

PSYCHOSES SCHIZOPHRENIQUES

INTRODUCTION

Le terme de schizophrénie désigne un groupe de psychoses marquées par l'altération de la vie psychique dans les secteurs de la pensée, de l'affectivité, du dynamisme vital. Autour de ce processus de désagrégation s'ordonnent des syndromes cliniquement identifiables malgré l'absence d'étiologie et de symptomatologie spécifiques. La notion de chronicité attachée en France aux psychoses schizophréniques doit être comprise comme la potentialité d'une tendance évolutive, le plus souvent inscrite dans la longue durée, et non comme inéluctablement déterminée.

Les patients en risque de schizophrénie posent avec une particulière acuité la question du pourquoi et du comment de la maladie mentale, des rapports de la folie et de la raison, de la déviance et de la norme, de la tolérance et de l'intolérance de la collectivité à leur égard.

La prévalence (nombre de cas par habitants sur une période de temps donnée) de la schizophrénie semble importante bien qu'on observe des disparités nationales : en moyenne le risque sur toute la vie pour un adulte de développer cette pathologie est de 2,1% pour les hommes et de 1,7% pour les femmes.

Non seulement la schizophrénie est une pathologie relativement fréquente, mais il est bien établi que c'est une pathologie sévère.

Strauss et Carpenter traduisent l'évolution de la schizophrénie en trois phases :

- une première phase qui se situe avant trente ans au cours de laquelle on observe l'entrée dans la maladie, suivie d'une lente détérioration ;
- une deuxième phase qui va de 30-35 ans à 55 ans environ au cours de laquelle on observe une stabilisation ;
- et une troisième phase au delà de 55 ans, au cours de laquelle une amélioration des patients peut être constatée.

Les indicateurs d'évolution utilisés sont : la durée des périodes ne nécessitant pas d'hospitalisation, la variation de la symptomatologie, la qualité des relations sociales, la vie professionnelle. Sur ces bases, un quart des patients a une évolution immédiatement favorable, un autre quart secondairement favorable, 30 % ont une évolution défavorable et le reste est stationnaire.

Enfin, l'âge de début des soins de la schizophrénie se situe entre 15 et 24 ans chez l'homme et entre 25 et 34 ans chez la femme.

En France, chaque année, le secteur public adulte prend en charge environ 150.000 patients souffrant de schizophrénie, dont la plupart vont nécessiter un suivi s'étendant sur de très longues années.

Les patients souffrant de schizophrénie représentent donc un important problème de santé publique qui s'impose à l'ensemble de la communauté nationale.

Avant de répondre aux questions le jury souhaite poser quelques préalables :

1. Le traitement des personnes souffrant de schizophrénie ne doit pas se réduire à des prescriptions chimiothérapeutiques qui sont pourtant, dans la très grande majorité des cas, indispensables.

Les stratégies thérapeutiques doivent comprendre des soins psychiatriques, définissables comme un ensemble de mesures destinées à préserver et à renforcer l'intégrité corporelle et psychique du patient.

2. Un large consensus éthique existe sur les objectifs :

Lutter contre l'évolution naturelle de la maladie, et ainsi éviter à ces personnes la mort physique par incurie ou suicide, la mort psychique, conséquence des symptômes négatifs, l'errance, les actes antisociaux, la désinsertion, conséquence des symptômes positifs, et l'exclusion sociale radicale, conséquence de leurs difficultés relationnelles.

Tenter une réadaptation, en visant l'autonomie la plus grande possible selon le degré de gravité clinique en évitant les filières de ségrégation et en s'appuyant sur les ressources du monde familial et social.

Un tel objectif doit cependant composer avec les possibilités psychiques du malade sous peine de le placer, avec sa famille, dans une situation de non assistance à personne en danger.

Les pays qui ont choisi de suivre une politique radicale de démedicalisation et de désinstitutionnalisation s'aperçoivent aujourd'hui qu'il ne suffit pas de nier la schizophrénie pour l'éradiquer.

3. Les stratégies thérapeutiques non médicamenteuses actuellement employées sont multiples.

Leur recensement exhaustif s'est avéré impossible.

Malgré des divergences importantes dans les modalités d'utilisation des dispositifs et dans les élaborations conceptuelles des auteurs, les pratiques thérapeutiques se développent selon les besoins fondamentaux des personnes malades : nécessité de survie, de soins, de réadaptation et d'insertion sociale.

Malgré l'incertitude des études portant sur les résultats quantifiés, le Jury considère que la continuité des soins psychiatriques demeure indispensable, y compris lorsque le patient n'est plus exclusivement dépendant d'une structure sanitaire.

QUESTION 1

Quels sont les critères et les méthodes d'évaluation dans les stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophréniques ?

Les définitions de la schizophrénie se sont succédées depuis la création en 1911 de cette entité par BLEULER, faisant suite au concept de Démence Précoce présenté dans les cinq et sixièmes éditions du Traité de KRAEPELIN qui s'appuyait en fait sur une perspective évolutive.

Du groupe des symptômes fondamentaux définis par BLEULER (dissociation, troubles associatifs et troubles affectifs), au groupe des symptômes dits de premier rang (KURT SCHNEIDER) "publication de la pensée, audition de voix sous forme de propos et de réplique, audition de voix qui accompagnent de remarques les agissements du malade, expériences corporelles d'influence, vol de la pensée, perception délirante, ainsi que ce qui est fait et influencé par

d'autres dans le domaine des sentiments, des tendances (pulsions) et de la volonté", les critères diagnostiques ont constamment varié, les symptômes fondamentaux d'un système de classification apparaissant parfois comme accessoires pour un autre.

L'école française de psychiatrie s'attache à maintenir à côté de la Schizophrénie d'autres entités telles que la Bouffée Délirante Aigüe et la Psychose Hallucinatoire Chronique alors que les écoles anglo-saxonnes regroupent l'ensemble des manifestations sous le nom de "troubles schizophréniques". Ces différences ne devront pas être négligées lors de l'examen des critères et des travaux qui les prennent pour support.

Bien que l'être au monde de la personne souffrant de schizophrénie ne puisse être réduit à ses symptômes et aux ensembles de critères qui lui correspondent, il apparaît cependant nécessaire, de préciser leur validité, avant toute approche évaluative des traitements à long terme des schizophrénies.

I. CRITERES DIAGNOSTIQUES DANS LES PSYCHOSES SCHIZOPHRENIQUES :

Dans la recherche clinique, l'intérêt de critères opérationnels n'est plus à démontrer. L'utilisation systématique de systèmes de critères, reconnus sur le plan international tels la CIM10 ou le DSMIII-R puis DSM IV doit alors être recommandée ; elle permet aux équipes de divers pays de communiquer, d'échanger des données portant sur des patients définis avec des critères identiques. L'utilisation de ces deux systèmes a toutefois ses limites compte tenu de l'hétérogénéité de la schizophrénie. Si bien que d'autres systèmes, sélectionnés en fonction de la recherche envisagée, devraient être systématiquement associés. Le classement par les critères cliniques empiriques français (L.I.C.E.T.S.), pourrait être également recommandé de manière à pouvoir situer aussi le malade ou les malades concernés, dans cette perspective. Une telle attitude peut permettre de faire bénéficier la population traitée des résultats les plus récents.

Dans le choix des critères, il faut sûrement prendre garde :

- 1.** aux critères trop inclusifs, trop larges qui risquent de retenir à tort des patients comme schizophrènes ;
 - 2.** aux critères qui sont liés de fait au traitement : ne pas s'appuyer pour le diagnostic, sur un critère modifié par le traitement, sauf si cela constitue un moyen diagnostique ;
 - 3.** à ne pas confondre critères diagnostiques et facteurs de risques, définition de la maladie et conséquences de celle-ci (par exemple homme jeune, célibataire, sans travail, sans domicile, ...).
- Il n'existe pas de standard idéal pour une maladie non définie. Dans cette situation il est utile de retenir cependant des critères dits de référence par rapport auxquels seraient étudiées les propriétés métrologiques d'autres critères en termes de sensibilité, spécificité, valeur prédictive, positive ou négative, à côté de l'analyse de la concordance (la fidélité) ou la détermination des faux négatifs ou des faux positifs.

II. CRITERES D'EVALUATION DANS LES STRATEGIES THERAPEUTIQUES A LONG TERME DANS LES PSYCHOSES SCHIZOPHRENIQUES :

Sur le plan des essais d'évaluation des stratégies au long cours, il faut d'abord vérifier, s'il s'agit d'un traitement médicamenteux, que l'efficacité à court terme est démontrée.

Un certain nombre de points, qui rendent ces essais difficiles, et dont il faut tenir compte ont été soulignés :

- 1.** ne pas confondre comparabilité initiale obtenue par randomisation des patients bons pour l'étude tels que définis par le protocole, avec le maintien de la comparabilité au cours de l'essai ; selon l'objectif de l'essai, celle-ci n'est pas toujours utile ;
- 2.** l'influence de l'environnement peut dépasser l'influence des traitements étudiés. Ceci nécessite un très grand nombre de sujets, d'autant que la variabilité des critères est souvent très grande ;
- 3.** le nombre de sujets nécessaires doit être défini a priori de manière à préserver la puissance de l'essai ;
- 4.** le nombre de "perdus de vue" et la raison des sorties d'études doivent toujours être recherchés et mentionnés dans les publications, notamment les décès et leur cause. Enfin il faut toujours parfaitement définir les malades, la maladie, les traitements comparés, les critères d'évaluation : il faut savoir de quoi on parle ;
- 5.** Bien que la rechute soit un critère spécifique, elle n'est pas toujours bien définie. Elle est souvent confondue avec la réhospitalisation : il peut y avoir rechute sans réhospitalisation et réhospitalisation sans rechute.

QUESTION 2

Quelle est la place des neuroleptiques dans les stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophréniques ?

I. LES NEUROLEPTIQUES ONT-ILS REELLEMENT MODIFIE LE PRONOSTIC A LONG TERME DANS LES PSYCHOSES SCHIZOPHRENIQUES ?

"Les données innombrables de la littérature ont démontré la valeur des composés antipsychotiques dans toutes les formes cliniques de la schizo-phrénie, à tous les âges et à tous les moments de l'évolution, dans toutes les parties du monde. Mais hélas, pas pour tous les malades" (Hollister).

II. TROIS PREALABLES :

1. En pratique clinique, il est artificiel d'envisager le seul traitement neuroleptique (NL) et à long terme d'une personne souffrant de schizophrénie. S'agissant d'un patient souffrant d'une affection mentale d'évolution continue ou phasique et qui contient en elle-même la potentialité d'une évolution chronique, son traitement à long terme est fortement dépendant du traitement du premier épisode ayant exigé une prescription NL. Ceci est d'autant plus vrai que le pronostic à long terme d'une schizophrénie est positivement corrélé à la qualité du premier contexte thérapeutique qui lui a été opposé.

2. Isoler le traitement chimiothérapeutique des multiples autres variables qui collaborent positivement ou négativement à la prise en charge d'une personne souffrant de schizophrénie constitue un autre artifice. Il faut admettre que dans cette pathologie de "l'histoire d'un sujet" existe très rapidement une confusion des multiples actions (biologique, psychologique, institutionnelle, familiale, environnementale, etc.) thérapeutiques engagées, en interaction constante, ce qui rend impossible l'évaluation d'une variable thérapeutique indépendante et pure.

3. Le polymorphisme des syndromes schizophréniques, dans leurs expressions cliniques, leurs modalités évolutives et certainement leur déterminisme étiologique rend particulièrement difficile l'énoncé d'arbres décisionnels concernant leur traitement. Le médecin est appelé à rencontrer, à soigner, à suivre des sujets schizophrènes et c'est au cas par cas que le traitement devra être proposé, appliqué, adapté.

II. CURES CONTINUES OU DISCONTINUES ? COMMENT ET QUAND ARRETER LE TRAITEMENT NEUROLEPTIQUE? Problèmes posés par L'OBSERVANCE DU TRAITEMENT :

1. Cures continues ou discontinues :

Il est des arguments théoriques qui sont en faveur des cures discontinues :

- de moindres doses de neuroleptiques entraînant une moindre incidence de dyskinésies tardives ;
- le caractère phasique de la schizophrénie ;
- certaines personnes souffrant de schizophrénie ne rechutent pas malgré l'absence d'un neuroleptique ;
- l'existence de phases prodromiques permet d'alerter et conduit à une nouvelle prescription (irritabilité, anxiété, insomnie, retrait...).

Si l'on se réfère aux études de statistique descriptive, il est cependant de nombreux arguments en faveur de cures neuroleptiques continues, à dose thérapeutique la plus modérée possible et sous conditions ailleurs envisagées.

2. Observance :

La mauvaise observance des schizophrènes à suivre leur traitement (estimée à 30 % des patients ambulatoires) tient à des causes très diverses : effets indésirables jugés insupportables, médicament considéré comme persécutif, non reconnaissance de la pathologie, nostalgie des phases productives de la maladie, manque de support social, complexité de la prescription, rechute elle-même.

3. Arrêt du traitement :

Les stratégies thérapeutiques dans les "schizophrénies résistantes" n'ont pas été traitées au cours de cette conférence de consensus.

III. SPECIFICITE D'ACTION DES NEUROLEPTIQUES ET INTERAET EVENTUEL DE LEUR ASSOCIATION :

Chaque famille chimique de neuroleptiques se caractérise par son action pharmacologique spécifique, son action sur les récepteurs centraux (connus et recensés) conditionnant une relation structure-activité. Quelques remarques :

1. Seule l'hypothèse dopaminergique de la schizophrénie soutenant que les formes productives seraient liées à une hyperdopaminergie et les formes déficitaires à une hypodopaminergie, a reçu confirmation de modèles expérimentaux et dans une certaine mesure en clinique. Les NL dopaminergiques devraient être prescrits à doses moyennes ou élevées dans les épisodes florides, à doses faibles dans les formes déficitaires.

2. La pratique clinique en France s'appuie sur l'hypothèse que tous les NL ne sont pas équivalents : certains sont considérés comme sédatifs, actifs sur l'anxiété et l'excitation, d'autres sont incisifs, désinhibiteurs, antidéficitaires, d'autres enfin polyvalents, mixtes, actifs sur le délire et les hallucinations. L'action clinique de ces molécules est souvent dose-dépendante ; les effets indésirables qu'elles provoquent sont également différents. Il en résulte que la notion d'équivalence des différents NL (issus de la littérature nord-américaine) n'est pas retenue par le Jury. Les récents neuroleptiques dits "atypiques" (qu'il vaudrait mieux appeler antipsychotiques) ont incontestablement des profils d'activité biologique très différents, des effets cliniques intéressants mais leurs effets secondaires en limitent la prescription.

3. De multiples arguments biologiques, pharmacologiques, pharmacocinétiques et cliniques plaident pour une spécificité d'action des neuroleptiques existants, mais l'action de ces médicaments reste symptomatique.

IV. CONSEQUENCES SOCIALES ET PSYCHOLOGIQUES EN TERME DE QUALITE DE VIE, DES NEUROLEPTIQUES ET DE LEURS EFFETS SECONDAIRES :

Il apparaît que la qualité de vie des patients souffrant de schizophrénie a été dans la très grande majorité des cas améliorée par la prescription de NL. Les effets indésirables très divers induits par les NL sont susceptibles d'altérer, parfois gravement, la qualité de vie. C'est pourquoi, il convient d'attirer l'attention sur la nécessité de la prise en compte de la qualité de vie lors de l'établissement du projet de soins.

Deux tiers à trois quarts des patients souffriront d'effets secondaires (psychiques, neurologiques, végétatifs, endocriniens) des neuroleptiques au cours de leur vie. Certains de ces effets sont très discrets, gênants en début de traitement mais diminuent ensuite par effet de tolérance et lors de la réduction des posologies initiales. Il faut prendre en compte l'inconfort et la dévalorisation de l'image de soi que provoquent l'aménorrhée, la prise de poids, la séborrhée. Ils imposent une analyse critique de la situation.

Ce sont les signes neurologiques et surtout la symptomatologie extrapyramidale (akathisie, akinésie, parkinsonisme) qui, lorsqu'ils existent (15 à 20 % des cas), constituent le handicap individuel et social le plus important. Les dyskinésies tardives posent elles-mêmes des questions très préoccupantes au cours des traitements NL au long cours chez les personnes souffrant de schizophrénie. Le risque de leur survenue est d'autant plus grand que la dose cumulée de NL est plus élevée, ce qui explique que leur prévalence varie considérablement selon les habitudes de prescription.

Les syndromes extrapyramidaux comme les dyskinésies tardives ont un retentissement affectif (démoralisation, dépression) et cognitif (déficit mnésique, troubles de la concentration) et conduisent à des préjudices graves quant à la qualité de vie, la relation thérapeutique, l'observance du traitement et le fonctionnement social.

V. INDICATIONS DES NEUROLEPTIQUES D'ACTION PROLONGEE (NAP) DANS LES PSYCHOSES SCHIZOPHRENIQUES :

Sept molécules NAP sont actuellement commercialisées en France : toutes ont des indications dans les schizophrénies stabilisées quelle qu'en soit la forme symptomatique initiale (paranoïde, hétéroforme, catatonique, simple). Aucune étude contrôlée ne permet de préciser les indications préférentielles de tel ou tel NAP dans les différentes formes de schizophrénies stabilisées : seules actuellement prévalent dans leur choix le NL standard utilisé auparavant, l'expérience des prescripteurs ou la représentation qu'ils ont du profil d'activité du NL choisi.

VI. Place du consentement éclairé du patient dans le traitement neuroleptique : A cette question, il ne peut être répondu qu'en tenant compte des pratiques cliniques et de la législation française actuelles.

Bien que la fonction essentielle du médecin soit d'entendre et de comprendre son patient, il peut être amené à le contraindre, en particulier en lui imposant des soins. Dans le cadre de la Loi du 27 Juin 1990, l'hospitalisation sur demande d'un tiers et l'hospitalisation d'office sont prévues pour des patients qui ne sont pas en mesure de consentir à l'hospitalisation et pour lesquels la prescription des soins devra être imposée (ce à quoi le praticien est par ailleurs tenu par déontologie). En fait le recours à ce cadre légal, qui concerne souvent des schizophrènes, reste heureusement rare et ne justifie pas que l'impasse soit faite sur une réflexion concernant les mécanismes psychiques en jeu dans l'information et le consentement.

QUESTION 3

Quelle est la place des autres traitements médicamenteux hors neuroleptiques dans les stratégies à long terme dans les psychoses schizophréniques ?

I. Quelle est la place des correcteurs des effets secondaires des neuroleptiques ?

1. Cependant si des réactions dystoniques aiguës apparaissent, le traitement doit être rapidement installé : un anticholinergique doit être prescrit en IM puis per os.

Une prophylaxie de ces réactions dystoniques aiguës peut être envisagée chez

le sujet jeune, en cas d'administration de doses élevées, surtout si le sujet a déjà présenté de telles réactions.

II. Quelle est la place des anxiolytiques dans le traitement à long terme d'ANS LES psychoses schizophréniques ?

1. Les anxiolytiques, principalement les benzodiazépines, en association avec les neuroleptiques, peuvent contribuer à améliorer la symptomatologie des psychoses schizophréniques, essentiellement en agissant sur l'anxiété, l'irritabilité, les troubles de l'attention, la passivité, l'anhédonie, parfois même sur les effets secondaires des neuroleptiques, tels que l'akathisie et les syndromes extra-pyramidaux.

Les effets des benzodiazépines en association avec les NL restent généralement modérés et apparaissent plus volontiers avec des doses élevées qui ne sont pas dénuées de risques iatrogènes (somnolence, défaut de vigilance, ataxie, troubles cognitifs, dépendance).

Leur prescription demeure soumise aux recommandations déjà édictées et ne saurait être systématique et routinière.

Les benzodiazépines peuvent être utiles lors des décompensations aiguës qui surviennent lors de traitements au long cours. C'est alors principalement leur effet sur l'anxiété et l'agitation qui est mis à profit.

III. Quelle est la place des anti-dépresseurs dans le traitement à long terme d'ANS Les psychoses schizophréniques ?

1. Dans les manifestations aiguës des processus schizophréniques comportant entre autres une symptomatologie dépressive, l'association d'antidépresseurs (7 études sur 9 des études citées concernent les imipraminiques) n'améliore pas de manière significative ces symptômes par rapport à l'utilisation isolée des neuroleptiques. Pour certains auteurs, l'utilisation de ces antidépresseurs pourrait même être parfois un facteur d'aggravation.

2. Chez les patients souffrant de schizophrénie chronique déficitaire, l'association d'un neuroleptique et d'un antidépresseur ne semble pas donner de meilleurs résultats que la prescription d'un neuroleptique seul, surtout s'il est désinhibiteur.

3. L'évolution et le traitement des schizophrénies dysthymiques n'ont pas été abordés lors de la conférence. La place des normothymiques n'a donc pas été évoquée.

QUESTION 4

Quelle est la place des stratégies thérapeutiques non médicamenteuses actuellement employées et évaluées, et leurs interactions ?

Un large consensus affirme la nécessité d'un abord multidimensionnel des personnes souffrant de schizophrénie. Toutes les études recensées à nos jours montrent des insuffisances méthodologiques. Cependant se dégagent de ces travaux quelques indications intéressantes :

L'évaluation des stratégies thérapeutiques non médicamenteuses se heurte à des obstacles méthodologiques :

L'impossibilité d'isoler un seul facteur constitue la difficulté majeure.

A long terme, les effets des NL, des psychothérapies individuelles ou de groupe, des prises en charge institutionnelles ou familiales, des interventions sociales, s'interpénètrent de telle sorte que l'objet de chaque étude n'est plus qu'un des éléments d'une variable complexe : le projet thérapeutique global. Ce qui est interdépendant ou indépendant au sein de toutes les actions entreprises demeure hypothétique. Rattacher le résultat global à un seul type d'intervention ne peut pas constituer une preuve méthodologique certaine.

La vérification de la valeur heuristique des modèles proposés demeure incertaine. Cette incertitude provient de la nature subjective de l'engagement des thérapeutes dans la rencontre avec le patient. La formalisation de cette intersubjectivité suppose le recours à des hypothèses qui apparaissent souvent d'ordre idéologique et qui réfèrent aux méthodologies des sciences humaines. Les critères d'évaluation des stratégies thérapeutiques non médicamenteuses qu'ils concernent, l'évaluation diagnostique ou celle de l'évolution posent les mêmes problèmes : multiplicité des définitions, notamment pour les critères d'inclusion et d'exclusion dans les échantillons, absence de garanties représentées par la randomisation ou les groupes contrôles, absence de comparabilité réelle des groupes traités par différents procédés thérapeutiques.

I. Place des psychothérapies individuelles :

La psychothérapie individuelle d'une personne souffrant de schizophrénie constitue un outil thérapeutique appréciable aussi aucun patient ne doit en être a priori exclu. Il s'agit avant tout d'une rencontre humaine fondée sur la confiance, la reconnaissance de la souffrance psychique, la compréhension profonde et la présence attentive. Elle vise des objectifs spécifiques. Elles ont en commun d'humaniser l'existence souvent tragique des patients. A ce titre elles doivent être encouragées.

1. Place des psychothérapies d'inspiration psychanalytique :

Elles font référence aux divers courants issus de la psychanalyse, et se proposent d'aider le malade à vivre avec sa subjectivité, sa souffrance, ses symptômes en lui permettant d'établir des relations et en développant sa personnalité.

Les interactions avec les autres méthodes sont importantes. Les modélisations conceptuelles de nombreuses autres formes de soins sont largement influencées par les apports des psychothérapies psychanalytiques.

L'évaluation repose sur l'étude de monographies (études de cas). L'expérience interindividuelle subjective est difficilement transmissible hors du contexte référentiel.

2. Place des psychothérapies comportementales et cognitives :

Ces psychothérapies font référence à des modèles de traitement de l'information, d'altération de la communication, de conditionnement opérant. Elles se proposent de modifier les comportements, les procédures cognitives et d'améliorer l'entraînement aux habiletés sociales.

L'usage de ces pratiques diffuse lentement dans les milieux professionnels psychiatriques.

Les méthodes déjà anciennes d'apprentissage par "économie de jetons et de système de crédit motivation" améliorent les contacts interpersonnels chez les patients déficitaires. Mais il semblerait que le changement disparaisse avec

l'arrêt du programme. Plus récentes, les méthodes d'entraînement aux habiletés sociales utilisées chez les patients recevant un traitement neuroleptique au long cours ont des résultats positifs sur la gestion des symptômes, l'éducation au traitement neuroleptique, la recherche d'emploi et de loisirs. Les thérapies cognitives, centrées sur la modification des croyances n'ont apporté jusqu'à présent que des résultats préliminaires intéressants. Des études contrôlées sont en cours.

II. LES APPROCHES FAMILIALES :

Introduire l'approche familiale c'est donner aux familles la place qui leur revient dans la prise en charge de la personne souffrant de schizophrénie et dans l'institution qui l'accueille. C'est se donner les moyens de clarifier les fonctions et les rôles de chacun, et permettre ainsi aux différents partenaires de maintenir leur identité si souvent mise en cause par les effets de la pathologie schizophrénique. C'est enfin développer une collaboration, pour éviter les pièges des jeux de disqualification et de disconfirmation si destructeurs pour tous.

Ces approches familiales peuvent avoir plusieurs objectifs :

La famille peut apporter aux soignants des informations concernant le malade, les soignants doivent donner aux familles l'information complète et objective correspondant aux troubles du malade, au diagnostic et si possible au pronostic. Les familles pourront, à leur demande, bénéficier d'une formation qui leur permettra de reconnaître les manifestations de la maladie, de dédramatiser, d'organiser et d'infléchir éventuellement la vie familiale et l'environnement social, de mieux maîtriser les affects dans les interactions avec le patient souffrant de schizophrénie.

Les équipes soignantes peuvent proposer une psychothérapie qui vise à entendre la souffrance familiale, apaiser l'éventuelle culpabilité, réparer le narcissisme, analyser les jeux relationnels pathologiques lorsqu'ils existent, donner du sens aux comportements et aux communications observés hors contexte et coorganiser avec les familles les changements relationnels nécessaires pour favoriser l'autonomisation du patient.

III. PLACE DES PSYCHOTHERAPIES DE GROUPE :

Elles peuvent se classer en fonction :

Des références qui vont de la théorie de la communication jusqu'à celle de la psychanalyse ;

Des modalités techniques: groupes de parole, groupes utilisant des objets transitionnels, groupes avec interprétations, etc... ;

Des objectifs recherchés.

En fonction de leur fréquence les groupes thérapeutiques de verbalisation facilitent dans les institutions la prise en charge de plusieurs patients dans un temps et dans un lieu donné.

Ces méthodes offrent aux malades un lieu d'échange permettant une libre expression verbale et favorisant la prise de conscience de sa propre souffrance et de celle des autres participants. Elles permettent l'instauration d'identifications multifocales et de liens transférentiels sur le ou les thérapeutes de groupes, liens partagés avec les autres membres du groupe. Il existe une importante littérature sur la base de monographies. Quelles que soient leurs références les auteurs insistent sur la nécessité de bien intégrer les psychothérapies de groupe dans l'organisation institutionnelle.

IV. PLACE DES SOINS INSTITUTIONNELS :

Les références aux thérapies institutionnelles sont nombreuses dans la littérature. Elles définissent l'institution tantôt comme établissement de soins, tantôt comme l'action par laquelle on institue une relation soignante. Elles s'inspirent de modèles différents : psychanalytiques, psychosociaux, systémiques.

L'hôpital psychiatrique est au centre du débat : outil thérapeutique dans l'intention de ses fondateurs, de nombreuses études ont montré que l'hospitalisation psychiatrique peut se révéler suraléante, lieu de ségrégation asilaire.

Dans notre pays, le mouvement de désinstitutionnalisation et de démedicalisation n'a heureusement pas été radical. La politique de secteur avait déjà modifié les pratiques hospitalières (influence des mouvements dits de psychothérapie institutionnelle à la française qui est toujours très investie dans les structures tant publiques que privées) et a permis le développement d'alternatives extra-hospitalières en instaurant un réseau de communication entre les institutions soignantes. L'évaluation objective de cette politique n'a pas été menée et de nombreuses variations locales persistent dans les modalités et possibilités de réponses aux besoins de soins des personnes souffrant de schizophrénie.

Chaque institution se définit par son organisation, son histoire, ses déterminants politiques et socio-économiques, son idéologie. L'adhésion de ses membres à un projet commun lui donne son style particulier et " l'effet centre" influence inévitablement les résultats des études.

De plus la présence d'acteurs multiples (médecins, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux, etc..) impose une harmonisation interdisciplinaire. Dans la communauté d'autres intervenants doivent se coordonner autour d'un même projet thérapeutique : psychiatres d'exercice libéral, médecins généralistes, intervenants sociaux, représentants des associations, employeurs, etc....

Les objectifs de l'hospitalisation sont d'abord d'assurer au malade, parfois contre sa volonté (hospitalisation sous contrainte), une assistance complète garantissant sa survie. Elle permet d'entreprendre un traitement chimiothérapeutique adapté et contrôlé médicalement (sécurité pour le patient). Les études suggèrent que l'efficacité de l'hospitalisation à plein temps porte davantage sur la réduction des symptômes que sur le fonctionnement psychosocial après la sortie.

En conséquence les indications d'hospitalisation à plein temps concernent les états aigus, les moments de décompensation des états chroniques ou encore les malades les plus difficiles et les plus graves qui ne parviennent pas à se stabiliser d'une manière durable.

La durée de cette hospitalisation doit être suffisamment longue pour permettre d'amorcer grâce à la socialisation institutionnelle les premiers mouvements vers une reprise des capacités d'autonomie psychosociale ; aussi, de nombreuses études insistent sur la nécessité de travailler son autonomie avec le patient dès l'hospitalisation. L'indication de soins prolongés en hospitalisation à temps plein doit être clairement définie en fonction d'aspects cliniques particuliers et doit se faire dans une optique thérapeutique institutionnelle véritable.

Dans la pratique quotidienne l'objectif du soin en santé mentale à travers l'observation, l'écoute et l'accompagnement (rôle de soutien, de suppléance et

de dynamisation) vise à travers l'élaboration en équipe d'objectifs thérapeutiques :

- à contribuer au mieux être du patient ;
- à l'aider à restaurer, élargir ou acquérir son autonomie ;
- à favoriser la communication au niveau individuel-familial ou social ;
- à l'accompagner au travers des démarches quotidiennes ;
- à l'intégrer dans le tissu associatif existant ceci afin de conserver, donner ou redonner à chaque individu une place et une qualité de vie au sein de l'environnement où il évolue.

Concernant le recours à l'hospitalisation ou l'étayage par le biais de l'équipe pluridisciplinaire, il semble important de laisser entrevoir le rôle de contenant qu'ils peuvent revêtir à des moments de recrudescence des phénomènes pathologiques vécus ou exprimés par le malade.

Les soins institutionnels des patients souffrant de schizophrénie chronique impliquent une action volontariste de la part des équipes : on ne peut se contenter d'attendre la personne souffrant de schizophrénie. Toute rupture du suivi psychiatrique doit faire craindre une reprise active du processus schizophrénique. Il importe dans ce cas de rechercher avec l'environnement du malade les moyens appropriés pour relancer rapidement l'alliance thérapeutique avec lui.

V. PLACE DE LA READAPTATION ET DE LA REINSERTION SOCIALE :

Maladie souvent chronique, la schizophrénie a pour conséquence d'handicaper la personne aux trois plans de la déficience, des incapacités et du désavantage social. Réciproquement, les réponses que l'environnement apporte aux situations de désavantage interagissent sur la personnalité et sur les capacités de la personne.

La réadaptation peut être définie comme l'ensemble de soins spécifiques s'adressant à des malades pour lesquels, après une période de soins curatifs adéquats, une insertion ou réinsertion sociale et professionnelle suffisante apparaît comme problématique mais pour lesquels on peut espérer une évolution positive à moyen terme afin qu'ils participent de façon libre, spontanée et responsable à toutes les formes de la vie sociale.

On recommande qu'un avis médical soit sollicité dans les procédures d'attribution et de gestion des ressources ainsi que dans celles qui concernent la protection juridique : allocation d'adultes handicapés, allocations compensatrices, mise éventuelle sous un régime de protection.

Cette conférence a été organisée et s'est déroulée conformément aux règles méthodologiques préconisées par l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM).

Les conclusions et recommandations présentées dans ce document ont été rédigées par le Jury de la Conférence, en toute indépendance. Leur teneur n'engage en aucune manière la responsabilité de l'ANDEM.

COMITE D'ORGANISATION

- **V. KOVESS** : Présidente, Psychiatre, CHS La Verrière (Le Mesnil Saint Denis)
- **F. CAROLI** : Psychiatre, CHS Saint Anne (Paris)
- **A. DUROCHER** : Méthodologiste, ANDEM (Paris)
- **SD. KIPMAN** : Psychiatre, Fédération Française de Psychiatrie (Paris)
- **JC. PASCAL** : Psychiatre, CHS Antony
- **JC. PENOCHE** : Psychiatre, CHR Montpellier
- **E. ZARIFIAN** : Psychiatre, CHU Caen

JURY

- **J. Ch PASCAL** : Président, Psychiatre CHS Antony
- **MA. D'ADLER** : Journaliste, L'Événement du Jeudi (Paris)
- **M. BARRES** : Médecin inspecteur de la santé (Paris)
- **B. BEDOCK** : Médecin réanimateur, CH Annonay
- **C. CLEMENT LAROSIERE** : Psychologue, CMPP (Trouville/Mer)
- **J. CONSTANT** : Pédopsychiatre, CHR Chartres
- **JM. ENJALBERT** : Psychiatre, Clinique St Martin de Vignogoul (Hérault)
- **E. ESCHWEGE** : Chercheur, INSERM U. 21 (Villejuif)
- **A. FELINE** : Psychiatre, CHU Kremlin Bicêtre
- **Y. GASSER** : Membre de familles de patients (Paris)
- **JJ. GOROG** : Psychanalyste, CHS Antony
- **P. HOFLIGER** : Médecin généraliste (Nice)
- **C. JEANGIRARD** : Psychiatre, Clinique de Chailles (Loir et Cher)
- **D. OUSTALET** : Médecin généraliste (Levallois)
- **P. PARQUET** : Psychiatre, CHU Lille
- **A. ROLHINGER** : Assistante sociale, MGEN (Paris)
- **B. TETARD** : Infirmière psychiatrique, CMP Dieuze (Moselle)

EXPERTS

- **J. AZOULAY** : Psychiatre, Centre Philippe Paumelle (Paris)
- **JM. AZORIN** : Psychiatre, CHU La Timone (Marseille)
- **JC. BENOIT** : Psychiatre, CHS Paul Guiraud (Villejuif)
- **C. BONNET** : Psychiatre, Centre Philippe Paumelle (Paris)
- **G. CHOUINARD** : Psychiatre, Hôpital LH. Lafontaine - Montréal (Canada)
- **D. COHEN** : Travailleur social - professeur - Ecole de Service Social - Montréal (Canada)
- **J. COTTRAUX** : Psychiatre, Hôpital Neurologique (Lyon)
- **B. DALLE** : Psychiatre, CHS Saint Anne (Paris)
- **B. DANION** : Psychiatre, Hôpitaux Universitaires (Strasbourg)
- **S. DOLLFUS** : Psychiatre, CHS du Rouvray (Sotteville les Rouen)
- **J. GARRABE** : Psychiatre, CHS La Verrière (Le Mesnil Saint Denis)
- **D. GINESTET** : Psychiatre, Hôpital Paul Brousse (Villejuif)
- **JD. GUELFY** : Psychiatre, CHU Hôpital Saint Anne (Paris)
- **M. JAEGER** : Sociologue, CAT de Montesson (Montesson)
- **B. JOLIVET** : Psychiatre, SPASM (Paris)

- **JJ. KRESS** : Psychiatre, CHU de Brest - Bohars
- **P. LETARTE** : Psychanalyste (Paris)
- **JP. OLIE** : Psychiatre, CHU Hôpital Saint Anne (Paris)
- **S. PARIZOT** : Psychiatre, CHS St Jean de Dieu (Lyon)
- **P. PERON-MAGNAN** : Psychiatre (Paris)
- **M. PETIT** : Psychiatre, CHS du Rouvray (Sotteville les Rouen)
- **D. SECHTER** : Psychiatre, CHU Saint Jacques (Besançon)
- **JM. THURIN** : Psychiatre (Paris)
- **G. VIDON** : Psychiatre, CHS Esquirol (Saint Maurice)
- **A. VILLENEUVE** : Psychiatre, Clinique Roy Rousseau - Beauport (Canada)