

**COMPTE RENDU**  
**JOURNEE DE FORMATION AVANCEE EN PSYCHIATRIE DU CH DE BASSENS – CHAI DE ST EGREVE**  
**Schizophrénie : le saviez-vous ?**  
**Lorsque la clinique interroge la recherche !**  
**Vendredi 3 juin 2016 - Centre Hospitalier Alpes Isère (CHAI)**

## **Introduction**

Cette journée est introduite par M. le Dr Piero, Président de la CME du CHAI et Coordonateur du Comité de Soutien à la Recherche qui a participé à l'organisation de cette manifestation.

Monsieur Mariotti, Directeur du CHAI, poursuit en évoquant le contexte de la Loi de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS) et de la constitution d'une Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT) de l'Arc Alpin.

Il rappelle le paradoxe entre la prévalence des troubles psychiatriques et les faibles crédits accordés à la recherche, incite à l'implication des professionnels dans des travaux de recherche et se réjouit de l'organisation de cette journée inter-établissements.

M. le Dr Augier, Directeur du CH de la Savoie, complète sur les enjeux de la constitution de la CHT de l'Arc Alpin (article 69 de la LMSS).

M. le Dr Piero et M. le Dr Labrune, Président de CME du CH de la Savoie, présentent plus en détail le projet de constitution de CPT de l'Arc Alpin (CPT –ARCA) qui regroupe 4 établissements : le CPND (Bourgoin Jallieu), l'EPSM de la Vallée de l'Arve (La Roche sur Foron), le CH de la Savoie (Bassens) et le CHAI, couvrant ainsi la Savoie, une partie de la Haute Savoie et de l'Isère.

La CPT ne se substitue pas au Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) mais permettrait aux établissements psychiatriques de jouer un rôle clé dans le Projet Territorial de Santé Mentale et d'affirmer sa spécificité.

Le calendrier se base sur celui du GHT avec la signature d'une convention constitutive et un projet médical de CPT, décliné par territoires, prévu pour juillet 2017.

Les 5 orientations prioritaires stratégiques et les 3 axes de travail sont passés en revue.

Cette CPT représente une opportunité de faire collaborer nos établissements spécialisés sur des thématiques déterminées.

M. le Pr d'Amato, PH au CH du Vinatier, Président et modérateur de cette journée, souligne l'occasion de réinterroger et faire évoluer nos pratiques et rapporte quelques exemple de recherche en neurosciences.

Pour lui, la recherche est un d'état d'esprit. Elle ne doit pas être seulement universitaire et médicale mais s'ouvrir à tous les professionnels et disciplines.

Il évoque enfin la question du budget et des crédits MERRI.

**Le diagnostic de schizophrénie et ses pièges diagnostiques** - Dr Séchier (CH de la Savoie), Dr Cambier (CH de la Savoie)

### Contexte

M. le Dr Séchier rappelle l'importance du diagnostic et du traitement précoces dans le pronostic de la maladie.

Il évoque la réticence des médecins à parler de la schizophrénie, la difficulté du diagnostic différentiel chez les jeunes patients et l'importance de l'implication de l'entourage.

### Généralités

La schizophrénie est un trouble complexe et fréquent (prévalence de 0.7% en population générale), multiple sur le plan symptomatique et nécessitant une prise en charge multidimensionnelle.

L'espérance de vie est réduite de 10 ans par rapport à la population générale et les conduites autoagressives sont fréquentes.

La schizophrénie est actuellement appréhendée par le modèle biopsychosocial basé sur l'intrication de facteurs génétiques, biologiques, physiologiques, psychosociaux et environnementaux. Les interactions multiples sont responsables de la variété des tableaux cliniques existants.

#### Schizophrénie à début insidieux

Il s'agit de la forme la plus fréquente marquée par la difficulté à caractériser le premier épisode psychotique. Il est important de considérer la DUP (durée de psychose non traitée) dont l'allongement péjore le pronostic. Les symptômes non spécifiques sont fréquents. Les symptômes négatifs précèdent en général les symptômes positifs dans la phase prodromique. Leur émergence permettra de faire sens et de repérer le premier épisode psychotique.

#### Schizophrénie à début aigu - Bouffée Délirante Aigue

Les psychoses aiguës comprennent les psychoses délirantes aiguës, qui représentent un faible pourcentage des schizophrénies, et les accès confusionnels.

#### Personnalité schizotypique

Elle pose la question d'une manifestation atténuée du trouble psychotique.

#### Schizophrénie - trouble bipolaire

L'existence d'un continuum des troubles rend difficile la distinction entre schizophrénie et bipolarité, surtout chez un sujet jeune ou en cas de premier accès de la maladie.

Les symptômes affectifs et la séquence des symptômes sont notamment à considérer pour poser le diagnostic différentiel.

#### Trouble schizoaffectif

Le diagnostic de ce trouble rare consiste à rechercher la présence conjointe de symptômes schizophréniques et thymiques.

2 sous types se distinguent : bipolaire et dépressif.

#### Schizophrénie et organicité

De nombreuses pathologies organiques peuvent entraîner des symptômes psychotiques d'où l'importance de la recherche de causes organiques.

#### Schizophrénie, un dernier piège

Mme le Dr Cambier présente le cas d'un patient hospitalisé pour symptomatologie anxieuse et dépressive modérée et schizophrénie. L'exploration anamnétique et fonctionnelle a aiguillé sur un trouble du spectre autistique. Ces troubles neurodéveloppementaux, présents avant l'âge de 3 ans, sont classiquement basés sur la triade autistique avec une persistance de difficultés sociales à l'âge adulte.

Les travaux d'IRM fonctionnelle et d'eye tracking montrent que le cerveau de personnes autistes fonctionne, « voit » et « entend » différemment, ce qui explique les différences de fonctionnement cognitif, sensoriel et de compétences sociales.

Le diagnostic différentiel autisme – schizophrénie repose sur l'expérience pratique et théorique (points communs et divergences), des questionnaires (ASDI) ou des tests spécifiques (ADI, ADOS).

L'intérêt du diagnostic consiste en son annonce et à l'adaptation des soins à la personne.

**Refus et choix du traitement : quoi de neuf ?** Le Dr Piero présente l'exposé du Dr Vacheron (CHSA Paris).

Le propos débute par l'exposition d'un cas clinique et la question de la négociation entre le médecin et le patient pour mettre en place une prise en charge.

### Le refus de soins en psychiatrie

La question du refus de soins est abordée via l'article Le refus de soins : forces et faiblesses du consentement. Hum et al. Ethique et Santé, 2015, 12 : 56-63.

Le refus de soins n'est pas un phénomène de tout ou rien et survient souvent après une tentative d'imposition du traitement.

La psychiatrie est la seule discipline permettant d'imposer des soins par le biais de la loi du 5 juillet 2011, posant la question des droits des patients et du « consentement contraint ».

Une analyse du refus de soins est à mener pour le comprendre et tenter de le surmonter.

### Comment l'étude du refus de soins permet-elle de mieux saisir les limites et les faiblesses de la notion de consentement ?

Le consentement revêt un caractère légal (loi du 4 mars 2002), il doit également être évalué selon les 5 critères de validité proposés par la HAS en 2005. De caractère relationnel et dynamique, il est à rattacher au projet qu'il englobe. Le patient doit toujours être informé et son avis demandé.

### Quoi de neuf ?

#### *Législation*

Au niveau législatif, deux lois sont à noter :

- La loi du 5 juillet 2011, modifiée par la loi du 27 septembre 2013, donnant la possibilité de soins sans consentement
- La loi de modernisation du système de santé de 2016 avec la notion de secret médical partagé et l'encadrement des pratiques de contention et d'isolement.

La politique de santé mentale comprend des actions définies allant de la prévention à la réinsertion sociale.

Elle est mise en œuvre par des acteurs diversifiés, associant les représentants d'usagers et les Conseils Locaux de Santé Mentale.

Un projet territorial de santé, validé par l'ARS, organise la coordination territoriale de second niveau alors que la psychiatrie de secteur représente un recours de proximité.

#### *Prises en charge médicamenteuses, non médicamenteuses et l'engagement thérapeutique*

Le traitement pharmacologique reste une base essentielle dans la prise en charge. La prescription doit être individualisée avec évaluation de la balance bénéfico-risque. Les soins somatiques, les effets secondaires, la durée et le refus d'observance doivent être pris en compte.

Le taux de rechute est considérablement abaissé en associant la médication à d'autres mesures thérapeutiques.

La communication médecin patient est également un élément essentiel.

L'adhésion au traitement peut être favorisée par une bonne communication et des mesures, comme la simplification des ordonnances et l'utilisation de formes d'actions prolongées.

Il est ensuite présenté les recommandations anglaises de NICE de 2014 et australiennes ANZJP de 2016.

Dans la phase de maintenance, les antipsychotiques d'action prolongée (APAP) sont clairement recommandés. Leur intérêt dans l'engagement thérapeutique est discuté.

Des techniques comme l'entretien motivationnel, la « e-psychiatrie », les thérapies non médicamenteuses (ex. TCC, groupe famille, remédiation cognitive) sont proposées en soutien à la prescription médicamenteuse.

#### *Organisation des soins*

Il est proposé de repenser l'organisation des soins pour tendre vers une mobilité de la réponse (développement des équipes mobiles), la paire aidance (médiateur de santé pair), les directives anticipées et le travail de partenariat avec le secteur social et médico social.

### Conclusion

Ainsi, le changement du paradigme du soin peut modifier un refus de traitement : amélioration de la qualité de vie, développement et coordination des soins, prise en compte de l'expérience dans le respect de la personne.

### **Synthèse interactive et conclusions.** Pr d'Amato

Parmi les thèmes abordés durant la phase d'échanges :

- La « e-psychiatrie et ses limites
- Les capacités de discernement du patient et l'obligation de soins
- Consentement éclairé et critères de validité du consentement
- Une prise en charge précoce pour une meilleure adhésion au traitement ? Il conviendrait déjà de traiter le 1<sup>er</sup> épisode plus rapidement (la durée non traitée est de 1 à 5 ans).
- La prévention des maladies mentales
- La diversité des formes de pathologie devrait pousser à adapter le traitement au cas par cas mais force est de constater qu'on en est loin.

### **Les troubles mentaux sont-ils vraiment comme tous les autres ? Recherche et stigma.** Dr Giordana (Nice)

Les maladies mentales génèrent fantasmes, peur, rejet et exclusion.

La stigmatisation est un problème central qui affecte la vie des personnes présentant des troubles psychiques. Selon l'OMS, elle est même « l'obstacle le plus important à surmonter dans la communauté ». Elle intervient à plusieurs niveaux : sociétal, interpersonnel et autostigmatisation.

De nombreuses études montrent les effets de la stigmatisation et permettent des comparaisons évolutives. Il en ressort que l'accroissement des connaissances et la compréhension n'abaissent pas la peur et la stigmatisation.

Les conséquences des préjugés négatifs ont des effets négatifs sur le cours de la maladie (accès aux soins, logement, travail, isolement social) d'autant que le phénomène s'étend aussi à l'entourage « courtesy stigma » (famille, intervenants).

A 3 types d'attitudes (peur, autoritarisme, bienveillance) correspondant 3 types de représentations (dangerosité, imprévisibilité, infantilisme).

Les nombreuses études présentent toutefois des limites méthodologiques (population enquêtée, robustesse).

Plusieurs études sur la stigmatisation sont présentées, notamment l'étude internationale Indigo, portant sur les patients eux-mêmes, leurs fréquentes expériences de discrimination négative et de discrimination anticipée, appréhendées via l'échelle de discrimination DISC. Cette anticipation de discrimination est plus fréquente que la discrimination expérimentée et amène à la question de l'autostigmatisation, dans laquelle la personne se limite elle-même dans ses activités.

Phénomène fréquent chez les personnes atteintes de maladie mentale, elle est le résultat de l'intériorisation et de l'acceptation d'opinions négatives, enfermant la personne dans un cercle vicieux. La stigmatisation est vécue comme légitime.

Dans la pratique, cette attitude peut être travaillée en aidant les personnes à jouer un rôle actif (empowerment) et combattre leurs attitudes dysfonctionnelles.

2 nouvelles échelles pourraient pallier au faible nombre d'outils d'évaluation de l'autostigmatisation : ISMI (stigmatisation internalisée) et BACE (stigmatisation et barrière à l'accès aux soins). Elles pourraient encourager les cliniciens à intégrer la réduction de la stigmatisation dans le programme de soin.

### **Le traitement non pharmacologique dans la Schizophrénie.** Dr Lecardeur (Caen)

Les traitements médicamenteux doivent souvent être complétés par des pratiques psychothérapeutiques dont :

#### 1) La psychoéducation

Selon le modèle, les facteurs de vulnérabilité couplés au stress provoquent des symptômes et altèrent le fonctionnement individuel. Il est possible d'agir sur la plupart de ces facteurs : stress, cognitions dysfonctionnelles, comorbidité pour atténuer les symptômes.

#### 2) La relaxation et l'activité physique adaptée

La relaxation musculaire progressive, le yoga, la méditation en pleine conscience et l'activité physique adaptée ont montré leur bénéfice dans la qualité de vie et l'alliance thérapeutique.

#### 3) Les TCC

Il est recommandé d'adapter le type de TCC en fonction des stades de la psychose.  
Ex. travail sur les idées de persécution, sur l'alogie.

Michael's game, ou jeu des hypothèses, est un module d'entraînement au raisonnement hypothétique basé sur des mises en situation décentrées du sujet. Il permet un travail de flexibilité des croyances.

La technique d'activation comportementale consiste à hiérarchiser les activités hédoniques et inciter la personne à agir pour obtenir les activités agréables renforçatrices.

L'entraînement aux habiletés sociales, basé sur les besoins actuels de la personne, propose un modelage (imiter un modèle) répété sur des activités adaptées et des renforcements pour ancrer le comportement.

Une prise en charge du syndrome amotivationnel est proposée par la psychoéducation, la stimulation du plaisir et l'entraînement aux habiletés sociales.

Les TCC individuelles sont recommandées mais les approches groupales peuvent être aussi efficaces voir plus bénéfiques dans les premiers épisodes psychotiques.

#### 4) Remédiation cognitive

Les programmes de remédiation cognitive peuvent être individuels ou groupaux. Ils améliorent la plasticité cérébrale et le fonctionnement cognitif.  
Mais la cognition peut aussi être améliorée par l'hygiène de vie, la médication ou la neuromodulation.

#### 5) Techniques motivationnelles

La théorie de l'autodétermination stipule que la motivation naît d'un sentiment de bien être issu de l'accomplissement des trois besoins psychologiques que sont l'autonomie, la compétence et l'appartenance sociale.  
La motivation peut être intrinsèque ou extrinsèque.

L'entretien motivationnel est une approche utilisable dans diverses situations comme la consommation de toxiques.

### **Observance et traitement pharmacologique : entre mythe et réalité.**

*Dr Ghanem (CHAI)*

#### L'observance

L'observance d'un patient à une prescription définit sa participation active, impliquée, rigoureuse, et complice à une proposition thérapeutique éclairée.

Une marge de 50 à 90% de médicaments pris est définie comme une bonne adhésion au traitement.

L'observance est un enjeu de santé publique permettant de réduire les facteurs de morbidité et de mortalité.

#### La non-observance

La non-observance thérapeutique est le défaut de concordance entre le comportement des patients et les prescriptions médicales.

Elle est étroitement liée à la culture, aux croyances, aux facteurs psychosociaux et au degré de conscience de soi et à la confiance accordée au prescripteur. Les mythes sont essentiellement liés aux croyances de la personne sur son traitement et comportent une part de symbolisme.

Le taux de mauvaise observance thérapeutique dans la schizophrénie s'étend de 11 à 80%.

#### L'adhésion

L'adhésion aux soins est une notion plus large comprenant l'adhésion au suivi médical, aux règles hygiéno-diététiques et l'observance.

Elle peut être influencée par le patient (âge, contraintes, croyances, émotions), la maladie (intensité, durée, nature), le traitement (efficacité, tolérance, galénique, durée) et le médecin (relation, confiance, communication).

L'adhésion est basée sur la relation médecin-patient, la communication, l'empathie, l'entretien motivationnel et l'éducation thérapeutique.

#### Conclusion

L'observance est un paramètre sous estimé. Le médecin devra veiller à la mise en place d'une bonne alliance thérapeutique afin de favoriser l'observance, l'adhésion et le pronostic de ses patients.

*Dr Bensaadi (CHAI)*

La schizophrénie est le premier diagnostic, représentant 22% des patients suivis en service public hospitalier. Les soins à long terme nécessaires requièrent des stratégies de prévention des rechutes.

Les patients schizophrènes représentaient 29% de la file active du CHAI en 2015 et 26% d'entre eux ont été hospitalisés au moins 2 fois dans l'année (rechute, mauvaise observance).

M. le Dr Bensaadi reprend la définition de l'observance, ses enjeux, les facteurs de mauvaise observance, ceux prédisant l'adhésion aux soins, le lien entre adhésion et alliance thérapeutique et présente une étude locale sur les causes de non observance des patients psychotiques.

Globalement, 1/3 des patients sont observants, 1/3 partiellement, 1/3 non observants.

Le modèle de croyances de santé explique les raisons de suivre ou non son traitement. Il repose sur 4 croyances sur lesquelles il faut interroger le patient : la croyance d'être atteint d'une maladie, sa gravité, le bénéfice du traitement et la balance bénéfice-risque positive.

Une forte corrélation est retrouvée entre l'alliance thérapeutique et l'observance.

L'étude de Palazzo montre le décalage entre la conviction des médecins que les patients sont satisfaits de leur traitement et le point de vue des patients.

Les stratégies et les déterminants de la relation soignant-soigné sont rappelés.

Les étapes de la rémission fonctionnelle comprennent l'observance, la prévention des rechutes, un pronostic meilleur et la réhabilitation psychosociale. Elle représente une étape entre la réponse au traitement et le rétablissement.

Un programme d'éducation thérapeutique destiné aux patients schizophrènes est présenté.

La place des APAP dans la schizophrénie (recommandations AFPBN – 2014) est discutée en fonction des caractéristiques cliniques des troubles.

Pour conclure, la diffusion d'information ne suffit pas, l'empathie, l'écoute, l'intérêt, la bienveillance, les compétences et l'expérience sont nécessaires pour aboutir à une relation moins asymétrique et une alliance qui permette l'observance au traitement.

**Synthèse interactive et conclusions.** Pr d'Amato.

Voici quelques unes des réflexions posées au cours des échanges :

- Pourquoi les outils d'ETP ne sont-ils pas systématiquement utilisés ? Cela pose la question du changement des mentalités, dont celle des praticiens, de l'ouverture aux techniques disponibles et de la meilleure utilisation des ressources.
- Les limites naturelles de la notion d'observance.
- L'utilisation des APAP pour améliorer l'observance.
- L'efficacité pour la majorité des patients du couplage du traitement à l'ETP des patients et des familles.