

Schizophrénies débutantes : diagnostic et modalités thérapeutiques

Conférence de consensus

organisée par

**Fédération Française de Psychiatrie
selon la méthodologie de l'ANAES
avec le soutien de la Direction Générale de la Santé**

23 et 24 janvier 2003

Membres du Jury : Dr François PETITJEAN (Président du Comité d'organisation)
Pr Michel MARIE-CARDINE (Président du Jury) Dr M. BATLAJ-LOVICH, Dr J.
BENSIMON, Melle C. CABANAC, Mme C. CHERIAUX-FALLOURD, Mr L.
CRANT, Mme N. DEBIESSÉ, Mme De MAXIMY, M B. ESCAIG, Dr B.
ESTRABOL, Mme FINKELSTEIN, Dr C. GURY, Dr C. LAUNAY, Mr Ch.
MARCHANDET, Mme A. OWENS, Dr A. PLANTADE

Texte des recommandations longues élaboré par le jury

Introduction

On désigne sous le terme de schizophrénies un ensemble d'affections dont la prévalence est habituellement estimée à 1 % de la population générale partout dans le monde.

Le caractère chronique de ces affections, les souffrances qu'elles engendrent pour les individus atteints et leurs familles, la nécessité de développer des thérapeutiques et des programmes de soins intra et extra hospitaliers adaptés, en font un enjeu majeur de santé publique.

La Fédération Française de Psychiatrie avait organisé en 1994 une première conférence de consensus sur le traitement au long cours des psychoses schizophréniques, ouvrant ainsi la voie au développement de pratiques correspondant aux principes de l'evidence-based medicine (médecine basée sur les preuves).

Il a paru opportun d'en organiser une nouvelle en 2003 pour préciser les données permettant d'en cerner le diagnostic le plus rapidement possible et de mettre en oeuvre un traitement précoce. On trouvera ci-dessous les recommandations émises par le jury à la suite des réponses apportées par les experts aux questions posées par le Comité d'Organisation.

I. Diagnostic

1. Quelles sont les caractéristiques cliniques permettant

d'évoquer une schizophrénie lors de l'apparition d'un premier épisode psychotique aigu ?

Etat des connaissances

Dans la nosographie française on distingue parmi les psychoses aiguës, d'une part les psychoses délirantes aiguës et, d'autre part, les accès confusionnels. Les états confusionnels ont habituellement une origine organique souvent toxique. La classification internationale CIM 10 et la classification américaine DSM IV utilisent le terme générique de delirium pour désigner les états confusionnels. Le DSM IV distingue par ailleurs les psychoses schizophréniformes (jusqu'à 6 mois d'évolution) des troubles psychotiques aigus brefs (de moins d'un mois). Le jury s'en tiendra à la nosographie française, qui paraît plus claire et plus précise.

Dans ce cadre, les psychoses délirantes aiguës se caractérisent par leur début brutal. Le délire est intense et polymorphe dans ses mécanismes (interprétations, intuitions etc.) dans ses thèmes (persécution, mégalomanie etc.). Il existe aussi des hallucinations, essentiellement auditives, symptômes auxquels s'associent une intense dépersonnalisation et une instabilité thymique.

L'étude d'ensemble de ces psychoses délirantes aiguës fait apparaître que l'évolution se fait schématiquement :

- dans 25 % des cas vers la résolution complète et cet accès restera un épisode unique
- dans 25 % des cas vers des récurrences à plus ou moins long terme, chaque accès ayant la même valeur qu'un épisode unique.
- dans 50% des cas, différentes études montrent une évolution d'un seul tenant ou, après plusieurs récurrences, vers une psychose chronique, qui se subdivise en : 1/3 de schizophrénies, 1/3 vers des psychoses chroniques non schizophréniques à début plus tardif, 1/3 de troubles bi-polaires.

Si un certain nombre de schizophrénies, se dégagent de ce groupe par leur évolution, il ne s'agit que d'une minorité. Il faut souligner que la majorité des schizophrénies débutantes prennent des formes progressives et insidieuses. Dans les bouffées délirantes aiguës, aucun signe n'a en lui-même de valeur pronostique certaine.

Néanmoins il est habituel de considérer que les caractéristiques suivantes :

- Moindre intensité de la symptomatologie
- Mono morphisme ou pauvreté de la symptomatologie
- Eoussement des affects
- Attitude de retrait ou d'isolement
- Difficultés de contact avec l'entourage
- Apragmatisme
- Bizarreries du comportement
- Discordance ou désorganisation de la pensée
- Mauvaise insertion familiale, professionnelle ou scolaire, surtout s'il existe des épisodes psychiatriques antérieurs personnels ou familiaux sont des éléments pronostiques défavorables.

Devant de tels tableaux, se pose le problème de la conduite à tenir, pour tenter d'éviter cette évolution péjorative ou de la prévenir.

Recommandations

Bien que les formes de schizophrénies à début aigu ne représentent qu'une part limitée il est fortement recommandé de suivre et de traiter tout épisode délirant aigu quel qu'il soit pendant une durée minimum de 1 à 2 ans après rémission symptomatique. Cette période de suivi permettra de continuer l'observation et

l'évaluation du patient, et de préciser le diagnostic.

Cette recommandation est renforcée si d'emblée ou à court terme, des signes de mauvais pronostic, apparaissent ou deviennent prédominants.

2. Quelles sont les caractéristiques cliniques des formes de début insidieux des schizophrénies ?

Etat des connaissances

Les débuts insidieux représentent les formes les plus fréquentes des schizophrénies. Ces formes sont corrélées avec un début précoce, et concernent davantage les garçons que les filles. Elles s'observent également plus en milieu urbain. 80 % des formes infantiles de la schizophrénie sont de ce type.

La schizophrénie à son début, peut être caractérisée par différentes phases évolutives. On peut distinguer 4 phases :

- une phase pré morbide, qui peut évoluer de la naissance à l'apparition des premiers signes précurseurs
- une phase prodromique faite de ces premiers signes précurseurs ou prémonitoires, jusqu'à l'apparition du premier épisode processuel
- puis la phase symptomatique avérée ou premier épisode avec des signes psychotiques francs, en continuité avec l'épisode précédent, qu'on appelle encore expérience délirante primaire ou matricielle.
- Elle est suivie par une phase de rémission, plus ou moins complète, caractérisée par la persistance de symptômes résiduels La difficulté provient du manque de netteté de la caractérisation du premier épisode psychotique, d'où souvent une hésitation à porter le diagnostic et un retard à la mise en place du traitement.

La période comprise entre l'apparition des premiers symptômes psychotiques et la mise en place du premier traitement s'appelle la durée de psychose non traitée, ou DUP (pour « duration of untreated psychosis » dans la littérature internationale). La DUP peut être de quelques semaines à plusieurs années, et certains travaux, ont montré une corrélation entre pronostic défavorable et durée de la DUP. Pronostic défavorable signifie rémission plus lente, moins complète, rechutes plus fréquentes de résistance au traitement, et un moins bon fonctionnement psycho social.

Les symptômes négatifs précèdent les symptômes positifs dans la phase prodromique.

La phase prodromique est la phase où apparaissent les premiers symptômes négatifs, mais qui restent encore limités par rapport à d'autres symptômes non spécifiques : thymiques, pseudo névrotiques, modifications du comportement avec irritabilité, rires immotivés, épisodes de dépersonnalisation a minima avec impression d'avoir changé, intérêt pour l'occultisme, la magie, les sectes, baisse des aptitudes cognitives (expression embrouillée de la pensée), de l'exercice de la volonté, symptômes physiques (perte de poids, d'appétit, troubles du sommeil), sensations corporelles étranges, recours aux toxiques.

On la situe souvent à l'adolescence, et le diagnostic est difficile.

Il conviendrait de repérer le plus tôt possible ces premiers symptômes psychotiques ou même les signes prémonitoires de la période prodromique, qui malheureusement font encore trop souvent l'objet d'un diagnostic rétrospectif.

L'intérêt d'un traitement précoce est celui de diminuer le risque suicidaire, et par conséquent celui du suicide si fréquent au début de la dépression, et de diminuer les risques de désinsertion psycho sociale, et d'améliorer les rapports avec la famille.

L'apparition des symptômes positifs, en général peu nombreux et peu marqués dans un premier temps, conditionne le repérage du premier épisode psychotique.

Ils sont principalement représentés par des idées délirantes de référence et de persécution. Les hallucinations, surtout auditives, apparaîtraient ensuite, avec ou sans syndrome d'influence ou d'automatisme mental.

Il peut être important d'exclure des causes non psychiatriques, de type organique ou toxique, par un bilan approprié. On insiste particulièrement sur la fréquence des pratiques toxicomaniaques, associées à ces émergences symptomatiques.

Recommandations

a) Les prodromes constituent des signes d'alerte qui doivent attirer l'attention de l'entourage ou du médecin (qui à ce stade n'est pas toujours un spécialiste) et doivent faire redouter une évolution vers la schizophrénie. Il est donc recommandé d'exercer donc une surveillance et des évaluations cliniques régulières à la recherche des premiers symptômes psychotiques.

b) Il est recommandé dans une perspective clinique de rechercher systématiquement et activement les symptômes productifs précoces (notamment les idées de référence, thèmes de persécution, télépathie, syndromes d'influence, hallucinations auditives etc.), car si on n'interroge pas les patients, ceux-ci n'en parleront pas nécessairement (honte, oubli, troubles de l'attention, déni de la pathologie). Or ce sont ceux qui nécessitent la mise en route d'un traitement antipsychotique rapide.

3 - Comment peut-on distinguer les formes de début des schizophrénies des troubles de l'humeur ?

Les prodromes de la schizophrénie ont fait l'objet de beaucoup plus d'études que les premiers épisodes des troubles de l'humeur, compte tenu du caractère péjoratif de la schizophrénie.

Les études cliniques restent généralement peu précises sur le plan sémiologique : affects, symptômes et syndromes sont parfois mal différenciés. Les aspects thymiques, cognitifs et végétatifs sont souvent considérés comme équivalents dans les deux types de pathologie.

On observe une grande fréquence des symptômes dépressifs dans la schizophrénie. Parallèlement un grand nombre de troubles bipolaires présentent des caractéristiques psychotiques lors de leur épisode inaugural. La valeur prédictive du tableau initial est faible et contestée.

Les critères pouvant faire craindre une évolution schizophrénique se présentent de la manière suivante :

- une personnalité schizoïde
- une mauvaise adaptation sociale
- des antécédents familiaux - un début insidieux
- la prise de toxiques
- une évolution depuis plus de trois mois
- la présence de symptômes négatifs

Il est souvent difficile de distinguer la sémiologie négative de la symptomatologie thymique dépressive : l'apathie, le retrait, l'anhédonie, peuvent appartenir aux deux registres.

L'existence de troubles schizo affectifs qui peuvent appartenir tant aux groupes des schizophrénies qu'aux troubles bipolaires, complique encore la possibilité d'un diagnostic précoce. Toutefois, sur le plan thérapeutique, l'utilisation de thymorégulateurs constitue un appoint thérapeutique intéressant devant un

épisode psychotique aigu à forte tonalité thymique.

Les symptômes thymiques ne sont pas spécifiques, ce sont les symptômes positifs qui prédisent le mieux l'évolution vers la schizophrénie. L'existence d'un délire et l'envahissement progressif par les symptômes négatifs, caractériseraient la schizophrénie et les troubles schizo affectifs. Inversement une symptomatologie thymique franche maniaque ou dépressive, une bonne adaptation pré morbide sont plus en faveur d'une évolution bi polaire.

Les troubles schizo-affectifs peuvent évoluer selon les deux axes :

- passage à la chronicité avec un polymorphisme et une instabilité de la thymie, ils font alors partie de la schizophrénie
- passage à la cyclicité marquant l'évolution vers des troubles bi polaires.

On peut retrouver des antécédents de même nature dans les familles respectives des patients de ces deux groupes.

Recommandations

Si le diagnostic différentiel entre schizophrénie et trouble bipolaire est difficile surtout au début, les travaux actuels amènent à recommander de prendre davantage en compte le risque de schizophrénie, considéré comme le plus redoutable. Cependant, au plan thérapeutique, l'utilisation de traitements thymorégulateurs peut constituer un appoint ou une alternative intéressante en présence d'un épisode aigu à tonalité thymique.

4 - Comment peut-on caractériser les signes prodromiques des schizophrénies ?

Etat des connaissances

La majorité des auteurs s'accordent à définir que la survenue d'un changement dans le comportement et le vécu des sujets, marque l'émergence des signes prodromiques, ce qui permet de les séparer de la phase pré morbide qui est le plus souvent silencieuse.

Ces prodromes sont ego dystoniques, c'est à dire, que le sujet s'en plaint et en souffre, mais cette notion est relative, car certains de ces prodromes, tels que l'anxiété, peuvent se situer dans le prolongement des traits pré existants de la personnalité.

Ils sont généralement reconnus rétrospectivement, mais les auteurs actuels s'intéressent plutôt à ce qu'ils appellent des symptômes ou des états mentaux dits à « risque clinique ».

Parmi ceux ci, il est possible de recenser 7 catégories :

- des symptômes de type névrotique (anxiété, irritabilité, impatience, colère, troubles obsessionnels compulsifs ou hystériques etc.)
- des symptômes thymiques (oscillations de l'humeur, humeur dépressive, anhédonie ou perte de la capacité à prendre du plaisir, culpabilité, idées suicidaires etc.)
- des troubles de la volition (apathie, perte de motivation, d'intérêt, ennui, fatigue etc.)
- des troubles cognitifs (troubles de l'attention, de la concentration, de la mémoire, phénomènes de blocage de la pensée, rêverie diurne persistante, alternance de sensations de vide, d'excitation ou de diffiulgence de la pensée donnant au sujet l'impression d'en perdre le contrôle etc.)

- les symptômes physiques sont faits de plaintes, concernant des impressions corporelles bizarres et diverses, telles que sensation de mouvements, de tiraillements, de décharges électriques, de douleurs ou de modifications d'organe etc.
- les modifications comportementales se caractérisent par le retrait social, la détérioration des résultats scolaires ou professionnels, de l'impulsivité, une impression de bizarrerie.
- enfin il existe des symptômes divers tels que la méfiance, la sensibilité dans les relations inter personnelles, des anomalies discrètes de la perception, du langage ou de la motricité

On insiste sur les modifications de la conscience de soi, et la perte de l'évidence naturelle éprouvée habituellement de façon spontanée.

Ce sentiment naturel d'être soi est lié à l'expérience corporelle. Le sujet perd donc la sensation de son unité psycho physique et de son ancrage dans le sens et le monde commun. Il éprouve des difficultés à traduire par le langage l'expérience extraordinaire qu'il traverse. Le psychiatre éprouve également des difficultés à en rendre compte par des termes sémiologiques. On parle alors de bizarrerie, d'hermétisme, et d'étrangeté.

Cette phase prodromique est très variable dans son intensité, sa durée, son mode d'expression. Elle peut rester discrète ou même complètement silencieuse, mais pour beaucoup d'auteurs elle existe toujours, et doit être recherchée au moindre doute.

Plusieurs analyses psycho pathologiques (issues de la phénoménologie et de la psychanalyse entre autres) des manifestations des phases prodromiques, ont été et sont toujours réalisées. Elles visent à mieux comprendre leurs significations et donc à mieux aborder le malade.

Les études psycho métriques se sont considérablement développées ces dernières années, mais elles sont encore du domaine de la recherche. Elles sont basées sur des entretiens structurés, semi structurés, ouverts, sur des échelles d'évaluation classiques, et des critères opérationnels. Les résultats en sont toujours controversés, et n'ont pas de valeur prédictive.

Dans cette perspective des études expérimentales ont confirmé l'existence de cette phase prodromique, ou en tous cas de symptômes précédant l'apparition du premier épisode psychotique.

Recommandations

- 1/ La notion d'une phase prodromique, intermédiaire entre la phase prémorbide et l'apparition du premier épisode psychotique caractérisé, doit maintenant être bien connue. Elle entraîne l'assentiment de tous les auteurs.
- 2/ Elle se caractérise surtout par la notion d'un changement exprimé soit par le malade, soit par l'entourage notamment sa famille, soit par les deux.
- 3/ L'entourage du patient, sa famille, ses éducateurs, le médecin praticien et tous les intervenants potentiels, doivent être mieux formés et informés.
- 4/ Bien que ces changements n'aient aucune spécificité ni aucune valeur prédictive, on portera une attention toute particulière à l'apparition des symptômes reconnus comme potentiellement prodromiques.

5/ Les approches psycho pathologiques qui visent à permettre de mieux comprendre et donc de mieux garder contact avec ces sujets sont donc à recommander.

6/ L'utilisation dans le domaine de la recherche d'instruments psycho métriques et de procédures expérimentales, si leurs résultats restent controversés, doit être poursuivie pour améliorer le repérage symptomatique et donc intervenir plus précocement.

5 - Peut-on caractériser certains sujets comme étant à haut risque de schizophrénie ?

Etat des connaissances

Ces études concernent à la fois un domaine de recherche et de pratique clinique. Dans cette optique, il est d'un intérêt certain d'essayer d'identifier les sujets susceptibles de présenter une évolution schizophrénique, compte tenu des risques que cet état mental comporte.

Le repérage de ces sujets dans une population d'adolescents et de jeunes adultes, s'avère particulièrement difficile du fait de l'incidence relativement faible de la maladie. Il est donc indispensable de disposer d'outils permettant de sélectionner les patients potentiels, par la méthode des filtres bien connue en épidémiologie. La stratégie du repérage progressif (« closing-in dans la littérature internationale) permet cette sélection.

Certaines équipes (notamment à Melbourne, Australie) ont créé des centres d'accueil en milieu urbain qui reçoivent, de manière non stigmatisante, ces sujets jeunes. L'objectif de ces centres est de répondre au malaise plus ou moins défini qu'ils ressentent, à leurs inquiétudes concernant par exemple des antécédents familiaux.

Différents tests vont tenter d'identifier ceux qui présentent un risque d'évolution schizophrénique, c'est à dire qui franchiront un seuil fixé arbitrairement, définissant le passage à la psychose avérée.

Trois groupes peuvent ainsi être identifiés :

- ceux présentant des « bouffées délirantes brèves »
- ceux qui bien que délirants restent en dessous du seuil des hallucinations
- ceux présentant des antécédents familiaux, et un fonctionnement social altéré

La pertinence de la sélection des sujets à risque ne peut s'évaluer que rétrospectivement. Parmi ceux ci 25% à six mois, 35% à un an, seront passés à la maladie avérée.

L'ajout d'une seule variable clinique aux critères de sélection de l'échantillon permet d'accroître fortement la validité de la prédiction.

La présence d'une intoxication cannabique, de troubles neuro cognitifs, peut augmenter la probabilité d'un passage à la schizophrénie.

Recommandations

La mise en place de structures d'accueil pour adolescents et jeunes adultes est recommandée. Elles permettront, en identifiant les sujets à risque, une prise en charge précoce, non stigmatisante.

Ces structures pourraient répondre à une demande diffuse, non spécifiée, par des traitements psychosociaux, médicamenteux symptomatiques, voire curatifs anti psychotiques, lorsque la symptomatologie le justifie.

C'est dans ces structures que l'on pourra établir une relation permettant une prise de conscience du sujet, l'obtention d'une alliance thérapeutique et un consentement éclairé.

6 - Peut-on définir la notion de vulnérabilité à la schizophrénie sous un angle psychodynamique ?

Etat des données

Cette notion de vulnérabilité est en rapport avec celle des facteurs de risque. L'examen des données dans ce domaine, déborde le cadre habituel de l'abord psychodynamique, dont beaucoup de notions ont été largement dépassées aujourd'hui. Il est indéniable que les apports de différentes écoles psychanalytiques ont eu une influence considérable sur la conceptualisation de la schizophrénie dans le champ psychopathologique mais si remarquables soient ils l'application de ces travaux n'a pas fait l'objet d'une évaluation répondant à des critères scientifiques. Pour élargir le champ de l'investigation, on rappellera également que certains travaux issus des théories de la communication ont été à l'origine d'une mise en cause injuste et désastreuse des familles des patients.

Dans un autre domaine de nombreuses recherches ont été effectuées, pour essayer de déterminer l'influence des événements de vie comme facteurs précipitants, mais aucun de ces travaux n'a apporté jusqu'à présent de résultats probants.

On n'oubliera pas non plus les recherches spéculatives effectuées à partir des conceptions phénoménologiques. Toutes ces données sont très riches mais ne peuvent pas faire l'objet d'un résumé plus synthétique.

Recommandations

1. La référence au vaste de champ de données psychanalytiques, phénoménologiques, et autres est intéressante pour permettre de mieux comprendre le vécu du patient schizophrène et de sa famille. Il est recommandé d'en avoir connaissance car elles favorisent la compréhension des patients.
2. Il est recommandé que des recherches méthodiques soient effectuées dans ce domaine.
3. Il est recommandé de ne pas réduire la conception de la vulnérabilité à la schizophrénie à sa seule conception biologique mais d'y intégrer également données issues de ces approches psychodynamiques, psychogénétiques et phénoménologiques.

7 - Quelles sont les données scientifiques actuelles qui permettent de définir des facteurs de risque au développement d'une pathologie schizophrénique ?

Par facteurs de risque il faut entendre des caractéristiques associées à une augmentation de la probabilité de survenue de la maladie. La mise en évidence d'une telle association ne permet toutefois pas d'affirmer l'existence d'une relation

de causalité entre le facteur de risque en question et la survenue de la maladie. Un vaste consensus existe pour dire que la schizophrénie résulte d'interactions complexes entre vulnérabilité génétique et facteurs de risque environnementaux.

On envisagera d'abord essentiellement des facteurs de risque environnementaux ; par ceux-ci on entend les facteurs de risque biologiques, psychologiques et sociaux.

L'exposition à ces facteurs pendant une période allant de la conception à l'âge adulte augmente, pour le sujet, le risque de développer une schizophrénie. On distinguera les facteurs de risque précoces, essentiellement périnataux, des facteurs de risque tardifs définis comme ceux pour lesquels l'exposition survient à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

Ces données épidémiologiques ont été étudiées soit à partir de l'étude des antécédents de sujets souffrant de schizophrénie, soit à partir d'études familiales, soit à partir d'études de cohortes. Tous ces facteurs de risque ont statistiquement une valeur prédictive faible.

1. Facteurs de risque périnataux

- Saison et lieu de naissance :

10 à 15 % d'excès de naissances hivernales (avec une reproductibilité plus modérée dans l'hémisphère sud que dans l'hémisphère nord).

Prévalence plus forte dans les zones urbaines que dans les zones rurales.

- Exposition à des agents infectieux pendant la grossesse : Les études des conséquences des pandémies de grippe n'ont pas été concluantes. D'autres pathologies virales à tropisme plus directement cérébral comme la méningite, la poliomyélite et surtout la rubéole (risque multiplié par cinq) sont des facteurs de risque non négligeables.

- Complications obstétricales : Elles sont deux fois plus fréquentes et la plupart du temps en rapport avec une hypoxie ou une anoxie néonatale.

- Carences nutritionnelles : Le risque est multiplié par deux quand elles se produisent pendant le premier trimestre de la grossesse.

- Facteurs de risque psychoaffectifs et caractéristiques parentales : L'exposition à des stress majeurs pendant la grossesse serait un facteur de risque ; un des mécanismes évoqué pourrait être, via la vasoconstriction utérine, l'induction d'une hypoxie foetale

- Facteurs de risque toxiques et médicamenteux : Pas de données particulières actuellement disponibles concernant l'exposition in utero à des substances psycho-actives licites ou illicites.

- Tous ces risques sont en association avec un spectre relativement large de troubles psychiatriques. Il est plausible qu'il existe une relation entre anomalies précoces du développement cérébral et schizophrénie. Les mécanismes intermédiaires impliqués ne sont toutefois pas élucidés et sont vraisemblablement interactifs.

2/ Facteurs de risque tardifs

- Abus de substances :

Ceux-ci paraissent représenter un risque réel ; cette question est développée dans

une autre partie du document (question 15).

- Migration et facteurs ethniques :

Malgré l'existence de biais potentiels tels que l'accessibilité aux systèmes de soins, des études confirment l'existence d'un risque augmenté, avec toutefois des éléments liés à la qualité de l'intégration pour les populations migrantes. On retrouve ces données pour les minorités ethniques, où le risque est plus élevé quand ces sujets sont isolés au sein d'une autre communauté.

Recommandations

1. La synthèse des données actuellement disponibles concernant les facteurs de risque pour les pathologies schizophréniques amène à recommander de considérer l'hypothèse d'un déterminisme multifactoriel de ces troubles avec attention. Rien n'autorise cependant, à l'heure actuelle, à donner à ces facteurs de risques une valeur prédictive.

2. Les recommandations que l'on peut déduire de ces données épidémiologiques liées à la vulnérabilité ainsi définie sont des recommandations générales en termes de santé publique. Quelles que soient les avancées de la recherche sur l'étiologie de la schizophrénie, les attitudes de prévention ne sont pas spécifiques de cette maladie. (Exemple : sécurité obstétricale...)

8 - Que savons-nous de l'enfance des sujets qui souffrent de schizophrénie ?

Un certain nombre d'enfants présenteraient des particularités antérieures au début de la psychose et qui exprimeraient des facteurs de risques développementaux interactifs avec l'environnement. Cette notion connue depuis longtemps puisque Bleuler l'a citée en 1911 s'est enrichie du repérage de petites anomalies physiques que nous citerons pour mémoire comme les anomalies des dermatoglyphes.

Caractéristiques de l'enfance

1/ Caractéristiques neuromotrices

On trouve un certain nombre d'anomalies du développement neuro et psychomoteur, telles que retard de la marche, anomalies posturales, troubles de la coordination motrice fine (« soft signs » de la littérature internationale). Toutes ces manifestations régulièrement retrouvées n'ont cependant pas de valeur prédictive.

2/ Caractéristiques cognitives

On trouve dans les antécédents des patients mais aussi chez leurs frères et soeurs non atteints des performances moins bonnes que dans la population générale.

A ce sujet, deux remarques : d'une part la baisse de l'efficacité intellectuelle mérite une attention particulière, d'autre part la question des enfants intellectuellement précoces doit être soulevée surtout si cela s'accompagne d'un repli ou d'un isolement affectif et social. On note également des troubles du langage particulièrement du langage réceptif mais aussi des écholalies et autres bizarreries du langage.

3/ Caractéristiques sociales, comportementales et psychologiques

Un certain nombre de traits de caractère tel que : repli sur soi, passivité, troubles de la concentration, difficultés à se faire des amis, attitude hautaine, renvoient à la notion classique de schizoïdie. Cela peut s'accompagner de manifestations à l'adolescence telles que grimaces, tics, onychophagie.

4/ Caractéristiques de l'environnement

Elles ont été étudiées dans d'autres chapitres de ce document. On peut mentionner les particularités de la relation précoce mère-enfant, souvent perturbée mais sans qu'on puisse déterminer si il s'agit d'un facteur causal ou d'une conséquence du dysfonctionnement propre à l'enfant.

Caractéristiques de l'adolescence et du début de l'âge adulte

Il existe un certain nombre de particularités neuropsychologiques et de symptômes précoces comme la baisse du QI, la fixation à des idées de toute puissance, des ruminations morbides et des préoccupations métaphysiques qui pourraient faire craindre l'effondrement du vécu intérieur.

Recommandations

1. Il est recommandé de considérer que toutes les manifestations repérées dans l'enfance ou l'adolescence ne sont pas prédictives. Elles méritent cependant une attention particulière de la part de l'entourage et justifient un suivi médical éventuellement spécialisé.
2. Il serait souhaitable qu'un approfondissement de la recherche permette de mieux préciser la valeur de ces particularités en tant que signe d'alarme.

9 - Quelles sont les données actuelles concernant la génétique des troubles schizophréniques ?

Un siècle de génétique épidémiologique a permis de mettre en évidence l'existence d'une composante génétique dans la schizophrénie. Cependant les études de biologie moléculaire ont produit des résultats contradictoires. Cette situation peut être expliquée par les obstacles qui surviennent lors de la recherche des maladies à hérédité complexe. En outre, notre incapacité à décrire le ou les véritables phénotypes augmente encore la difficulté à identifier les facteurs de vulnérabilité génétique. Deux conclusions principales peuvent être tirées des études réalisées jusqu'à présent :

- le pattern de risque familial suggère que plusieurs gènes sont impliqués dans la schizophrénie.
- afin de réduire le caractère non opérationnel des classifications diagnostiques, de nouvelles stratégies ont été décrites. Elles ont pour objectif la définition des phénotypes par des traits sub-cliniques, appelés endophénotypes.

1/ Arguments classiques en faveur d'une composante génétique

Les études de famille de jumeaux et d'adoption confirment l'existence de cette composante génétique, même si on ne retrouve que 25% de schizophrénie reconnue dans les antécédents familiaux des sujets atteints. Le risque de développer une schizophrénie est plus important chez les apparentés de premier degré (10 %) et deuxième degré (3 %) que dans la population générale (1%). Ce risque croît selon le nombre de sujets atteints dans la famille (46% pour un enfant né de 2 parents schizophrènes). Il varie également selon le type clinique de la maladie. Les études réalisées chez les jumeaux montrent une concordance plus élevées chez les monozygotes (50%) que chez les dizygotes (17%). Ceci

démontre que la vulnérabilité à la schizophrénie n'est pas totalement génétique. Elle résulte de nombreux facteurs génétiques en interaction avec des facteurs environnementaux.

2/ Régions du génome susceptibles de contenir des gènes de vulnérabilité

De nombreuses régions chromosomiques ont été impliquées mais aucun des résultats obtenus n'atteint un niveau de signification suffisant et souvent ces résultats ne sont pas répliqués.

3/ Identification des phénotypes et des symptômes candidats dans le cadre de la recherche

Les phénotypes peuvent être identifiés par deux stratégies complémentaires, l'une comportant la description des sujets atteints, (symptômes candidats), l'autre portant sur l'identification de traits de vulnérabilité chez les apparentés non atteints, (endophénotypes).

- Symptômes candidats

Ils doivent remplir les critères suivants : bonne concordance chez les monozygotes, corrélation chez les paires de germains atteints, association à un mode de transmission génétique spécifique, association à un gène candidat. L'âge de début de la maladie est un bon exemple de symptôme candidat.

- Endophénotypes

Ce sont des traits sub-cliniques qui existent de façon très fréquente chez les apparentés. L'exemple le plus démonstratif est celui des anomalies des mouvements oculaires rapides : Ces anomalies stables au cours du temps existent chez le malade même en phase de rémission, sont présents aussi en phase prodromiques et sont retrouvés chez 50% des apparentés.

Recommandations

La question de la génétique des troubles schizophréniques n'appelle aucune recommandation utilisable en clinique. Par contre, la précision de plus en plus fine des symptômes candidats et des endophénotypes devrait permettre une localisation plus précise des loci de vulnérabilité. La recherche actuelle très largement orientée dans cette direction doit poursuivre ses travaux.

10 - Est-il possible d'établir un lien entre certains troubles envahissants du développement et la pathologie schizophrénique ?

Malgré la divergence des repères nosographiques entre les travaux nord-américains (basés sur le DSMIV) et les travaux français (CFTMEA), il existe une convergence dans les conclusions. Le risque d'évolution des troubles envahissants du développement (psychose infantile) vers la schizophrénie est relativement faible et identique à celui de la population générale. Les psychoses infantiles qui évoluent plus fréquemment (8 à 17 % des cas) vers la schizophrénie sont les suivantes :

- Autisme de haut niveau
- Syndrome d'Asperger - Dysharmonie psychotique (et Multiple Complex Developmental Disorders)

Les éléments significatifs dans l'appréciation du risque sont les signes productifs. Ils ne suffisent pas à affirmer le diagnostic de schizophrénie. C'est le critère de durée de ces signes qui est essentiel. On peut souligner que les psychoses processuelles de l'adolescence et de l'âge adulte qui représentent une évolution fréquente du trouble envahissant du développement de l'enfant n'ont pas en général les critères requis pour le diagnostic de schizophrénie. Certains de ces états cliniques se stabilisent aussi sous forme de troubles sévères de la personnalité. On peut les définir comme schizotypiques et souligner l'écart avec un processus schizophrénique débutant.

Recommandations

1. Il est recommandé de prendre en considération le risque de l'évolution vers une pathologie d'allure schizophrénique de sujets disposant de capacité d'expression et de communication de bon niveau ce qui expliquerait peut-être que cette évolution soit souvent favorable..
2. Il est recommandé de prendre en considération le fait de l'influence positive de certains paramètres dans la prise en charge des psychoses infantiles comme : la précocité du diagnostic, la bonne coordination des moyens thérapeutiques, la bonne qualité et la continuité du travail avec les parents mais aussi la nécessité d'une réévaluation régulière du cadre de soins avec une attention particulière pendant les périodes critiques.

11 - Le concept de schizophrénie infantile est-il pertinent ?

Les descriptions des premiers auteurs regroupaient toutes les psychoses infantiles sous le terme de « schizophrénie infantile ». Le repérage par Kanner de l'autisme infantile et les travaux qui ont suivi, ont individualisé de façon plus claire de nombreuses formes cliniques de ces psychoses. Ce champ de référence a été privilégié jusqu'au moment où la perspective développementale et la réalisation d'études longitudinales ont réintroduit la notion de schizophrénie infantile dans les différentes classifications nosographiques.

On privilégie le terme de schizophrénie à début précoce (ou prépubertaire dans certains cas)par rapport à celui de schizophrénie infantile. Ce diagnostic, difficile, se fonde sur les critères cliniques de la schizophrénie de l'adulte et plus particulièrement de la symptomatologie productive quand les manifestations durent au-delà de six mois. Les quelques données épidémiologiques constatent que ce trouble est peu fréquent : 1/10 000 enfants pour les formes très précoces, plus retrouvée chez le garçon (mais le rapport garçon-fille s'atténue avec l'âge). Même si les manifestations cliniques se caractérisent par leur instabilité, l'apparition d'un déficit cognitif est fréquente et l'évolution, souvent chronique (90%) est de mauvais pronostic. On retrouve chez ces enfants comme chez l'adulte, un certain nombre de particularités neurobiologiques comme les troubles de la poursuite oculaire.

Recommandations

Le diagnostic différentiel de schizophrénie infantile est certainement difficile, en particulier avec les psychoses infantiles non déficitaires, les troubles bipolaires et certains troubles de la personnalité. Il est cependant important de le préciser car ce diagnostic justifie la question de l'opportunité du recours au traitement pharmacologique, antidépresseur ou antipsychotique, en association avec les modalités habituelles de traitement des psychoses infantiles.

12 - Existe-t-il une continuité entre les changements vécus au moment de l'adolescence et la schizophrénie débutante ?

La question posée peut s'envisager selon deux points de vue qui se recoupent mais ne se confondent pas :

- existe-t-il parmi les différents troubles et symptômes susceptibles de se manifester à l'adolescence des prodromes ou des prémices de la schizophrénie ?
- les processus physiologiques, psychologiques et sociaux de l'adolescence favorisent-ils la survenue de la schizophrénie ?

1/ Existe-t-il des signes annonciateurs de schizophrénie ?

Les épisodes aigus et les personnalités prémorbides schizoïdes et schizotypiques ne sont pas spécifiques et n'évoluent pas forcément vers une schizophrénie. Par contre, des prodromes de la schizophrénie ont été décrits, qui ne sont pas des symptômes psychotiques : ils comportent une multitude de symptômes atypiques parmi lesquels les signes négatifs sont les plus habituels. Ces signes sont encore moins spécifiques que ceux de la schizophrénie adulte et se rencontrent fréquemment à l'adolescence.

La signification de ces prodromes peut se comprendre comme des formes atténuées du trouble ou comme des marqueurs de vulnérabilité. Un certain nombre de pathologies de l'adolescent : troubles du comportement alimentaire, conduites antisociales, toxicomanie, troubles obsessionnels, phobiques ou hystériques peuvent évoluer vers la schizophrénie. Parmi les symptômes les plus évocateurs, l'anhédonie et les troubles de la volition sont les plus spécifiques.

2/ Perspective développementale et impact de l'adolescence

Le risque de décompensation dépend de l'interaction de deux ordres de paramètres :

- l'importance et la nature des facteurs de vulnérabilité mais aussi de protection ou de résilience qui appartiennent au passé du sujet : hérédité, histoire individuelle ou familiale
- la conjoncture dans laquelle se déroule l'adolescence du sujet. Ceci concerne l'environnement immédiat de l'adolescent et le contexte social plus général, en lien aussi bien avec des événements qu'avec la qualité des réponses aux attentes implicites ou explicites de l'adolescent.

Le processus de l'adolescence par lui-même - la sexualisation des liens qu'il implique, la fragilisation des soutiens antérieurs, les conflits internes entre les angoisses d'abandon et les angoisses d'intrusion - fragilise tout adolescent et peut produire des symptômes, s'il déborde les capacités du sujet à y faire face. Ce processus, facteur de vulnérabilité en lui-même, va prendre une place prépondérante chez les sujets vulnérables et entraîner un risque de décompensation psychotique, schizophrénique ou autre.

Recommandations

Il est recommandé de prendre en compte les notions suivantes: Il existe une clinique de l'adolescent, soit révélatrice d'un dépassement des capacités du sujet, soit témoignant de sa vulnérabilité ou constituant les premières manifestations d'une schizophrénie. Il est incontestable que le processus de l'adolescence en soi aggrave la vulnérabilité à la schizophrénie. Cette clinique de l'adolescent justifie donc un repérage attentif et un traitement utilisant tous les moyens à disposition, y compris la prescription de psychotropes.

13. Quelles sont les manifestations des schizophrénies débutantes sur le plan des troubles de la scolarité ?

La baisse des performances scolaires est un signe classique des débuts de la schizophrénie.

1. Les symptômes observés en milieu scolaire au cours de la phase prémorbide :

- Retard scolaire
- Faibles résultats aux tests scolaire et aux tests de QI, troubles cognitifs, déficit d'attention et de mémoire, en particulier de mémoire verbale, avec toutefois des différences entre filles et garçons.
- Difficultés de socialisation et troubles du comportement, plutôt hyperactivité chez les garçons, plutôt repli chez les filles.

Cependant ces observations sont peu spécifiques, et apparaissent aussi chez des sujets à haut risque qui ne développent pas la maladie. Deux études finlandaises récentes donnent des résultats contradictoires. La première n'observe pas de différences significatives sur le plan des résultats scolaires sauf pour les activités sportives et manuelles. La seconde note que 11 % des garçons ayant développé une schizophrénie obtenaient d'excellents résultats scolaires.

2. Les troubles de la scolarité en phase prodromique

Dans les mois précédant l'écllosion de symptômes schizophréniques on constate des troubles susceptibles de perturber la scolarité

- Anhédonie
- Apathie
- Perte de motivation
- Troubles cognitifs et notamment des troubles de l'attention On observe dans la pratique une baisse inexplicquée des résultats scolaires dans les mois qui précèdent les troubles.

3. Phase aiguë

Il y a forcément rupture avec le milieu scolaire.

Recommandations

Phase prémorbide

Suivre avec attention ces élèves ; leur apporter un soutien pédagogique et les informer sur la possibilité d'un accès à un soutien psycho-thérapeutique. Prendre en compte le risque de stigmatisation.

Phase prodromique :

Sensibilisation des intervenants en milieu scolaire aux risques d'un brusque fléchissement des résultats scolaires.

Phase aiguë.

Nous recommandons aussi un accompagnement à la reprise de la scolarité, voire de réadapter le projet scolaire. Nous recommandons aussi la création de structures nouvelles adaptées à cette classe d'âge (15-25 ans), structures orientées sur la scolarité et l'insertion professionnelle, par exemple les cliniques

soins-études.

14. Quelles sont les données épidémiologiques actuelles sur les formes de début de schizophrénie ?

- Les évaluations peuvent varier d'une étude à l'autre.
En effet, il existe deux grandes classifications auxquelles se réfère l'épidémiologie, la CIM 10 et le DSM-IV qui présentent des variations sensibles quant aux critères retenus.

La population de malades potentiels est parfois mal cernée du fait du tabou qui pèse encore sur les maladies mentales.
Les experts sont d'accord sur un taux d'apparition de nouveaux cas dans une population ou taux d'incidence d'environ 0,1 pour 1000 habitants.

- Difficultés rencontrées pour l'établissement des symptômes prodromiques.
Les études sont toujours rétrospectives, basées sur les souvenirs du patient et de la famille, et de ce fait subjectives. Les premiers troubles ne sont pas spécifiques, ce qui peut induire des erreurs de diagnostic sur des sujets qui ne deviendront pas schizophrènes.

Concernant la datation du début des troubles

o Elle varie selon la classification, un mois dans la CIM 10 et de un à six mois dans le DSM-IV.
o Peu d'études traitent de l'âge du début et de la durée de la maladie.
o La définition de ce que constitue le début varie d'une étude à l'autre.

- *Durée de la phase prodromique*

La durée de la phase prodromique est en moyenne de 6,3 ans, avec une variabilité importante (moins d'1 an à plus de 20 ans).

- *Age de début*

L'apparition de la maladie se situe dans la plupart des cas avant 25 ans. Elle est plus précoce chez les hommes que chez les femmes. Chez celles-ci les symptômes surviennent 3 à 5 ans plus tard.

- *Manifestation des premiers symptômes*

Dans 70% des cas la schizophrénie a débuté avec des symptômes négatifs. L'apparition des symptômes, plus précoce chez l'homme, entraîne des perturbations plus graves au niveau des acquisitions scolaires et sociales. Plus la maladie se déclare tardivement et plus les acquis sociaux (diplômes, formation professionnelle, premier emploi) ont des chances d'être réalisés. Les femmes ont plus souvent déjà fondé une famille avant l'apparition de la maladie.

- *Influence du milieu socio-économique*

Les milieux défavorisés en zone urbaine sont plus touchés par la maladie.

Recommandations

Nous déplorons le manque d'études épidémiologiques en France.
Le jury recommande de procéder à des études longitudinales et de cohortes sur les prodromes. Les informations épidémiologiques devraient être diffusées auprès des professionnels en contact avec les adolescents

15 - est-il possible d'établir un lien de causalité entre abus de substances psycho-actives et schizophrénie débutante ?

Il ressort des différentes études que parmi les substances psycho-actives, le cannabis constitue un des facteurs de risque les plus significatifs. C'est aussi le plus étudié en raison du grand nombre de consommateurs. C'est pourquoi le jury a choisi de s'attacher plus particulièrement à ce toxique.

Les arguments épidémiologiques

Il convient de souligner que plus de la moitié des adolescents ont consommé au moins une fois du cannabis. (SIGMA) La consommation régulière de cannabis chez les patients hospitalisés pour un épisode psychiatrique varie entre 23% et 50%. (SIGMA) Une étude de cohorte portant sur 50.000 conscrits suédois (1, 5) montre qu'une consommation de cannabis égale ou supérieure à 50 fois par an sur une période de cinq ans entraîne une prévalence de 6 à 6,7% de cas de schizophrénie. (SIGMA) La consommation de cannabis intervient majoritairement dans la phase prodromique de la maladie.

Les arguments neurobiologiques

Les substances psycho-actives agissent sur des systèmes de neuro-transmission impliqués dans la pathologie de la schizophrénie.

Les arguments cliniques

Sur les sujets sains

- Les substances psycho-actives entraînent l'apparition de troubles d'allure psychotique. Chez ces mêmes sujets, la prise de cannabis induit des manifestations psychotiques aiguës dans 15% des cas. Elles régressent généralement.

- Le syndrome amotivationnel est lié à une imprégnation cannabique importante, évoquant une forme déficitaire de schizophrénie. Ces troubles, (indifférence affective, inhibition, pauvreté intellectuelle et ralentissement de la pensée), régressent en quelques semaines d'abstinence.

Chez les patients schizophrènes

Les substances psycho-actives sont susceptibles de majorer les symptômes psychotiques.

Le cannabis en particulier provoque

- Un début plus précoce de la maladie
- L'augmentation des rechutes
- Une plus grande sévérité des épisodes
- Une moindre adhésion aux soins

Conclusion

Les études récentes convergent pour insister sur le rôle probable du cannabis dans l'émergence de troubles psychotiques pouvant évoluer jusqu'à une schizophrénie chez les sujets vulnérables. Le risque est proportionnel à l'augmentation de la consommation, même sans aller forcément jusqu'à un usage intensif ou une dépendance.

Il est vraisemblable que l'ecstasy présente des risques similaires.

Recommandations

Il est fortement recommandé :

- De ne pas banaliser l'usage de cannabis, et de revenir sur la banalisation antérieure
- D'informer plus largement le public et les professionnels des risques de psychose induits par le cannabis et les autres substances psycho-actives, particulièrement l'ecstasy dont la consommation augmente dans la population adolescente.
- De poursuivre les études en population générale pour affiner l'évaluation du risque induit par le cannabis et les autres drogues dites « récréatives ».

16 - Quels sont les troubles graves du comportement qui peuvent indiquer un début de pathologie schizophrénique ?

On entend par troubles graves ceux qui sont marqués par la gravité sociale et la dangerosité pour le sujet et pour les autres.

Violence

Il existe une relation significative mais modérée entre violence et schizophrénie, avec un risque accru dans le cas d'usage de toxiques. La violence observée est en général l'acte inaugural de la maladie.

On observe une sur-représentation de la population schizophrène en prison (de 2 à 3,5% selon les études, contre 1% dans la population générale)

Une étude portant sur un très grand nombre de schizophrènes incarcérés établit que la plupart des patients ont commis un acte de violence avant la prise en charge médicale. Une étude menée en maison d'arrêt montre que pour 1/3 des malades l'acte criminel était la première manifestation de la maladie.

Au sujet des détenus il faut observer que la schizophrénie peut être masquée par la personnalité anti-sociale du sujet, avec pour conséquences

- Le défaut de prise en charge de la maladie mentale
- Le taux de suicide élevé
- Un traitement pénitentiaire plus rigoureux (séjours en cellule d'isolement, peines entièrement effectuées) Lorsqu'il y a eu un acte de violence de la part d'un patient non-traité, il s'est exercé en général sur la famille et les proches du sujet.

Homicide

Il ressort d'une étude finlandaise portant sur la quasi-totalité des auteurs d'homicides entre 1980-92 que les sujets schizophrènes non-traités ont un risque de commettre un acte violent 8 fois supérieur à la population générale. Le risque étant accru lors de la consommation d'alcool ou de drogue.

Le schizophrène dans la cité

Les schizophrènes ont 14 fois plus de risque d'être victimes d'agressions que le reste de la population. Ils sont trois ou quatre fois plus victimes d'accidents que la population générale, et six fois plus souvent victimes d'homicide.

Suicide

Le suicide est 30 à 40% plus élevé chez les schizophrènes que dans la population générale. 10 à 15% des tentatives de suicide aboutissent contre 2% dans la population générale.

Les modalités des tentatives de suicide chez les schizophrènes sont en général plus violentes (défenestration, recours à une arme ...). Ceci explique qu'elles

aboutissent plus fréquemment que les tentatives de suicide médicamenteuses, mieux prises en charge sur le plan médical.

Auto-mutilation Elles sont classiques dans la schizophrénie, en particulier dans les formes catatoniques. Elles peuvent être sévères. Elles sont imprévisibles et marquées par un facteur d'incompréhensibilité.

Addictions Nous citons pour mémoire l'usage de substances toxiques développé plus haut (question 15).

Recommandations

Rechercher si un comportement anti-social ne masque pas une schizophrénie, en particulier en milieu carcéral

Rappeler l'importance de la notice individuelle établie par le magistrat d'après les informations données par le sujet lors de la décision d'incarcération. Elle comporte des renseignements sur l'état de santé du détenu qui devraient être communiqués dès son arrivée au service médical de la prison.

Demander que soit faite une plus grande information sur ces comportements à risque auprès des professionnels de police et de justice. Attirer l'attention des professionnels sur les comportements tels que l'auto-mutilation ou les modalités violentes ou inhabituelles d'une tentative de suicide.

Augmenter le nombre et les moyens des SMPR (Service psychiatrique au sein de la prison mais dépendant du ministère de la santé.)

17 - Les modes de début des schizophrénies sont-ils différents selon les contextes culturels ?

Les études de l'OMS ont établi l'universalité de la schizophrénie.

Son incidence et sa prévalence sont à peu près équivalentes quelle que soit le type de société étudiée.

Les experts reconnaissent 4 symptômes communs à toutes les cultures :

- Hallucinations auditives
- Délire
- Retrait social
- Emoussement affectif

Cependant il existe des différences dans l'importance et le contenu des hallucinations et du délire dans les cultures non-occidentales. Le contenu de ces hallucinations, plutôt visuelles, reflètent directement l'influence des facteurs culturels.

Modes de débuts des schizophrénies

Le mode de début est réputé plus brutal, sans prodromes dans les pays en voie de développement. Ce qui pourrait s'expliquer aussi par un défaut d'accessibilité aux soins tels qu'ils sont conçus par la médecine occidentale des populations étudiées.

Les variations liées à la migration

Une étude récente a comparé deux échantillons de patients schizophrènes d'origine afro-caraïbéenne, l'un demeurant à Londres, et l'autre resté à Trinidad.

(2)

- 56 % des patients avaient consulté à Trinidad avant une première hospitalisation, contre 14% seulement à Londres. Cette différence s'expliquerait par différents facteurs sociaux-économiques

- Pourcentage élevé de chômeurs à Londres (81%)
- La moindre accessibilité aux soins de la population émigrée
- L'isolement social et familial

Les variations de diagnostic

Différentes études montrent qu'il existe un excès de diagnostic de psychoses dans les populations migrantes. Ceci pourrait trouver son explication dans un défaut de communication ou aux problèmes linguistiques. Certains épisodes maniaques sont diagnostiqués comme états schizophréniques.

Les variations du pronostic

Le fait le plus significatif de l'influence de la culture concerne le pronostic réputé meilleur dans les pays en voie de développement.

Conclusion : le rôle exact de la culture est difficile à déterminer. En revanche les éléments retrouvés systématiquement sont le défaut d'accessibilité aux soins, la précarité économique, l'importance du contexte social et familial.

Recommandations

Il est recommandé de

- faire appel à des traducteurs, ou médiateurs culturels au stade du diagnostic et du soin
- Diligenter de nouvelles études, en particulier sur des sous-groupes culturels.

18- Quels sont les apports du bilan psychométrique et cognitif au diagnostic de schizophrénie débutante ?

État des données actuelles

La psychiatrie ne dispose pas, à l'heure actuelle, des examens de laboratoire permettant d'apporter une validation au diagnostic clinique. Cependant des recherches fort nombreuses, s'intéressent notamment aux marqueurs de vulnérabilité (étude de la poursuite des mouvements oculaires ou potentiels évoqués cognitifs appelés N50), ainsi qu'aux facteurs prédictifs. Ceux-ci se basent sur des tests psychométriques dont le plus connu est le Continuous Performance Test (CPT) ou le Winconsin Sort Test (WST) ainsi que le test d'intelligence de Wechsler-Bellevue

Force est de constater que les tests de laboratoire permettant de faire le diagnostic de schizophrénie, notamment au début, n'ont pas encore été découverts. Certaines des études constituent cependant des pistes prometteuses pour l'avenir (potentiels évoqués, poursuite des mouvements oculaires). Le test de Rorschach dans sa version dite d'Exner, a été récemment remis en cause par un groupe d'experts nord-américains. (3)

Recommandations

Il n'est pas recommandé de pratiquer ces tests psychométriques ou cognitifs pour asseoir le diagnostic de schizophrénie, surtout au début, et encore moins son pronostic. Cependant chaque clinicien reste libre dans sa pratique d'y recourir, s'il le juge utile.

N.B. Cette recommandation, n'a pas obtenu le consensus du jury. Il a donc été

procédé à un vote qui a donné les résultats suivants:

- Oui 13 voix
- Non 2 voix
- Abstention 1 voix.

19- Quels sont les apports des techniques neuro-physiologiques et de neuro-imagerie au diagnostic précoce de schizophrénie ?

Neuro-imagerie

L'imagerie cérébrale structurale, c'est à dire le scanner et l'Imagerie par Résonance Magnétique, l'IRM, permettent, de mettre en évidence une fréquente dilatation des ventricules latéraux et du troisième ventricule chez les patients schizophrènes.

Elle serait davantage marquée en l'absence de traitement et chez les patients présentant une évolution négative. Mais ces anomalies se retrouvent aussi chez des sujets non-schizophrènes.

Une méta-analyse réalisée chez des patients sans distinction de durée d'évolution rapporte une diminution globale du volume cérébral chez certains patients. Les hypotrophies portent principalement sur les lobes temporaux droit et gauche et le cortex préfrontal dorso-latéral.

Il existe d'autres techniques utilisées dans la recherche, qui n'ont pas d'application pratique en clinique, notamment la tomographie computerisée par émission monophotonique (SPECT), et la tomographie par émission de positons (PET-scan). Elles ont montré un hypo-fonctionnement frontal et temporal chez les patients schizophrènes.

Techniques neuro-physiologiques

Les potentiels évoqués cérébraux endogènes Anomalie de la poursuite oculaire (SPEM)

Electroencéphalographie, magnétoencéphalographie Conductance cutanée

Ces techniques permettent de diagnostiquer une vulnérabilité chez les sujets à haut risque, mais semblent peu utiles pour aider à diagnostiquer ou traiter une schizophrénie débutante.

Recommandations

Seul un scanner cérébral ou éventuellement une IRM pourraient être recommandés pour éliminer une cause organique et avoir des images de référence.

II Thérapeutique

20 - Quelles sont les modalités générales du programme thérapeutique à mettre en oeuvre dans les cas de schizophrénie débutante ?

Il est important de poser le diagnostic le plus précocement possible. En effet, on sait combien la durée d'évolution de la psychose non traitée influence le pronostic

d'une manière péjorative. Cette constatation entraîne le consensus de tous les auteurs. La précocité du diagnostic est cependant rendue difficile à cause du déni du patient à l'égard de ses troubles, déni souvent marqué par des rationalisations et renforcé, éventuellement, par celui de l'entourage.

Cette prise en charge thérapeutique devra impérativement intégrer la triple dimension biologique, psychologique et sociale de l'individu. Elle doit être multidisciplinaire et personnalisée sans oublier d'y inclure le dépistage des comorbidités somatiques et psychiatriques.

Les antipsychotiques dits de seconde génération seront utilisés en première intention avec pour objectif la réduction de la durée de l'épisode processuel. La prévention et la recherche de leurs effets indésirables (prise de poids, troubles endocriniens et sexuels, troubles métaboliques et cardio-vasculaires) sera une préoccupation constante afin d'éviter la stigmatisation des patients et d'assurer une bonne observance du traitement, gage d'alliance thérapeutique pour l'avenir. Le traitement antipsychotique sera prescrit aux doses minimales efficaces et sera régulièrement réévalué afin de détecter et de gérer précocement les patients non répondeurs. En seconde intention, les antipsychotiques conventionnels seront utilisés en étant particulièrement vigilant à minimiser les effets extrapyramidaux par la prescription de la posologie minimale efficace et le recours aux médicaments anti-parkinsonniens, sans oublier les effets indésirables précités. La prévention des rechutes est un objectif fondamental. En cas d'épisode unique, il existe un consensus pour maintenir une chimiothérapie antipsychotique pendant 1 à 2 ans. En cas de rechutes ou de récurrences, il existe un accord professionnel pour la prolonger. Le suivi en cure ambulatoire, si la symptomatologie n'est pas trop bruyante, a l'intérêt d'éviter la stigmatisation liée à l'hospitalisation et de favoriser la conservation des liens familiaux et sociaux. On peut toutefois préférer le traitement dans un cadre hospitalier dont l'indication demeure en cas de risque de dangerosité, de comorbidité organique, de conflit aigu avec l'entourage ou d'absence de soutien familial. Les cures analytiques n'ont pas fait la preuve de leur efficacité dans ce type de pathologie. Toutefois la référence psychanalytique dans l'approche psychopathologique fait l'objet d'un consensus. Différentes méthodes d'inspiration cognitivo-comportementales peuvent également être utilisées.

Recommandations

Il est recommandé :

- D'organiser le traitement en tenant compte de la triple dimension biologique, psychologique et sociale de l'abord du malade.
- D'avoir recours de préférence aux antipsychotiques de deuxième génération. Ce traitement sera prescrit à la dose minimale efficace pendant une période d'un à deux ans afin d'éviter les rechutes.
- De porter un diagnostic aussi précoce que possible pour favoriser la mise en oeuvre le plus tôt possible du traitement, gage d'un meilleur pronostic.
- De bien peser les indications du traitement ambulatoire ou de l'hospitalisation.
- De ne pas recourir à la psychothérapie en première intention, mais uniquement en cas d'intolérance ou de contre-indications à l'usage des antipsychotiques.
- D'utiliser des méthodes d'information systématique du patient et de sa famille à propos des symptômes, des facteurs étiologiques, du traitement et de l'évolution de la maladie. Le travail avec la famille sur les problèmes concrets de la vie quotidienne avec un jeune schizophrène doit être organisé.

21 - Quelles sont les structures de soins les mieux adaptées pour la prise en charge des schizophrénies à leur début ?

Pour éviter toute stigmatisation, une prise en charge ambulatoire sera préférée. En effet la faisabilité du suivi à domicile, par une équipe spécialisée, des patients présentant une schizophrénie débutante est acquise. Il repose toutefois sur la présence d'un certain nombre de critères : équipe pluridisciplinaire, permanence des soins et du traitement, implication de la famille et possibilité d'une hospitalisation rapide le cas échéant. En fin le travail à domicile peut faciliter et préparer une hospitalisation dans de bonnes conditions lorsque cette dernière s'impose.

Lorsque le traitement à domicile est impossible, l'hospitalisation conventionnelle, au besoin sans consentement, conserve des indications indiscutables : si le patient et/ou sa famille le souhaite ardemment et que la demande semble adaptée, lors d'états cliniques requérant une surveillance permanente (auto ou hétéro-agressivité, troubles majeurs du comportement et surveillance des effets indésirables médicamenteux le cas échéant). Ces hospitalisations devront avoir lieu dans des unités spécialisées pour ce type de patients. Les séjours seront de courte durée (une à trois semaines), suivis d'une reprise du traitement ambulatoire.

Recommandations :

Les petites structures insérées dans la communauté et dédiées à ce type de patients doivent être encouragées.

Quelle que soit la structure choisie, il est recommandé qu'un soignant référent coordonne la prise charge dans sa globalité.

22 - Quels sont les agents pharmacologiques les mieux adaptés dans le traitement des schizophrénies débutantes ?

Les neuroleptiques (ou antipsychotiques conventionnels) ont fait la preuve de leur efficacité depuis cinquante ans dans le traitement des schizophrénies, et en particulier sur la symptomatologie positive. Dans certaines situations cliniques (agitation, symptômes dépressifs, ...), d'autres types de psychotropes peuvent être employés (benzodiazépines, antidépresseurs, ...). Les antipsychotiques (conventionnels et de seconde génération) restent le traitement de référence ; toutefois, en présence de troubles de l'humeur, les thymorégulateurs, en particulier les anti-convulsivants, pourraient être un appoint ou une alternative intéressante en tant que traitement symptomatique.

La présence au premier plan, au début de l'épisode, d'agitation, d'anxiété, de manifestations délirantes et hallucinatoires peut conduire à privilégier l'emploi d'un antipsychotique conventionnel. Dans ce cas l'antipsychotique choisi dépendra de la polarité recherchée en fonction des symptômes cliniques. Toutefois il conviendra de rester vigilant en ce qui concerne les posologies afin de minorer les effets indésirables neurologiques. Bien que non dénués d'effets indésirables, les antipsychotiques de seconde génération doivent en raison de leur profil efficacité/tolérance, en particulier neurologique, être choisis en première intention. Toutefois leur efficacité, notamment sur les symptômes négatifs primaires, mériterait d'être mieux précisée par des études complémentaires.

Il faut souligner l'effet délétère des antipsychotiques conventionnels sur les fonctions cognitives. À l'inverse, les antipsychotiques de seconde génération montrent ici une action supérieure. Toutefois ces données restent encore à compléter. Parmi les antipsychotiques de seconde génération, l'utilisation de la clozapine doit être discutée chez des sujets présentant un risque suicidaire ou un comportement violent.

Lors du premier épisode, la posologie, quel que soit le produit choisi, doit être adaptée avec soin afin d'éviter la survenue d'effets indésirables (neurologiques, endocriniens, métaboliques, cardio-vasculaires) chez ces jeunes patients particulièrement sensibles aux effets délétères de ces traitements.

Les formes orales d'absorption rapide (gouttes ou comprimés dispersibles) seront préférées à l'utilisation des formes injectables, sauf cas particuliers.

La monothérapie antipsychotique doit rester la règle. Dans un certain nombre de cas, notamment au début de l'épisode, la présence d'anxiété et/ou d'agitation accompagnant les idées délirantes peut conduire à associer un produit à polarité sédatrice (benzodiazépine ou antipsychotique anxio-sédatif) à un antipsychotique à visée antidélirante.

L'utilisation des formes retard chez les patients non observant peut être envisagée, après évaluation préalable de leur tolérance au moyen des formes classiques.

Recommandations :

Le jury recommande :

- L'utilisation en première intention des antipsychotiques de seconde génération, notamment chez l'adolescent.
- En cas d'inefficacité on pourra avoir recours aux antipsychotiques conventionnels.
- Dans tous les cas, les posologies devront tendre vers la dose minimale efficace afin de limiter au maximum les effets indésirables de ces traitements.
- Ces traitements nécessitent une surveillance de certains paramètres cliniques et biologiques (poids, pression artérielle, glycémie, bilan lipidique, ionogramme sanguin, électrocardiogramme).
- La monothérapie antipsychotique doit être privilégiée, si possible sous forme orale.
- Des études complémentaires sont nécessaires afin de mieux évaluer l'efficacité et le rapport bénéfice/risque (notamment la tolérance au long cours) des antipsychotiques de seconde génération.

23 - Quelles sont les approches psychothérapeutiques les mieux adaptées au traitement des schizophrénies débutantes ?

Etat des données actuelles

Il s'agit surtout ici des psychothérapies d'inspiration psychanalytique. Les données concernant les autres approches psychothérapeutiques sont traitées ailleurs (question 24). Ces données sont issues d'avis d'experts, d'une convergence d'opinions, mais il existe peu d'études méthodologiques sur ce sujet et leur niveau de preuve est faible.

Cependant beaucoup de praticiens, en France, notamment dans le domaine de la

psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, restent attachés à cette référence et aux pratiques qui en découlent. Les bases théoriques sont tirées de l'abondante littérature française sur les conceptions psychanalytiques de l'adolescence. Elles ont déjà été exposées plus haut.

D'un point de vue pratique

La majorité des auteurs estiment que la cure psychanalytique classique n'est pas adaptée, et notamment les interprétations portant sur le contenu transférentiel du discours du patient. Ces interprétations peuvent même avoir une valeur traumatisante et risquent d'aggraver le processus psychotique.

Il s'agira donc de cures psychothérapiques " aménagées " et d'inspiration ou d'orientation psychanalytique (P.I.P.-P.O.P.-). Elles prennent des formes variées allant de techniques telles que celle du psychodrame individuel ou de groupe, à des programmes de psychothérapie institutionnelle à temps complet ou partiel où elles sont souvent intégrées. Ces programmes peuvent également inclure des psychothérapies familiales. Ces techniques sont très souvent associées à des traitements antipsychotiques, administrés éventuellement selon les modalités classiques uni, bi ou plurifocales.

On y insiste sur certains points particuliers ,notamment :

- La qualité de la présence des différents membres de l'équipe soignante, et tout spécialement, à l'adolescence, de l'importance du thérapeute principal, figure de référence.
- Les variations de distance seront acceptées, gérées avec tact, de même que les variations de l'humeur et du contact.

De nombreux autres aspects ont été développés qui ne peuvent pas être exposés dans les limites imparties ici.

Recommandations

1. Dans le domaine de la prise en charge psychothérapique des jeunes schizophrènes au début, l'exactitude du diagnostic n'est pas le souci prédominant. Il faut chercher à venir en aide le plus rapidement possible à ces adolescents perturbés.
2. La pratique de la cure-type psychanalytique chez ces adolescents est nettement contre-indiquée.
3. Inversement, la prise en compte des éléments théoriques précités; inspire la pratique de nombreuses équipes de psychiatrie infanto-juvénile. Bien qu'il n'existe pas d'évaluation standardisée, il existe un important consensus des auteurs français pour estimer que ce genre de pratiques est particulièrement bénéfique. Elles sont souvent multidisciplinaires, associées à des traitements médicamenteux, et à des mesures de réadaptation socio-professionnelles, scolaires et familiales.
4. Il est recommandé, en cas de besoin, dans une optique intégrative et éclectique de les associer à d'autres techniques complémentaires telles que les techniques comportementales et cognitives qui, elles, ont été beaucoup mieux évaluées, en fonction de leurs indications, et dans une optique d'éclectisme thérapeutique.

24 - Quelles sont les interventions cognitivo-comportementales qui peuvent être mises en oeuvre

dans le traitement des schizophrénies débutantes ?

Les premières années de la maladie constituent une période critique qui détermine l'évolution ultérieure et pourraient être particulièrement propices à des interventions incisives. Le retard aux soins est associé à un risque majeur de troubles du comportement, d'abus de substances, de perturbations sociales et familiales. Divers types d'interventions psychologiques pragmatiques, d'inspiration cognitives ont également été développées. Elles visent en association avec les traitements médicamenteux à atteindre des objectifs cruciaux : améliorer l'observance (en sachant que les trois-quarts des malades rechutent notamment par abandon de traitement), favoriser l'acceptation par le patient de sa maladie, prendre en compte les addictions associées, lutter contre les troubles cognitifs et les symptômes conduisant à l'isolement social. Une meilleure prise en compte du traumatisme psychologique majeur que constitue un premier épisode psychotique est probablement de nature à réduire le risque de dépression et de suicide, particulièrement élevé à ce stade de la maladie. Ces techniques sont très structurées, centrées sur les symptômes ou les troubles du comportement actuel du patient. Elles sont indiquées à partir d'une analyse comportementale ou cognitive conduite d'une manière très méthodique avec la collaboration du malade qui est activement recherchée, ce qui est le premier temps de l'intervention. Elles se réfèrent à des critères diagnostiques opérationnels et utilisent des instruments d'évaluation à toutes les étapes du traitement.

On distingue différents groupes de techniques

1. Interventions familiales :

Elles se sont développées dès les années 70 à la suite des travaux sur l'expression émotionnelle familiale. Elles prennent en compte la détresse des familles et visent à transformer l'entourage en véritable auxiliaire de soins. Ces techniques comprennent des modules d'information sur la maladie, d'entraînement à la communication, à la gestion des situations de crises, à l'identification des facteurs associés aux rechutes ...

Selon de nombreuses études contrôlées, ce type d'intervention diminue de moitié le taux de rechutes, en atténue la gravité et améliore la qualité de vie des patients et de la famille.

2-Thérapies individuelles ou de groupes :

- Schématiquement les thérapies cognitives sont conçues pour diminuer l'intensité et l'impact des idées délirantes et/ou des hallucinations, pour améliorer l'adhésion au traitement et la prise de conscience de la maladie. Elles ont été validées par de nombreuses études contrôlées.

- Les thérapies comportementales ou psycho-éducatives permettent au patient de s'approprier son traitement. (éducation au traitement neuroleptique)

-Les techniques d'affirmation de soi permettent au patient de repérer et de développer son intégration dans la société.

- L'entraînement aux habiletés sociales :

Les habiletés sociales sont les modes de réponses spécifiques qui caractérisent la communication verbale et non-verbale et la capacité d'adaptation au contexte.

Des tâches de difficulté croissante sont décomposées en micro-comportements qui sont appris ou réappris grâce à des jeux de rôle ou des exercices en milieu naturel. Ces techniques, validées au plan international, ont fait leurs preuves dans le domaine de l'adaptation sociale.

Rééducation cognitive :

S'appuyant sur le modèle de la rééducation neuropsychologique, elle est supposée favoriser une réorganisation anatomique et/ou fonctionnelle. Elle vise à restaurer des fonctions déficitaires (attention, mémoire ...).

Recommandations

- Les thérapies cognitives et, ou comportementales, en complément des autres thérapeutiques, doivent être mises en place, dès la phase initiale de la maladie pour le patient et son entourage.

- Avec le support de ces techniques, les équipes soignantes doivent soutenir les familles et leur apporter des conseils pratiques adaptés à chaque situation de la vie quotidienne.

- Les techniques cognitives et, ou comportementales doivent être largement diffusées et la formation des professionnels encouragée.

Il faut favoriser la recherche et l'évaluation dans ce domaine.

25 - Quel soutien apporter aux familles de sujets présentant des signes précoces de schizophrénie ?

Après avoir vécu la lente dégradation de l'état de santé de leur enfant, la première crise psychotique constitue un choc considérable pour le patient et sa famille. Un consensus existe actuellement sur le fait qu'à la prise en charge du patient dans la communauté doit s'associer outre les autres formes de thérapies (pharmacologique, socio-thérapeutique...), le soutien de sa famille. Actuellement le regard porté sur les familles n'est plus stigmatisant, on a abandonné la vision d'une responsabilité causale des parents.

État des connaissances

Intérêt du travail avec les familles :

Il est prouvé que les interventions psycho-familiales réduisent le taux de rechute et la durée des hospitalisations. Elles facilitent l'adhésion au traitement, préservent la famille de l'éclatement et améliorent les conditions de sortie et ce d'autant plus que la psycho-éducation commence précocement. L'intérêt va jusqu'à éviter l'hospitalisation, expérience qui peut être très traumatisante pour le patient et sa famille. Différentes théories se rejoignent sur ce concept de prise en charge des familles que ce soit des modèles systémiques ou de stress-vulnérabilité.

Objectifs :

- Identification rapide de la maladie et partage des doutes au regard d'un diagnostic difficile à poser.
- Créer une alliance thérapeutique
- Permettre l'expression de la frustration de ne pas avoir de réponse précise
- Informer des modalités et du type de prise en charge des patients
- Redonner à la famille sa compétence, son rôle actif, revaloriser les parents par leur capacité d'aide et d'investissement de leur enfant
- Contribuer à leur éventuelle déculpabilisation
- Respecter leur mode de fonctionnement et leur système de valeurs
- Aider à reconnaître et aborder les crises et le quotidien par des actions concrètes

Pratiques actuelles : L'information des familles est actuellement trop rarement

organisée

- Lors de la première crise identifiée:

Dans le cadre d'une hospitalisation, les formes d'accueil des familles sont variables. Elles sont parfois reçues régulièrement pendant l'hospitalisation et au moment de la sortie pour la mise en place des conduites d'accompagnement. Mais trop souvent elles se sentent tenues à l'écart des décisions de soins. Il faut souligner l'intérêt d'une structure innovante de prise en charge ambulatoire de la personne en crise, dans les Yvelines (ERIC : équipe rapide d'intervention et de crise). Intervenant dès les premiers moments, l'équipe s'appuie sur l'étayage familial au sein de l'environnement habituel pour maintenir au maximum le patient à domicile.

- Au décours de la crise :

Très peu de structures de soins en France proposent des programmes de soutien aux familles qui sont cependant d'un intérêt reconnu internationalement. Ces programmes consistent à dispenser une information sur la maladie, la médication et les attitudes à avoir en situation habituelle ou de crise. Il faut souligner que les parents, dans leur quête d'information et de soutien ont recours aux associations de familles de patients.

Recommandations

- Dès les premiers signes évocateurs, il est capital d'associer la famille et l'entourage à la prise en charge médicamenteuse et institutionnelle du patient et ce d'autant plus qu'ils sont en mesure de transmettre des informations qu'ils jugent capitales. Ceci favorisera l'alliance thérapeutique, déculpabilisera et soutiendra les proches dans les difficultés de vie quotidienne y compris dans les situations de crise.

- On évitera tout dogmatisme. Le travail avec les familles ne doit pas se limiter à une seule approche. Il doit s'intégrer à la prise en compte de l'environnement global du patient.

- En accord avec le patient, on informera au plus tôt les familles des modes de prise en charge et des possibles évolutions de la maladie.

- Il est indispensable de diffuser très largement les études et programmes internationaux sur le travail avec les familles.

- Il est important de clarifier les buts, les objectifs de ces programmes et d'évaluer les résultats.

- La participation à des groupes de parole est recommandée aux familles qu'ils soient mis en place par les équipes soignantes ou par les associations de familles.

Une réflexion et une attention particulières doivent être accordées à la fratrie qui a grand besoin d'information et de soutien.

26 - Quelles sont les approches médico-pédagogiques les mieux adaptées pour le traitement d'un sujet jeune présentant des troubles schizophréniques au début ?

État des connaissances

Puisque la phase prodromique de la maladie se situe à l'adolescence, une des conséquences graves du trouble est le retentissement sur la scolarité menant à la

déscolarisation. Il est troublant de constater le vide bibliographique sur les approches médico-pédagogiques.

La situation particulière du médico-pédagogique à l'interface de deux champs distincts porte en elle même un risque de clivage.

Si le principal enjeu est de préserver la continuité de la scolarité, on peut aussi s'en saisir comme d'un « ressort » thérapeutique.

Les expériences prouvent que les poursuites d'études sont possibles parfois même à un niveau universitaire. Le pronostic social de la maladie en dépend.

Dans l'une ou l'autre de ces deux perspectives on retrouve les dispositifs suivants :

- Intégration scolaire individuelle en milieu ordinaire avec prise en charge psychiatrique.
- Intervention à domicile en cas de déscolarisation (l'Ecole à Domicile).
- Classes ou cours collectifs au sein des institutions psychiatriques (l'Ecole à l'Hôpital).
- Les établissements Soins Etudes Réadaptation de la Fondation Santé des Etudiants de France(FSEF)

Le dispositif Soins Etudes de la FSEF, qui compte six établissements à visée psychiatrique associe une équipe psychiatrique et une équipe d'enseignants de l'éducation nationale. Il propose une hospitalisation à temps plein ou de jour. Les jeunes de 16 à 25 ans peuvent y préparer le Baccalauréat, des diplômes professionnels ou suivre des formations universitaires en dehors de l'Etablissement avec un tutorat personnalisé.

Les études peuvent y être considérées non comme un but en soi mais comme une « médiation thérapeutique ». Ce dispositif permet :

- L'accès aux soins pour les patients qui sont dans le déni des troubles.
- De mettre en place des projets réalistes, quitte à renoncer au projet initial en évitant l'effondrement narcissique.
- De traiter dans le cadre de l'institution un grand nombre de situations (dépendance, auto-destruction, inhibition, apragmatisme...)
- De travailler sur les fonctions cognitives.
- De ne pas séparer le jeune de son milieu identitaire.

Ce dispositif comporte bien sûr des limites entre autre un « risque magique de normalisation ».

Recommandations

- Dans la prise en charge des schizophrénies débutantes, un double dispositif doit se mettre en place précocement associant la prise en charge thérapeutique et un accompagnement dans les études dès que l'état clinique le permet.

- Il est recommandé de développer les liens entre les équipes pédagogiques et thérapeutiques.

- Il est recommandé de donner les moyens aux équipes thérapeutiques de remplir leur mission auprès des établissements scolaires.

- Les enseignants doivent pouvoir bénéficier d'une sensibilisation à ce type de problèmes.

- L'Education Nationale doit développer son pôle sanitaire : création de postes de psychologues au sein des établissements, augmentation du nombre des médecins et formation des personnels soignants en milieu scolaire au dépistage de la schizophrénie.

- Encourager la création de dispositifs soins études réadaptation dans chaque académie.

27 - Quelles sont les approches thérapeutiques les plus appropriées pour faciliter l'alliance thérapeutique dans le cadre des schizophrénies au début ?

L'alliance thérapeutique est fondamentale car elle permet l'engagement dans le soin du patient, de son entourage et des soignants. Elle permet de réduire de façon majeure le taux de rechutes et ses conséquences.

Recommandations :

- Toute démarche de soin doit reposer sur l'alliance thérapeutique entre le patient, son entourage et l'équipe soignante.
- Quelle que soit l'offre de soin proposée au patient, il faudra toujours veiller à ce qu'elle fasse consensus et ait fait la preuve de son efficacité.
- Les soignants doivent développer des qualités personnelles (écoute, empathie, franchise, engagement dans le soin, disponibilité...) pour une prise en charge adaptée, cohérente et fiable.
- La déstigmatisation et l'information grand public peuvent contribuer à lever les peurs collectives et individuelles contre le recours au soin, la crainte des traitements, l'idée d'incurabilité.
- Cette déstigmatisation passera aussi par l'amélioration des conditions matérielles d'accueil, par le confort et l'amélioration des locaux renvoyant une image plus valorisante des soins spécialisés.
- Tout doit être mis en place pour que le premier contact avec le monde psychiatrique se fasse dans les meilleures conditions : accueil, délai d'attente, écoute, réponses aussi précises que possible aux questions du patient et de son entourage.
- Respect de la dignité du patient et de ses droits en toute situation.
- Dans les situations qui nécessiteront des soins sans consentement, il importe de veiller au maximum à éviter les confrontations physiques, la violence, la contention, l'administration forcée de thérapeutiques médicamenteuses.
- Il est recommandé de favoriser le libre choix par le patient de son thérapeute.
- L'information sur la maladie doit être systématiquement abordée par le médecin traitant. Le malade et sa famille doivent avoir accès à des programmes d'information.
- Préserver le lien du sujet avec son environnement affectif, scolaire...
- Développer des structures spécifiques pour les adolescents, encourager la multiplication de petites structures insérées dans la communauté.
- Développer la participatio des patients aux décisions thérapeutiques.

- Privilégier les traitements médicamenteux ayant le moins d'effets secondaires.

III Questions éthiques et méthodologiques

28 Quels sont les problèmes éthiques et méthodologiques posés par la mise en oeuvre de programmes thérapeutiques pour les sujets présentant des signes précoces de schizophrénie ?

Le dépistage et la prise en charge précoces offrent des perspectives intéressantes dans le cadre des schizophrénies. Les objectifs des travaux de recherche clinique actuels sont d'une part de réduire la durée de psychose non traitée, et d'autre part d'identifier et de traiter une population de patients présentant des prodromes du registre de la schizophrénie.

Il existe un consensus pour estimer que les bénéfices l'emportent sur les risques lorsque l'on traite le plus précocement possible le premier épisode psychotique. Par contre, le consensus est moins fort pour mettre en oeuvre le dépistage et le traitement des patients au stade prodromique, en raison d'un pourcentage élevé (environ 60 %) de faux positifs tels qu'ils sont définis par les méthodes d'évaluation actuelles.

Outre le pourcentage élevé de faux positifs, d'autres problèmes éthiques existent : la réalité du bénéfice escompté, les effets indésirables des traitements, le danger potentiel d'une stigmatisation à l'annonce diagnostique d'un risque de psychose, le pourcentage de faux négatifs et le problème de l'inclusion de mineurs dans les études.

L'intérêt du dépistage des patients au stade prodromique fait encore l'objet de controverses. Si les données sont encore insuffisantes pour justifier leur traitement systématique dans la pratique clinique, par contre elles justifient la poursuite des recherches.

Dans le domaine de la prévention tertiaire (prévention de la sévérité du pronostic et des complications), il est clair que la justification de ces recherches est forte. Dans le domaine de la prévention secondaire (réduction de la prévalence et/ou de la durée des troubles), de plus en plus d'éléments justifient de poursuivre les travaux de recherche clinique. C'est dans le domaine de la prévention primaire que les données sont les moins convaincantes.

Recommandations :

- Le dépistage et le traitement des populations de patients présentant des prodromes du registre de la schizophrénie seront mis en oeuvre dans le cadre de protocoles de recherche
- On utilisera dans le cadre de ces recherches des antipsychotiques de seconde génération .
- Afin de limiter tout risque de stigmatisation compte tenu du nombre important de faux positifs, les structures d'accueil et de recherche devront se situer dans un lieu neutre.

L'information donnée aux parents et au jeune patient devra tenir compte de la validité des tests d'évaluation disponibles et de la nature probabiliste du risque

évalué. Elle doit également considérer les bénéfices mais aussi les risques des interventions préventives, ainsi que les conséquences psycho-sociales possibles pour le sujet et sa famille.

29 - Quels sont les principaux problèmes « éthiques » posés par le traitement des schizophrénies à leur début ? Comment faut-il aborder la question de l'information du patient et de sa famille dans les cas de schizophrénie débutante ?

Prendre en compte les droits individuels des patients à choisir et planifier leur traitement est une notion importante. Le rapport bénéfices-risques des différents types de traitement mais également le risque à ne pas intervenir doivent être pris en compte. D'après la loi, les patients hospitalisés avec leur accord ne peuvent être traités sans leur consentement. La loi du 4 mars 2002 fonde la nécessité et les règles de l'information au patient. L'information doit être précise, complète tout en restant adaptée à la capacité de compréhension du patient. Cette condition permet un consentement valide du sujet et une réappropriation de la décision. Cette même loi instaure la notion de "personne de confiance" qui, si le malade le souhaite, peut l'accompagner dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. Le praticien qui donne ses soins à un mineur doit s'assurer du consentement des parents ou du tuteur.

Cette information porte sur la maladie elle-même, à la fois sous ses aspects diagnostiques mais également pronostiques. Elle doit également porter sur les divers traitements (biologiques et psychosociaux), sans occulter les effets indésirables des médicaments.

L'information constitue un outil thérapeutique important favorisant la relation de soin et le pronostic ultérieur. L'information au malade, mais aussi à son entourage, a montré son efficacité dans l'amélioration du pronostic à court terme et probablement à long terme de la maladie.

Cette information peut être facilitée par l'utilisation de programmes psycho-éducatifs : livrets, cassettes, groupes de paroles de diverses inspirations (cognitivo-comportementales, ateliers du médicament,...), interventions d'associations de patients ou de familles de patient.

Recommandations : - L'information sur la maladie et ses traitements doit être un modèle habituel de fonctionnement de la relation entre le soignant, le patient et son entourage.

- Les professionnels de santé devront être formés aux techniques de communication.

- Cette information devra être adaptée à la demande, faite de façon progressive, répétée, cohérente et partagée.

- L'utilisation des programmes psychoéducatifs est préconisée.

30 - Quelle évaluation pour les dispositifs de soins accueillant des jeunes patients schizophrènes ?

Les processus d'évaluation des dispositifs de soins accueillants des jeunes

schizophrènes sont indispensables pour mettre en adéquation l'offre de soin avec les besoins et les attentes des patients. Néanmoins, les incertitudes cliniques de l'entrée dans la maladie, l'errance diagnostique et thérapeutique initiale ne facilitent pas la construction d'un instrument d'évaluation fiable. Les écarts entre les besoins réels de soin et les besoins ressentis par les patients en début de maladie, sont quelquefois des obstacles majeurs pour engager les soins.

La voie méthodologique la plus adaptée est d'utiliser une approche par processus, centrée sur l'évaluation du parcours du patient, les étapes de sa prise en charge, la gestion des risques liés à sa maladie.

L'évaluation du dispositif de soin nécessite une mesure des besoins de la population, des individus, des pratiques professionnelles, de la gestion des risques et des résultats cliniques.

A l'heure actuelle il n'existe pas d'accord sur la façon dont les besoins doivent être évalués.

Recommandations

- Les évaluations doivent toujours inclure le point de vue du patient et seront complétées par des informations recueillies auprès des soignants et des membres de la famille.
- Les suicides et la violence font partie des axes prioritaires d'évaluation.
- On s'attachera également à évaluer la qualité de vie des patients.
- On veillera à la lisibilité des outils, à leur simplicité et à leur rapidité d'utilisation.
- La démarche d'évaluation des besoins individuels doit être continue et intégrée au soin. Il est tout aussi important d'évaluer les résultats des patients qui arrêtent prématurément les soins.
- La gestion et la prévention des risques doit faire l'objet d'une attention particulière pour améliorer la sécurité des patients, de leur entourage et de l'ensemble des intervenants.
- L'évaluation des pratiques professionnelles doit être privilégiée, en particulier : la qualité de l'accueil du patient et de sa famille, l'accessibilité aux structures intra et extra-hospitalières, la participation aux décisions thérapeutiques, l'information, le respect de la dignité, la pratique et les modalités de la contention, le recours aux hospitalisations sans consentement.
- L'évaluation des besoins collectifs de soins devrait être plus développée dans le cadre de la planification régionale et des projets d'établissement.

REFERENCES

1. Andreasson S, Allebeck P, Engstrom A, Rydberg U. Cannabis and schizophrenia : a longitudinal study of Swedish conscripts. *Lancet* 1987 ; 2 : 1483-1486
2. Bhugra, D., Corridan B., Rudge, S., Leff, J., & Mallett, R. (1999). Social factors and first onset schizophrenia among Asians and whites. *Int J Soc Psychiatry*, 45 (3), 162-170

3. Garb H.N. Wood. M ;, Nezworski M.T., Grove W.M., Stejskal W.J. Toward a resolution of the Rorschach controversy. Psychol Assess 2001 ; 13 :443-448 4. Isohanni I, Jones PB, Järvelin MR, Nieminen P, Rantakallio P, Jokelainen , Croudace TJ, Isohanni M. Educational consequences of mental disorders treated in hospital. A 31-year follow-up of the Northern Finland 1966 birth cohort. Psychological Medicine 2001 ; 31 : 339-349

5. Zammit S, Allebeck P, Andreasson S, Lundberg I & Lewis G (2002) Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969 : historical cohort study. BMJ, 325 : 1199-1204

Dernière mise à jour : mardi 25 février 2003 11:42:55

[Monique Thurin](#)

