

Université Paris VII  
U.F.R. de Sciences Humaines Cliniques  
**E. Languérand**  
N°20200406  
languerand@mac.com

**Mémoire Maîtrise**  
Année 2004 - 2005  
Enseignant : Maryse Siksou  
Co-jury : Bernard Pachoud

---

# De l'observance à une adhésion sans adhérence

L'utilisation de l'Entretien Motivationnel  
dans le renforcement de l'adhésion  
thérapeutique chez les patients schizophrènes

À Mme J qui nous a inspiré ce travail.

« Clivages.

On voit ainsi se dessiner un paysage intellectuel et institutionnel modelé dans sa diversité, dans ses partages et dans ses contradictions par les propriétés polymorphes du vecteur efficace introduit depuis trente ans dans le champ psychiatrique avec les neuroleptiques. Chacune des grandes options passées en revue, l'option biologique, l'option psychanalytique, l'option sociale, correspond à l'exploitation d'une des facettes de l'action des psychotropes à l'exclusion des autres. Il est assez extraordinaire de constater comment ce produit chimique dont les effets se repèrent dans la sphère mentale, et donc éminemment susceptible, a priori de resserrer le lien entre l'âme et le corps, aura réussi, en fait, à renforcer dans leurs convictions les tenants des positions doctrinales les plus opposées quant à la nature du trouble mental. [...]

S'il est, en tout cas, une conclusion qui me semble s'imposer d'évidence au terme de cette analyse, c'est que le pluralisme empirique reste notre seule ligne raisonnée de conduite. »

Gladys Swain, *Dialogue avec l'insensé*.

# SOMMAIRE

	Pages
<i>Introduction</i>	(6)
<b>1 – Le cadre théorique</b>	<b>(7)</b>
1.1 Définition et données sur l'adhésion thérapeutique	(7)
1.2 La mauvaise adhésion thérapeutique chez les patients schizophrènes et leurs conséquences	(13)
1.3 L'entretien motivationnel (EM)	(15)
1.4 La <i>conscience du trouble</i> et sa mesure : l'échelle Q8	(22)
<b>2 – Étude de l'utilisation de l'entretien motivationnel auprès de deux patients</b>	<b>(24)</b>
2.1 Mme J, 46 ans, schizophrénie dysthymique - psychose (trouble schizo-affectif)	(25)
2.1.1 Motif de la consultation dans le service, biographie, anamnèse et vie actuelle du patient	(25)
2.1.2 Le traitement et les difficultés d'observance	(29)
2.1.3 L'entretien motivationnel, un outil de restauration d'un dialogue sur les traitements	(30)
2.2 M. F, 39 ans, schizophrénie <i>pseudo-névrotique</i>	(33)
2.2.1 Motif de la consultation dans le service, biographie, anamnèse et vie actuelle du patient	(33)
2.2.2 Le traitement et les difficultés d'observance	(37)
2.2.3 L'entretien motivationnel et la <i>conscience du trouble</i>	(38)
<b>3 – La discussion</b>	<b>(43)</b>
3.1 Les présupposés favorables à l'utilisation de l'entretien motivationnel auprès de patients schizophrènes hospitalisés	(43)

3.2	Les effets positifs, la pertinence et les limites de l'utilisation de l'entretien motivationnel auprès de patients schizophrènes hospitalisés	(47)
3.3	Perspectives de recherche	(51)
	<i>Conclusion</i>	(53)

## *Introduction*

Quelle intervention un psychologue peut mettre en place dans une unité d'hospitalisation libre d'un service psychiatrique recevant une file active importante de patients schizophrènes ? C'est en réfléchissant à cette question que nous avons été amené à nous intéresser aux problèmes de l'adhésion thérapeutique. L'importance des rechutes liées aux interruptions thérapeutiques nous est apparue rapidement comme un motif justifiant bon nombre d'hospitalisations.

Dans un premier temps, nous avons donc cherché à expliciter la notion d'adhésion thérapeutique, à la définir d'un point de vue quantitatif et à identifier les facteurs favorisant ou compromettant son existence. Après avoir évalué sa place chez les patients schizophrènes, nous avons focalisé notre attention sur un outil thérapeutique utilisé dans le suivi de patients présentant une addiction. Arrêter de boire ou prendre un traitement au long cours, c'est dans les deux cas modifier un comportement. Transposer une technique ayant fait ses preuves dans l'accompagnement au changement d'un type de patient à un autre et en évaluer la pertinence, telle a été notre démarche. Nous avons pour cela, sollicité la participation de deux patients schizophrènes hospitalisés dans le service où nous intervenions en tant que stagiaire psychologue.

C'est le résultat de cette étude de faisabilité que nous vous invitons à lire dans les pages qui suivent.

# 1 - Le cadre théorique

## 1.1 Définition et données sur l'adhésion thérapeutique

Les publications sur la question du non-respect par le patient du traitement prescrit sont nombreuses et leur nombre doublerait tous les cinq ans (Dufour et al., 1994). Cette question préoccupe tous les secteurs de la médecine, mais les travaux sont les plus nombreux dans les domaines de la pédiatrie, des pathologies cardiovasculaires, du diabète, de l'asthme et de la psychiatrie (Corruble, Hardy, 2003). En psychiatrie, le sujet fait l'objet d'une attention toute particulière depuis l'avènement des traitements médicamenteux. Les travaux de Jean Delay et Pierre Deniker dans les années 1950 sur l'usage seul de la chlorpromazine dans le traitement des affections mentales a en effet ouvert la voix à une prise en charge thérapeutique centrée sur les neuroleptiques et n'associant pas d'autres formes thérapeutiques. Pour Isabelle Blondiaux et al. (1988), c'est « la nécessité d'une utilisation continue et prolongée [d'une chimiothérapie] dans le traitement des psychoses [qui] est à l'origine du problème de l'adhésion thérapeutique ».

Dans un premier temps, il nous semble nécessaire de préciser les notions d'*observance* et de *non-observance* des traitements. Les termes utilisés dans la littérature sont variés. Il est fait référence à l'*adhérence*, à l'*adhésion thérapeutique*, à la *compliance* (par anglicisme) ou à l'*observance*. Les champs sémantiques diffèrent d'un terme à l'autre en fonction de l'importance que l'on attache à l'accord du patient avec la thérapeutique proposée. De l'observance à l'adhérence, la nature de la relation thérapeute-patient passe d'un rapport de subordination de l'un envers l'autre à une union fusionnelle. L'observance fait référence à l'exécution d'une règle, d'une loi, surtout en matière religieuse et ne suppose pas l'accord de celui qui exécute. À l'inverse, l'adhérence évoque une « soudure » de deux éléments d'égale valeur. Entre ces deux pôles, l'adhésion s'intéresse à la dimension contractuelle de la relation médecin-patient en incluant le sens de consentement et d'approbation. Ce terme nous semble le

plus approprié pour définir ce qui serait le mode de relation idéale entre le soignant et son patient autour de la question du traitement. Elle symbolise à notre sens cette *alliance thérapeutique*, ce partenariat entre deux individus qui ne possèdent pas le même savoir, n'ont pas la même place mais doivent avancer dans la même direction, pour un même objectif. Il n'en reste pas moins comme le soulignent Dufour et al. (1994) qu'« *observance* est aujourd'hui le terme consacré » dans la littérature de langue française.

De quelle observance s'agit-il ? Si la question du respect de la posologie indiquée sur la prescription du médecin est l'objet principal de préoccupation des auteurs, il est courant d'élargir la problématique à « l'adéquation existant entre le comportement du patient et les recommandations de son médecin concernant un programme thérapeutique » (Corruble, Hardy, 2003). Ainsi, de plus en plus d'auteurs intègrent dans l'observance thérapeutique le respect des rendez-vous donnés au patient ainsi que sa participation aux différentes activités thérapeutiques proposées (ergothérapie, atelier en hôpital de jour ou en CATTP, par exemple). Dans le cadre de ce travail, réalisé à partir d'une pratique clinique hospitalière, nous incluons dans l'adhésion thérapeutique l'accord du patient vis-à-vis des raisons qui ont conduit à son hospitalisation et ses réponses face aux sollicitations de l'équipe soignante en vue de préparer la sortie (prise de rendez-vous par le patient lui-même au Centre médico-psychologique du secteur, utilisation des permissions de sortie dans la journée, etc.).

D'un point de vue quantitatif, l'évaluation de la mauvaise adhésion thérapeutique est difficile à réaliser puisque, par définition, elle est ce qui échappe au regard médical. De multiples méthodes permettent cependant d'approcher l'ampleur du phénomène : observations des effets pharmacologiques, étude de la ponctualité au rendez-vous, autoquestionnaires, interrogatoire du patient, dosages pharmacologiques, etc. Reste à définir les critères qui permettent de distinguer la bonne de la mauvaise adhésion



thérapeutique. Dans le cadre des essais thérapeutiques, la bonne observance est définie par la prise d'au moins 80% des traitements fournis.

Certains auteurs établissent une classification de la *mal-observance* en distinguant : la *non-observance*, la *sous-observance*, la *sur-observance* et l'*observance variable* (Corruble, Hardy, 2003). À la *non-observance* correspond la non-prise du traitement prescrit. La *sous-observance* consiste à réduire les prises ou à interrompre de manière prématurée le traitement. L'*observance variable* est la modification quotidienne par le sujet des prises en fonction de son état. Enfin, la *sur-observance* indique un respect excessif des prescriptions pouvant aller jusqu'à l'anticipation des prises de traitement ou la majoration des doses.

De manière générale, il est estimé que 50 à 70% des patients prennent 80 à 100% des médicaments prescrits, que 30 à 40% en prennent 40 à 80%, le reste des patients prenant soit moins de 40% ou plus de 100%. (Postel-Vinay, Ménard, 1998). Une étude menée auprès de patients hospitalisés dans le service de médecine interne de l'Hôtel-Dieu de Lyon donne un pourcentage de 65% de mauvaise observance du traitement prescrit avant l'hospitalisation (patient ayant « soit totalement éliminé soit franchement réduit la posologie ou la durée du traitement prescrit, qu'il y ait eu ou non adjonction d'autres médicaments »). Dans cette enquête, seul 15% des sujets ont une bonne adhésion thérapeutique, c'est-à-dire qu'ils ont parfaitement suivi le traitement prescrit sans élimination, ni réduction, ni adjonction de médicaments (Matillon, Pasquier, 1980).

Le chiffre retenu dans de nombreuses publications est celui de 50% des patients qui ne prendraient pas correctement leur traitement médicamenteux. Certaines distinguent l'hospitalisation du suivi ambulatoire avec les données suivantes : en psychiatrie, 15 à 25% des malades hospitalisés et 50% de ceux suivis en ambulatoire seraient concernés par une mauvaise observance, 20% n'achèteraient pas leurs médicaments dans le mois suivant la prescription, 30 à 50% des médicaments achetés seraient jetés, non consommés ou stockés (Blondiaux et al., 1994).

Ces données générales témoignent de l'importance du phénomène, mais sont peu éclairantes sur les raisons d'une telle mal-observance : elles ne différencient pas en effet les situations thérapeutiques concernées. Dans leur ouvrage de référence sur l'observance des traitements, David L. Sackett et R. Brian Haynes (1976) établissent - à partir d'une imposante méta-analyse portant sur 185 études - une distinction en fonction de la nature (respect des rendez-vous, prise des traitements, observance d'un régime alimentaire, etc.), de l'objectif (curatif ou préventif) et de la durée du programme thérapeutique (court terme ou long terme). À chaque situation correspond des taux d'observance différents. Par exemple, les changements du comportement alimentaire ou de l'hygiène de vie semblent recueillir une observance plus faible que la prise d'un traitement de courte durée. À ces différences liées aux situations thérapeutiques s'ajoutent celles introduites par les caractéristiques sociales, culturelles, professionnelles et démographiques des patients, celles liées aux caractéristiques de la maladie, de la relation thérapeute-patient, etc. Sackett et Haynes vont ainsi identifier 260 facteurs qui interviennent dans la qualité de l'observance du programme thérapeutique. Dans le cadre de notre travail, nous nous limiterons à une présentation succincte des facteurs gravitant autour de trois pôles : le traitement, le patient, le médecin.

#### *Les facteurs liés au traitement*

La participation du patient à un programme thérapeutique est plus facile à obtenir quand sa coopération s'effectue de manière passive plutôt qu'active (par exemple, thérapie délivrée à l'hôpital versus prise quotidienne de traitement médicamenteux à domicile). De même, l'adhésion thérapeutique est meilleure quand il s'agit d'acquérir de nouvelles habitudes plutôt que de modifier des comportements anciens. La durée de la thérapeutique est semblait-il un facteur influant. Ainsi, l'observance est plus difficile à maintenir avec des traitements de longue durée que lorsque le traitement est prescrit pour une période courte (Sackett, Haynes, 1976).

Le nombre de médicaments prescrits influence de manière négative l'observance : au-delà de trois médicaments différents, celle-ci diminue significativement (Corruble, Hardy, 2003). Le nombre de prises quotidiennes est également à prendre en compte : une seule prise permet une meilleure adhésion. Le plus efficace serait de laisser le choix du nombre de prises au patient ce qui permettrait d'améliorer sensiblement l'observance (Blondiaux et al., 1994). Ces données sur l'influence de la complexité de l'ordonnance seraient toutefois remises en cause chez les patients psychotiques. Dans une enquête publiée en 2003, les auteurs n'observent aucune différence significative entre les patients psychotiques observants et les non-observants dans le nombre de médicaments prescrits et le nombre de prises journalières (Bordenave-Gabriel et al., 2003).

Quelle place ont les effets secondaires dans l'adhésion thérapeutique ? Contrairement aux idées reçues, les auteurs sont loin d'être unanimes sur le sujet. Selon les études, la corrélation entre les effets non souhaités et la non-observance est ou n'est pas retrouvée. Pour Blondiaux et al. (1994), l'impact sur l'adhésion serait surtout lié au type d'effets secondaires, certains étant plus pénibles et invalidants que d'autres. Pour Sackett et Haynes, l'existence d'études aux résultats contradictoires sur le lien entre effets secondaires et observance pourrait être la conséquence de plusieurs facteurs : la sélection des participants qui éliminerait de fait les moins observants, le système de contrôle des médicaments mis sur le marché qui n'autorise pas des effets secondaires trop importants et enfin l'effet inconscient d'un conditionnement intéroceptif d'aversion (*aversive interoceptive conditioning*). La fonction intéroceptive suppose une aptitude de l'individu à percevoir des variations se produisant à l'intérieur du corps. Une perception négative peut conditionner le comportement futur du sujet à son insu. Une personne peut par exemple perdre l'envie de consommer un plat spécifique suite à une expérience passée où une telle consommation avait été suivie quelques heures après d'une crise de vomissements. Interrogé le sujet peut sincèrement reconnaître la qualité gustative du plat concerné et affirmer qu'il en mangera volontiers si l'occasion

se présente. S'il se souvient de l'expérience malheureuse, il pourra être également convaincu que ce type de plat n'est absolument pas responsable de l'incident. Pourtant, si demain il trouve dans son assiette le fameux plat, il évitera d'en manger. Plusieurs auteurs accordent de l'importance à ce phénomène de conditionnement intéroceptif car il aurait une durée de vie longue et pourrait expliquer la persistance d'une mauvaise observance malgré les changements de traitement.

### *Les facteurs liés au patient*

L'expérience diffuse issue de la prise de traitement associée à un éventuel conditionnement intéroceptif serait donc plus importante que les effets secondaires réellement éprouvés. Hogan et al. (1983) privilégient l'expérience subjective au détriment des seuls effets indésirables, c'est-à-dire la manière dont le patient ressent son traitement (« j'ai les idées plus claires depuis que je prends ce médicament », par exemple). Les croyances ou les connaissances sur les aspects bénéfiques, les effets indésirables et l'action des médicaments influenceraient de manière moins significatives l'adhésion. Haynes (1976) s'intéresse au *health belief model* : la compliance au traitement serait en lien avec la perception de la gravité de la maladie et la croyance dans l'efficacité du traitement prescrit (indépendamment des connaissances factuelles du sujet et de leurs justesses). L'altération de ses *convictions* précéderait la survenue d'une détérioration de l'observance.

Les données socioculturelles ne semblent pas être déterminantes pour la compliance au traitement. Les études américaines privilégient surtout les possibilités financières d'accéder aux soins comme facteur le plus discriminant. L'observance serait positivement corrélée à l'âge (Corruble, Hardy, 2003). Les femmes seraient plus observantes que les hommes (Matillon, Pasquier, 1980). Ce dernier facteur est contesté par d'autres études qui mettent en évidence une absence de discrimination selon le sexe.

Enfin, le soutien et la stabilité de l'environnement familial joueraient un rôle essentiel dans la qualité de l'adhésion thérapeutique. Elle serait ainsi plus élevée chez les sujets vivant en couple que chez les célibataires.

#### *Les facteurs liés au médecin*

Pour de nombreux auteurs, la qualité de la relation médecin-malade est essentielle. Barry Blackwell (1979) relève que dans son cursus universitaire, le médecin apprend 13.000 mots nouveaux spécifiques à la terminologie médicale. Ajoutée à l'anxiété concomitante à la situation de la consultation, de son objet (la santé du patient) et de ses conséquences, la confrontation avec le « discours savant » peut susciter l'incompréhension complète du patient sur l'importance et les conditions de prise du traitement. « Proposer un traitement est un acte de communication » affirment Postel-Vinay et Ménard (1998).

## 1.2 Les défauts de prise des traitements chez les patients schizophrènes et leurs conséquences

Depuis les travaux de Delay et Deniker, l'utilisation des neuroleptiques s'est généralisée dans la prise en charge des patients atteints d'une schizophrénie. Les durées de traitement préconisées actuellement sont de 1 à 2 ans après un premier épisode délirant aigu et d'un minimum de 5 années pour toute nouvelle décompensation au-delà du premier épisode. Selon la gravité des rechutes, la poursuite d'une neuroleptisation indéfinie doit être envisagée (Vanelle, 2000). Le traitement chimiothérapique des schizophrénies est donc un traitement à moyen, voire à long terme, nécessitant la prise quotidienne de médicaments ou une consultation régulière, le plus souvent, mensuelle, pour les formes retardées administrées par injection. De telles durées de traitements sont, nous l'avons vu, défavorables pour la qualité de l'observance (Sackett, Haynes, 1976). Un tiers des schizophrènes serait mal-observant lors d'une hospitalisation initiale, la moitié 1 an après la première hospitalisation et les deux tiers ou les trois quarts 2 ans après (Corruble, Hardy, 2003). Dufour et al. (1994) citent quant à eux les chiffres suivants : 11 à 80% de non-observants chez les schizophrènes

traités par neuroleptiques, avec un pourcentage moyen de 48% la première année et de 74% les 2 premières années cumulées.

Corruble et Hardy (2003) relèvent une liste d'éléments cliniques favorisant la mal-observance chez les patients schizophrènes : la désorganisation conceptuelle, l'hostilité, les idées de grandeur, le déni de la maladie, le syndrome déficitaire, les conduites addictives, les attentes non réalistes, l'hyperinvestissement ou au contraire l'absence d'investissement des proches. À l'inverse, l'existence d'un *insight* de qualité favoriserait une bonne observance (cf. infra : 1.4 *La conscience du trouble et sa mesure : l'échelle Q8*).

Dans la liste des effets secondaires associés à la prise de neuroleptiques, ce sont surtout la sédation et les symptômes extra-pyramidaux qui influenceraient l'adhésion thérapeutique. Pour ces derniers, leur durée serait beaucoup plus déterminante que leur intensité. « Un tableau extra-pyramidal aigu et intense serait souvent mieux toléré qu'une symptomatologie d'intensité moyenne mais d'évolution chronique » (Blondiaux et al, 1988).

Les conséquences de la mauvaise observance thérapeutique chez les patients schizophrènes sont de plusieurs ordres. Lorsque les traitements prescrits ont été délivrés au patient, les médicaments non consommés peuvent être stockés. Ils favorisent ainsi les pratiques d'automédication et sont une des sources principales d'approvisionnement pour les tentatives de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) : 10% des schizophrènes meurent par suicide (Franck, 1999). L'autre conséquence est bien évidemment l'impact sur la morbidité. L'absence de prise régulière d'un traitement neuroleptique est en effet corrélée au taux de rechutes et à une multiplication des hospitalisations.

### 1.3 L'entretien motivationnel (EM)

L'entretien motivationnel est une intervention thérapeutique conceptualisée par les docteurs William R. Miller et Stephen Rollnick. Le premier est professeur de

psychologie et de psychiatrie à l'Université du Nouveau-Mexique. Il codirige également le Centre universitaire sur l'alcoolisme, les abus de produits et les addictions. Stephen Rollnick travaille, quant à lui, au département de médecine générale à l'école de médecine de l'Université du Pays de Galles.

L'approche de l'entretien motivationnel est issue de recherches effectuées dans le cadre de l'intervention clinique auprès des personnes ayant un problème de dépendance à un produit. Elle cherche à théoriser l'aide que peut apporter le soignant à un patient dans l'accompagnement au changement de son comportement. Elle se fonde sur une première constatation : beaucoup de sujets sont capables de modifier leur comportement sans aide extérieure. Cette constatation faite notamment en tabacologie a conduit certains chercheurs à quantifier l'ampleur de ce phénomène et à en tirer des enseignements pour les interventions visant à modifier les comportements. Des études ont ainsi montré que la majorité des individus réussissant à modifier leur comportement le font sans l'aide d'un thérapeute. Par exemple, il a été constaté que 80 à 90% des fumeurs arrêtent leur consommation sans soutien thérapeutique (Rossignol, 2001). Pour l'alcoolodépendance, la *rémission spontanée* serait selon certaines études canadiennes le mode de rémission le plus fréquent : de 77,5% à 77,7% des patients ayant résolu un problème avec l'alcool depuis un an et plus l'aurait fait sans aide, ni traitement (Sobell, Cunningham, 1996). Ceci n'invalide pas l'intérêt d'une prise en charge thérapeutique pour aider un sujet à modifier un comportement. Les études précitées ne portent que sur des individus ayant réussi à changer leur comportement et non pas sur l'ensemble des personnes ayant tenté de résoudre un problème de comportement. Dans le cas de la consommation tabagique, il a été ainsi montré que l'utilisation d'un traitement augmentait les chances de chance de maintien à un an du sevrage (Borgne, 2002).

#### *Les stades du changement*

Comment expliquer ces « guérisons spontanées » ? Pour cela, Miller et Rollnick reprennent le modèle transthéorique du changement développé par Prochaska

et DiClemente (*Transtheoretical model of intentional human behavior change*, TTM). Ce modèle suppose que les changements comportementaux se déroulent selon un processus avançant par étapes, chaque stade impliquant la réalisation de tâches spécifiques et variées. C'est l'ensemble de ces tâches articulées autour de différentes étapes que le modèle transthéorique du changement conceptualise. « *This model offers an integrative framework for understanding the process of behavior change whether that change involves the initiation, the modification, or the cessation of a particular behavior* » écrivent Carlo C. DiClemente et Mary Marden Velasquez dans leur article « *Motivational Interviewing and the Stages of Change* » (Miller, Rollnick, 2002).

Le sujet dépendant traverserait une série de stades dans son parcours de dépendance. Dans l'EM, six stades ont ainsi été définis : *précontemplation*, *contemplation*, *décision*, *action*, *maintien*, *rechute*.

La *précontemplation* correspond au moment où le sujet considère que son comportement de dépendance n'est pas problématique. Il peut éventuellement en mesurer les aspects négatifs mais ceux-ci sont largement compensés par les effets positifs. Le patient consulte rarement de son plein gré à ce stade : la pression forte de l'entourage ou l'injonction thérapeutique peut, par exemple, être un motif de consultation. Une attitude défensive est souvent observée, surtout lorsque le clinicien tente d'aborder la question de la dépendance. Le sujet est alors qualifié de *résistant*. DiClemente et Velasquez résument la situation comme celle des quatre R (*four R*) : *réticence*, *rébellion*, *résignation* et *rationalisation*.

La *réticence* fait référence aux personnes qui, par manque de connaissance ou par inertie, refusent d'envisager de changer. Il s'agit d'une attitude plus passive, qu'active. L'enjeu pour le clinicien est alors de garder une écoute bienveillante et de refléter au patient les sentiments qu'il éprouve. En laissant libre le sujet de prendre ses propres décisions, c'est-à-dire finalement d'être libre de ne pas changer, le thérapeute offre la possibilité au patient d'évoquer le changement



sans en dramatiser les conséquences par une pression au changement. Il peut s'agir d'amener le sujet à se dire « après tout, cela n'engage à rien ».

La *rébellion* est le fait de sujets qui généralement connaissent leur problème de comportement. Ils affirment, parfois bruyamment, leur volonté de prendre eux-mêmes les décisions les concernant et de ne pas laisser qui que ce soit leur dire ce qu'ils doivent faire. Dans ce cas, DiClemente et Velasquez recommandent aux cliniciens de signifier au sujet qu'ils sont d'accord avec lui sur le fait que personne ne peut les forcer à faire ce qu'ils n'ont pas envie de faire. voire de préciser en plus qu'on ne cherchera pas à le faire. Ceci doit permettre d'apaiser la tension et de mobiliser l'énergie de la rébellion à l'établissement d'une liste de choix qui s'offrent au sujet compte-tenu de la situation. L'exemple type de la *résignation* est le découragement exprimé par des fumeurs qui ont tenté à plusieurs reprises de s'arrêter sans succès. Ils se définissent comme dépendants, « c'est comme ça et il n'y a rien à faire ». La stratégie préconisée dans ce cas par les auteurs est d'aider le sujet à tirer des leçons des échecs passés et à réaliser que, si le changement est difficile, il n'en reste pas moins possible. Il s'agit alors de renforcer la confiance du sujet dans ses capacités à prendre des décisions de changement et à réussir à changer. Il peut être utile alors d'inviter le sujet à élaborer sur les succès qu'il a pu rencontrer dans d'autres domaines : professionnel, personnel, etc. En s'appuyant sur ses expériences passées, le sujet doit s'apercevoir qu'il est capable de prendre des décisions, de les mettre en œuvre et de réussir ce qu'il entreprend malgré les difficultés.

Enfin la *rationalisation* est une tentative du sujet de donner du sens à son comportement. Ils savent ce qu'ils font, ont étudié les probabilités des risques liés à leurs habitudes, disent-ils. La relation avec le clinicien s'établit souvent sous le mode du débat contradictoire. Un fumeur pourra par exemple expliquer en quoi son profil diffère de celui du futur cancéreux : âge du début de la consommation différent, nombre de cigarettes quotidiennes inférieur, etc. Le piège pour le thérapeute est alors de s'engouffrer dans une contre-argumentation sans fin avec le patient. Pour les théoriciens des *stades du changement*, la meilleure stratégie est d'aider le sujet à verbaliser les

avantages et les inconvénients du statu quo et ceux liés au changement (cf. infra, *la balance décisionnelle*) en commençant par les « aspects positifs » de leur comportement actuel. Le clinicien évite ainsi le débat contradictoire et indique au sujet qu'il ne prend pas position dans des choix qui restent personnels.

Le stade de *précontemplation* est donc, semble-t-il, un moment important pour la construction d'une relation thérapeutique avec des patients qui ne sont pas demandeurs. Ceci nous évoque bien évidemment la situation des personnes hospitalisées en psychiatrie sous-contrainte suite à une rupture thérapeutique. Nous y reviendrons dans le chapitre 3.

Au stade de la *contemplation*, le sujet est plongé dans un état d'ambivalence prononcé vis-à-vis de sa consommation de produit. Il reconnaît qu'il a un problème et commence à penser sérieusement à le résoudre. Si le patient sait quel est l'objectif et parfois ce qu'il doit accomplir pour l'atteindre, il ne se sent pas forcément prêt à s'engager dans le changement. Il est capable d'exprimer les raisons qui justifieraient une modification de son comportement puis d'enchaîner en expliquant en quoi la situation actuelle n'est pas si dramatique et qu'un statu quo est envisageable. Le rôle du clinicien est alors d'aider le sujet à explorer cette ambivalence en l'aidant à évaluer les aspects positifs du statu quo et ses aspects négatifs, les avantages du changement et ses désavantages. C'est un moment où le thérapeute peut apporter à la demande du patient des informations qui l'aideront dans cette évaluation.

Le stade de *décision* est un stade théorique qui correspond à la prise de décision de changer de comportement. C'est un moment difficile car le patient a souvent l'impression qu'il ne sait pas comment si prendre. Le souvenir des échecs des tentatives précédentes peut parfois menacer la conviction que le changement est possible. Le thérapeute est souvent sollicité par le patient qui souhaite être aidé dans la définition d'une stratégie de changement.

À l'*action* correspond le changement de comportement, c'est un stade particulièrement intense où le sujet met en place les stratégies élaborées précédemment. Il peut s'agir de l'entrée dans un programme thérapeutique, de l'achat d'un timbre à la nicotine, de la mise hors de la maison des bouteilles d'alcool, etc.

Dans le stade du *maintien*, le sujet doit consolider les gains obtenus grâce au changement de comportement tout en se prémunissant de la *rechute*. C'est un stade dont la durée n'est pas définie et qui peut, selon les auteurs, durer de six mois à une vie entière.

Avec ce modèle, l'enjeu pour les soignants est dans un premier temps de repérer le stade dans lequel évolue le patient afin de l'aider et de l'accompagner dans le passage au stade suivant jusqu'au maintien de l'abstinence. Un point particulièrement intéressant de ce modèle, selon nous, est la place qu'il donne à la rechute : un stade parmi les autres stades. Ceci permet de ne pas négliger le travail important que le sujet continue de fournir quand il est dans la phase de maintien. Pour prendre l'exemple de l'alcool, rester abstinent ce n'est pas ne rien faire, c'est agir pour éviter la rechute. Le *relapse* n'est donc pas une fin, il peut être envisager comme le début d'un nouveau cycle. Il ne s'agit donc pas de repartir à zéro mais d'aborder ce nouveau cycle en tenant compte de l'expérience acquise au cours des stades précédents.

Enfin, le modèle des stades du changement permet de définir un mode d'intervention du clinicien quelque soit la motivation du sujet à changer. Qu'il soit en *précontemplation* ou en phase de maintien, une intervention est toujours possible.

#### *La prise en charge de l'ambivalence*

Parmi les définitions de l'entretien motivationnel, l'une d'elles insiste sur la recherche de « l'augmentation de la motivation intrinsèque par l'exploration et la résolution de l'ambivalence » (Rossignol, 2001). Face à toute décision dont les conséquences sont importantes dans la vie du sujet, l'ambivalence se

manifeste. Le sujet hésite entre le statu quo qu'il connaît et l'inconnu du changement. Plus le choix à faire est important, plus l'ambivalence augmente, au risque de paralyser les capacités du sujet à agir. Dans ces moments-là, les informations que les personnes génèrent elles-mêmes sont plus déterminantes pour leur conviction dans la nécessité de changer que les informations délivrées par des tiers (Hogan et al., 1983). Il s'agit donc de permettre au sujet de trouver lui-même « ses bonnes raisons » de changer de comportement. Pour cela, la balance décisionnelle peut être un outil précieux.

#### *La balance décisionnelle*

Janis et Mann (1977) ont conceptualisé les premiers le modèle de *balance décisionnelle* pour décrire le processus de prise de décision. Avant de faire un choix important, l'individu procède naturellement à une évaluation des avantages et des inconvénients de ce choix. Pour Janis et Mann, cette évaluation se fait en termes de gains (bénéfices) et de pertes (coûts) dans huit directions : les gains pour soi-même, les pertes pour soi-même, les gains pour les proches importants, les pertes pour les proches importants, l'approbation des proches importants, leur désapprobation, l'auto-approbation, l'auto-désapprobation. Le sujet oscille donc entre les aspects utilitaires (gains et pertes pour lui-même, pour les autres) et des considérations morales, sociales et d'estime personnelle (approbation, désapprobation des autres, de lui-même). Dans l'entretien motivationnel, la balance décisionnelle est réduite à quatre dimensions : les avantages du statu quo, les inconvénients du statut quo, les avantages du changement, les inconvénients du changement. En explorant ces différents pôles, il s'agit pour Miller et Rollnick (2001) de permettre au sujet de disposer de l'ensemble des éléments nécessaires à la prise de décision de changer de comportement.

#### *Les autres techniques utilisées*

L'entretien motivationnel est directif dans la mesure où il cherche à explorer l'ambivalence du sujet. Pour conduire l'entretien, le clinicien dispose de plusieurs outils techniques :

- Les *reflets*: reprise partielle ou totale de ce que vient de dire le patient sous la forme de la *répétition* (reflet simple), de la *reformulation* (utilisation de synonymes), de la *paraphrase* (modification plus importante avec un accent porté sur le sens de ce qui vient d'être dit), d'un *reflet de sentiment* (c'est l'éprouvé du sujet qui lui est reflété),
- Les *questions ouvertes*,
- Le *résumé* : résumé du contenu et de l'esprit de ce qui vient d'être dit, avec une sélection par le clinicien des éléments qu'il souhaite souligner, l'occasion de nommer l'ambivalence qui a été exprimée,
- Le *support* : renforcement du sentiment de capacité personnelle du sujet (par exemple, « c'était difficile pour vous de venir aujourd'hui et pourtant vous l'avez fait, je suis admiratif »),
- La *récapitulation* : en fin d'entretien, reprise de ce qui a été dit en mettant l'accent sur une description du problème, des ambivalences, des motivations et avec éventuellement la suggestion d'actions possibles.

À ces techniques s'ajoutent des stratégies : faire preuve d'empathie, développer les divergences (décalage entre la situation actuelle et la situation désirée), éviter les argumentations, nourrir le sentiment d'efficacité personnelle. Pour synthétiser l'approche motivationnelle, Miller et Rollnick ont défini sept principes directeurs (Rossignol, 2001 – traduction de certains termes canadiens par nos soins) :

- i. La motivation au changement doit émaner du patient et non être imposée de l'extérieur (*libre-arbitre*).
- ii. Il revient à la personne aidée, et non à l'aidant, de nommer et de résoudre son ambivalence.
- iii. La persuasion directe n'est pas une méthode efficace pour résoudre l'ambivalence.
- iv. Le style de counselling de l'EM est généralement doux et invite à l'exploration.

- v. Le thérapeute est directif dans l'exploration et la résolution de l'ambivalence.
- vi. La motivation au changement n'est pas un trait de caractère du patient mais un état qui vacille selon la qualité d'une interaction personnelle.
- vii. La relation thérapeutique est plus un partenariat qu'une relation expert/patient.

#### 1.4 La *conscience du trouble* et sa mesure : l'échelle Q8

L'existence d'un *insight* de bonne qualité serait un facteur favorisant la bonne observance (Corruble, Hardy, 2003). Qu'est-ce que l'*insight* ? Il ne s'agit pas ici d'une référence à la *Gestalt psychology*, ni à la psychanalyse. L'emploi de ce terme s'est généralisé depuis plusieurs années dans la littérature anglo-saxonne pour désigner l'aperception par le patient de sa maladie, sa clairvoyance au sujet de ses troubles. Marc Louis Bourgeois a repris le terme comme synonyme de *conscience de la maladie mentale*. Des études indiquent une corrélation entre le degré d'*insight* et la compliance. Certaines d'entre elles, citées par Bourgeois, montreraient même que ce serait la seule variable corrélée significativement avec l'observance (Bourgeois, 2002c).

Dans la pratique, la reconnaissance par le patient de ses troubles et de leurs conséquences est un élément clinique déterminant pour les médecins dans l'appréciation de l'évolution du patient en cours d'hospitalisation. Chez les patients psychotiques, la restauration d'un bon *insight* est souvent en lien avec une mise à distance des événements qui ont conduit à l'hospitalisation et une diminution de la symptomatologie. À l'inverse, le déni des troubles compromet grandement la poursuite du traitement. L'observation de l'*insight* est donc un outil d'évaluation de l'efficacité des anti-psychotiques. La durée particulièrement longue du traitement chimiothérapique de la schizophrénie suppose *a minima* que le patient se vive comme ayant besoin de prendre tous les jours les médicaments prescrit. Chaque prise est un rappel de l'existence de sa maladie.

Dans la clinique, on constate souvent que les questions sur la durée du traitement, le diagnostic et la guérison surgissent de manière concomitante.

Notre intérêt pour la mesure de l'*insight* ne réside pas dans l'évaluation de l'efficacité thérapeutique. Par ailleurs, l'entretien motivationnel ne requiert pas comme préalable pour être mis en place la reconnaissance par le patient de ses troubles. Il nous semblait cependant pertinent de rechercher un outil qui permettrait de mesurer l'évolution du rapport qu'entretient le patient avec sa maladie, sa conscience des conséquences négatives de celle-ci et sa confiance dans une évolution favorable de la situation. Autant de dimensions sur lesquelles agit l'entretien motivationnel.

Nous avons été ainsi amené à nous intéresser à l'échelle d'évaluation de la conscience du trouble (*Insight Q8*) mis au point par l'équipe de Marc Louis Bourgeois (cf. annexe). L'intérêt spécifique pour cette échelle est pluriel. Sa passation est aisée puisqu'elle comporte une série de huit questions suffisamment simples et ouvertes pour être utilisables avec des patients psychotiques, même délirants (bien que dans ce cas, l'intérêt d'une telle passation semble limité). Sa passation est donc rapide et ne nécessite aucun dispositif particulier. La banalité apparente des questions - qui pourraient être posées par tout clinicien voire tout co-patient au cours de n'importe quel type d'entretien - offre la possibilité de réaliser plusieurs passations sur une période courte sans que le patient cherche outre mesure à retrouver les réponses passées. L'utilisation de questions ouvertes dans quatre des huit items de l'échelle permet d'envisager faire cohabiter au sein de la même session la passation de l'échelle et l'entretien motivationnel. Enfin, l'utilisation de l'échelle Q8 auprès de patients schizophrènes a été validée (Bourgeois, 2002b).

## **2 – Étude de l'utilisation de l'entretien motivationnel auprès de deux patients**

L'étude a été réalisée dans une unité d'hospitalisation libre (HL) d'un hôpital psychiatrique de la région parisienne. Le recueil des données a été effectué par le suivi de la consultation des internes, des entretiens et de la visite hebdomadaire du praticien hospitalier, et par l'intermédiaire d'entretiens en face à face avec les patients, après accord responsable de l'unité.

L'entretien motivationnel ne se prête pas à un recueil exhaustif des éléments biographiques et des antécédents, seules les données indispensables à l'EM sont récupérées au fur et à mesure. Cependant, le caractère « expérimental » de notre démarche, le type de pathologie impliquée, la sélection de patients au diagnostic relativement « stable » et la chronicité de leurs rechutes imposaient, selon nous, de disposer d'un minimum de matériel biographique. Une partie de l'anamnèse a donc été reconstituée à partir de l'étude des dossiers médicaux. Ceci nous a permis de proscrire toute question à visée investigatrice. Au delà des risques éventuelles d'intrication de telles investigations dans le délire des patients, notre souci était également de construire un cadre se démarquant explicitement des autres entretiens que les patients ont avec le personnel soignant.

### *Les conditions de réalisation des entretiens*

Aucun bureau n'était attribué spécifiquement à la conduite des entretiens en face à face. Ils ont donc été réalisés dans des lieux variables en fonction de la disponibilité des espaces dans l'unité et du respect de la confidentialité qu'ils pouvaient offrir : bureau des internes, bureau du cadre infirmier, bureau de l'assistante sociale, recoin du couloir « aménagé » avec deux chaises, réfectoire et parfois chambre des patients.

Ce dernier espace n'a été utilisé qu'en dernier ressort. Il nous semblait important de symboliser par le choix du lieu des entretiens le respect de l'intimité du patient et notre démarche non-investigatrice afin, là encore, de singulariser notre intervention. Rappelons que les visites hebdomadaires du



responsable de l'unité, accompagné d'une partie importante de l'équipe soignante - la « grande visite » - se font au lit du patient.

À chaque fois que les chambres ont été utilisées, c'était donc après avoir constaté avec le patient que les autres lieux étaient indisponibles et après avoir recueilli l'accord de celui-ci. À ceci s'ajoute une autre difficulté : les patients sont majoritairement hébergés dans des chambres à trois lits. Dans ces conditions, réaliser un entretien confidentiel implique que les autres patients soient hors de la chambre. Il faut donc leur demander de sortir ou d'attendre avant de rentrer. Outre la similitude avec les visites médicales, cela nuit à la sérénité des entretiens qui doivent se dérouler sans contrainte de temps, ni pression extérieure.

Concernant la fréquence des entretiens, nous avons cherché à établir un rythme hebdomadaire en conservant dans la mesure du possible le même jour et la même plage horaire par souci d'organisation vis-à-vis des autres membres de l'équipe.

## 2.1 Mme J, 46 ans, schizophrénie dysthymique-psychose (trouble schizo-affectif)

Mme J est une femme de 46 ans, hospitalisée dans le service après un passage dans une unité fermée où elle avait été conduite par la police dans un état d'agressivité et d'excitation importantes.

### 2.1.1 Motif de la consultation dans le service, biographie, anamnèse et vie actuelle du patient

Hospitalisée à plusieurs reprises dans le service, Mme J est suivie depuis de nombreuses années au Centre médico-psychologique (CMP) du secteur. Elle travaille dans un centre de tri de la poste. Divorcée, elle a un fils de 23 ans, intérimaire, et présenté dans le dossier médical comme un « psychotique non suivi ». Ses parents vivent en province. Elle a 6 frères et sœurs.

Son premier contact avec la psychiatrie a lieu en 1977 pour un état dépressif faisant suite au décès d'un de ses frères d'un accident de la voie publique (AVP).

En 1989, elle est à nouveau hospitalisée pour un « état délirant persécutif dans les suites d'un suicide d'un frère par pendaison ».

En 1996, elle entre dans le service pour la première fois via les urgences psychiatriques. En 1997, elle est amenée par les pompiers pour des troubles du comportement. Une voisine de palier qui l'accompagne raconte que, depuis quelques jours, la patiente est « terrorisée », « perplexe ». « Elle fait des choses bizarres : ouvre et ferme les rideaux, allume et éteint les lumières à plusieurs reprises dans la journée. " C'est des codes " dit-elle ». La mère de la patiente avait appelé la voisine trouvant que sa fille n'allait pas bien. A l'entrée, le tableau est le suivant : « angoisse majeure ; opposition craintive, mouvements de terreur dès qu'on tente de l'approcher ; persécution +++ ; attente quasi-mélancolique de la mort. » Elle déclare aux médecins : « je sais qui vous êtes. Vous n'êtes pas des psychiatres, vous êtes payés par cette société. [...] C'est la fin, je suis morte, vous allez me faire du mal. »

Depuis, les passages de Mme J dans le service se répètent à un rythme bisannuel dans un contexte d'hospitalisation sous contrainte. En 2001, elle est ainsi interpellée à son domicile suite à une plainte du voisinage. Le rapport de police indique qu'elle est « agressive » et qu'elle tient « des propos incohérents sur le satanisme ». Elle est hospitalisée d'office. À l'entrée, le tableau décrit par les médecins est le suivant : « psychose déficitaire avec clinophilie, apragmatisme, aboulie, discordance idéo-affective, dangerosité initiale à mettre sur le compte de l'agitation et du délire, hallucinations auditives avec automatisme mental, agitation comportementale avec menace sur le personnel soignant, déclare être l'objet de menaces de mort, d'un complot ». Au cours de l'hospitalisation, l'amélioration clinique est « notable » : « elle critique l'épisode délirant et son discours est adapté, cohérent. Elle adhère au projet de soins, accepte de prendre son traitement ainsi que d'être suivie régulièrement ».

En 2003, c'est à nouveau via les urgences qu'elle entre dans le service pour un épisode où les idées délirantes sont à l'avant du tableau. L'interne note une

prééminence de « mécanismes interprétatif et intuitif à thème sexuel et persécutif, un discours allusif avec relâchement des associations, jeux de mots et associations d'idées, réticence importante, méfiance malgré une grande familiarité rendant l'entretien peu informatif. Le contact est labile. » L'hospitalisation de plein gré étant refusée par Mme J, c'est sous le régime de la contrainte qu'elle reste dans l'unité avec une hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) signée par son fils. Son séjour hospitalier sera l'occasion pour l'équipe soignante de remettre en place un traitement médicamenteux et d'organiser son suivi sur le CMP à sa sortie, les idées délirantes cédant rapidement malgré la persistance d'un certain apragmatisme et une tendance au négativisme prononcée.

En 2004, Mme J est retrouvée errante, pieds nus, sur son lieu de travail. De passage chez une amie, elle s'est sentie menacée par le comportement de celle-ci qu'elle a interprété comme une proposition de nature sexuelle. « Elle m'a demandé de descendre les poubelles, c'était bizarre. » Effrayée et craignant un complot, elle décide de s'enfuir immédiatement, déambule dans les rues jusqu'au centre de tri où elle travaille. Elle est interpellée et conduite aux urgences. Les idées délirantes à thème persécutif sont importantes : elle voit des personnes qui la filment depuis le plafond. Elle se montre hostile et sthénique, plusieurs policiers ont été nécessaires pour la maîtriser. Après un séjour dans une unité fermée, la réduction de la symptomatologie conduira les médecins à lever l'HDT qui avait été signée par son fils. Elle sera transférée alors en hospitalisation libre (HL). C'est au cours de cette hospitalisation que nous ferons sa connaissance. Ce séjour sera le dernier passage de cette patiente dans le service. En effet, Mme J. est décédée au début de l'année 2005 des suites d'une complication de troubles somatiques. A notre connaissance, aucune autopsie n'a été pratiquée.

Le diagnostic de *schizophrénie dysthymique* et de psychose (*trouble schizo-affectif*) a rapidement été posé dans le parcours hospitalier de Mme J. La pertinence du concept de schizophrénie dysthymique a longtemps été discuté. Cette forme serait rattachée au groupe des schizophrénies périodique. Le

chapitre V de la classification internationale des maladies (CIM-10) et le DSM-IV ne prennent pas en compte cette catégorie nosographique. Pour les auteurs du CIM-10, les patients doivent donc être classés soit dans la catégorie des *schizophrénies*, soit dans celle des troubles *schizo-affectifs*, soit dans celle des *psychoses non organiques*. « Les affections au cours desquelles des symptômes affectifs sont surajoutés à une maladie schizophrénique préexistante, ou vont de pair ou alternent avec des troubles délirants persistants d'un type différent, sont classées sous F20 [schizophrénie, NDR] ou F29 [psychose non organique sans précision, NDR] » (OFS, 2004). Pourtant, c'est le diagnostic de schizophrénie dysthymique qui persiste aujourd'hui dans le dossier de Mme J, celui de psychose (trouble schizo-affectif) n'étant utilisé semble-t-il que dans un but statistique. Pour Guyotat et Terra (1990), les termes de *schizophrénies dysthymiques*, de *psychoses schizoaffectives*, de *schizophrénie affective* et de *troubles schizo-affectifs* se recourent. Le diagnostic est établi quand un syndrome maniaque ou dépressif est associé au critère « A » de la schizophrénie (présence de symptômes psychotiques caractéristiques) chez un sujet qui ne réunit pas tous les critères de la schizophrénie et chez lequel hallucinations et délire sont présents à certaines périodes, en l'absence de troubles affectifs. « Cliniquement, il s'agit d'une association de symptômes de la série thymique (dépression, expansion) et de la série psychotique (expérience délirante d'influence, automatisme mental, dépersonnalisation), sans rapport avec l'état thymique comme c'est le cas dans la maniaco-dépressive. » (Guyotat, Terra, 1990).

Carrefour de la schizophrénie et des troubles de l'humeur, ce registre nosographique présente pour les auteurs un intérêt multiple. Clinique, tout d'abord : « Ceci correspond mieux à la pratique quotidienne des psychiatres et à leurs préoccupations dont témoignent les réunions médicales consacrées aux aspects dysthymiques des schizophrénies. En particulier, bon nombre de rechutes et de réhospitalisations sont dues à des épisodes délirants accompagnés d'excitation atypique. » (Deniker, Olié, 1990) L'augmentation observée du nombre de cas de schizophrénies dysthymiques pourrait être la conséquence de la généralisation de l'utilisation des neuroleptiques qui mettrait

à jour des oscillations thymiques non perceptibles précédemment. D'un point de vue thérapeutique, une sensibilité éventuelle aux thymorégulateurs peut permettre d'envisager une association de ces derniers avec des neuroleptiques et des antidépresseurs. C'est le type de traitement reçu par Mme J. Enfin, concernant l'étiologie, cela pose l'éventualité d'un facteur de risque génétique comme celui observé dans les troubles thymiques.

### 2.1.2 Le traitement et les difficultés d'observance

Nous rencontrons pour la première fois Mme J en assistant à son entretien avec l'une des internes du service. La consultation se déroule dans un climat tendu. Mme J vient d'être réveillée en cette fin de matinée pour se rendre dans le bureau des internes. Sa présentation est négligée : cheveux en bataille, pull ayant perdu sa forme et de couleur douteuse, pantalon en toile sombre froissée. La patiente s'était recouchée après le petit déjeuner comme cela semble être son habitude.

L'interne lui demande s'il est possible de discuter avec elle de l'interruption thérapeutique qu'elle a initiée un mois avant les événements conduisant à son hospitalisation. Mme J ne répond pas. Sollicitée à nouveau par le médecin, elle s'énerve :

« C'est vous qui appelez ça " arrêt du traitement ". Ce n'est pas ça. Arrêter son traitement, c'est quand on a plus d'ordonnance. Là, j'en avais une sur moi. Je n'appelle pas ça un arrêt du traitement.

- Dans ce cas, pourquoi êtes-vous là à votre avis ?

- ...

- Avez-vous appelé votre fils ?

- ...

- Mme J, vous ne m'avez pas demandé de permission de sortie pour aller à la Poste chercher votre carte bleue. On avait pourtant convenu que vous deviez le faire.

- Oui, bon ! ET ALORS ?

- Mme J, vous n'allez pas rester ici toute votre vie ? Si vous voulez sortir, il faut commencer par aller chercher votre carte bleue et passer chez vous récupérer votre courrier. D'accord, Mme J ?

- Oui, oui... »

Mme J se lève, sort du bureau et manifeste son mécontentement en soupirant bruyamment.

La question de l'arrêt des traitements est prégnante chez cette patiente. La reprise de son dossier médical montre que la quasi-totalité des épisodes de type maniaque conduisant aux hospitalisations est précédé d'un arrêt des traitements. Ainsi, avant l'hospitalisation de 1997, Mme J avait stoppé trois mois auparavant la prise de son traitement associant un neuroleptique et un thymorégulateur. Interrogée par le médecin du service, elle justifiait cette interruption de la chimiothérapie et du suivi médical par le fait que son psychiatre « n'aurait pas jugé bon de la revoir ». C'est quasiment le même motif qu'elle évoquera pour expliquer, lors des hospitalisations suivantes, les ruptures totales de la prise en charge médicale. À chaque fois, les internes rapporteront des critiques de la patiente concernant les prescriptions médicamenteuses : « je suis une cobaye ici comme tous les autres patients » dira-t-elle souvent. Ainsi, le traitement paraît alimenter le mécanisme interprétatif à thème persécutif prédominant chez cette patiente.

### 2.1.3 L'entretien motivationnel, un outil de restauration d'un dialogue sur les traitements

En accord avec le praticien hospitalier responsable de l'unité, nous avons proposé à Mme J de discuter avec nous de son hospitalisation. Indifférente, elle formulera son accord par un « si vous voulez ».

Pour Mme J, son hospitalisation s'explique facilement : elle est connue des services de police et des services médicaux de son quartier. « Ah, c'est Mme J ! Donc, on l'hospitalise. » Le séjour hospitalier est pour elle « difficile car on

ne peut pas sortir ». Mme J est dans une *unité libre*, elle peut donc sortir à la condition de demander aux internes des permissions, ce qu'elle ne fait pas.

Nous lui demandons son avis sur l'entretien qu'elle vient d'avoir avec l'interne et l'importance que le médecin a accordé à « l'arrêt des traitements ». Mme J réagit par un mouvement de léger repli sur sa chaise comme un enfant dans la crainte de recevoir une gifle en punition d'une faute commise. Un petit rire contenu complète la scène. Face à ce vécu persécutif, nous n'insistons pas et revenons sur les raisons qui, selon elle, ont conduit à son hospitalisation.

« Il y a rechute, mais bon. Le problème, c'est que je n'ai pas de famille où aller. Mon fils n'est pas encore majeur pour m'accueillir.

- Qu'aimeriez-vous faire ?

- M'installer chez mon fils. »

La situation actuelle est inverse, apprendrons-nous plus tard. Le fils de Mme J, considéré comme « psychotique non traité » par les médecins, s'est installé chez sa mère, contre la volonté de cette dernière. Mme J n'est pas satisfaite de cette situation, la cohabitation avec ce fils, parfois encombrant, est difficile. Elle n'entreprend cependant aucune action pour y mettre un terme.

Nous constatons l'effet nocif qu'a eu l'évocation de la question du traitement sur la poursuite de l'entretien. Assimilé aux persécuteurs, l'auteur de ces lignes n'a obtenu qu'un discours plaqué censé refléter le souhait des persécuteurs (son fils, les médecins). Elle dira ainsi que le lithium la « stabilise mais qu'il faudrait en changer car il n'est plus au goût du jour » dans une simulation de discours médical. Elle exprimera aussi son manque d'assiduité dans les activités proposées dans l'unité (lecture, balnéothérapie, etc.) reformulant ainsi les reproches de l'équipe soignante à son égard.

Une semaine plus tard, nous décidons de commencer l'entretien par une exploration méthodique de la balance décisionnelle. Nous invitons donc la patiente à s'exprimer sur les aspects négatifs de son hospitalisation. « Ici, c'est médicalisé à outrance » répond-elle.

- Médicalisé à outrance ?

- Oui, il y a trop de médicaments.

- La question du traitement est un sujet difficile pour vous...
- Oui, mais il faut faire attention aux crises.
- Comment peut-on vous aider en cas de crises ?
- En m'hospitalisant.
- Pour vous, l'hospitalisation est une aide dans les moments de crises. Que pourriez-vous faire dans ces moments-là ?
- Appeler le CMP mais le week-end ce n'est pas possible de les joindre.
- Que faire alors ?
- Je sais pas, il faut aller aux urgences.
- Quelles seraient les raisons de prendre vos médicaments ?
- Prendre les médicaments, c'est important. Il ne faut pas jouer avec sa santé.
- Je vais essayer de récapituler ce que vous venez de dire. En prenant votre traitement, vous évitez de jouer avec votre santé et vous n'êtes pas obligée d'être hospitalisée. En cas de crise, vous pouvez appeler le CMP ou vous présenter aux urgences afin d'être hospitalisée. Ai-je oublié quelque chose ?
- Non, c'est tout à fait ça.

Le fait de valider sa liberté critique, son libre-arbitre, au sujet des traitements a, semble-t-il, favorisé une évolution du discours de Mme J. L'utilisation de la balance décisionnelle permet de faire émerger un *discours-changement* sur la conduites à tenir face aux « crises ». Elle s'approche de la verbalisation d'un lien entre l'arrêt des traitements et la rechute.

Une semaine plus tard, nous assistons un entretien de la patiente avec son médecin. « Le traitement vous fait-il du bien ? » lui demande-t-il.

- « En tout cas, il ne me fait pas de mal.
- Et quand vous ne le prenez pas ?
- Y'a un risque d'être maniaque. »

La conséquence de l'interruption thérapeutique est dorénavant exprimée par Mme J.

Au cours de l'entretien suivant, Mme J reformulera les raisons de prendre le traitement : « il faut faire attention pour éviter d'être malade. Il vaut mieux



prévenir que guérir. » Nous lui demandons alors quel est le traitement le plus difficile à prendre. Elle désignera celui du midi. En dehors des épisodes justifiant une hospitalisation, Mme J travaille dans un centre de tri. Pour le déjeuner, elle va avec ses collègues à la cantine. « Quand vous arrêtez de prendre votre traitement, c'est en commençant par ceux du midi. C'est exact ? » « Oui. mais j'ai continué à prendre mon lithium le soir. » Nous inviterons la patiente à en discuter avec son interne pour lui demander si un éventuelle changement dans la posologie est possible. Le traitement de Mme J sera ainsi adaptée à cette contrainte du déjeuner.

Une autre dynamique de changement va apparaître de manière concomitante aux évolutions du discours de Mme J sur son traitement. Elle exprimera peu à peu la nécessité de mettre son fils dehors pour qu'il retourne vivre dans son propre appartement. Elle ira jusqu'à solliciter l'aide de l'assistance sociale pour tenter de résoudre la situation.

## 2.2 M. F, 41 ans, schizophrénie *pseudo-névrotique*

M. F est un patient âgé de 41 ans, connu du service. Il est adressé par le médecin qui le suit au centre médico-psychologique de son secteur pour « une recrudescence anxieuse avec rechute alcoolique ».

### 2.2.1 Motif de la consultation dans le service, biographie, anamnèse et vie actuelle du patient

M. F est le fils d'un ancien militaire de carrière décédé, il y a quinze ans, des complications d'un alcoolisme chronique. Sa mère vit actuellement dans une station balnéaire. Le frère cadet de M. F vit à l'étranger. Après des études de philosophie et d'histoire de l'art qu'il a poursuivies jusqu'à l'obtention d'un D.E.A, il travaille comme secrétaire dans le service d'édition d'une grande administration française. Il a été « réformé pour des raisons psychiatriques floues » en 1986 au bout d'une semaine de service militaire. Dans un des comptes-rendus hospitaliers, il est indiqué que « le patient se décrit comme

ayant toujours eu une image de "beau ténébreux", replié, avec peu de plaisir pour les contacts sociaux ». Il a une fille de huit ans qui vit avec sa mère dont il est séparé depuis sept ans.

Dans les antécédents familiaux, on retrouve la mention d'un épisode dépressif majeur du post-partum chez la mère du patient après la naissance du frère cadet de M. F. Cet épisode a nécessité l'hospitalisation de celle-ci pendant deux mois dans un hôpital psychiatrique.

Son premier contact avec la psychiatrie remonte à 1990, il consulte alors pour un état d'angoisse. Il est hospitalisé pour la première fois dans un service psychiatrique en 2000 pour un bilan diagnostique qui conclut à un « trouble dépressif majeur d'intensité moyenne » sur une personnalité dépendante. La même année, il est hospitalisé à nouveau pour un sevrage alcoolique.

En 2001, il entre pour la première fois dans le service où est réalisé ce mémoire. Il est adressé par les urgences psychiatriques pour un « syndrome anxio-dépressif avec alcoolisme secondaire ». Dans l'histoire de la maladie, il est noté : « depuis la séparation d'avec son amie, il y a trois ans, M. F s'est progressivement isolé tant au niveau social que familial. Un alcoolisme secondaire s'est installé avec prise de 2 à 3 litres de bières le soir à but anxiolytique. Avant son hospitalisation, il était en arrêt de travail depuis 3 semaines durant lesquelles il s'est montré clinophile et très replié sur lui-même. » A l'entrée, le patient est incurique, présente un ralentissement moteur et des troubles cognitifs importants. Des « signes de pré-Delirium tremens » sont observés dans les 72 heures suivant le début du sevrage. Au cours du séjour hospitalier, si « le sevrage se passe sans problème selon les médecins », M. F se montre cependant effacé dans le service avec parfois des revendications relatives au traitement (modification et choix du traitement).

Durant une permission, il est rentré avec 24 heures de retard, après avoir passé son week-end au lit, sans sortir, ni manger et s'auto-prescrivant la prise d'un hypnotique (Imovane®). Durant les entretiens, il se présente très inhibé,

indécis, ralenti, apragmatique, le regard fuyant, la voix basse. Il décrit une athymhormie. Cependant, la symptomatologie anxieuse diminue. Les médecins concluent leur compte-rendu hospitalier en ces termes : « après 15 jours de traitement par Effexor® [antidépresseur, NDR] instauré après un traitement par Zyprexa® [neuroleptique atypique, NDR] et Deroxat® [antidépresseur, NDR] inefficace, la symptomatologie ne s'est pas franchement améliorée. A savoir, inhibition et indécision. La présentation est ralentie avec une attitude de passivité à la limite du négativisme. La question d'une atypicité se pose. Il est décidé de poursuivre l'Effexor et de l'augmenter en ajoutant du Solian [neuroleptique, NDR] à posologie désinhibitive. Une psychothérapie double comportementale et psychodynamique est mise en place avec prise en charge individuelle au CATTP. En cas d'échec, un traitement par ECT [électroconvulsivothérapie ou électrochoc, NDR] est envisagé. »

Deux mois plus tard, le patient sera ré-hospitalisé pour le même motif que précédemment, c'est-à-dire une « recrudescence anxieuse avec inhibition et reprise de la consommation d'alcool ». 6 autres hospitalisations suivront dans des conditions similaires, avec un tableau clinique identique dans lequel on remarque cependant, à chaque fois, une majoration de l'inhibition et de l'aspect déficitaire par rapport à l'hospitalisation précédente.

Ses multiples hospitalisations se sont accompagnées d'une évolution du diagnostic initial :

- 2000 : trouble dépressif majeur d'intensité moyenne sur une personnalité dépendante
- 2001 : recrudescence anxio-dépressive, personnalité dépendante, persistance d'un état déficitaire. ICD 10 : F60.1 (*Personnalité schizoïde*).
- 2002 : schizophrénie *pseudo-névrotique*. ICD 10 : F20.8. (Autres formes de schizophrénie)
- 2003 : schizophrénie *pseudo-névrotique* de présentation *pseudo-psychasthénique*. ICD 10 : F20.9. (*Schizophrénie, sans précision*)

Au sujet des formes *pseudo-névrotiques*, Guyotat et Terra (1990) indiquent que « le tableau clinique est apparemment celui d'une névrose et peut donc revêtir l'aspect d'une névrose obsessionnelle, d'une hystérie, d'une phobie ou d'une dépression névrotique. » Dans le cas de M. F, il s'agirait d'une forme de *depression atypique* : « patient qui s'enferme peu à peu dans une attitude de découragement, avec un sentiment d'impuissance, et parfois des tentatives de suicide. Le diagnostic est difficile : le patient exprimant en somme très directement un sentiment de déchéance, de désordre intérieur, de difficultés à mettre en ordre ses pensées. Il a conscience d'une certaine diffiulté dans le cours de ses idées, d'où son pessimisme et une impression d'anéantissement. [...] Selon Hoch et Polatin, un certain nombre de caractères généraux se retrouvent dans l'ensemble de ces formes *pseudo-névrotiques* : pauvreté du contact avec l'entourage et le médecin, ambivalence non localisée à un conflit, généralisée à toute situation, mélange d'indifférence à des situations graves et de fortes angoisses devant des faits apparemment minimes, sentiment qu'à le malade d'une omnipotence de l'entourage à son égard, impression de vide, sentiment de pensée entravée par les proches. »

À l'issue de l'hospitalisation pendant laquelle notre observation a été faite, le diagnostic a été revu en faveur d'une *schizophrénie hébéphrénique*. Malgré l'absence supposée de précocité des troubles (premier contact avec la psychiatrie à 26 ans, première hospitalisation à 36 ans), ses médecins ont, semble-t-il, privilégié la symptomatologie négative prédominante dans le tableau actuel : clinophilie, athymhormie, ralentissement psychomoteur global, ruminations stéréotypées, etc.

Nous avons choisi d'utiliser dans ce mémoire le diagnostic qui nous a accompagné tout au long de notre observation. La notion de schizophrénie hébéphrénique n'apparaissant que dans le compte-rendu rédigé à l'issue de l'hospitalisation. La prise en compte de cette évolution diagnostique ne nous a pas semblé être indispensable pour notre travail dans la mesure où elle ne remet pas en cause la sphère nosographique précédemment définie.

## 2.2.2 Le traitement et les difficultés d'observance

Face à l'évolution progressivement péjorative des troubles, le traitement de M. F a été modifié à plusieurs reprises. À chaque nouvelle hospitalisation, un nouveau neuroleptique (conventionnel ou atypique) a été introduit en association avec différents antidépresseurs et anxiolytiques. À chaque fois, l'anxiété cède peu à peu au cours du séjour, mais les traitements restent peu efficaces sur la symptomatologie déficitaire. Un traitement par électroconvulsivothérapie (ECT) sera également tentée mais devra être interrompue après deux semaines devant l'instauration d'un syndrome confusionnel. L'approche thérapeutique médicale est donc fortement marquée par les échecs successifs à contenir l'évolution déficitaire. Une situation dont se plaint régulièrement M. F au cours des entretiens : « Les choses sont de plus en plus difficiles », « j'ai l'impression de ne plus réussir à faire grand chose », « la situation n'évolue pas », « je suis hospitalisé depuis longtemps et ça ne bouge pas. Ca ne peut pas continuer comme ça. ». Cette perception de l'inefficacité des traitements s'accompagne de critiques que formule M. F à l'encontre de sa prise en charge.

Dès sa première hospitalisation dans le service, les médecins notent « des revendications relatives au traitement ». Durant ce séjour, un épisode de rupture de traitement avec automédication se produit au cours d'une permission prolongée par le patient.

En 2002, M. F ne reste pas dans la structure de post-cure où un séjour avait été programmé à l'issue de son hospitalisation. Il décide seul d'arrêter la prise du traitement neuroleptique prescrit. Lors de l'hospitalisation suivante, cinq mois après, M. F expliquera qu'« il se sentait mieux » et décrira une amélioration clinique notable avec notamment un recul de « l'inhibition » et une certaine « fébrilité ». Une description en contradiction avec l'observation faite à l'entrée dans le service. Au cours de ce séjour, l'interne constate « un discours assez ambivalent à l'égard de la médecine et de la "valse des internes" ».

Enfin, la reprise d'une consommation d'alcool précède chaque séjour hospitalier et ne peut être dissocié du contexte de rupture thérapeutique dans lequel se produisent les rechutes. L'exemple de 2002 où interruption de la post-cure et rupture du traitement sont directement associées témoigne de cette intrication. Chez M. F, la rechute alcoolique pourrait être une des manifestations de la mauvaise observance. La double prise en charge - sevrage de l'alcool, troubles schizophréniques - au sein de la même unité et au cours du même séjour jouerait peut-être en faveur d'une telle intrication.

### 2.2.3 L'entretien motivationnel et la conscience du trouble

En réponse à notre invitation à parler de son hospitalisation, M. F se dit très intéressé par cette possibilité de « discuter ». Il nous remerciera plusieurs fois quand, à la fin de l'entretien, nous lui proposerons de nous revoir régulièrement. « Je n'aurais pas fait la démarche seul ». M. F manifeste son intérêt en l'accompagnant d'un ton posé qui semble être empreint de réflexion et de profondeur. Mais cette tonalité ne le quitte jamais, quelque soit le sujet abordé. Les ruminations sont permanentes au cours des entretiens et ne débouchent que sur un discours relativement pauvre. L'impénétrabilité domine par moment les échanges.

La balance décisionnelle permet à M. F d'exprimer son ambivalence vis-à-vis de l'hospitalisation. Après avoir critiquer les conditions d'hospitalisation (promiscuité, autres malades, etc.), il évoque le sentiment de protection, de contenance que lui procure le séjour hospitalier. Au sujet de ses troubles, il emploie le terme de « dépression ». Le reflet par répétition de ce terme amène M. F à reformuler plus précisément : « je dirais plutôt "ma maladie". Je parlerais plutôt d'inhibition. Oui, voilà. C'est ça : une inhibition ». Le sujet vient ainsi de se définir comme malade, comme souffrant d'une maladie qu'il nomme d'un terme particulièrement adéquat avec une part importante de sa symptomatologie. Nous poursuivons l'exploration de son ambivalence en lui demandant son avis

sur les effets négatifs du traitement. Il exprime ce qui ressemble à une *expérience subjective* négative : « j'ai du mal à l'expliquer, c'est une impression, un sentiment de mal être ». M. F a des tremblements dans les jambes et les mains évocateurs de troubles extrapyramidaux. Il ne les mentionnera pas dans les effets négatifs du traitement. Du côté des aspects positifs, dans un premier temps, il indique qu'il n'en voit aucun. Nous reformulons la situation : « le traitement vous donne un sentiment de malaise et vous n'observez pas d'effets positifs actuellement. C'est exact ? ». « En fait, ça m'apaise quand même ». Il poursuit : « le problème avec le traitement, c'est que c'est une dépendance. Quelque chose auquel le corps s'habitue et on ne peut plus s'en passer. » On soulignera la valeur prise ici par le médicament comme représentant de l'autre, de l'objet et avec pour corollaire la part de danger que cela comporte pour le sujet de le voir se transformer en mauvais objet. S'exprime ici selon nous toute la complexité de la relation thérapeutique avec les patients schizophrènes et le travail sur la distance qu'elle implique. M. F enchaînera d'ailleurs sur ses difficultés relationnelles avec les autres, et plus généralement avec le monde extérieur. Elles se traduisent par l'impossibilité, pendant de longues semaines, de sortir de chez lui et de répondre au téléphone.

Au début de l'entretien suivant, nous résumons : « la dernière fois que nous nous sommes vus, vous aviez expliqué souffrir d'une inhibition. Le traitement que l'on vous a prescrit vous apaise mais vous ressentez un sentiment de mal être.

- Oui, c'est ça. En fait, je me demande qu'elle peut être l'aide apportée par les médicaments sur cette inhibition.
- Me permettez-vous de vous proposer quelque chose à ce sujet ?
- Oui, bien sûr, allez-y.
- C'est une question que vous pourriez poser à votre médecin. Il pourra alors vous donner des informations sur l'action des traitements qu'on vous a prescrit.
- Vous avez raison, je n'y avais pas pensé. »

Nous reprenons ensuite l'exploration de la balance décisionnelle. M. F est plus précis que précédemment sur les inconvénients qu'il attribue au traitement :

ralentissement, difficulté de concentration, bouche sèche. Il lui permet toujours de baisser son niveau d'angoisse. « Comment faites-vous avec cette sensation de bouche sèche ?

- Je bois de l'eau.
- Vous buvez de l'eau.
- Oui, et ça va. C'est pas trop gênant. »

M. F vient donc exprimer qu'il est possible de mettre en place des stratégies pour surmonter certains effets négatifs liés à la prise de traitement.

Lors du troisième entretien, nous proposons à M. F la passation de l'échelle d'*insight* (cf. annexe) en l'informant de l'utilisation restreinte qui en sera faite c'est-à-dire limitée au cadre de ce mémoire. Le score obtenu est de 3 ce qui correspond à une « conscience médiocre du trouble ». Si M. F est conscient en partie du retentissement de son inhibition (réponses cohérentes aux questions 1, 3 et 6), il ne peut en définir l'origine (questions 4 et 5), ne se sent pas malade (question 2) et n'a pas confiance en l'avenir et dans un changement possible (questions 7 et 8). La difficulté de relier la situation actuelle au passé (« origine ») et à l'avenir correspond à la difficulté de ce patient à s'inscrire dans un autre temps que le présent. Il ne conjugue d'ailleurs pas les verbes au passé ou au futur.

Cette difficulté à envisager l'aspect chronologique des événements obère les capacités de M. F à se projeter dans l'après-changement et, par conséquent, d'en évaluer, les avantages et les inconvénients. Cela l'handicape également pour mesurer l'évolution de son état depuis le début de l'hospitalisation. Nous avons donc cherché à faire verbaliser M. F sur sa situation avant son séjour hospitalier et sur ce qu'il fera après. À travers la question de la temporalité, il s'agissait aussi d'aider le patient à se resituer comme sujet des événements qui le concerne, c'est-à-dire à renforcer son *sentiment d'efficacité personnelle* . Nous rappelons à M. F qu'il est venu librement pour être hospitalisé dans l'unité. « Il le fallait, je n'étais pas bien, je m'isolais de plus en plus.

- Vous aviez donc un objectif en vous présentant dans le service.
- Oui. C'est ça. J'espère que ça va aller mieux.



- Aller mieux...
  - Oui, j'espère que les médicaments m'aideront à affronter le quotidien.
  - Pour résumé, vous dites que vous êtes venu à l'hôpital pour obtenir une amélioration de votre état de santé.
  - Oui. Et il faut aussi que je change de travail, ce n'est plus possible. Et je vois le temps passé ici. Il faut que je sorte, ça fait un moment que je suis ici. Ça n'avance pas. Je me contente d'être là à l'hôpital au lieu de travailler. »
- Face à ce mouvement de discontinuité de la pensée, nous jugeons préférable de proposer au patient de terminer l'entretien, ce qu'il accepte volontiers.

La dissociation dominera encore le quatrième entretien qui pour cette raison sera lui aussi écourté.

« Comment allez-vous ?

- Pas très bien. Je crois que je ne suis pas prêt de retravailler.
- La question du travail vous préoccupe.
- Je voudrais sortir.
- Que feriez-vous une fois dehors ?
- Je reprendrais le travail.
- Vous avez dit tout à l'heure combien retravailler vous semble difficile.
- C'est vrai. Pas pour l'instant, c'est pas possible.
- ...
- Il faut que je retravaille. »

Au cours du cinquième et dernier entretien, nous effectuons une deuxième passation de l'échelle d'*insight Q8*.

1 – Pourquoi êtes-vous ici ?

« Pour un problème d'inhibition. Je ne sors pas de chez moi. »

2 – Avez-vous l'impression d'être malade ?

« Oui, même si en ce moment c'est plus ma santé physique que mentale qui me préoccupe. » [M. F a un rhume]

3 – De quelle maladie souffrez-vous ?

« Une schizophrénie pseudo-névrotique. D'inhibition. »

4 – À quoi cela est dû ?

« À force de ne pas sortir de chez soi, c'est une spirale. »

5 – Souffrez-vous psychiquement ou moralement ?

« Psychiquement. »

6 – Est-ce que vous êtes handicapé dans votre vie professionnelle, familiale ou sociale ?

« Oui. »

7 – Que peut-on faire pour vous ?

« C'est le problème. »

8 – Pensez-vous qu'une guérison est possible ?

« Oui. J'espère. »

Le score obtenu est de 6 ce qui correspond à une « bonne conscience du trouble ». Le contenu des réponses qui contraste franchement avec les entretiens précédents nous conduit à penser que nous sommes en présence d'un discours plaqué (l'utilisation du diagnostic de schizophrénie pseudo-névrotique est révélatrice). La suite de l'entretien confirmera cette impression. Le discours de M. F n'a pas évolué depuis notre troisième rencontre, nous n'avancions pas plus avant dans l'exploration de son ambivalence par rapport à la prise en charge thérapeutique, ni dans la verbalisation du changement. Les propos du patient restent attachés à la question de la reprise du travail, à la difficulté de sortir de chez lui, à son inactivité hospitalière, à ses attentes de traitement de l'inhibition. Depuis plusieurs semaines, la situation est figée à l'image des persévérations et des ruminations relevées dans le discours.

### 3 – La discussion

#### 3.1 Les présupposés favorables à l'utilisation de l'entretien motivationnel auprès de patients schizophrènes hospitalisés

Bordenave-Gabriel et al. (2003) soulignent que les problèmes d'observance concernent tous les patients, toutes les pathologies et tous les médicaments : « en fait, il s'agit plus d'un comportement que d'une structure donnée ». C'est en s'appuyant sur l'hypothèse que l'adhésion thérapeutique implique un changement de comportement de la part du patient que nous nous sommes intéressé à l'utilisation d'une approche motivationnelle pour un type de patients dont le parcours médical associe souvent rechute et mauvaise adhésion thérapeutique (cf. supra : 1.2 *La mauvaise adhésion thérapeutique chez les patients schizophrènes et leurs conséquences*).

Comme dans le cas d'un problème de consommation de toxiques, la mal-observance a des conséquences péjoratives pour le sujet : augmentation d'une symptomatologie source de souffrance (angoisse, vécu persécutif, etc.), conflits avec l'entourage, suites médico-légales (arrestation, internement, etc.). La balance décisionnelle de l'entretien motivationnel pourrait donc s'appliquer à l'adhésion thérapeutique. Par exemple, parmi les avantages à l'arrêt de traitement, on retrouverait la négation de la maladie (« quand on est pas malade, on n'a pas besoin de traitement ») et la disparition de l'*expérience subjective* négative associée aux effets des médicaments. Du côté des inconvénients, seraient listées les conséquences morbides évoquées plus haut. En changeant de comportement pour une adhésion thérapeutique, le sujet bénéficierait d'une réduction des troubles invalidants, éviterait l'hospitalisation sous contrainte et profiterait ainsi d'une liberté un peu plus grande d'organiser son quotidien. Le « prix » de cette adhésion serait l'obligation d'un suivi médical rappelant en permanence au sujet qu'il est malade.

Il ne s'agit ici que d'exemples. Bien évidemment, les éléments de la balance décisionnelle seraient différents d'un patient à l'autre. Dans leur enquête réalisée auprès de 63 patients souffrant de troubles psychotiques, Bordenave-Gabriel et al. (2003) constatent que l'observance médicamenteuse n'est pas motivée par « des arguments objectifs de menace de la maladie » (perception de la gravité de la maladie). Ils précisent qu' « il serait sans doute plus intéressant de les inciter à énoncer eux-mêmes leurs propres arguments et de les renforcer dans cette conviction ». Une démarche qui correspond aux objectifs que se donne l'entretien motivationnel.

L'EM ne requiert pas de motivation préalable du patient pour être mis en place. Ceci rend possible une intervention auprès de patients anosognosiques ou n'ayant qu'une conscience partielle de la maladie dont ils souffrent. Un avantage pour une intervention auprès de patients qui peuvent refuser leur diagnostic ou ne reconnaître qu'une partie de la symptomatologie (les épisodes maniaques, par exemple). Dans une série d'études citées par Bourgeois et al. (2002a), une mauvaise conscience du trouble est une donnée associée à la schizophrénie. Pour Wilson et al. (Bourgeois, 2002b), il s'agit même de la dimension la plus fréquente et la moins variable dans les symptômes de schizophrénie.

En reprenant le modèle transthéorique des stades du changement (cf. infra), un parallèle peut être établi entre les patients schizophrènes avec un mauvais *insight* et les patients au stade de la précontemplation. Dans nos présupposés, nous avons donc cherché à établir une déclinaison, adaptée à notre contexte d'intervention, des stades théorisés par Prochaska et DiClemente.

#### *Les stades vers l'adhésion thérapeutique*

*Précontemplation* : le patient considère qu'il n'est pas ou peu malade. L'éventuelle interruption de son traitement n'est pas mise en relation avec les raisons qui ont conduit à son hospitalisation (ou alors le lien est établi indirectement : les autres veulent ainsi l'obliger à prendre ses

médicaments, par exemple). Son séjour hospitalier est placé sous le signe de la contrainte. Il est arrivé en hospitalisation d'office, à la demande d'un tiers ou suite aux pressions importantes de l'entourage ou des soignants. Il peut être *réticent* et refuser d'envisager de changer, en *rébellion* contre toute tentative de l'obliger à prendre un traitement, *résigné* face à une prise en charge qui de toute façon ne changera rien à son état, ou encore, *rationalisant* en minimisant ses troubles et les besoins de leur prise en charge.

*Contemplation* : le patient est ambivalent vis-à-vis de son traitement, de sa maladie. Il peut par exemple verbaliser l'efficacité des médicaments sur certains de ses troubles puis développer une liste de bonnes raisons qui justifieraient une interruption ou un arrêt à court ou moyen terme (effets secondaires, guérison prochaine, etc.).

*Décision* : ce stade correspond au moment où le patient pense qu'il est de son intérêt de prendre son traitement pour préserver son état de santé. Il peut être inquiet pour l'avenir et être préoccupé par le risque éventuel de mauvaises expériences dans la prise de son traitement. Il est confiant sur sa capacité à solliciter un avis médical avant toute prise de décision d'arrêt ou de modification de la thérapeutique.

*Action* : le patient prend son traitement et est déterminé à poursuivre son suivi médical.

*Maintien* : c'est la période pendant laquelle le sujet doit consolider les bénéfices de la prise de son traitement (participation à des activités, mise en place d'un travail à temps partiel, autonomisation dans le logement, etc.). Le patient doit aussi faire face à la tentation d'arrêter son traitement pensant par exemple qu'il est enfin guéri. Une meilleure intégration sociale rend aussi plus visible pour le patient, et parfois pour son entourage, les

contraintes imposées par la maladie et sa prise en charge. Le sujet est ainsi confronté quotidiennement à la chronicité de ses troubles.

Dans le cas de patients souffrant d'une pathologie chronique, le stade du maintien a donc certainement une durée quasi-permanente. Atteindre un niveau de compliance tel qu'aucune tentation d'arrêt ne surgisse, nous semble en effet impossible.

*Rechute* : arrêt ou modification du traitement à l'initiative du patient.

Après la balance décisionnelle et le modèle transthéorique du changement, un autre point théorique de l'EM nous paraît digne d'intérêt dans un travail sur l'adhésion thérapeutique : la notion de libre-arbitre. Il s'agit de rappeler au patient sa liberté de choix et d'action. Ceci peut sembler étrange en raison des conséquences dramatiques que peuvent avoir les ruptures thérapeutiques. Il ne s'agit pas d'inviter le patient à rompre le suivi selon ses envies mais plutôt d'essayer de le faire participer à sa prise en charge. Il nous semblait intéressant de chercher à introduire cette notion auprès de certains patients qui peuvent considérer la prescription de neuroleptiques – l'ordonnance - comme un ordre (l'étymologie n'est pas innocente). Réfléter au patient les efforts - même minimales - qu'il effectue dans le sens de l'adhésion au traitement, c'est l'inciter à participer à la thérapeutique en tant que « co-prescripteur », c'est-à-dire faire en sorte que le « traitement du médecin » devienne le sien.

Enfin, sur le plan méthodologique, l'Entretien motivationnel appartient à la famille des « interventions brèves » : une à deux séances peuvent être efficaces pour déclencher un changement (Miller, Rollnick, 2002). Certaines études ont ainsi montré que les effets des interventions brèves sont relativement équivalentes au counselling à plus long terme (Rossignol, 2001).

La brièveté et la souplesse de mise en place de l'EM nous semblent particulièrement adaptées à une intervention dans le cadre d'un service d'hospitalisation libre où l'objectif de réduction de la durée des séjours est une contrainte incontournable. Par sa brièveté, l'EM peut être utilisé aussi bien

auprès de patients dont l'hospitalisation a pour finalité un changement de traitement neuroleptique, que de patients stabilisés après une hospitalisation sous contrainte (HDT ou HO) et dont le passage dans une unité libre a pour objectif de préparer la sortie dès que possible. Par ailleurs, la durée d'hospitalisation répond à des paramètres sur lesquels ni le patient, ni le psychologue n'ont de prises directes. Une intervention brève permet donc de mettre en place une intervention « complète » sans craindre une interruption avant son terme et sans que l'échéance de la sortie ne vienne menacer la qualité du travail effectué au cours des entretiens.

Cette brièveté peut répondre aussi à des vacances réduites de psychologues ne permettant pas d'assurer une présence quotidienne et par conséquent à des contraintes institutionnelles limitant le nombre d'entretiens réalisables avec les patients.

### 3.2 Les effets positifs, la pertinence et les limites de l'utilisation de l'entretien motivationnel auprès de patients schizophrènes hospitalisés

#### *Du discours plaqué à la participation active au traitement*

Explorer l'ambivalence du sujet face au changement est au cœur de l'approche motivationnelle, elle implique d'amener le sujet à verbaliser aussi bien les bonnes raisons qu'il aurait de changer que celles de ne pas changer. Dans les entretiens avec nos deux patients, le fait d'aborder les aspects négatifs de l'hospitalisation et du traitement a permis d'établir une relation différente de celle établie avec les autres interlocuteurs de l'unité. Ceci a été renforcé par nos rappels sur notre absence d'intervention dans les conditions, la durée du séjour hospitalier et dans la prescription médicamenteuse.

Nous avons ainsi pu constater que cela ouvrait des possibilités nouvelles d'élaboration sur le traitement. La verbalisation des effets négatifs ressentis ou redoutés a permis à M. F d'en relativiser l'importance. Une fois cette parole entendue, un discours positif sur le traitement devenait possible. Mme J, quant

à elle, a pu faire part de ses difficultés dans la prise de ses médicaments, le midi, à la cantine de son lieu de travail. Le médecin a alors modifié la répartition des prises pour supprimer celle du déjeuner. Pour Blondiaux et al. (1988) une telle adaptation de la posologie au rythme de vie du patient est un facteur favorisant la compliance. L'entretien motivationnel pourrait modifier le rapport du sujet au traitement et ainsi amener le patient à prendre une part un peu plus active dans son suivi médical.

#### *L'efficacité des techniques de l'EM*

Par ailleurs, l'exemple de l'émergence d'un *discours-changement* concomitant au travail sur l'adhésion thérapeutique chez Mme J indique une efficacité possible des techniques motivationnelles employées. La balance décisionnelle, les reflets, les résumés et récapitulatifs peuvent être utilisés sans trop de difficultés avec des patients schizophrènes. Les entretiens avec M. F nous montrent ainsi que les techniques de l'EM sont opérantes dans la conduite de l'entretien. Elles permettent, par exemple, chez ce patient d'explorer son ambivalence quant à son traitement.

À défaut d'évaluer l'efficacité de l'entretien motivationnel, les données recueillies nous semblent indiquer qu'une piste de recherche peut être poursuivie autour de l'utilisation de cet outil pour l'adhésion thérapeutique dans la schizophrénie. Cependant, certaines limites doivent être prises en compte.

#### *La présence d'idées délirantes trop importantes*

L'intégration du traitement dans le délire peut rendre difficile, voire impossible l'abord de l'interruption médicamenteuse avec le patient. Quand la prise en charge thérapeutique est vécue sur un mode persécutif et est intriquée aux idées délirantes, le clinicien prend le risque en évoquant directement la question d'être intégré dans la thématique de persécution. Le premier entretien avec Mme J nous semble à cet égard illustrer cette difficulté. Évoquer « l'arrêt des traitements » que lui reprochait son médecin était trop rapide (un *focus prématuré*, l'un des pièges à éviter dans l'entretien motivationnel). La



conséquence a été immédiate : l'assimilation de l'interlocuteur à un persécuteur et une réactivation des idées délirantes.

À une échelle moindre, on retrouve cette situation avec les patients placés sous probation avant de pouvoir récupérer leur permis de conduire. Face à l'injonction de soins qui lui impose de consulter, le patient peut percevoir le médecin comme un auxiliaire du juge qui le persécute. Ce type de situation handicape la construction d'une alliance thérapeutique efficace. Dans les cas des patients délirants, le fait d'intervenir comme psychologue et donc comme non prescripteur de traitement peut être un moyen de désamorcer le conflit. Cependant, ceci n'est possible que si les symptômes positifs ont été suffisamment diminués par le traitement médicamenteux. Dans le cas contraire, il nous semble qu'en l'absence d'un minimum de prise de distance vis-à-vis des troubles, le patient n'est pas sensible à la neutralité affichée par le clinicien.

#### *Les autres troubles associés à la discordance*

Amener le patient à se projeter dans l'après-changement, lui faire prendre conscience de ses capacités à changer en favorisant le souvenir des réussites antérieures, lui faire mesurer ses avancées, tout ceci requiert une capacité du sujet à s'inscrire dans sa propre histoire et de disposer de fonctions mnésiques efficaces. La désorganisation schizophrénique a pour conséquence une difficulté pour le sujet à faire le récit de sa propre histoire. Avec M. F, nous avons ainsi observé une impossibilité d'envisager le temps autrement qu'au présent. L'éprouvé d'aujourd'hui et la situation actuelle deviennent des données intemporelles. Difficile par conséquent de conduire le sujet à construire une stratégie personnelle de changement.

De même, la motivation au changement repose sur la perception par le sujet des divergences existantes entre son comportement actuel et ses buts ou valeurs fondamentales. Cette notion de divergence n'est pas toujours efficace pour des patients dissociés, chez lesquels les idées contradictoires peuvent être verbalisées en même temps sans que cela ne trouble le sujet et lui impose

de résoudre le conflit. Dans ce cas, la tentative d'explorer l'ambivalence aboutie à un échec comme dans le cas de M. F.

*Le décalage entre le temps de l'hospitalisation et celui de l'entretien motivationnel*

Comme nous l'avons vu, la précipitation est néfaste pour la conduite de l'entretien motivationnel. Cela suppose de disposer de temps pour mettre en place une série d'entretiens avec le patient. Si l'EM fait partie des interventions brèves, il nous semble difficile d'envisager son utilisation sous la forme d'un entretien unique comme cela peut se réaliser avec d'autres patients suivis en ambulatoire. Contrairement aux patients malades de l'alcool ou toxicomanes, l'objet de l'entretien est à définir auprès du patient. Un patient alcoolodépendant qui se présente à la consultation d'un alcoologue, même sous l'injonction d'un juge, sait que le motif de l'entretien est sa consommation d'alcool. Pour un patient schizophrène hospitalisé, l'entretien avec un psychologue peut recouvrir des motifs divers : thérapie de soutien, réalisation d'un bilan psychologique, etc. Il est donc nécessaire de poser un cadre ce qui n'est pas possible en un seul entretien.

Par ailleurs, les patients schizophrènes, hospitalisés suite à une rupture de traitement, entrent généralement à l'hôpital par la contrainte (hospitalisation d'office ou à la demande d'un tiers). Quand ils sont en unité libre, c'est après un passage en unité fermée ou sur intervention des soignants du secteur, voire de l'entourage. Les patients que nous rencontrons sont donc très souvent à un stade de *précontemplation* où la *réticence*, voire la *rébellion*, domine. Un ou plusieurs entretiens sont donc nécessaires pour instaurer un climat de confiance par la singularisation de notre positionnement. Ce temps nécessaire et incompressible, selon nous, n'est pas toujours en adéquation avec les contraintes de l'organisation hospitalière. Si le fait de ne pas intervenir dans la prise en charge est favorable à l'instauration de la relation avec le patient, elle a une conséquence défavorable : le patient peut sortir du jour au lendemain sans que le psychologue en soit préalablement informé.

En conséquence, il nous semble important de s'assurer qu'il sera possible de mener un minimum de trois entretiens avant de proposer au patient de le voir. Le premier entretien sera consacré à *singulariser* notre démarche de celle des autres membres de l'équipe. Le second permettra de cadrer l'objet des entretiens : la relation du patient avec la thérapeutique. À partir de la troisième rencontre, l'EM proprement dit pourra commencer. L'entretien motivationnel chez les patients schizophrènes serait donc une intervention dont la brièveté serait moindre que dans la prise en charge de patients avec des conduites addictives.

### 3.3 Perspectives de recherche

Avec ce travail, nous n'avons pu qu'ébaucher l'idée d'une étude sur l'utilisation de l'entretien motivationnel dans le renforcement de l'adhésion thérapeutique chez les patients schizophrènes. Nous souhaitons avant de conclure soumettre aux lecteurs quelques hypothèses pour des recherches futures.

#### *Étudier la pratique de l'EM dans le cadre d'un suivi ambulatoire*

Les contraintes de l'hospitalisation nous semblent plaider pour la conduite de ce type de recherche en ambulatoire plutôt que dans le cadre de séjour hospitalier. La question du nombre minimum d'entretiens permettant un travail motivationnel reste à explorer. Une telle recherche doit pouvoir s'effectuer sans autres contraintes que celles dictées par l'observation. De plus, même en posant un cadre singulier à l'intérieur de l'unité hospitalière, il ne peut pas être fait abstraction du poids représenté par l'hospitalisation dans les relations avec les patients. Il nous semble essentiel de nous placer dans une situation où nous pouvons être sûr que le patient n'attend pas de nos entretiens le bénéfice d'une sortie prématurée. Compte tenu du mode contraignant de l'entrée à l'hôpital, ceci nous semble être un pré requis incontournable.

### *Réalisation d'une étude auprès d'une cohorte de patients*

Concernant le profil des patients qui pourraient participer à une telle étude, les critères d'inclusion pourraient prendre en compte les éléments suivants :

- patients pour lesquels le diagnostic de schizophrénie est ancien et ne fait l'objet d'aucun doute nosographique majeur
  
- patients disposant d'un traitement ayant permis une stabilisation de l'état de santé et qui ne fait, au moment de l'étude, l'objet d'aucun projet de modification de quelque nature que ce soit (changement de molécule, de posologie ou de mode d'administration)
  
- patients ayant présentés au moins trois épisodes de rechutes par le passé qui sont attribués à leur arrêt volontaire des traitements (donc hors prescription médicale et modification des conditions de vie du sujet : installation à l'étranger, incarcération, etc.)

### *Revue de la littérature sur les différentes méthodes de renforcement de l'adhésion thérapeutique*

Un travail bibliographique préalable pourrait permettre d'avancer dans la définition d'un protocole de recherche. Nous pensons notamment à la réalisation d'une méta-analyse sur les expériences de renforcement de l'adhésion thérapeutique chez les patients psychotiques. Elle pourrait aider à la redéfinition des outils théoriques et techniques dans le sens de ce que nous avons tenté de faire avec les stades du changement (cf. infra : les stades de l'adhésion thérapeutique).

## *Objectifs*

La conduite de recherches sur l'utilisation de l'EM pour le renforcement de l'adhésion thérapeutique dans la schizophrénie pourrait poursuivre plusieurs objectifs :

- 1) Adapter l'Entretien motivationnel aux patients schizophrènes : modification et sélection des outils utilisés pour tenir compte des spécificités liées à la maladie (comme l'altération de la perception du temps, par exemple).
  
- 2) Construire et valider une échelle de mesure de la conscience du trouble et du *sentiment de besoin de traitement* en ajoutant notamment à l'échelle Q8 des questions portant sur :
  - Les « attentes positives » vis-à-vis du traitement
  - Les « attentes négatives » vis-à-vis du traitement
  - La durée du traitement envisagée par le patient

Les réponses à ces questions seraient traitées selon les mêmes modalités que celles utilisées pour le reste de l'échelle Q8, c'est-à-dire la réponse est-elle adaptée ou non ?

- 3) Mettre en lien les fondements théoriques de l'EM avec les théories cognitives sur la schizophrénie afin de explorer les mécanismes cognitifs qui interviendraient dans l'adhésion thérapeutique. L'EM et une échelle de mesure de la conscience du trouble et du besoin de traitement seraient alors utilisés comme outils d'investigation. Ceci pourrait déboucher sur la mise au point de thérapies comportementales nouvelles spécifiques à l'adhésion thérapeutique.

Par exemple, quelle place peut-on accorder au « trouble de la régulation de l'action » dans l'interruption thérapeutique ? (« On m'a dit d'arrêter mon

traitement”) Et quelles stratégies de contournement de cette difficulté peuvent être enseignées aux patients?

- 4) Enfin, compte-tenu de la richesse nosographique que recouvre le terme de schizophrénie, il pourrait être pertinent de chercher à identifier à partir des données précédentes des sous-catégories de la schizophrénie plus “éligibles” à l’EM.

### *Conclusion*

Avec ce mémoire, nous n'avons fait que présenter ce qui pourrait faire l'objet d'un travail beaucoup plus approfondi sur la pratique de l'Entretien motivationnel auprès de patients schizophrènes, en particulier pour le renforcement de l'adhésion thérapeutique. Plus largement, il nous semble intéressant de travailler au développement d'outils thérapeutiques qui permettraient de prendre en charge cette question de la compliance. Pour cela, l'EM nous apparaît comme présentant plusieurs avantages.

En ouvrant pour le patient un lieu de parole différent sur la question thérapeutique, l'EM permet de sortir d'une situation qui semble figée autour de la prise ou non des traitements. Aider le patient à être « acteur » de sa prise en charge thérapeutique, voire d'être « co-thérapeute » en y participant de manière active, peut constituer un point d'ancrage pour une relation patient-soignant qu'il faut chercher à préserver même, et surtout, en cas d'interruption médicamenteuse à l'initiative du sujet. C'est peut-être ici que l'EM et d'autres modes d'intervention peuvent jouer un rôle dans le suivi des patients schizophrènes en s'attachant à renforcer la relation thérapeutique, notamment en ambulatoire, avec pour objectif de prévenir les rechutes et les hospitalisations sous contrainte.

Sur le plan théorique, l'entretien motivationnel peut, nous semble-t-il, être utilisé comme outil d'investigation des processus cognitifs. Associé à une échelle d'évaluation de la conscience du trouble et du *sentiment de besoin de traitement*, l'EM pourrait ainsi aider à l'identification des mécanismes cognitifs intervenant dans l'adhésion thérapeutique. Ceci pourrait déboucher sur la mise au point de thérapies cognitivo-comportementales nouvelles spécifiques à l'adhésion thérapeutique.

## Bibliographie

Les références bibliographiques **en caractères gras** correspondent à une sélection volontairement restreinte des articles ou ouvrages nous ont semblé les plus importants pour la réalisation de notre travail.

- BLACKWELL Barry (1979), « Treatment adherence : a contemporary overview », Washington, DC, USA : *Psychosomatics*, 1979, 20 (1), p. 27-35
  
- **BLONDIAUX Isabelle, ALAGILLE Mathieu, GINESTET Daniel (1988), « L'adhésion au traitement neuroleptique chez les patients schizophrènes », Paris : *L'Encéphale*, 1988, XIV, p. 431-438**
  
- BLONDIAUX Isabelle, ALAGILLE Mathieu, GINESTET Daniel (1994), « Adhésion aux traitements biologiques en psychiatrie », Paris : *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 1994, Psychiatrie, 37-860-A-50, 6 p.
  
- BORDENAVE-GABRIEL C, GIRAUD-BARO E, DE BEAUCHAMPS I, BOUGEROL T, CALOP J (2003), « Pourquoi les patients souffrant de troubles psychotiques ne sont-ils pas observants à leurs médicaments ? », Paris : *L'Encéphale*, 2003, XXIX, p. 213-222
  
- BORGNE Anne (2002), « Tabagisme : à traiter comme une toxicomanie », Paris : *La revue du praticien Médecin Générale*, 2002, 16 (574), p.734-737.
  
- **BOURGEOIS ML, KOLECK M, ROIG-MORRIER R (2002a), « Mesure de la conscience du trouble chez 100 malades hospitalisés en psychiatrie », Paris : *Annales Médico-Psychologiques*, 2002, 160, p. 444-450**
  
- **BOURGEOIS ML, KOLECK M, JAIS E (2002b), « Validation de l'échelle d'insight Q8 et évaluation de la conscience de la maladie chez 121**



patients hospitalisés en psychiatrie », Paris : *Annales Médico-Psychologiques*, 2002, 160, p. 512-517

- BOURGEOIS ML (2002c), « L'insight (conscience de la maladie), sa nature et sa mesure », Paris : *Annales Médico-Psychologiques*, 2002, 160, p. 596-601

- CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE (CNAM) (2003), « Médicaments psychotropes : une étude de l'Assurance Maladie sur la consommation et les pratiques de prescription », Paris : Site Internet de la CNAM [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr), 6 novembre 2003, 3 p. (Communiqués de presse)

- CORRUBLE Emmanuelle, HARDY Patrick, (2003), « Observance du traitement en psychiatrie », Paris : *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 2003, Psychiatrie, 37-860-A-60, 6 p.

- DENIKER Pierre, OLIÉ Jean-Pierre, (1990), « Dérèglements de l'humeur, états dépressifs et maniaques » in *Précis de psychiatrie clinique de l'adulte* – sous la direction de DENIKER Pierre, LEMPERIERE Thérèse, GUYOTAT Jean, Paris : Masson, 1990. p. 105-129

- DUFOUR H, BAUMANN P, BUCLIN T, SOUCHE A (1994), « Thérapeutique médicamenteuse en psychiatrie », Paris : *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 1994, Psychiatrie, 37-860-A-10, 10 p.

- FRANCK Nicolas (1999), « Le traitement de la schizophrénie », Lyon : *Institut des Sciences Cognitives (UMR)*, 1999, 42 p.

- GUYOTAT Jean, TERRA Jean-Louis (1990), « Schizophrénies » in *Précis de psychiatrie clinique de l'adulte* – sous la direction de DENIKER Pierre, LEMPERIERE Thérèse, GUYOTAT Jean, Paris : Masson, 1990. p. 131-165

- HOGAN Thomas P, AWAD A G, EASTWOOD Robin (1983), « A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics : reliability and discriminative validity », Cambridge, UK : *Psychological Medicine*, 1983, 13 (1), p. 177-183.
  
- **JANIS Irving Lester, Mann Leon (1977). *Decision Making, A Psychological Analysis of Conflict, Choice and Commitment*, New-York, USA : Free Press, 1977.**
  
- MATILLON Yves, PASQUIER Jean (1980), « L 'observance médicamenteuse : Pourquoi la plupart des malades ne se conforment-ils pas à l'ordonnance de leur médecin ? », Paris : *La Nouvelle Presse Médicale*, 1980, 9 (14), p. 989-992 et p. 1056-1059
  
- **MILLER William R, ROLLNICK Stephen (2002) (sous la direction de), *Motivational interviewing : preparing people for change*, 2<sup>ème</sup> édition, New York, USA : The Guilford Press, 2002, 428 p.**
  
- OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (OFS) (2004), *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes CIM-10*, Neuchâtel, Suisse : Site internet de l'OFS [www.icd10.ch](http://www.icd10.ch), 18 mars 2004.
  
- POSTEL-VINAY N, MENARD J (1998), « Observance en pratique médicale courante », Paris : *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 1998, Encyclopédie Pratique de Médecine, 1-0030, 4 p.
  
- ROSSIGNOL Vincent (2001), *L'Entrevue motivationnelle : un guide de formation*, Québec, Canada : Programme de recherche sur les addictions, Centre de recherche de l'hôpital Douglas, 2001, 83 p.

- **SACKETT David L, HAYNES R Brian (1976) (sous la direction de),**  
***Compliance with Therapeutic Regimens*, Baltimore, USA : The Johns Hopkins University Press, 1976. 293 p.**
  
- SOBELL Linda C, CUNNINGHAM John A, SOBELL Mark B (1996),  
« Recovery from alcohol problems with and without treatment: prevalence in two population surveys », Washington, DC, USA : *American Journal of Public Health*, 1996, 86 (7), p. 966-972.
  
- SWAIN, Gladys (1994), « Permanence et transformations de la mélancolie », in *Dialogue avec l'insensé*. Paris : Éditions Gallimard, p. 167-187, (coll. Bibliothèque des Sciences humaines)
  
- VANELLE Jean-Marie (2000), « Traitement chimiothérapique des schizophrénies », Paris : *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 2000, Psychiatrie, 37-295-A-10. 11 p.

## Annexes

### *Échelle insight Q8*

- 1 – Pourquoi êtes-vous ici ?
- 2 – Avez-vous l'impression d'être malade ?
- 3 – De quelle maladie souffrez-vous ?
- 4 – À quoi cela est dû ?
- 5 – Souffrez-vous psychiquement ou moralement ?
- 6 – Est-ce que vous êtes handicapé dans votre vie professionnelle, familiale ou sociale ?
- 7 – Que peut-on faire pour vous ?
- 8 – Pensez-vous qu'une guérison est possible ?

### *Score d'insight (Q8)*

Score 0 – 2	non conscience du trouble
Score 3 – 5	conscience médiocre du trouble
Score 6 – 8	bonne conscience du trouble