

UNE LEÇON GRATUITE DE FORMATION CONTINUE



**DONNE DROIT À
1,5 UNITÉ DE FC**

Le Conseil canadien de l'éducation permanente en pharmacie a accordé 1,5 unité de FC à cette leçon. Dossier n° 607-0707. Valable jusqu'au 14 août 2010.

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

Au terme de cette leçon, le lecteur devrait être en mesure, en ce qui concerne la schizophrénie, de :

1. préciser le taux d'observance thérapeutique.
2. décrire l'impact socioéconomique de la non-observance thérapeutique.
3. identifier les facteurs associés à l'observance des traitements par antipsychotiques de deuxième génération.
4. comprendre l'impact du schéma posologique et du dosage des antipsychotiques de deuxième génération.
5. définir les stratégies favorisant l'adhésion aux traitements par antipsychotiques de deuxième génération.

INSTRUCTIONS

1. Après avoir lu cette leçon attentivement, étudiez chaque question, puis choisissez la réponse qui vous semble correcte. Encercliez la lettre sur la carte-réponse ci-jointe ou répondez en ligne sur www.monportailpharmacie.ca, dans la section FC en ligne, « Autres FC approuvées par le CCEPP ».
2. La note minimale pour recevoir les UFC est de 70 % (ou 14 bonnes réponses sur 20). Si vous réussissez, vos UFC seront enregistrées auprès de l'Ordre provincial pertinent. (Remarque: dans certaines provinces, il incombe aux pharmaciens eux-mêmes de notifier l'Ordre.)

COMMENT RÉPONDRE?

- A. Pour connaître vos résultats immédiatement, répondez en ligne sur le site www.monportailpharmacie.ca.
- B. Faites-nous parvenir votre carte réponse par courrier ou télécopieur au 416-764-3937. Votre carte-réponse sera notée et les Éditions Rogers vous enverront vos résultats par la poste dans un délai de six à huit semaines.

Cette leçon de FC est publiée par le Groupe des publications d'affaires et professionnelles Rogers Media, One Mount Pleasant Rd., Toronto (Ontario) M4Y 2Y5. Tél.: 416-764-3916 - Téléc.: 416-764-3931. Aucune partie de cette leçon de FC ne peut être reproduite partiellement ou intégralement sans autorisation écrite préalable de l'éditeur. ©2007

LE GROUPE PHARMACIE

Québec Pharmacie 
pharmacy practice PharmacyPost



Adhésion au traitement par antipsychotiques de deuxième génération dans la schizophrénie

Par Ron Pohar, B.Sc Pharm

NOVEMBRE 2007

L'auteur déclare être un présentateur rémunéré par AstraZeneca; les réviseurs déclarent ne pas être en conflit d'intérêts réel ou potentiel.

INTRODUCTION

La schizophrénie est une maladie mentale chronique débilitante qui touche environ 1 % de la population canadienne¹. La schizophrénie affecte autant les hommes que les femmes, la maladie apparaissant le plus souvent au début de l'âge adulte, généralement entre 16 et 30 ans². La schizophrénie se caractérise par une multitude de symptômes, dont les délires, les hallucinations, la désorganisation du langage, un émoussement des affects, des troubles cognitifs, un retrait social et des troubles de la parole et du langage³. Bien que le pronostic à long terme varie, la plupart des personnes atteintes de schizophrénie souffrent d'épisodes répétés dont les symptômes et les conséquences s'aggravent progressivement⁴.

La schizophrénie peut faire peser un lourd fardeau sur les personnes qui en sont atteintes, affectant tous les aspects de leur vie et perturbant leur fonctionnement cognitif, social, physique et émotionnel³. Les personnes atteintes de schizophrénie présentent un risque accru de se retrouver sans domicile, sans travail et (ou) victimes de violences, de se suicider ou d'abuser de substances psychoactives⁵. Elles risquent également plus que les autres de souffrir de tout un éventail de maladies, dont les

maladies cardiaques, le diabète et les maladies respiratoires⁵. L'espérance de vie des personnes qui souffrent de schizophrénie est réduite de près de 20 ans par rapport à celle des gens qui n'en souffrent pas^{2,5}.

Du fait de sa nature débilitante, la schizophrénie fait aussi peser un poids économique important sur les personnes atteintes, les membres de leur famille et la société en général. On estime que de 1,5 % à 3 % des dépenses de santé nationale des pays développés et qu'environ 22 % de l'ensemble du coût des maladies mentales sont liées à la schizophrénie⁶. Au Canada, les coûts directs et indirects de la schizophrénie ont été estimés à près de 2 milliards \$ par an. Quand on prend aussi en considération les coûts indirects, on atteint quelque 6,85 milliards \$ par an⁴. Il est intéressant de noter que 70 % de ces coûts sont dus à une probabilité réduite que les personnes atteintes de schizophrénie fassent partie de la population active et à la productivité réduite de celles qui occupent un emploi rémunéré, à cause de la morbidité et de la mortalité prématurée que provoque cette maladie⁴.

Il est possible d'atténuer les conséquences personnelles et sociales de la schizophrénie par un traitement approprié. Les objectifs du traitement

LEÇON BÉNÉFICIAIRE D'UNE SUBVENTION À VISÉE ÉDUCATIVE DE :

AstraZeneca 

des idées au service de la vie

de la schizophrénie visent la réduction ou la suppression des symptômes, la maximisation de la qualité de vie et du fonctionnement ainsi que la guérison de la maladie et le maintien de cette guérison³. En dépit de l'amélioration importante de la pharmacothérapie et des programmes et services aux schizophrènes au cours de la dernière décennie, ces objectifs peuvent être difficiles à atteindre. Aussi le fardeau de la schizophrénie demeure-t-il important au Canada⁴. La non-adhésion aux schémas posologiques est l'un des facteurs qui contribuent au fardeau que représente actuellement la schizophrénie⁷. En fait, la non-observance thérapeutique a été associée à un risque accru d'hospitalisations, d'utilisation des services d'urgence, d'arrestations, de violence ou d'être victime de violence et de toxicomanie ainsi qu'à une moindre satisfaction de vivre et à une détérioration des fonctions mentales⁷. Les lignes directrices de pratique clinique états-uniennes et canadiennes concernant la prise en charge de la schizophrénie conseillent d'explorer la possibilité de non-observance si le traitement initial échoue ainsi qu'en cas de rechute^{3,5}. Ces lignes directrices insistent aussi sur l'importance de travailler avec les personnes atteintes pour mettre au point des stratégies qui les aideront à respecter le schéma posologique pour avoir plus de chances d'atteindre les objectifs du traitement. Cette leçon passe en revue les facteurs qui affectent l'observance thérapeutique dans la schizophrénie et ce qu'il est possible de faire pour s'attaquer à ce problème, en mettant l'accent sur les antipsychotiques de deuxième génération.

LA SCHIZOPHRÉNIE ET LES ANTIPSYCHOTIQUES DE DEUXIÈME GÉNÉRATION

La schizophrénie est un trouble psychotique grave qui affecte de nombreux domaines psychologiques³. En général, les symptômes caractéristiques de la schizophrénie sont classés en symptômes positifs (délires et hallucinations) et en symptômes négatifs (émoussement de l'affect, diminution de la productivité de la pensée et du langage, incapacité d'éprouver du plaisir et diminution de la mise en œuvre de comportements orientés vers un but)³. Depuis peu, toutefois, les symptômes de désorganisation de la parole, des pensées et du comportement ainsi que de manque d'attention sont placés dans une catégorie à part, plutôt que d'être regroupés au sein de la catégorie des symptômes positifs³. Plusieurs critères doivent être satisfaits pour diagnostiquer une schizophrénie. La personne doit manifester au moins deux symptômes (délires, hallucinations, désorganisation de la parole, catatonie ou grave désorganisation du comportement, ou symptômes négatifs) pendant une bonne partie d'un mois (ou moins, si on la traite avec succès)³. En présence de délires bizarres ou si les hallucinations comportent une voix faisant des commentaires ou des voix discutant entre elles, un seul symptôme suffit pour poser le

diagnostic³. Ce dernier suppose aussi qu'un ou plus des principaux domaines de fonctionnement (p. ex., le travail, les relations personnelles ou la capacité de prendre soin de soi) soient nettement inférieurs au niveau précédant le déclenchement de la maladie³. Les signes de perturbation doivent être présents depuis au moins six mois³. Les symptômes ne doivent pas pouvoir être attribués à un autre trouble comme le trouble schizo-affectif, la toxicomanie ou l'état général³.

Des données probantes permettent de penser que l'étiologie de la schizophrénie met en jeu des facteurs génétiques, des facteurs relatifs à l'environnement au début de la vie et des facteurs sociaux. On pense que plusieurs gènes pourraient être associés à la schizophrénie. On suppose qu'en présence de certains facteurs environnementaux et sociaux, chaque gène a un petit effet sur l'augmentation du risque de schizophrénie⁸. Le fait que les antécédents familiaux constituent un risque significatif dans la schizophrénie étaye la thèse d'un lien génétique⁸. On a postulé que les facteurs environnementaux qui peuvent accroître le risque de schizophrénie pourraient comprendre des événements prénataux et périnataux, comme le fait que la mère ait eu la grippe, la rubéole ou le diabète, ait souffert de malnutrition ou ait fumé pendant la grossesse, et des complications obstétriques impliquant une hypoxie⁸. Les facteurs sociaux sont notamment la pauvreté et le fait d'appartenir à une classe sociale défavorisée⁸.

Le déclenchement de la schizophrénie tend à être graduel et insidieux, s'étendant sur une moyenne d'environ cinq ans⁸. Au début, ce sont les symptômes négatifs et dépressifs qui apparaissent, suivis par les déficiences cognitives et sociales; les symptômes psychotiques et le premier contact psychiatrique ne surviennent qu'après plusieurs années⁸. Les premiers symptômes de la schizophrénie apparaissent entre 15 et 25 ans chez les hommes et entre 25 et 35 ans chez les femmes; l'incidence de la maladie est identique pour les deux sexes³. Les hommes sont plus enclins à présenter des symptômes négatifs et les femmes des symptômes affectifs⁸.

Le déroulement de la schizophrénie peut être arbitrairement divisé en phases «aiguë», «de stabilisation» et «stable»⁵. La phase aiguë est marquée par un accroissement des symptômes positifs associés à divers degrés de détresse et de désorganisation qui pousse souvent la personne affectée à chercher un traitement⁵. Au cours de la phase de stabilisation, les symptômes et la désorganisation déclinent généralement avec le traitement⁵. Dans la période stable, les symptômes et la désorganisation ont été réduits autant que possible et des stratégies à long terme peuvent être mises en place en vue de maximiser le niveau de fonctionnement⁵. Le pronostic à long terme est toutefois très variable, allant d'un niveau de guérison raisonnable à des symptômes chroniques résistants aux traitements³. Après un épisode initial, environ 10 % à 15 % des personnes atteintes de schizophrénie n'en connaîtront aucun autre, tandis que de 10 % à 15 % souffriront d'une psy-

chose grave³. La plupart des individus atteints de schizophrénie vont toutefois connaître une succession de périodes d'exacerbation et de rémission accompagnées d'une détérioration clinique³. L'évolution la plus favorable à long terme a été observée chez les femmes, les personnes mariées, celles qui étaient les plus âgées au moment du déclenchement de la maladie, celles qui ont des antécédents familiaux de troubles affectifs et celles qui n'ont pas d'antécédents familiaux de schizophrénie³. L'évolution semble aussi être plus favorable chez les personnes qui avaient un bon niveau de fonctionnement social et scolaire avant le déclenchement de la maladie, qui ont connu le moins d'épisodes morbides, qui présentent une succession d'épisodes et de rémissions et peu de comorbidité, qui appartiennent au sous-groupe paranoïde et qui présentent surtout des symptômes positifs³.

Dans l'ensemble, on comprend encore assez mal la physiopathologie de la schizophrénie. L'hypothèse de la dopamine est l'une des explications des symptômes observés chez les personnes atteintes. Cette hypothèse a été élaborée sur la base des effets des antipsychotiques de première génération; elle postule que les symptômes positifs et la désorganisation de la pensée proviennent d'une hyperactivité de la transmission dopaminergique dans le circuit mésolimbique cérébral⁹. On attribue les symptômes négatifs de la schizophrénie à une hypodopaminergie des signaux dans le circuit mésocortical cérébral et à une déficience en dopamine dans les cortex préfrontal médian, cingulé antérieur et orbitofrontal¹⁰. D'autres hypothèses sur la physiopathologie de la schizophrénie mettent en jeu d'autres neurotransmetteurs (comme le glutamate et la NDMA¹¹) et des anomalies de la structure du cerveau et du débit sanguin à l'intérieur du cerveau⁸. Les antipsychotiques de première génération (APG) améliorent les symptômes positifs de la schizophrénie, mais ils sont moins efficaces contre les symptômes négatifs¹². Ceux de deuxième génération (ADG) – clozapine, olanzapine, quétiapine et rispéridone – améliorent aussi les symptômes positifs et peuvent avoir un certain effet sur les symptômes négatifs, bien que cela soit encore controversé⁵. On dispose aussi d'indications à l'effet que les ADG pourraient aussi avoir une certaine efficacité dans le traitement de la symptomatologie cognitive⁵. De plus, le risque d'effets secondaires extrapyramidaux et de dyskinésie tardive est considérablement plus faible avec ces agents¹². C'est pour cela que les antipsychotiques de deuxième génération sont en train de remplacer ceux de première génération comme traitement de première intention de la schizophrénie⁵. On pense que les différences d'efficacité et d'effets secondaires entre la première et la deuxième génération d'antipsychotiques peuvent être attribuées à leur mécanisme d'action sous-jacent. Plutôt que d'agir seulement sur les récepteurs de la dopamine, les antipsychotiques de deuxième génération sont de puissants antagonistes du récepteur 5-HT_{2A}

TABLEAU 1 Antipsychotiques de deuxième génération autorisés au Canada

Nom générique	Marque	Dosage, forme et force d'administration	Voie pour la schizophrénie ⁵	Dose cible habituelle dans le CPS5	Dose maximale
Clozapine	Clozaril, génériques	comprimés de 25 mg et 100 mg	Orale	de 300 à 600 mg par jour	900 mg/ jour
Olanzapine	Zyprexa	comprimés de 2,5 mg, 5 mg, 7,5 mg, 10 mg et 15 mg	Orale	de 10 à 20 mg par jour	20 mg/jour
	Zyprexa Zydys	comprimés orodispersibles de 5 mg, 10 mg et 15 mg			
	Zyprexa intramusculaire	10 mg par flacon	Injection intramusculaire à libération immédiate		
Quétiapine	Seroquel	Comprimés de 25 mg, 100 mg, 200 mg et 300 mg	Orale	de 300 à 600 mg par jour	800 mg/ jour
Risipéridone	Risperdal, génériques	Comprimés de 0,25 mg, 0,5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg et 4 mg	Orale	Orale : de 2 à 6 mg par jour	8 mg/jour
	Risperdal, génériques	Solution à 1 mg/mL			
	Risperdal M-tab	Comprimés orodispersibles de 0,5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg et 4 mg			
	Risperdal Consta	25 mg, 37,5 mg et 50 mg	Poudre pour suspension injectable par voie intramusculaire, à libération prolongée	IM de 25 à 37,5 mg toutes les deux semaines	IM de 50 mg toutes les deux semaines

et ont un faible effet antagoniste sur le récepteur D2¹³.

En dehors des situations d'urgence, les antipsychotiques de deuxième génération sont indiqués pour le traitement d'un premier épisode de psychose, car les patients qui n'ont pas encore pris de médicaments sont particulièrement sensibles aux effets secondaires extrapyramidaux et à la sédation⁵. Ces agents sont aussi indiqués chez les personnes qui ont eu plusieurs épisodes de schizophrénie⁵. Les antipsychotiques de deuxième génération autorisés au Canada et les doses cibles pour le traitement de la schizophrénie sont présentées au tableau 1.

OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE DANS LA SCHIZOPHRÉNIE

L'observance thérapeutique est essentielle pour prévenir les rechutes et préserver le fonctionnement dans la schizophrénie³. Même avec les antipsychotiques de deuxième génération, la non-observance est un problème que l'on rencontre souvent dans la prise en charge de toutes les phases de la schizophrénie et elle n'est pas significativement meilleure qu'avec les antipsychotiques de première génération. La non-observance représente un obstacle de taille pour le succès du traitement². Il peut s'agir d'un refus global du traitement, d'un arrêt de la prise des médicaments ou d'une prise irrégulière, ou encore d'une variation du schéma posologique d'un jour à l'autre en fonction de l'état psychique subjectif du malade¹⁴. Bien qu'il puisse être difficile de respecter le schéma posologique avec n'importe

quelle maladie, la schizophrénie peut présenter à ce titre un défi particulier du fait de ses caractéristiques propres. Malheureusement, dans le cas de la schizophrénie, les conséquences de la non-observance peuvent être particulièrement dévastatrices – rechute, hospitalisation et suicide – et entraîner des coûts personnels, sociaux et économiques considérables⁷.

L'observance partielle est le type de non-observance thérapeutique que l'on rencontre le plus fréquemment dans la schizophrénie¹⁵. En fait, moins de 25 % des personnes qui en sont atteintes respectent entièrement le traitement et, en moyenne, les personnes souffrant de schizophrénie ne respectent leur traitement que 58 % du temps¹⁵. On a pu constater, dans une étude sur l'observance thérapeutique d'une durée de quatre ans, que 37 % à 38 % environ des personnes atteintes de schizophrénie avaient des problèmes d'observance chaque année, et que 60 % en avaient eu à un moment ou à un autre au cours de ces quatre années¹⁶. Ces données permettent de penser que les problèmes d'observance thérapeutique dans la schizophrénie ne sont pas forcément stables et peuvent varier avec le temps¹⁶. On a en fait constaté que l'observance décroît avec le temps, environ 50 % des personnes atteintes de schizophrénie respectant parfaitement le traitement au bout d'un an, contre 25 % seulement au bout de deux ans¹⁵.

Dans la schizophrénie, les conséquences de la non-observance thérapeutique peuvent être dévastatrices¹⁵. La non-observance d'un traite-

ment par antipsychotiques est l'un des principaux facteurs qui contribuent aux rechutes, ce qui est un problème d'autant plus préoccupant qu'il est de plus en plus difficile d'obtenir une rémission après chaque nouvel épisode¹⁵. Sur une période de cinq ans, environ 75 % des schizophrènes qui ne respectent pas leur traitement rechuteront, contre 35 % de ceux qui le respectent⁶. On a calculé que chaque rechute coûte entre 10 000 \$ et 26 000 \$⁶, et qu'au moins la moitié des rechutes étaient dues au fait que le malade n'avait pas respecté son traitement⁶. Les hospitalisations représentent l'essentiel des coûts de santé directs liés au traitement du premier épisode et des rechutes de la schizophrénie⁶. On a pu observer que, lorsque des personnes qui ne respectent pas leur traitement rechutent, leur séjour à l'hôpital dure environ 2,5 fois plus longtemps que lorsqu'il s'agit de personnes qui le respectent (38,1 vs 14,3 jours en moyenne)¹⁵. Cela montre que même les personnes qui respectent leur traitement rechutent, mais que dans leur cas la rechute est moins grave¹⁵.

Ce qui est peut-être encore plus important, c'est que le risque de suicide est environ quatre fois plus élevé chez les personnes qui ne respectent pas leur schéma posologique¹⁵. On a aussi constaté que, dans la schizophrénie, la non-observance thérapeutique fait augmenter d'environ 50 % le risque d'utilisation des services psychiatriques d'urgence, et de 40 % la consommation d'alcool et de substances psychoactives⁷. De plus, les personnes atteintes

de schizophrénie qui ne respectent pas leur traitement ont deux fois plus de chances de se faire arrêter et de commettre des violences ou d'en être victimes que celles qui le suivent⁷. Dans ces conditions, il n'est pas étonnant que la satisfaction de vivre et la qualité de vie reliée à la santé tendent à être moindres chez les personnes qui ne respectent pas leur traitement⁷. Il est donc évident que la non-observance thérapeutique entraîne d'importants coûts humains et financiers.

FACTEURS ASSOCIÉS À LA NON-ADHÉSION TRAITEMENTS PAR ANTIPSYCHOTIQUES DE DEUXIÈME GÉNÉRATION

Le taux global d'observance des traitements par antipsychotiques est assez faible¹⁷. Les professionnels de la santé doivent savoir que l'adhésion à un traitement est un comportement complexe qui met en jeu un processus de prise de décision complexe. Ainsi y a-t-il souvent à la source des problèmes d'observance de nombreuses questions dont beaucoup ne sont pas liées aux médicaments et qui doivent être identifiées et traitées pour que l'on puisse trouver une solution pour la personne atteinte. Dans la schizophrénie, les facteurs associés à la non-observance peuvent être liés à la personne, à la maladie, au clinicien, à l'environnement ou au traitement¹⁵.

Facteurs liés à la personne

Il a été démontré que, dans la schizophrénie, plusieurs caractéristiques démographiques, dont l'âge et le sexe, influent sur l'observance thérapeutique. On a en particulier constaté que les plus jeunes respectent assez peu leur schéma posologique, surtout les hommes¹⁸. Les personnes âgées tendent aussi à avoir un faible taux d'observance. Il se peut que cela soit dû à des pertes de mémoire et à la complexité accrue des schémas posologiques associés aux multiples comorbidités non psychiatriques que l'on rencontre chez les personnes âgées¹⁸.

Les personnes qui abusent de l'alcool ou de substances psychoactives peuvent être à risque particulièrement élevé de non-observance thérapeutique^{18,19} et elles tendent à retourner plus vite dans un établissement psychiatrique après l'avoir quitté¹⁵. Il s'agit d'un facteur qu'il importe de prendre en compte étant donné que la toxicomanie est très courante parmi les schizophrènes. Dans une étude épidémiologique de grande envergure, on a constaté que 37 % des personnes atteintes de schizophrénie abusaient de substances psychoactives ou y étaient dépendantes, et que 22 % de plus en consommaient²⁰. Les croyances relatives à la santé peuvent aussi jouer un rôle important dans l'observance thérapeutique¹⁸. Les croyances d'une personne quant à sa vulnérabilité, à la gravité de son état et à l'étiologie de la maladie influenceront, dans une certaine mesure, sur son adhésion au traitement¹⁸. Le pronostic est

généralement meilleur et le cours de la maladie est moins compliqué quand les personnes atteintes de schizophrénie en connaissent les signes et les symptômes, et comprennent les bienfaits du traitement¹⁴.

De plus, l'attitude vis-à-vis de la pharmacothérapie est un important facteur de prédiction de l'observance¹⁸. Les gens font souvent la part des choses entre le risque perçu et les avantages attendus du traitement avant de décider s'ils prendront ou non des médicaments¹⁸. Les personnes qui viennent de subir leur premier épisode de schizophrénie, de trouble schizophréniforme ou de trouble schizo-affectif sont de deux à trois fois plus susceptibles d'arrêter leur traitement d'antipsychotiques dans les deux premières années s'ils ne croient pas que les médicaments sont nécessaires ou s'ils ont l'impression qu'ils ne font pas grand effet²¹. Malheureusement, les personnes atteintes de schizophrénie manquent souvent du discernement nécessaire pour analyser ce genre de décision et leurs décisions relatives à l'observance ne sont pas toujours bien fondées¹⁸. Comme avec toutes les maladies, l'attitude envers la pharmacothérapie dans la schizophrénie est très variable et elle peut être influencée par un certain nombre de facteurs. Les délires et les hallucinations sont associés à des attitudes négatives, de même que certains effets secondaires comme la dyskinésie tardive¹⁸. La perception d'une stigmatisation de la schizophrénie peut conduire au refus de tout traitement¹⁵.

La situation financière d'une personne peut constituer un obstacle au traitement et les antipsychotiques de deuxième génération peuvent être relativement onéreux^{18,19}. Cela peut conduire à sous-utiliser ou à rationner les médicaments, voire à ne pas les prendre.

Facteurs liés à la maladie

Qu'ils soient positifs ou négatifs, les symptômes peuvent avoir un impact sur l'observance thérapeutique dans la schizophrénie. Les personnes qui souffrent de délires et d'hallucinations peuvent avoir peur de prendre leurs médicaments. Et celles qui sont atteintes de mégélanie ou maniaques peuvent ne pas vouloir que leurs symptômes disparaissent et résister au traitement¹⁸. L'impact des symptômes négatifs sur l'observance est plus complexe. Les personnes qui souffrent de symptômes négatifs peuvent manquer de la motivation nécessaire pour suivre leur traitement, mais aussi pour y résister¹⁸. Enfin, les troubles cognitifs associés à la maladie peuvent rendre l'observance difficile. Les personnes atteintes de schizophrénie qui ont des troubles cognitifs ont souvent de la difficulté à se rappeler de ce qu'elles ont à faire¹⁵, ce qui peut constituer un obstacle important pour le respect du schéma posologique.

Facteurs liés au clinicien

Les lignes directrices de pratique clinique pour la prise en charge de la schizophrénie insistent

sur l'importance de forger une alliance thérapeutique avec le patient pour favoriser l'observance³. On a constaté que la relation médecin-patient, plus précisément la perception par le patient de l'intérêt que lui porte le médecin et le nombre de contacts réguliers et de suivis, est l'un des plus importants prédicteurs de l'observance thérapeutique¹⁸. Certaines données permettent de penser que les médecins surestiment le niveau d'observance thérapeutique de leurs patients dans la schizophrénie¹⁵, ce qui pose un problème puisqu'il est nécessaire de reconnaître la non-observance pour pouvoir mettre en place des stratégies pour y remédier.

Facteurs environnementaux

L'environnement social et physique peut avoir de profonds effets sur l'observance thérapeutique dans la schizophrénie. Les mêmes facteurs environnementaux peuvent avoir tantôt un effet positif, tantôt un effet négatif selon qu'ils procurent un soutien à la personne ou qu'ils soient une source de stress supplémentaire¹⁸. Un milieu procurant du soutien est ainsi essentiel aux schizophrènes¹⁸. Les personnes qui sont soutenues par leur famille ou par des pourvoyeurs de soins professionnels sont plus susceptibles de respecter leur traitement que celles qui ne bénéficient d'aucun soutien. Toutefois, si les membres de la famille qui entourent la personne schizophrène ont une attitude négative vis-à-vis d'elle ou de son traitement psychiatrique, cela peut nuire à l'observance¹⁸. On a constaté qu'une attitude positive à l'égard du traitement était l'un des plus importants prédicteurs de l'observance thérapeutique. De ce fait, il est essentiel que l'entourage d'une personne schizophrène ait une attitude positive et encourageante. Les membres de la famille ne doivent pas avoir des attentes irréalistes¹⁴. De plus, l'accès à l'information est important pour favoriser l'observance. Du fait des symptômes de la schizophrénie, les personnes qui en sont atteintes peuvent ne pas être en mesure d'accéder (par exemple, par Internet) aux informations cliniques qui pourraient leur être utiles ou de les comprendre. Et quand elles ne disposent pas d'un milieu de vie stable (s'il s'agit de sans-abri, par exemple), l'observance thérapeutique peut être particulièrement problématique.

Facteurs liés au traitement

Les lignes directrices de pratique clinique pour la prise en charge de la schizophrénie insistent sur l'importance de minimiser les effets indésirables au début du traitement pour améliorer l'observance⁵. On recommande souvent pour cela des antipsychotiques de deuxième génération, car leurs effets secondaires sont perçus comme plus supportables. Les effets secondaires extrapyramidaux, par exemple, peuvent entraîner l'arrêt du traitement dans les 18 premiers mois chez 8 % des personnes traitées par des antipsychotiques de première généra-

tion, contre 2 % à 4 % avec les agents de deuxième génération²⁰. Il a été démontré que l'apparition rapide des effets secondaires et leur persistance tout au long du traitement découragent l'observance¹⁸. Inversement, la disparition rapide des effets indésirables à l'arrêt du traitement peut aussi renforcer la non-observance. Les effets secondaires les plus couramment associés à l'arrêt du traitement antipsychotique sont les effets secondaires extrapyramidaux, le gain de poids et des effets cognitifs comme la sédation^{14,20}.

Le début d'action retardé des antipsychotiques de deuxième génération peut nuire à l'observance thérapeutique dans la schizophrénie¹⁸. Si les personnes atteintes et celles qui s'en occupent ne savent pas que tous les symptômes ne seront pas immédiatement soulagés par le traitement, elles peuvent penser que le traitement est sans effet et l'arrêter¹⁸. De plus, une disparition incomplète des symptômes peut décourager l'observance¹⁸. Il est donc essentiel d'optimiser le schéma posologique tant sur le plan du dosage que de la durée du traitement. Il est intéressant de noter que, du fait du délai entre l'arrêt du traitement et la réapparition des symptômes, les personnes atteintes de schizophrénie n'associeront pas l'arrêt du traitement à une éventuelle rechute¹⁸. Cela peut avoir un impact négatif sur l'observance et peut éventuellement renforcer la tendance à arrêter de prendre les médicaments quand les symptômes s'atténuent.

La complexité du schéma posologique peut aussi avoir une influence sur l'observance thérapeutique. Celle-ci peut être grandement réduite par le fait de devoir prendre plusieurs médicaments à des moments différents²². Bien qu'il n'y ait pas eu d'études spécifiques concernant la schizophrénie ou les antipsychotiques de deuxième génération, celles qui ont été menées sur d'autres types de malades montrent que les personnes qui ne prennent des médicaments qu'une fois par jour respectent mieux leur traitement que celles qui doivent en prendre trois fois par jour. Il a été démontré que l'observance thérapeutique décline avec le nombre de prises de médicaments²². Par conséquent, il y a plus de chances que les personnes atteintes de schizophrénie qui prennent des antipsychotiques de deuxième génération une fois par jour respectent leur traitement²².

STRATÉGIES POUR FAVORISER L'OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE

Comme il y a un grand nombre de facteurs qui ont un impact sur l'observance thérapeutique dans la schizophrénie, il n'est pas surprenant qu'il soit souvent nécessaire de recourir à diverses stratégies d'intervention pour réussir à améliorer l'observance^{23,24}. Globalement, les interventions cliniques triplent presque les chances d'adhérer au traitement²⁵. Deux récentes revues de la littérature ont conclu que les interventions qui ne s'appuient que sur une

approche éducative sont les moins efficaces. Les plus efficaces combinent des approches éducatives, comportementales et émotionnelles^{23,24}. Les interventions qui comprennent des techniques de résolution de problèmes, d'adaptation du comportement et de motivation tendent à être plus efficaces que les approches purement éducatives^{23,24}. Sans doute les pharmaciens n'ont-ils pas un rôle à jouer dans tous ces types d'interventions, mais ils peuvent contribuer à favoriser l'adhésion au traitement par les antipsychotiques de deuxième génération à l'aide de stratégies axées sur les schémas posologiques, qui peuvent être associées à une approche éducative ou comportementale.

Comme on l'a déjà vu, les lignes directrices de pratique clinique pour la prise en charge de la schizophrénie insistent sur l'importance de forger une alliance thérapeutique avec les personnes atteintes, car il a été démontré que cette façon de faire favorise l'observance. Quand on réussit à forger une alliance thérapeutique efficace avec la personne atteinte, celle-ci est plus encline à parler de l'observance et à coopérer à la réussite du traitement, en particulier si une relation de confiance s'établit³. Pour bâtir une telle relation, les pharmaciens doivent d'abord consacrer du temps à leurs clients schizophrènes de façon à pouvoir identifier leurs objectifs d'ensemble et à les aider à comprendre le rôle qu'un traitement efficace peut jouer pour les aider à atteindre ces objectifs. Au cours de la discussion, les pharmaciens devraient aussi discuter des obstacles qui, aux yeux de la personne schizophrène, l'empêchent de respecter son traitement. Au cours de la même discussion, ils peuvent aussi se faire une idée des obstacles que le client lui-même n'a peut-être pas identifiés, comme des problèmes cognitifs et de désorganisation³. Les pharmaciens peuvent également parler de l'importance du soutien familial ou de toute autre source de soutien social en ce qui concerne l'observance thérapeutique et, avec la permission de son client, demander à ces personnes de l'aider à respecter le traitement³. En sachant quels sont les obstacles auxquels fait face une personne schizophrène, les pharmaciens seront plus à même de l'aider à élaborer des stratégies en vue de favoriser l'observance et de réduire ou éliminer ces obstacles. Les pharmaciens peuvent aussi aider leurs clients schizophrènes et leur famille en les adressant à des organismes de soutien communautaires ou à des ressources nationales comme la Société canadienne de la schizophrénie (www.schizophrenia.ca)³.

Messages éducatifs

Avec la schizophrénie, une grande partie du rôle des pharmaciens pour favoriser l'observance thérapeutique consiste à faire de l'éducation auprès de leurs clients. Les approches éducatives qui impliquent la personne atteinte dans les décisions relatives à son traitement peuvent rehausser sa confiance dans la réussite

du traitement et sont utiles pour établir une alliance thérapeutique²⁶. Il y a plusieurs points importants sur lesquels le pharmacien devrait insister. Il est impératif que les personnes qui prennent des antipsychotiques de deuxième génération et leurs soignants sachent que, pour que ces médicaments soient efficaces, il faut les prendre quotidiennement, qu'il faut continuer le traitement même lorsque les symptômes s'atténuent pour éviter une rechute et qu'il est nécessaire de consulter un professionnel de la santé avant de prendre des médicaments en vente libre et des produits de phytothérapie afin d'éviter les interactions. Il faut parler des possibles effets secondaires des médicaments en indiquant ceux qui nécessitent une attention immédiate. Avec les médicaments de deuxième génération, la prise de poids est le principal motif d'arrêt du traitement³. Les personnes qui commencent ou continuent un traitement par ce type de médicaments devraient recevoir des conseils sur la prise de poids et des stratégies proactives devraient être prévues pour les aider à maîtriser leur poids. Les lignes directrices canadiennes recommandent de mesurer le tour de taille et le poids de départ et de les contrôler deux, quatre, six et huit semaines après le début du traitement par un agent de deuxième génération²⁷. Il faut également surveiller l'indice de masse corporelle²⁷. Comme il y a association entre gain pondéral et apparition d'un diabète de type 2, il est aussi recommandé de doser au départ la glycémie à jeun ou au hasard, ainsi qu'à un, trois et six mois après le début du traitement par un agent de deuxième génération²⁷. Il est aussi important que les personnes qui entreprennent un traitement par des antipsychotiques de deuxième génération sachent que le soulagement de leurs symptômes sera probablement retardé de deux à quatre semaines³. Cela permettra d'éviter des attentes irréalistes avec l'utilisation de ces médicaments et contribuera possiblement à réduire l'arrêt prématuré du traitement sous prétexte qu'il n'est pas efficace, particulièrement quand des effets indésirables se produisent avant que des bienfaits ne se manifestent. On devrait aussi éduquer les personnes atteintes de schizophrénie sur la maladie elle-même et sur son étiologie, car cela peut contribuer à réduire la stigmatisation associée à cette maladie.

Approches centrées sur le schéma posologique

Il a été démontré que l'éducation seule améliore la connaissance des effets indésirables et du traitement médicamenteux, mais qu'elle n'a pas toujours un impact significatif sur l'observance si l'on n'utilise pas d'autres stratégies²⁶. Les schémas posologiques utilisés pour la prise en charge des troubles psychiatriques ont tendance à être complexes. Dans une étude portant sur des malades hospitalisés en psychiatrie, près de 50 % prenaient trois psychotropes ou plus²². Or, gérer des schémas

posologiques complexes peut être particulièrement problématique dans la schizophrénie, car cette maladie provoque souvent une déficience de la mémoire de reconnaissance (c.-à-d. de la capacité d'identifier un objet, élément ou événement présent ou dont on a préalablement fait l'expérience)²².

Une des approches permettant de faciliter la prise des médicaments est de recourir à la monothérapie chaque fois que possible²². Cette approche peut favoriser l'observance, car la monothérapie simplifie le schéma posologique, limite les effets indésirables et les complications liées aux interactions médicamenteuses, et facilite la surveillance des effets indésirables et de l'efficacité²². La monothérapie peut aussi présenter un meilleur rapport coût-efficacité pour les malades²². Malheureusement, elle n'est pas toujours possible, surtout dans les cas résistants aux traitements et chez les sujets présentant d'autres troubles psychiatriques en concomitance. Cela dit, il y a souvent peu ou pas de données probantes à l'appui des traitements d'association³. On peut essayer un médicament supplémentaire pendant un temps limité, mais il faut en évaluer l'efficacité et on devrait l'abandonner s'il ne produit pas d'avantages cliniques³.

On peut aussi faciliter la prise de médicaments en évitant d'utiliser d'autres médicaments pour traiter les effets secondaires au lieu d'ajuster la posologie ou de l'augmenter lentement jusqu'à ce qu'on ait atteint la dose cible chaque fois que cela est possible²². Le fait de commencer par une faible dose et de l'augmenter lentement peut réduire le risque de voir apparaître des effets indésirables²⁸. Les schémas posologiques peuvent aussi devenir de plus en plus complexes sans nécessité si l'on n'attend pas d'avoir atteint la dose optimale d'antipsychotique de deuxième génération avant d'ajouter un nouveau médicament. Le fait d'ajouter un nouveau médicament sans arrêter un traitement qui n'a suscité qu'une réponse limitée, pas de réponse du tout ou des effets indésirables peut aussi rendre les schémas posologiques inutilement complexes²².

Les formulations de médicaments à action prolongée peuvent éventuellement simplifier les schémas posologiques et améliorer l'observance tout en réduisant les rechutes et les taux d'hospitalisation²². La plupart des personnes atteintes de schizophrénie préfèrent les médicaments oraux, mais celles qui rechutent de façon répétitive à cause de la non-observance et celles qui préfèrent des antipsychotiques à action prolongée injectables sont de bonnes candidates pour ce mode d'administration³. Parmi les antipsychotiques de deuxième génération, la rispéridone est le seul comportant une formule injectable à action prolongée (voir Tableau 1).

D'autres stratégies de gestion de la pharmacothérapie peuvent consister à associer la prise du médicament à une autre activité qui fait partie de la routine quotidienne de la personne

(p. ex., prendre le médicament au moment de se coucher juste avant ou après le brossage des dents), à utiliser des rappels visuels (p. ex., mettre le médicament à un endroit particulièrement visible), à utiliser des calendriers d'autosurveillance ou des rappels téléphoniques, ou encore faire administrer le médicament par quelqu'un d'autre^{26,28}. Il est important pour la réussite de l'intervention d'établir un plan individualisé qui corresponde aux besoins de la personne atteinte²⁶.

La dernière approche centrée sur les médicaments qui permet d'aider les personnes atteintes de schizophrénie à respecter leur traitement par des médicaments de deuxième génération consiste à minimiser les aspects négatifs de la pharmacothérapie. C'est une stratégie importante, car ces personnes peuvent tout simplement décider que les risques du traitement en excèdent le bienfait lorsqu'elles se trouvent confrontées aux effets indésirables et arrêter le traitement³. Comme les effets indésirables peuvent avoir un impact sur l'observance à long terme, le fait de commencer le traitement par de faibles doses et de les augmenter lentement pour atteindre la dose efficace peut être une stratégie raisonnable. Les prestataires de soins de santé devraient toujours s'efforcer d'optimiser la posologie en cherchant à équilibrer les plages thérapeutiques recommandées et la tolérabilité³. Il importe également d'encourager les malades à signaler tous les événements indésirables de façon à ce que l'équipe de soins puisse chercher à les éliminer³. Les pharmaciens peuvent aussi aider à réduire les risques d'événements indésirables en faisant une revue des médicaments de leurs clients schizophrènes afin de déceler d'éventuelles interactions médicamenteuses qui pourraient accroître le taux d'antipsychotique et, par conséquent, le risque d'effets indésirables³.

Autres stratégies

Comme l'abus comorbide de substances psychoactives constitue un risque majeur de non-observance, de rechute et de réhospitalisation, il est extrêmement important de le déceler et de le traiter². Du fait qu'ils ont accès aux profils pharmaceutiques, les pharmaciens peuvent aider à identifier les personnes atteintes de schizophrénie qui semblent surutiliser les médicaments présentant un risque d'abus comme les benzodiazépines et les narcotiques. Ils peuvent aussi surveiller ces personnes afin de repérer les comportements de recherche de substances toxiques et alerter leur médecin au besoin.

La dépendance au tabac est aussi un problème important avec la schizophrénie, la proportion de fumeurs pouvant atteindre 90 %^{29,30}. En plus des risques bien connus associés à l'usage du tabac, fumer peut représenter un problème particulier pour les personnes souffrant de troubles psychiques, car cela peut réduire l'efficacité des antipsychotiques et augmenter le risque d'hospitalisation^{31,32}. Les

hydrocarbures polycycliques que contient la fumée de cigarette peuvent provoquer une induction de l'enzyme hépatique CYP 1A2, augmentant ainsi le métabolisme d'un certain nombre de médicaments tels que la clozapine et l'olanzapine ainsi que de certains antidépresseurs³³. Par conséquent, les dosages moyens d'antipsychotiques requis par les personnes atteintes de schizophrénie qui fument sont considérablement plus élevés que ceux des non-fumeurs³⁴. En revanche, si les dosages ne sont pas ajustés quand ces personnes arrêtent de fumer, leur niveau peut devenir dangereusement élevé. En étant bien informé des problèmes thérapeutiques particuliers qui sont associés au tabac et à la cessation tabagique chez les personnes qui souffrent de troubles psychiatriques, les pharmaciens peuvent être très utiles à ces personnes.

EN RÉSUMÉ

L'observance thérapeutique représente un défi particulier pour la prise en charge efficace de la schizophrénie. Avec cette maladie, de nombreux facteurs liés à la personne atteinte, à la maladie, au médecin, à l'environnement et au traitement entravent l'observance thérapeutique. Du fait des conséquences extrêmement graves de la non-observance, il est essentiel que les prestataires de soins de santé connaissent bien ces facteurs et soient prêts à aider les personnes atteintes de schizophrénie à surmonter le défi de l'adhésion au traitement. Les pharmaciens peuvent jouer un rôle important en favorisant l'observance en établissant une relation de confiance et de soutien avec les personnes atteintes et leur famille. Ce faisant, ils pourront identifier et surmonter les obstacles à l'observance, et aider à optimiser le traitement pharmaceutique des personnes atteintes de schizophrénie.

RÉFÉRENCES

1. Schizophrenia Society of Canada. What is schizophrenia: An information guide. Accessible sur le site http://www.schizophrenia.ca/files/What_Is_Schizophrenia.pdf. Visité le 8 mai 2007.
2. Meyer JM. Strategies for the long-term treatment of schizophrenia: real-world lessons from the CATIE trial. *J Clin Psychiatry*. 2007;68 Suppl 1:28-33.
3. The American Psychiatric Association. Practice Guidelines for the Treatment of Patients With Schizophrenia, Second Edition. Accessible sur le site http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/Schizophrenia2ePG_05-15-06.pdf. Visité le 8 mai 2007.
4. Goeree R, Farahati F, Burke N et coll. The economic burden of schizophrenia in Canada in 2004. *Curr Med Res Opin*. 2005;21(12):2017-28.
5. Canadian Psychiatric Association. Clinical Practice Guidelines: Treatment of Schizophrenia. *Can J Psychiatry*. 2005;50(Suppl 1):1S-56S.
6. Thieda P, Beard S, Richter A et coll. An economic review of compliance with medication therapy in the treatment of schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2003;54 (4): 508-16.
7. Ascher-Svanum H, Faries DE, Zhu B et coll. Medication adherence and long-term functional outcomes in the treat-

ment of schizophrenia in usual care. *J Clin Psychiatry*, 2006;67(3):453-60.

8. Mueser KT, McGurk SR. Schizophrenia. *Lancet*, 2004;363(9426):2063-72.

9. Stahl SM. Symptoms and circuits, part 3: schizophrenia. *J Clin Psychiatry*, 2004;65(1):8-9.

10. Gardner DM, Baldessarini RJ, Waraich P. Modern antipsychotic drugs: a critical overview. *CMAJ*, 2005; 172(13):1703-11.

11. Owen MJ. Genomic approaches to schizophrenia. *Clin Ther*, 2005;27 Suppl A:S2-S7.

12. Masand PS. Differential pharmacology of atypical antipsychotics: clinical implications. *Am J Health Syst Pharm*, 2007;64(2 Suppl 1):S3-S8.

13. De O, I, Juruena MF. Treatment of psychosis: 30 years of progress. *J Clin Pharm Ther*, 2006; 31(6):523-34.

14. Lindstrom E, Binglefors K. Patient compliance with drug therapy in schizophrenia. Economic and clinical issues. *Pharmacoeconomics*, 2000;18(2):106-24.

15. Leucht S, Heres S. Epidemiology, clinical consequences, and psychosocial treatment of nonadherence in schizophrenia. *J Clin Psychiatry*, 2006;67 Suppl 5:3-8.

16. Valenstein M, Ganoczy D, McCarthy JF et coll. Antipsychotic adherence over time among patients receiving treatment for schizophrenia: a retrospective review. *J Clin Psychiatry*, 2006;67(10):1542-50.

17. Mortimer A, Williams P, Meddis D. Impact of side-effects of atypical antipsychotics on non-compliance, relapse and cost. *J Int Med Res*, 2003;31(3):188-96.

18. Fleischhacker WW, Oehl MA, Hummer M. Factors influencing compliance in schizophrenia patients. *J Clin Psychiatry*, 2003;64 Suppl 16:10-13.

19. Compton MT, Rudisch BE, Weiss PS et coll. Predictors of psychiatrist-reported treatment-compliance problems among patients in routine U.S. psychiatric care. *Psychiatry Res*, 2005; 137(1-2):29-36.

20. Nasrallah HA. Introduction: evaluating the evidence: Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) and beyond. *J Clin Psychiatry*, 2007;68 Suppl 1:3-4.

21. Perkins DO, Johnson JL, Hamer RM et coll. Predictors of antipsychotic medication adherence in patients recovering from a first psychotic episode. *Schizophr Res*, 2006; 83(1): 53-63.

22. Burton SC. Strategies for improving adherence to second-generation antipsychotics in patients with schizophrenia by increasing ease of use. *J Psychiatr Pract*, 2005; 11(6):369-78.

23. Dolder CR, Lacro JP, Leckband S et coll. Interventions to improve antipsychotic medication adherence: review of recent literature. *J Clin Psychopharmacol*, 2003; 23(4): 389-99.

24. Zygmunt A, Olsson M, Boyer CA et coll. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 2002;159(10):1653-64.

25. Nose M, Barbuti C, Gray R et coll. Clinical interventions for treatment non-adherence in psychosis: meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 2003;183:197-206.

26. Dodds F, Rehair-Brown A, Parsons S. A systematic review of randomized controlled trials that attempt to identify interventions that improve patient compliance with prescribed antipsychotic medications. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 2000;4:47-53.

27. Poulin MJ, Cortese L, Williams R et coll. Atypical antipsychotics in psychiatric practice: practical implications for clinical monitoring. *Can J Psychiatry*, 2005;50(9): 555-62.

28. Perkins DO. Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry*, 2002;63(12): 1121-28.

29. Williams JM, Ziedonis D. Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction. *Addict Behav*, 2004;29(6):1067-83.

30. Hughes JR, Hatsukami DK, Mitchell JE et coll. Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*, 1986;143(8):993-7.

31. Patkar AA, Vergare MJ, Batra VW et coll. Tobacco smoking: current concepts in etiology and treatment. *Psychiatry*, 2003;66(3):183-99.

32. Desai HD, Seabolt J, Jann MW. Smoking in patients receiving psychotropic medications: a pharmacokinetic perspective. *CNS Drugs*, 2001;15(6):469-94.

33. Lyon ER. A review of the effects of nicotine on schizophrenia and antipsychotic medications. *Psychiatr Serv*, 1999;50(10):1346-50.

34. Ziedonis D, Kosten TR, Glazer W et coll. Nicotine dependence and schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 1994;45:204-6.

QUESTIONS - Répondez en ligne sur www.monportailpharmacie.ca, dans la section FC en ligne, «Autres FC approuvées par le CCEPP»

1. Lequel des antipsychotiques de deuxième génération suivants est proposé sous une forme à action prolongée injectable en intramusculaire?

- a) La rispéridone b) L'olanzapine
c) La clozapine d) a et b

2. La schizophrénie est plus courante chez les hommes que chez les femmes.

- a) Vrai b) Faux

3. Dans laquelle des situations suivantes un antibiotique de deuxième génération devrait être envisagé comme traitement de première intention?

- a) Pour un premier épisode de schizophrénie en dehors d'une situation d'urgence.
b) Pour une rechute de schizophrénie en dehors d'une situation d'urgence.
c) a et b

4. Lequel des éléments suivants contribue le plus au coût économique de la schizophrénie?

- a) Les hospitalisations
b) Les visites à l'urgence
c) Les ordonnances de médicaments
d) Les pertes de productivité

5. Lequel des éléments suivants jouerait un rôle dans l'étiologie de la schizophrénie?

- a) La génétique
b) Les facteurs environnementaux
c) Les infections virales

- d) La pauvreté
e) Tous ces éléments

6. Lequel des énoncés suivants est corrects?

- a) Dans la schizophrénie, la plage thérapeutique de la quétiapine est de 300 à 600 mg par jour.
b) La rispéridone peut être administrée une fois par jour à des doses n'excédant pas 8 mg.
c) Les antipsychotiques de deuxième génération n'atténuent que les symptômes positifs de la schizophrénie.
d) Les antipsychotiques de première génération n'atténuent que les symptômes négatifs de la schizophrénie.
e) Les énoncés a et b.

7. Lequel des énoncés suivants sur l'observance thérapeutique dans la schizophrénie est vrai?

- a) 75 % des personnes atteintes de schizophrénie respectent parfaitement leur schéma posologique.
b) Les effets indésirables des antipsychotiques n'ont pas d'effet sur la non-observance.
c) La non-observance est un des principaux facteurs contribuant aux rechutes dans la schizophrénie.
d) Le respect du traitement par antipsychotiques est généralement stable dans le temps dans la schizophrénie.

8. Lequel des éléments suivants influencerait sur l'observance thérapeutique dans la schizophrénie?

- a) La complexité du schéma posologique
b) L'attitude envers les antipsychotiques
c) La stigmatisation de la schizophrénie
d) Le coût des médicaments
e) Tous ces éléments

9. Lequel des énoncés suivants concernant la prévention des rechutes dans la schizophrénie est vrai?

- a) À chaque rechute, il devient plus difficile d'obtenir une rémission.
b) À chaque rechute, il devient plus difficile de récupérer le niveau de fonctionnement pré-morbide.
c) La non-observance est une des principales causes de rechute dans la schizophrénie.
d) a et c
e) Tous ces énoncés

10. Lesquels des énoncés suivants sont corrects?

- a) La schizophrénie n'a un impact que sur le fonctionnement émotionnel; elle affecte peu le fonctionnement cognitif, social ou physique.
b) La schizophrénie réduit l'espérance de vie.
c) La schizophrénie est responsable de 22 % des dépenses de santé nationales dans les pays développés.
d) La schizophrénie n'est pas associée à une augmentation du risque d'être atteint d'une autre maladie.

11. Lequel des énoncés suivants sur l'utilisation de la monothérapie dans la prise en charge de la schizophrénie est correct?

- a) La monothérapie peut être plus facile à gérer en ce qui concerne les effets indésirables et l'efficacité.
- b) La monothérapie peut éventuellement réduire les effets indésirables et les complications liées à des interactions médicamenteuses.
- c) La schizophrénie devrait toujours être traitée à l'aide d'un seul médicament.
- d) a et b
- e) a et c

12. L'usage du tabac peut réduire l'efficacité de la pharmacothérapie dans le traitement de la schizophrénie.

- a) Vrai
- b) Faux

13. Lesquels des énoncés suivants sur les facteurs qui influent sur l'observance thérapeutique dans la schizophrénie sont corrects?

- a) Les attitudes et les croyances vis-à-vis des médicaments ont peu d'impact sur l'observance thérapeutique dans la schizophrénie.
- b) Le contexte familial a peu d'impact sur l'observance thérapeutique dans la schizophrénie.
- c) La relation entre le patient et son médecin a peu d'impact sur l'observance thérapeutique dans la schizophrénie.
- d) Les troubles cognitifs associés à la schizophrénie peuvent rendre l'observance thérapeutique difficile.

14. Les effets secondaires extrapyramidaux provoquent plus souvent l'arrêt du traitement dans le cas des antipsychotiques de deuxième génération qu'avec ceux de première génération.

- a) Vrai
- b) Faux

15. Lequel des énoncés suivants au sujet des symptômes de la schizophrénie est correct?

- a) Les hommes et les femmes présentent au même degré des symptômes négatifs.
- b) Les hommes ont tendance à présenter plus de symptômes positifs de la schizophrénie.
- c) Les symptômes de la schizophrénie comme le délire, les hallucinations et les troubles cognitifs peuvent avoir un impact sur l'observance thérapeutique.
- d) Tous ces énoncés.

16. Dans laquelle des circonstances suivantes un antipsychotique à action prolongée est-il indiqué?

- a) La personne atteinte préfère cette voie d'administration.
- b) La personne a subi de nombreuses rechutes à cause de sa non-observance.
- c) a et b

Étude de cas

SP est une femme de 30 ans qui est récemment sortie d'un établissement de soins de santé après un premier épisode de schizophrénie. Elle n'a aucune autre maladie ni d'allergie aux médicaments. Elle a des antécédents familiaux de maladies cardiaques et de diabète, mais pas de maladie mentale. Elle fume depuis 10 ans, mais ne boit pas d'alcool. Avant le diagnostic, SP avait obtenu une maîtrise en administration des affaires et elle travaillait dans une grande entreprise de télécommunications. Elle a déménagé depuis peu chez ses parents après sa sortie de l'hôpital. Sa mère vous présente une ordonnance de quétiapine à raison de 300 mg deux fois par jour et vous demande si vous avez le temps de répondre à quelques questions, car elle est très inquiète du pronostic concernant la maladie de sa fille.

17. Laquelle des déclarations suivantes sur l'évolution de la schizophrénie feriez-vous à la mère de SP?

- a) La majorité des personnes atteintes de schizophrénie vont souffrir d'une grave psychose chronique.
- b) La plupart des personnes atteintes de schizophrénie subissent des exacerbations et des rémissions, et l'on remarque une détérioration continue du fonctionnement à la suite de ces différents épisodes.
- c) Un certain nombre de facteurs concernant SP, dont le fait qu'elle soit une femme, l'absence d'antécédents de schizophrénie dans la famille et le niveau de fonctionnement pré-morbide, ont été associés à une évolution favorable de la maladie.
- d) b et c
- e) Aucun des énoncés ci-dessus.

18. Laquelle des recommandations suivantes devrait être faites à SP et à sa mère à propos de la quétiapine?

- a) Il faut prendre le médicament tous les jours pour qu'il soit efficace.

- b) Il faut continuer à prendre le médicament même après la disparition des symptômes.
- c) Il faut consulter un pharmacien avant de prendre des médicaments en vente libre ou des produits de phytothérapie pour éviter toute interaction médicamenteuse.
- d) Si SP ressent des effets indésirables dérangeants, elle doit s'adresser à un professionnel de la santé comme un pharmacien, un psychiatre ou un médecin de famille pour qu'ils fassent le suivi.
- e) Toutes ces réponses.

19. Lors d'une visite de suivi, SP rapporte qu'elle n'est gênée par aucun effet secondaire, mais qu'elle a du mal à penser à prendre ses médicaments. Elle estime qu'elle les prend à peu près cinq jours sur sept. Quelle méthode pouvez-vous suggérer à SP d'utiliser pour penser à prendre ses médicaments?

- a) Utiliser un emballage favorisant l'observance thérapeutique comme une plaquette thermoformée.
- b) Passer à un antipsychotique à action prolongée injectable.
- c) Associer la prise des médicaments à une autre activité comme le brossage de dents, qui servira de « pense-bête ».
- d) a et c
- e) Toutes ces réponses.

20. Lors d'une visite de suivi subséquente, vous décidez d'aborder le sujet de l'abandon du tabac avec SP. Lesquels des énoncés suivants sur l'usage du tabac dans la schizophrénie sont corrects?

- a) La proportion de personnes atteintes de schizophrénie qui fument est la même que dans la population des personnes non atteintes.
- b) Les taux d'abandon dans la schizophrénie sont les mêmes que chez les personnes non atteintes.
- c) Fumer peut réduire l'efficacité de la clozapine.
- d) Fumer peut réduire le risque d'hospitalisation.

COMITÉ DE RÉDACTION: Adhésion au traitement par antipsychotiques de deuxième génération dans la schizophrénie

À propos de l'auteur

Ron Pohar, B.Sc. Pharm, est pharmacien clinicien à la pharmacie Myros, à Edmonton, dont une grande partie de la clientèle présente des problèmes de santé mentale. Ron consacre la majeure partie de son temps à dispenser des services à cette population dans différents établissements. Par ailleurs, il est l'auteur de plusieurs articles sur la santé mentale qui ont été publiés dans *Pharmacy Practice*.

Code SE07-853F

Révision

Toutes les leçons sont révisées par des pharmaciens pour assurer la précision, l'intégralité et la pertinence du contenu conformément à l'exercice actuel de la pharmacie.

Coordonnatrice de la FC

Sheila McGovern, Toronto (Ontario)

Cette information est publiée par Les Éditions Rogers Limitée, One Mount Pleasant Rd., Toronto, (Ontario) M4Y 2Y5. Tél.: 416-764-2000. Télécopieur: 416-764-3931.

Ce document ne peut être reproduit, en tout ou en partie, sans l'autorisation écrite de l'éditeur ©2007



POUR RÉPONDRE EN LIGNE À CETTE LEÇON DE FORMATION CONTINUE

Si vous avez déjà ouvert une session dans notre PROGRAMME DE FC EN LIGNE, veuillez revenir à la page «Leçons disponibles en ligne» et cliquez sur «Lien vers les questions» correspondant à cette leçon de FC.

Si vous n'avez pas encore ouvert une session, mais que vous êtes inscrit à notre PROGRAMME DE FC EN LIGNE, veuillez cliquer ici :

<http://ce.pharmacygateway.com/Pharmacie/login/index.asp>

Si vous ne vous êtes pas encore inscrit à notre PROGRAMME DE FC EN LIGNE et si vous désirez répondre aux questions en ligne, veuillez cliquer ici :

<http://ce.pharmacygateway.com/Pharmacie/login/adduser.asp>

Pour toute question, veuillez communiquer avec :

(formation continue de Pharmacy Practice, de Pharmacy Post, du Centre Novopharm de FC sur l'observance thérapeutique, d'autres FC approuvées par le CCEPP ou de Tech Talk [anglais] ou Coin Technipharm [français])

Mayra Ramos

Fax : (416) 764-3937

Courriel : mayra.ramos@rci.rogers.com

(pour Québec Pharmacie et L'actualité pharmaceutique)

Stéphane Paradis

Fax : (514) 843-2183

Courriel : stephane.paradis@rci.rogers.com