéissance passive à l'ordonnance prescrite (37).

L'adhésion au traitement dépend de nombreux facteurs et, pour une part importante, de la qualité de la relation thérapeutique et de l'appréciation des sentiments subjectifs des patients concernant leur médication. Certains éléments perçus par les patients ne sont en effet pas toujours aisés à mettre en évidence par le médecin ou l'infirmier. On peut regretter que souvent, la certitude de la prise associée au NAP prime sur le ressenti du malade.

L'observance « imposée », comme la définit Palazzolo, n'a pas forcément une influence déterminante. En effet, le NAP, s'il n'est pas du tout accepté, peut induire chez le patient une « attitude de résistance active » qui peut venir masquer totalement tout ressenti d'amélioration clinique (37).

Des croyances en terme de santé vis-à-vis de la maladie et du traitement interviennent dans l'adhésion au traitement médicamenteux. Par exemple, la non-adhésion est significativement associée à la perception par le patient qu'il a un faible risque de rechute (38). L'adhésion du patient à des croyances négatives sur son traitement est un facteur de mauvaise observance (5).

2.2. Diminution des rechutes.

La diminution des rechutes en tant qu'avantage du traitement NAP est choisie en premier par les patients, désignée comme deuxième avantage par les médecins et, comme quatrième par les infirmiers.

Les conséquences des rechutes sont dramatiques. Elles entraînent une diminution de l'estime de soi, une altération des relations sociales, familiales et professionnelles et, une augmentation du risque de survenue de comportements auto et hétéro-agressifs. La diminution de la durée, de l'importance des rémissions et de la réponse au traitement est aussi constatée (21, 26).

Il est donc important de mettre l'accent sur des stratégies qui visent à prévenir les rechutes. L'intérêt du traitement au long cours dans les pathologies schizophréniques n'est plus discuté.

La prévention des rechutes grâce au traitement NAP est elle controversée comme nous l'avons vu plus haut.

2.3. Contact avec l'équipe soignante.

D'un point de vue historique, on craignait que le traitement par NAP n'aboutisse à un espacement du suivi et à une prise en charge essentiellement basée sur l'injection, à un désinvestissement de la relation de soins. D'autres y voyaient le moyen d'établir un schéma de contact régulier avec les soins, d'intensifier la relation en axant sur le travail psychothérapeutique (26).

Ce dernier point de vue apparaît majoritaire dans notre étude chez les soignants. C'est le deuxième avantage perçu du NAP par les infirmiers et le troisième choisi par les médecins qui soulignent l'intérêt du suivi pluridisciplinaire que permet le NAP. Les patients mettent moins en avant cet avantage (15,2% des réponses).

2.4. Monothérapie.

Le traitement NAP en tant que schéma thérapeutique simple et permettant théoriquement une monothérapie favorise l'observance (37). Cet avantage plébiscité par 31,7% des patients est une modalité thérapeutique, en réalité, rare. 18,2% des patients de l'échantillon seulement sont en monothérapie neuroleptique.

Force est de constater qu'en pratique courante, d'autres neuroleptiques sont souvent associés comme si l'on ignorait l'administration concomitante d'un neuroleptique IM. Comme le souligne Kapsambelis, le traitement NAP en tant que traitement désincarné peut être un traitement que l'on oublie (27).

3. Des opinions différentes en termes d'inconvénients.

Les patients citent le sentiment de perte de liberté (42,4%), le problème de la tolérance locale (39,4%), celui des effets indésirables (36,4%) et enfin, l'inconvénient de l'administration IM (36,4%).

Les médecins et les infirmiers quant à eux déterminent en tant qu'inconvénients le choix limité du neuroleptique (inconvénient principal choisi par les deux groupes), le problème de l'administration IM, l'absence de possibilité d'arrêt en cas d'intolérance majeure et la perte d'efficacité en fin de période d'injection.

3.1. Perte de liberté.

Le sentiment de perte de liberté est l'inconvénient principal choisi par les patients (47,3%), ce vécu est dans la majorité des cas associé à une non acceptation du traitement en général (64,3% des cas) et à un déni des troubles. Il faut prendre en compte la présence dans notre échantillon de patients ayant une pathologie sévère et en phase processuelle de leur maladie.

Ce sentiment n'est pas forcément en lien avec la question de l'administration IM. En effet, deux tiers des patients n'ont pas choisi ces deux inconvénients de façon concomitante.

Les autres raisons de ce vécu de perte de liberté sont liées à la non-acceptation de cette forme galénique du fait d'une préférence pour la forme orale actuellement prescrite ou, du fait d'effets secondaires invalidants ressentis sous NAP.

On peut souligner qu'en parallèle 33,3% des patients ont choisi comme avantage la certitude de la prise pour la possibilité de contrôle sur cette prise.

3.2. Administration intra-musculaire.

La question de l'administration IM mise en avant par plus de la moitié des médecins (56,5%) et des infirmiers (61,4%) est moins rapportée comme inconvénient par les patients (36,4%). Les praticiens estiment souvent que le traitement NAP est une mauvaise option thérapeutique car ils pensent que les patients ont une mauvaise opinion de la forme retard. En fait, les raisons évoquées par les patients sont pour une minorité en lien avec un vécu

persécutoire de l'IM (un quart des avis). Trois quarts des réponses concernent la crainte du geste de la piqûre mais sans vision intrusive de l'IM, la mauvaise tolérance locale et les effets indésirables perçus comme augmentés avec cette forme galénique.

D'autre part, 51,5% des patients ont précisé préférer cette forme galénique à la forme orale. (dont 9% sont sous traitement oral et 42,4% sous NAP) en mettant en avant la simplicité du traitement, l'aspect moins contraignant au quotidien et la diminution du risque d'oubli. Le côté sécurisant de l'injection, la perception d'une plus grande efficacité et la stabilité clinique avec le NAP sont également exprimés. La simplicité du traitement est un avantage du NAP cité par 48,5% des patients et que l'on retrouve dans d'autres enquêtes d'opinions (25, 48).

21,2% des patients préfèrent la forme orale car ils perçoivent une efficacité supérieure en prise quotidienne.

15,2% sont contre le traitement en général qu'il soit sous forme orale ou IM.

12,1% n'ont pas donné leur avis sur la forme galénique préférée.

Dans la littérature, on retrouve une vision plutôt positive des patients sur la forme injectable.

La revue de la littérature de Walburn et al regroupait six études concernant la voie d'administration préférée par les patients. Cinq études sur les six concluaient à une préférence des patients pour la forme IM. Ces cinq études concernaient des patients qui étaient sous traitement retard. En revanche, l'étude de Desai (13) était la seule étude où les patients préféraient la forme orale de la rispéridone, qui était leur traitement actuel.

Il faut cependant prendre en compte dans l'interprétation de ces résultats que, comme dans notre étude, les patients ont tendance à statuer en faveur de la forme galénique actuellement prescrite (42).

L'étude de Larsen et Gerlach (30) chez des patients schizophrènes ambulatoires montrait que 60% des patients considéraient de façon positive leur traitement retard, 8% de façon négative et 32% avaient un avis neutre.

Dans l'étude de Lachaux (28), 44% des patients souffrant de pathologies schizophréniques auraient l'intention, si un nouveau traitement prescrit était efficace, de le prendre sous forme injectable.

3.3. Effets indésirables.

Concernant les effets indésirables, 42,4% des patients s'en plaignent et citent principalement la sédation, les troubles sexuels et certains symptômes extrapyramidaux (akathisie et tremblements). 9,1% décrivent une augmentation des effets indésirables les premiers jours suivant l'injection.

36,4% perçoivent une augmentation des effets secondaires sous NAP mais une minorité (6%) se base sur la comparaison avec la même molécule sous forme orale.

Contrairement à ce que pensent ces patients et 23,9% des médecins, il n'est pas démontré que le traitement NAP augmente les effets secondaires comme nous l'avons vu.

Les patients sont par contre plus susceptibles de se plaindre d'effets indésirables quand le traitement n'est pas accepté (16, 40). Les patients qui prennent irrégulièrement leur traitement citent comme premier facteur de non-observance les effets indésirables (5). Les effets indésirables principaux ou les plus invalidants ressentis par les patients sont la sédation, la fatigabilité, la prise de poids, les difficultés de concentration et la tension interne (8, 16).

Les praticiens tendent eux à plus relever les effets extrapyramidaux et prennent peu en compte les effets secondaires de type psychique.

Les effets secondaires moteurs sont les moins exprimés par les patients (8, 48) sauf l'akathisie (16, 30). Beaucoup de patients ne sont d'ailleurs pas conscients d'avoir des symptômes extrapyramidaux. Dans l'étude de Larsen et Gerlach (30), 88% des patients qui ne se plaignaient pas d'effets indésirables avaient en fait des symptômes extra-pyramidaux.

L'akathisie est le facteur le plus hautement associé à un refus de traitement ou à une non observance ultérieure. Elle est souvent décrite comme suffisamment légère pour ne pas être perçue par les soignants (16).

Les effets secondaires de type neurologique dont se plaignent moins les patients sont par contre responsables d'une souffrance importante et de handicap pour le patient mais également pour sa famille. Ces effets sont particulièrement stigmatisants par rapport à la maladie mentale pour l'opinion publique.

3.4. Tolérance locale.

L'inconvénient de la tolérance locale est rapporté de nombreuses fois par les patients (39,4%) avec plaintes de douleur, d'induration et de prurit à l'endroit de l'injection. Une amélioration est attendue par les patients (18,2%) pour l'avenir. Cet inconvénient participe à la réticence des patients vis-à-vis de l'injection (12,1%). Il est moins considéré par médecins (14,1%) et infirmiers (9,1%).

Certaines techniques (rotation du site d'injection, IM profonde, limitation du volume injecté) permettent de diminuer les réactions locales (4, 36). Une amélioration de la tolérance locale est décrite avec la rispéridone LP (4, 17, 36).

4. Une information jugée insatisfaisante par les patients.

Alors que médecins (74.2%) et infirmiers (61.4%) estiment que l'information donnée au patient sur le traitement est correcte, les patients répondent pour 54,5% d'entre eux l'inverse.

On constate en effet que trop souvent aucune information n'est donnée ou en tout cas n'est reprise si le traitement est administré en urgence. La transmission d'informations relatives au traitement permet une meilleure acceptation du traitement, de ses effets indésirables éventuels et concourt à une observance ultérieure de qualité (37).

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé réaffirme cette nécessité d'information du patient dont un des objectifs est le consentement éclairé aux soins. Il s'agit d'une loi générique qui ne prend pas en compte certaines spécificités de l'information en psychiatrie (11, 29).

Ces spécificités concernent :

- La capacité du patient à être informé et donc à consentir. Il existe peu d'évaluations en France de cette compétence à consentir alors que les anglo-saxons ont développé plusieurs instruments (29). La seule référence aux facultés de discernement concerne les majeurs sous tutelle.

- La possible influence de l'information sur l'état psychique du patient.
- L'effet de l'information sur la relation médecin-malade, le consentement et l'adhésion aux soins.

La plupart des patients insatisfaits quant à l'information mettent en avant le fait que le traitement n'ait pas été accepté. Donner un rôle au patient lors de l'instauration du traitement paraît essentiel pour favoriser l'adhésion ultérieure aux soins (37).

Les programmes psycho-éducatifs visent à ce que le patient appréhende mieux ses troubles, à favoriser l'insight et à améliorer l'observance (37). L'apport de connaissances théoriques seules sur la maladie et son traitement ne s'est pas avéré efficace pour améliorer l'observance (16). Les stratégies d'information d'inspiration cognitivo-comportementale sont plus efficaces avec des techniques de résolution de problème, des programmes ciblés sur la non-observance (4, 16, 33, 50). Le ressenti des malades sur le traitement prescrit est important à prendre en compte dans ces démarches éducatives qui doivent s'efforcer d'être individualisées et donc interactives. Actuellement, les perspectives d'avenir concernent l'association de la psycho-éducation aux techniques de remédiation cognitive (33).

5. Qualité de vie.

La qualité de vie est perçue améliorée sous NAP par 77,4% des médecins et 82% des infirmiers. Les opinions des patients sont elles partagées et intimement liées à leur ressenti en particulier quant aux effets secondaires qui viennent détériorer leur qualité de vie sur le plan relationnel, social, des loisirs et du travail.

Nous n'avons pris en compte que la partie subjective dans l'évaluation de la qualité de vie c'est-à-dire la satisfaction des patients. Il serait nécessaire d'associer des données objectives prenant en compte le fonctionnement au quotidien pour apprécier au mieux la globalité de cette variable.

Dans l'étude de Larsen et Gerlach (30), les patients ambulatoires sous NAP rapportaient une qualité de vie environ aussi bonne que celle de la population générale. Il n'existait pas de

corrélation entre l'évaluation faite par les médecins et celle des patients. D'autre part, il n'y avait pas de corrélation entre les scores cliniques (PANNS), les scores aux échelles d'effets secondaires et la qualité de vie.

Dans l'étude de Fleischacker (18) concernant l'évaluation du bien-être chez des patients sous rispéridone LP, il apparaît à un an une amélioration des scores de qualité de vie mais une évaluation également différente entre médecins et patients.

Ces résultats viennent conforter outre l'évaluation sur le plan clinique, la nécessaire prise en compte dans les études cliniques d'indices de satisfaction des patients sur leur ressenti sous traitement (comme la donnée de qualité de vie) qui diffèrent souvent des perceptions des soignants.

6. Famille.

Patients, médecins et infirmiers nous ont répondu que la famille était plus satisfaite et ce, souvent, avec un traitement sous forme retard. Cette modalité thérapeutique rassure en effet souvent les familles qui ne sont plus dans l'obligation de contrôles éventuels ou moins suspicieuses par rapport à la prise du traitement car elles craignent d'éventuelles rechutes. Ceci permet globalement d'améliorer les relations intra-familiales. Elles sont également rassurées par rapport au risque de surdosage qu'il soit volontaire ou non. (15).

L'adhésion au traitement est meilleure quand il existe un entourage familial étayant qui s'implique dans le projet thérapeutique et adhère à celui-ci (5, 16, 29, 37). Un entourage socio-familial pauvre est par contre un facteur de moins bonne adhésion au traitement (16, 23). Dans notre étude, 24,2% des patients ont mis en avant cette pauvreté du tissu relationnel et son impact sur le vécu de la maladie et du traitement.

7. Relation soignant-soigné.

Patients et infirmiers ont surtout abordé cette question sous l'angle de la relation patient-infirmier. Ils y voient la possibilité de créer un espace de discussion et qualifient de

« privilégié » le moment de l'injection. Les médecins soulignent également l'importance de la relation patient-infirmier et considèrent pour certains qu'elle est plus importante que la relation patient-médecin dans le cadre du traitement NAP.

Les infirmiers ont un rôle majeur dans la relation avec le patient en étant beaucoup plus en lien avec la vie des patients et leur entourage, ils sont ainsi plus à même d'être questionnés sur le traitement prescrit. Ils ont un rôle d'autant plus important en ce qui concerne le traitement retard grâce à la relation privilégiée autour du moment de l'injection et, participent ainsi à un bon investissement du traitement par le patient (29).

Il existe peu d'études sur la satisfaction des infirmiers sur le traitement retard (40, 48). Ces études sont anglo-saxonnes et correspondent donc à des formations et des pratiques différentes. Elles permettent de mettre en évidence un manque de confiance, des connaissances non optimales et un souhait de formation supplémentaire. Des enseignements ciblés sont préconisés pour conduire à de meilleures attitudes.

Certains patients regrettent le manque de temps que pourraient leur consacrer les infirmiers. Le temps soignant-soigné autour du moment de l'injection est utile à une bonne adhésion aux soins. La brièveté du contact induit une passivité accrue chez le patient (37).

Les médecins soulignent l'importance d'une relation thérapeutique de qualité avec une bonne alliance avec le patient pour améliorer l'adhésion aux soins. Une bonne alliance thérapeutique favorise en effet l'observance (16, 22, 37). Dans cette étude, les patients qui investissaient favorablement leur traitement NAP évoquaient la qualité de la relation avec l'équipe soignante.

Les conséquences positives du NAP sur la relation soignant-soigné apparaissent majoritaires dans les réponses apportées par les médecins (qualité du suivi, amélioration de l'observance), des aspects négatifs sont cependant également exprimés. Au total, un tiers des médecins indiquent des conséquences négatives du NAP sur cette relation. Dépendance et perte de liberté sont souvent mentionnées alors que cette contrainte est parfois justement recherchée par les patients qui préfèrent le NAP pour cette possibilité de contrôle sur la prise (48).

D'un point de vue historique, il existait un enthousiasme dans les premières publications relatives aux NAP. Des visions négatives étaient également largement véhiculées par les praticiens qui y voyaient un instrument du pouvoir médical, d'inféodation (38, 43).

Ces opinions sont encore très prégnantes chez les médecins comme nous le montrent les réponses. Cela n'a pas d'incidence directe sur la prescription car aucun psychiatre ne nous a signifié ne pas utiliser de NAP comme nous l'avons vu mais, la persistance de cette mauvaise image de marque freine sûrement une utilisation plus large de cette modalité thérapeutique. Elle peut, d'autre part, être véhiculée au patient limitant l'adhésion aux soins.

Cette réticence principale vis-à-vis du traitement NAP s'explique en particulier par le fait qu'elle soit à l'encontre d'une culture médicale qui privilégie une relation de type empathique et bienveillante dont la discussion et la négociation autour du traitement fait partie (3).

Enfin, comme nous l'avons vu, cette vision négative exprimée par les médecins ne reflète pas forcément l'opinion des patients qui ont une attitude globale positive vis-à-vis du traitement NAP (30, 48).

8. Attentes pour l'avenir.

Les attentes des 3 sous-groupes peuvent être considérées comme équivalentes. L'espoir d'amélioration en terme de tolérance au niveau des effets secondaires formulée par les patients rejoint l'attente des soignants de nouvelles formes retard disponibles d'antipsychotiques atypiques.

Le problème du choix est l'inconvénient principal choisi par les médecins (64,1%) et les infirmiers (70,5%). Celui-ci apparaît être plus un frein relatif qui ne déterminerait pas forcément une prescription supérieure de formes retards. Ce plus large choix permettrait plutôt aux praticiens de s'assurer du recours potentiel à une forme injectable s'il était nécessaire (44).

Les bénéfices ressentis par les patients mais également par médecins et infirmiers avec les neuroleptiques classiques sont peut-être encore trop partiels pour permettre une meilleure adhésion aux soins.

L'ensemble des individus interrogés souhaite également le développement d'autres voies d'administration. En effet, les formes LP d'atypiques ne viendront pas modifier un certain nombre de perceptions négatives liées à l'administration IM, d'où l'intérêt d'envisager d'autres voies. Brossard (6) expose les différentes formes galéniques LP qui pourraient s'appliquer aux antipsychotiques : la voie transdermique, la voie injectable avec différentes alternatives (injection sans aiguille, implants, emploi de sphéroïdes, formes injectables à libération modulée ou formes vectorisées).

La demande des praticiens est, par contre, de conserver la possibilité offerte avec la forme IM de contrôle des prises. 2,2% des médecins soulignent un regain d'intérêt pour une forme orale à libération prolongée (penfluridol) qui permet un suivi hebdomadaire. Les demandes des praticiens concernant l'amélioration de la pharmacocinétique (33,3%), de la maniabilité (26,9%), et l'augmentation de durée d'action (27,9%) sont elles aussi des caractéristiques pharmacologiques. L'attente d'un allongement de la durée d'action est également fortement demandée par les patients (57,6%) et les infirmiers (63,6%).

La classe des NAP a peut-être encore peu bénéficié de l'innovation en pharmacie galénique en particulier parce que les besoins en termes de voies et de modalités d'administration n'ont pas été précisément déterminés.

Limites de l'enquête :

- Echantillon et zone géographique limités.
- Recueil des seules impressions subjectives.
- Compréhension difficile de certaines questions par les patients.
- Influence sur les réponses des patients du soignant présent.

THESE SOUTENUE PAR : Laura LINGUANOTTO

TITRE : Enquête sur la pratique et les représentations des neuroleptiques à action prolongée

CONCLUSION

Cette enquête visait à définir la pratique actuelle des NAP et son évolution au regard des recommandations actuelles, de l'utilisation croissante des anti-psychotiques de seconde génération et de l'évolution de la relation de soins. Cette enquête avait également pour objectif la détermination des représentations des soignants et des soignés concernant le traitement NAP.

Concernant la pratique, il existe une confiance renouvelée des psychiatres pour cette forme galénique dont les critères de choix rejoignent les recommandations actuelles. Ces critères se sont peu modifiés ces dix dernières années selon les praticiens et restent axés sur les problèmes d'observance et l'indication pour les malades difficiles.

Il existe une influence sur la prescription de NAP des antipsychotiques de seconde génération et une évolution à attendre de la disponibilité prochaine d'autres formes à libération prolongée de ces derniers. Cet impact n'apparaît pas encore déterminant du fait d'une frilosité des médecins à envisager un relais de traitement chez des patients stabilisés sous NAP depuis plusieurs années. L'influence est plus importante sur les nouvelles prescriptions, les médecins privilégient en première intention l'utilisation d'un antipsychotique de seconde génération oral puis, en cas d'inefficacité, de première génération sous forme orale. La prescription de NAP n'intervient qu'après échec de la première forme disponible d'antipsychotique de seconde génération à libération prolongée.

L'évolution de la relation médecin-malade et la loi du 4 mars 2002 ont relancé la réflexion sur la qualité de l'information et l'acceptation du traitement retard mais ont

également fait émerger chez les praticiens des questionnements sur le plan médico-légal. Il faut veiller à ce que ces interrogations ne conduisent à l'élaboration de stratégies thérapeutiques de façon défensive et ne nuisent à la qualité de la relation de soins.

Les prescriptions se fondent essentiellement sur les croyances et l'expérience des praticiens. Certaines raisons à une sous-utilisation de la forme injectable à action prolongée d'antipsychotiques eu égard au taux de non-observance médicamenteuse élevé apparaissent dans cette enquête : un certain nombre de croyances non fondées sur les NAP (perceptions d'une opinion négative des patients et d'une augmentation des effets secondaires) ; la persistance d'une mauvaise image de marque du traitement retard auprès de certains prescripteurs ; l'attente de nouvelles formes à libération prolongée d'antipsychotiques de seconde génération et des préoccupations sur le plan médico-légal.

Il apparaît donc intéressant d'optimiser les connaissances des praticiens sur cette forme galénique d'autant que diverses questions sont directement soulevées (arbre décisionnel guidant le choix de l'antipsychotique et de sa forme galénique, méthodes de transitions entre les produits, information et consentement). Gageons que dans une société qui privilégie de plus en plus les libertés individuelles, le traitement à action prolongée va encore fournir des axes de réflexion nombreux auprès des praticiens.

L'évaluation des perceptions véhiculées par le traitement NAP grâce à un questionnaire identique permet de comprendre les raisons de la mauvaise observance. Celle-ci vient signifier que les priorités des soignés et des soignants sont différentes. Les objectifs des médecins et des infirmiers sont plus axés sur le long terme (amélioration de l'observance et diminution des rechutes). Ceux des patients sont plutôt liés à leur ressenti au quotidien (simplicité du traitement, qualité de vie optimale et bonne tolérance sur le plan des effets indésirables). Ces divergences d'opinions peuvent entraîner des réponses inadaptées au niveau de la prise en charge et faire se pérenniser un mauvais investissement du traitement par le patient.

Les patients ont une attitude globale positive vis-à-vis du traitement NAP. La qualité de l'information délivrée au patient et l'implication de sa famille paraît déterminante pour l'acceptation de ce traitement. L'alliance thérapeutique est le pilier essentiel de l'adhésion aux soins et concernant le traitement NAP elle tout autant déterminée par la qualité de la relation

médecin-malade que par celle de la relation infirmier-patient. Cette alliance est favorisée par l'adoption de schémas thérapeutiques individualisés prenant en compte le ressenti des patients sous traitement et leur mode de vie. La mesure d'indices de satisfaction des patients concernant le traitement prescrit apparaît être un élément indispensable de l'évaluation des effets thérapeutiques. Il semble enfin primordial de réévaluer régulièrement le traitement et sa forme galénique.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 15 septembre 2006



LE DOYEN

M. le Professeur B. SELE

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping horizontal and vertical strokes.

LE PRESIDENT DE THESE

M. le Professeur T. BOUGEROL

A handwritten signature in black ink, featuring a large, stylized vertical stroke and a horizontal stroke crossing it.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) ADAMS CE, FENTON MK, QURAIISHI S, DAVID AS. Systematic meta-review of depot antipsychotic drugs for people with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2001 Oct, 179 : 290-299.
- (2) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Practice guidelines for the treatment of patients with schizophrenia (2nd edition). www.psych.org.
- (3) BARNES TR. Why indeed ? Invited commentary on... Why aren't depot antipsychotics prescribed more often and what can be done about it ? *Advances in Psychiatric Treatment* 2005 ; 11 : 211-213.
- (4) BHANJI NH, CHOUINARD G, MARGOLESE HC. A review of compliance, depot intramuscular antipsychotics and yhe new long-acting injectable atypical antipsychotic risperidone in schizophrenia. *Eur Neuropsychopharmacol* 2004 Mar ; 14(2) : 87-92.
- (5) BORDENAVE-GABRIEL C, GIRAUD-BARO E, DE BEAUCHAMP I et al. Pourquoi les patients souffrant de troubles psychotiques ne sont-ils pas observants à leurs médicaments ? *Encéphale*, 2003 May-Jun ; 29 (3 Pt 1) : 213-222.
- (6) BROSSARD D. Evolution des formes galéniques des neuroleptiques à action prolongée. *Nervure Tome XV n°4 mai 2002* :19-21.
- (7) BRUNOT A, LACHAUX B, SONTAG H et al. Etude pharmaco-épidémiologique de la prescription des antipsychotiques en milieu psychiatrique en France, profil et prise en charge du patient schizophrène traité par antipsychotiques. *Encéphale*, 2002 ; XXVIII : 129-138.
- (8) BUIS W. Patient's opinions concerning side effects of depot neuroleptics. *Am J Psychiatry*, 1992 ; 149(6) : 844-845.
- (9) CHABANNES JP, BAYAT C, BALAGUER E. Des médicaments nouveaux dans une clinique modernisée. *In Des neuroleptiques aux antipsychotiques : entre évolutions et*

mutations. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Medias flashes, Paris 2001 : 353-376.

(10) CHABANNES JP, PORNON G, SECHIER P. Neuroleptiques retard : une pratique toujours sujette à interrogation. *Actualités Psychiatriques, 1986 n°8 : 48-55.*

(11) CORDIER B, PETITJEAN F. Droits des patients, loi du 4 mars 2002, information du patient. *Forensic, Numéro spécial, Juin 2002 : 21-23.*

(12) DAVIS JM, METALON L, WATANABE MD, BLAKE L. Depot antipsychotic drugs, place in therapy. *Drugs, 1994 ; 47(5) : 741-773.*

(13) DESAI NM, HUG Z, MARTIN SD, MC DONALD G. Switching from depot antipsychotics to risperidone: results of a study of chronic schizophrenia. The Schizophrenia Treatment and Assessment Group. *Adv Ther, 1999 ; 16(2): 78-88.*

(14) DOLDER CR, LACRO JP, DUNN LB, JESTE DV. Antipsychotic medication adherence : is there a difference between typical and atypical agents ? *Am J Psychiatry 2002 ; 159(1) : 103-108.*

(15) ESPOSITO E, VANELLE JM. Les neuroleptiques d'action prolongée : quelle actualité ? *Annales Médico Psychologiques, 2003 ; 161 : 522-527.*

(16) FENTON W, BLYLER C, HEINSEN R. Determinants of medication compliance in schizophrenia : empirical and clinical findings. *Schizophr Bull, 1997 ; 23(4) : 637-651.*

(17) FLEISCHHACKER WW, EERDEKENS M, KARCHER K, et al. Treatment of schizophrenia with long-acting injectable risperidone : a 12-month open-label trial of the first long-acting second-generation antipsychotic. *J Clin Psychiatry, 2003 ; 64(10): 1250-1257.*

(18) FLEISCHHACKER WW, RABINOWITZ J, KEMMLER G, et al. Perceived functioning, well-being and psychiatric symptoms in patients with stable schizophrenia treated with long-acting risperidone for 1 year. *Br J Psychiatry, 2005 ; 187: 131-136.*

- (19) FOURNEL S. Les neuroleptiques et antipsychotiques à action prolongée, stratégie surannée ou thérapeutique d'avenir ? *L'information psychiatrique* 2002 n°2 Février : 167-169.
- (20) FRANCK N, THIBAUT F. Modalités d'utilisation des neuroleptiques. *EMC (Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie, 37-860-B-15, 2005.*
- (21) FRANK AF, GUNDERSON JG. The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. Relationship to course and outcome. *Arch Gen Psychiatry, 1990 ; 47(3) : 228-236.*
- (22) GAUILLARD J, VACHERON MN, CHEREF S, CAROLI F. Quelle information sur les antipsychotiques pour les patients et leur entourage ? *In Des neuroleptiques aux antipsychotiques : entre évolutions et mutations. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Medias flashes, Paris 2001 : 101-125.*
- (23) GILMER TP, DOLDER CR, LACRO JP, et al. Adherence to treatment with antipsychotic medication and health care costs among Medicaid beneficiaries with schizophrenia. *Am J Psychiatry, 2004 ; 161(4) : 692-699.*
- (24) GLAZER WM, KANE JM. Depot neuroleptic therapy : an underutilized treatment option. *J Clin Psychiatry, 1992 ; 53(12) : 426-433.*
- (25) HENSGEN S, LASCAR P. Etude de faisabilité d'un questionnaire sur les représentations des neuroleptiques à action prolongée. *Nervure, Tome XV, n°4, Mai 2002 : 33-37.*
- (26) KANE JM, AGUGLIA E, ALTAMURA AC, et al. Guidelines for depot antipsychotic treatment in schizophrenia. Consensus Conference in Siena, Italy. *Eur Neuropsychopharmacol, 1998 ; 8(1) : 55-66.*
- (27) KAPSAMBELIS V. Les neuroleptiques à action prolongée : un point de vue de clinicien. *Nervure Tome XV n°4 Mai 2002 : 25-28.*

(28) LACHAUX B. Etude auprès de patients souffrant de pathologies schizophréniques. *Nervure, Tome XIX, Tiré à part, Mai 2006.*

(29) LACHAUX B. Quels sont les principaux problèmes éthiques et comment aborder la question de l'information du patient et de sa famille en cas de schizophrénie débutante ? *In Schizophrénies débutantes. Diagnostics et modalités thérapeutiques, 2003, John Libbey Eurotext, Paris et Fédération Française de Psychiatrie : 349-386.*

(30) LARSEN EB, GERLACH J. Subjective experience of treatment, side-effects, mental state and quality of life in chronic schizophrenic out-patients treated with depot neuroleptics. *Acta Psychiatr Scand, 1996 ; 93(5) : 381-388.*

(31) LEGUAY D. Quelles sont les approches thérapeutiques les plus appropriées pour faciliter l'alliance thérapeutique dans le cadre des schizophrénies à leur début ? *In Schizophrénies débutantes. Diagnostics et modalités thérapeutiques. 2003, John Libbey Eurotext, Paris et Fédération Française de Psychiatrie : 323-336.*

(32) LEUCHT S, BARNES TR, KISSLING W, et al. Relapse prevention in schizophrenia with new-generation antipsychotics : a systematic review and exploratory meta-analysis of randomized, control trials. *Am J Psychiatry, 2003 ; 160 : 1209-1222.*

(33) LEVOYER D. Thérapies psycho-éducatives et psychoses. *In Les psychoses : données actuelles et perspectives. 2005 Elsevier SAS : 95-116.*

(34) LLORCA PM, CHEREAU I, BROUSSE G. Les NAP. Des expérimentations aux recommandations. Données factuelles. *Nervure Tome XV n°4 Mai 2002 : 22-24.*

(35) MARDER SR, MEBANE A., CHIEN CP. et al. A comparison of patients who refuse and consent to neuroleptic treatment. *Am J Psychiatry 1983; 140(4) : 470-472.*

(36) MC EVOY J. Risks versus benefits of different types of long-acting injectable antipsychotics. *J Clin Psychiatry, 2006 ; 67 (suppl 5) : 15-18.*

(37) PALAZZOLO J. Observance médicamenteuse et psychiatrie. 2004, Elsevier SAS : 200 pages.

(38) PALAZZOLO J. Des neuroleptiques aux antipsychotiques : une simple (r)évolution. In *Les psychoses : données actuelles et perspectives*. 2005, Elsevier SAS : 127-144.

(39) PALAZZOLO J, LACHAUX B. Entre compliancance et liberté : le témoignage d'un patient. *Encephale*, 1999 ; XXV : 667-671.

(40) PATEL M, DAVID A. Why aren't depot antipsychotics prescribed more often and what can be done about it ? *Advances in Psychiatric Treatment*, 2005 ; 11 : 203-211.

(41) PATEL MX, NIKOLAOU V, DAVID AS. Psychiatrist's attitudes to maintenance medication for patients with schizophrenia. *Psychol Med*, 2003, 33(1) : 83-89.

(42) PEREIRA S, PINTO R. A survey of the attitudes of chronic psychiatric patients living in the community toward their medication. *Acta Psychiatr Scand*, 1997 ;95(6):464-468.

(43) PERON-MAGNAN P. Le cas des neuroleptiques à action prolongée et des traitements d'entretien. *Encephale*, 1991 ; XVII : 263-266.

(44) SARFATI S, OLIVIER V, BOUHASSIRA M. Utilisation des nouveaux antipsychotiques dans le traitement de la schizophrénie, une enquête européenne. *Encéphale*, 1999 ; XXV : 658-666.

(45) SENON JL, LAFAY N, MANZANERA C, PAPET N. Lecture commentée de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : vers de nouvelles pratiques dans la relation médecin-malade. *Forensic, Numéro spécial, Juin 2002* : 4-12.

(46) TYRODE Y, BOURCET S, MARGULES P, VICENTINI JP. *Guide médico-légal du professionnel en psychiatrie*. Ellipses édition Marketing S.A., 2001. Paris : 144 pages.

(47) VALENSTEIN M, COPELAND LA, OWEN R et al. Adherence assessments and the use of depot antipsychotics in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry*, 2001, 62(7) : 545-551.

(48) WALBURN J., GRAY R., GOURNAY K et al. Systematic review of patient and nurse attitudes to depot antipsychotic medication. *Br J Psychiatry*, 2001 Oct ; 179 : 300-307.

(49) WEIDEN PJ, OLFSO M. Cost of relapse in schizophrenia. *Schizophr Bull*, 1995 ; 21(3) : 419-429,.

(50) ZYGMUNT A, OLFSO M, BOYER CA, MECHANIC D. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 2002 ; 159(10) : 1653-1664.

QUESTIONNAIRE NAP

1^{ère} partie : cette partie est destinée à des médecins psychiatres et concerne les neuroleptiques à action prolongée (NAP) classiques (produits concernés : Modecate, Piportil L4, Trilifan retard, Haldol decanoas, Clopixol AP, Fluanxol LP). Nous excluons donc la classe des neuroleptiques atypiques à action prolongée.

Données individuelles :

- Age :
- Date de soutenance de votre thèse :
- Faculté où votre thèse a été soutenue :

1. Prescrivez-vous des Neuroleptiques à Action Prolongée (NAP) ?

→ oui

→ non

2. En terme quantitatif, estimez-vous que votre prescription sur ces 10 dernières années ?

→ a augmenté

→ a diminué

→ est restée équivalente

→ ne sait pas

3. Quels critères retenez-vous à l'heure actuelle pour la prescription d'un NAP ?

Classez par ordre décroissant vos trois réponses principales, en leur attribuant les chiffres 1,2,3.

- réduction de la dose quotidienne de neuroleptique
- simplicité de la prise
- amélioration de l'observance
- diminution des rechutes

- indication chez des malades jugés « difficiles »
- un « plus de confort » pour le patient
- un « plus de confort » pour le prescripteur
- mettre entre parenthèses la question du traitement et axer la prise en charge sur d'autres objectifs
- diminution des risques d'abus, de surdosage
- échec d'un traitement par neuroleptique classique oral
- échec d'un traitement par neuroleptique atypique oral
- échec d'un traitement par neuroleptique atypique à action prolongée
- autres, précisez : -
-
-

4. Ces critères se sont-ils modifiés, pour vous, ces 10 dernières années ?

- oui
- non
- ne sait pas

Si oui, précisez votre réponse en trois lignes maximum.

5. Quelles sont les pathologies qui vous paraissent le plus à même de répondre à une prescription de NAP ? (cocher 1 ou plusieurs réponses)

- schizophrénie : - tous les types
- un ou plusieurs types particuliers :
 - schizophrénie paranoïde
 - schizophrénie hébéphrénique
 - schizophrénie catatonique
 - schizophrénie indifférenciée
 - schizophrénie résiduelle
 - schizophrénie simple

- troubles schizo-affectifs
- troubles délirants persistants
- troubles de l'humeur :
 - trouble bipolaire type I
 - trouble bipolaire type II
 - trouble dépressif récurrent
 - accès aigu de type maniaque
 - autres troubles de l'humeur précisez : -
-
-
- troubles graves de la personnalité
- alcoolisme
- troubles graves du comportement
- autres troubles précisez : -
-
-

6. Vos indications sont-elles ? (cocher 1 réponse)

- plutôt liées au diagnostic présenté par le patient (cf. question 5)
- plutôt liées à des critères plus généraux (cf ; question 3)
- ne sait pas

2^{ème} partie : cette 2^{ème} partie sera également proposée à des patients et à des infirmiers .

1. Avantages et inconvénients d'un traitement par NAP ?

Classez dans chacun des cas par ordre décroissant vos trois réponses principales en leur attribuant les chiffres 1,2,3.

Avantages :

- permet un traitement en monothérapie
- réduit la dose quotidienne de neuroleptique
- simplicité de la prise

- amélioration de la qualité de vie
- diminution des rechutes
- certitude quant à la prise
- contact régulier avec l'équipe soignante
- diminution des effets secondaires
- diminution des risques d'abus, de surdosage
- mise entre parenthèses de la question du traitement et orientation du suivi sur

d'autres objectifs

- autres, précisez : -

-

-

Inconvénients :

- perte de liberté
- mauvaise tolérance locale
- augmentation des effets secondaires
- perte d'efficacité en fin de période
- obligation d'un suivi infirmier
- administration par injection intra-musculaire
- pas d'arrêt possible en cas d'intolérance majeure
- choix plus limité du neuroleptique
- pas de souplesse dans le maniement
- risque de poly-thérapie neuroleptique
- autres, précisez : -

-

2. L'information donnée au patient sur le traitement par NAP vous paraît-elle satisfaisante ?

- oui
- non
- pas d'avis

3. Pensez-vous qu'il existe une amélioration de la qualité de vie avec un traitement par NAP ?

- oui
- non
- pas d'avis

4. Pensez-vous qu'un traitement par NAP a des conséquences au niveau de la relation soignant-soigné ?

- oui
- non
- pas d'avis

Si oui, précisez votre opinion en trois lignes maximum.

5. Un traitement par NAP vous paraît-il plus satisfaisant pour la famille d'un patient ?

- oui :
 - souvent
 - parfois
 - rarement

- non
- pas d'avis

6. Quelles sont vos attentes en terme de traitement sous forme retard pour l'avenir ?

Classez par ordre décroissant vos trois réponses principales, en leur attribuant les chiffres 1,2,3.

- autres voies d'administration (patch, spray...)
- amélioration de la tolérance en terme d'effets secondaires
- amélioration de la tolérance locale
- augmentation de la durée d'action
- amélioration de la pharmaco-cinétique (vitesse de libération du principe actif constante)
- amélioration de la maniabilité (cf adaptation de la posologie délicate)
- autres neuroleptiques atypiques disponibles sous forme retard
- autres : précisez : -
-
-

7. Commentaires libres

ANNEXE 2

Tableau I : Critères de prescription des NAP.

Critères en %	1 ^{er} critère	2 ^e critère	3 ^e critère	Total
Réduction de la dose quotidienne	2,1	8,5	15	25,6
Simplicité de la prise	2,1	8,5	20,4	31
Amélioration de l'observance	68	19,1	5,4	92,5
Diminution des rechutes	6,4	28,7	19,4	54,5
« malades difficiles »	14,9	21,3	20,4	56,6
« plus de confort » pour le patient	0	1,1	1,1	2,2
« plus de confort » pour le prescripteur	0	1,1	0	1,1
Axer la prise en charge sur d'autres objectifs	0	0	6,5	6,5
Diminution des risques d'abus et surdosage	0	1,1	2,2	3,3
Echec du traitement neuroleptique atypique oral	3,2	1,1	3,2	7,5
Echec du traitement neuroleptique classique oral	3,2	6,4	4,3	13,9
Echec du traitement neuroleptique atypique LP	0	3,2	1,1	4,3

ANNEXE 3

Tableau II : Avantages des NAP.

Raisons invoquées en %	Patients	Médecins	Infirmiers
Monothérapie	27,3	15,1	4,5
Réduction de la dose quotidienne	27,3	22,6	18,2
Simplicité de la prise	48,5	33,3	43,2
Amélioration de la qualité de vie	24,2	16,1	34,1
Diminution des rechutes	48,5	60,2	36,4
Certitude de la prise	33,3	79,6	81,8
Contact régulier avec l'équipe soignante	15,2	53,8	52,3
Diminution des effets secondaires	9,1	4,3	0
Diminution du risque d'abus et de surdosage	3	4,3	15,9
Orientation du suivi sur d'autres objectifs	3	8,6	11,4
Autres :			
- aucun avantage	18,2		
- autre	3		

ANNEXE 4

Tableau III : Inconvénients des NAP.

Raisons invoquées en %	Patients	Médecins	Infirmiers
Perte de liberté	42,4	28,2	18,2
Mauvaise tolérance locale	39,4	14,1	9,1
Augmentation des effets secondaires	36,4	23,9	13,6
Perte d'efficacité en fin de période	27,3	29,3	68,2
Obligation de suivi infirmier	24,2	0	11,4
Administration par voie IM	36,4	56,5	61,4
Pas d'arrêt possible en cas d'intolérance	18,2	41,3	16
Choix limité du neuroleptique	0	64,1	70,5
Pas de souplesse dans le maniement	15,2	22,8	13,6
Risque de polythérapie neuroleptique	24,2	4,3	0
Autres : - aucun inconvénient	3	1,1	2,3

ANNEXE 5

Tableau IV : Attentes pour l'avenir concernant les traitements retards.

Attentes invoquées en %	Patients	Médecins	Infirmiers
Autres voies d'administration	48,5	57	72,7
Amélioration de la tolérance (effets secondaires)	54,5	59,1	34,1
Amélioration de la tolérance locale	18,2	6,5	6,8
Augmentation de la durée d'action	57,6	28	63,6
Amélioration de la pharmacocinétique	30,3	33,3	38,6
Amélioration de la maniabilité	9,1	26,9	11,4
Autres neuroleptiques atypiques retards	15,2	74,2	66
Autres : - pas d'attentes - amélioration efficacité	12,1	5,4	2,3





SERMENT D'HIPPOCRATE

Qui dias memorem laudes, repetamque fideles
 Ingenij dotes, Hippocratisque decus.
 Democriti auditor Phœbea, ô, Coë propago,
 Certius an quis te tradidit artis opes?

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

