

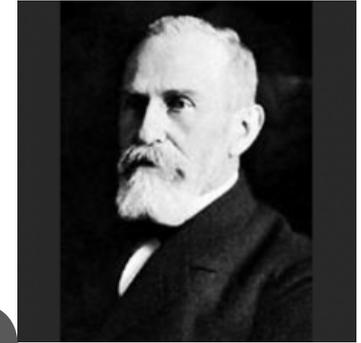
# **La schizophrénie : comment vivre avec?**

# La schizophrénie de l'adulte

- I Evolution nosographique
- II Epidémiologie
- III Etiologies
- IV Clinique des schizophrénies
- V Evolution à long terme
- VI Prises en charge
- **VII Comment vivre avec?**



# I Evolution nosographique



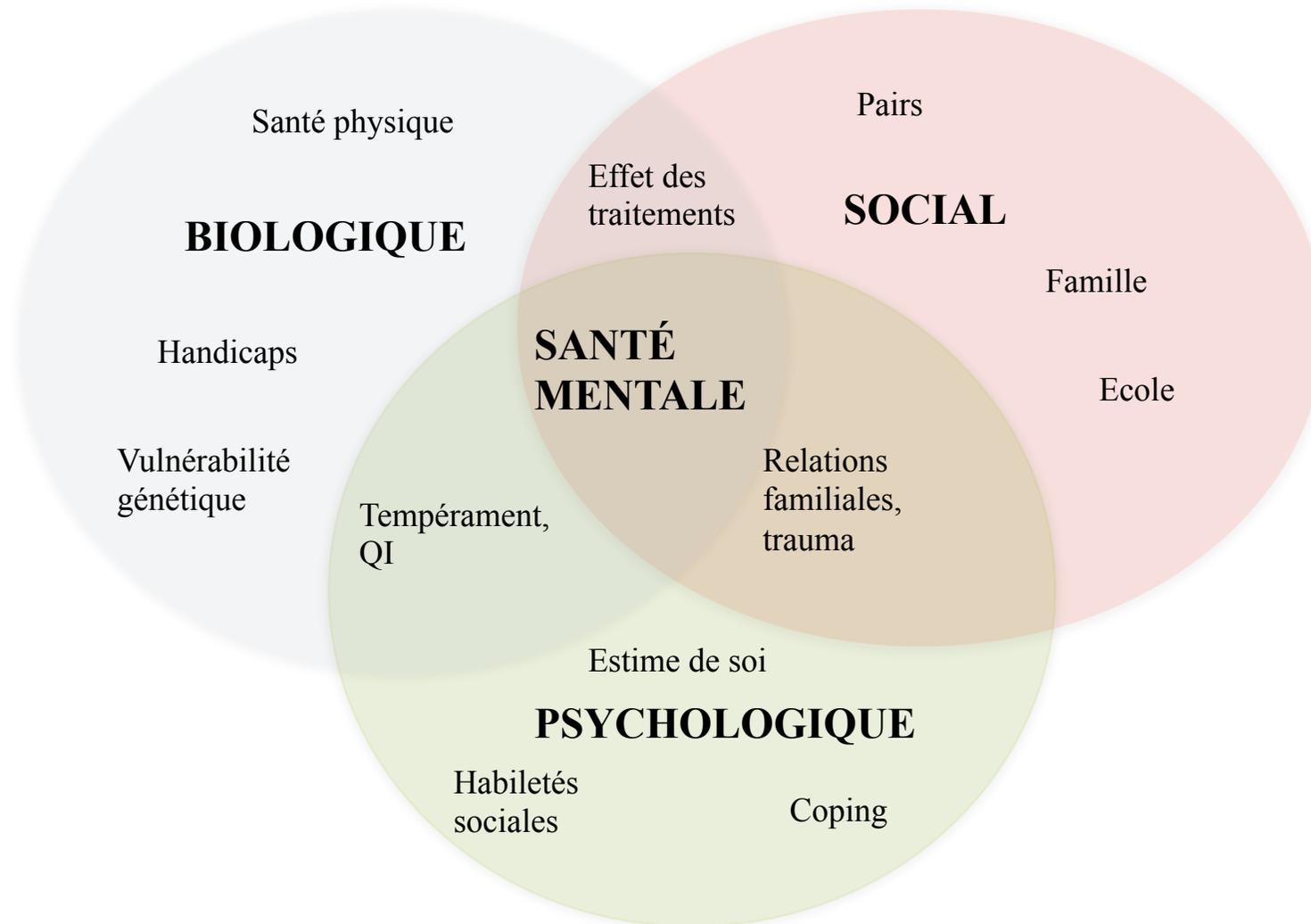
- Ernst von Feuchtersleben (1847) : terme de “psychose”
  - = aspect “aigu” de la folie
- Emil Kraepelin (1856-1926) : « Dementia Praecox »
  - Hébéphrénie, catatonie, démence paranoïde.
  - Evolution déficitaire inéluctable
- Eugen Bleuler (1857-1939): introduction du terme de « **schizophrénie** » en 1911

# II Épidémiologie des schizophrénies

- Prévalence  $\approx 1\%$
- Répartition universelle
- Début entre 15 et 35 ans
- Fréquence homme = femme. Début plus précoce chez l'homme

**En France : environ 600 000 patients schizophrènes dont 300 000 pris en charge**

# III Etiologies



# III Etiologies

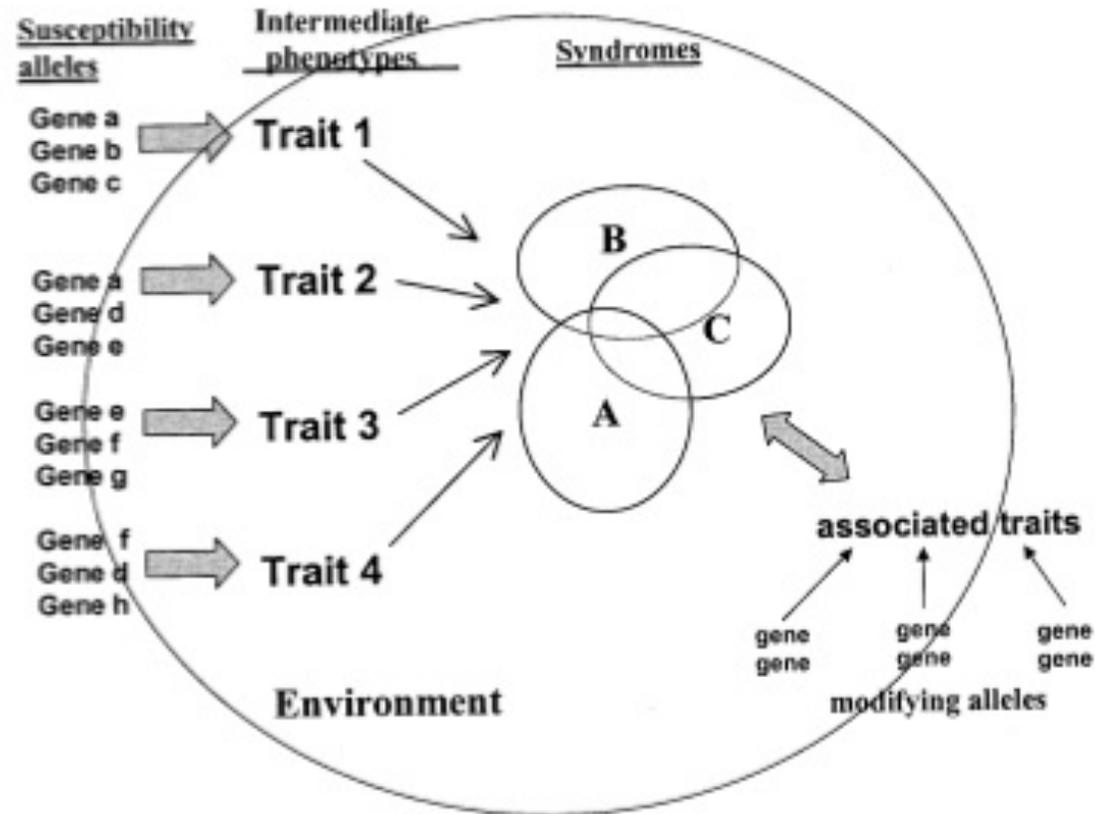
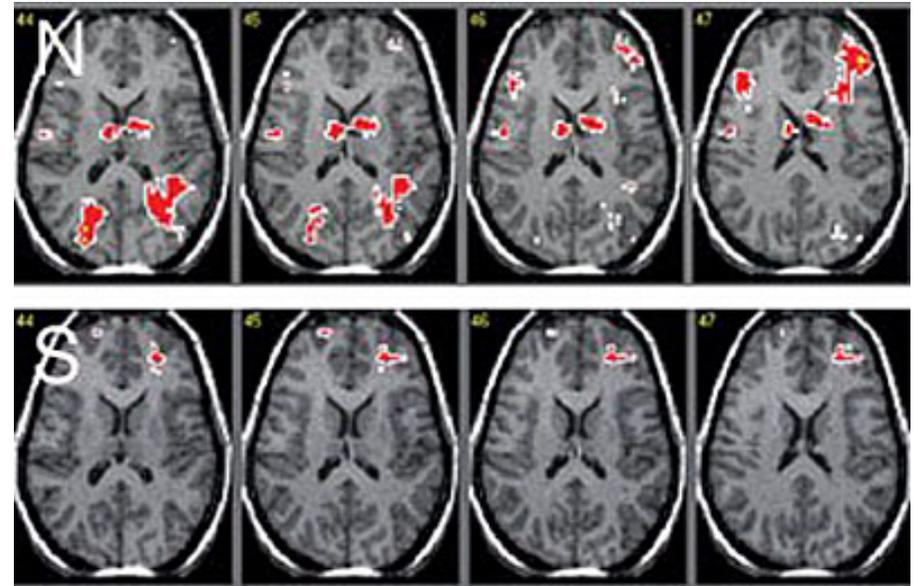


Figure 1. A complex genetic disorder: Simplified.

Weinberger DR, Egan MF, Bertolino A et al. Prefrontal neurons and the genetics of schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2001; 50: 825-844

# III Etiologies

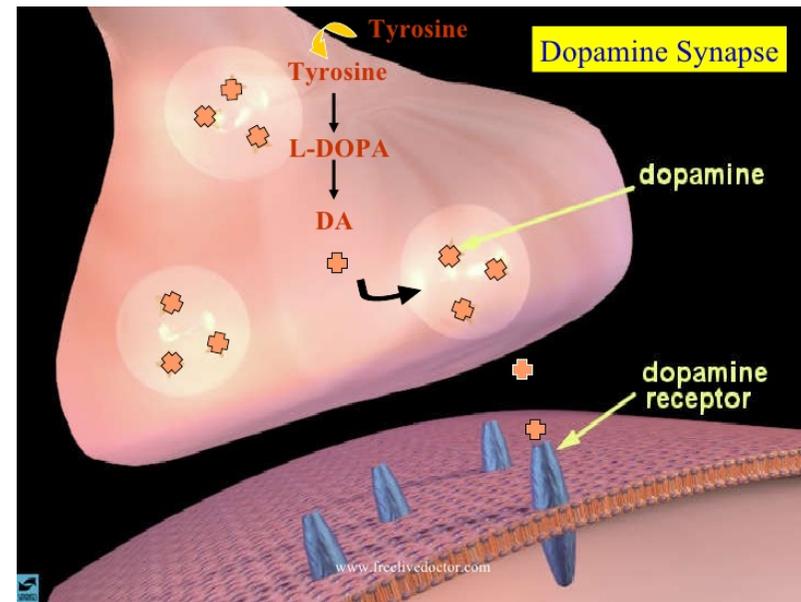
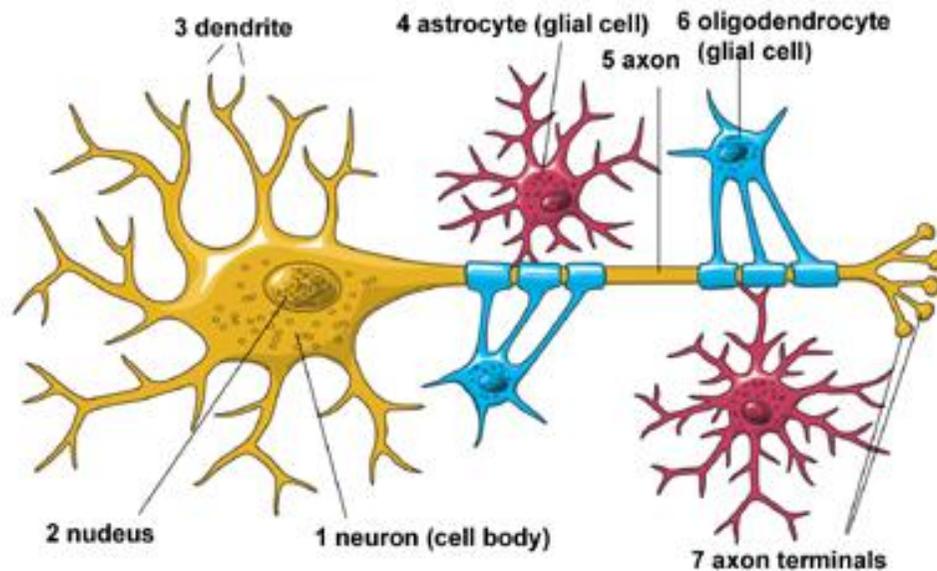
- Imagerie fonctionnelle
  - Cortex hypo/hyperactif (fMRI)
  - Altérations régionales (dysconnectivité)
- Régions cérébrales impliquées
  - Cortex temporal
  - Cortex pré-frontal
  - Cervelet (« dysmétrie cognitive »)
  - ...



Decreased brain activity in schizophrenia subjects (S) compared to normal controls(N) in an fMRI study examining executive functioning. Image courtesy of Prof. Philip Ward, NISAD Cognitive Neuroscience Research Panel.

# III Etiologies

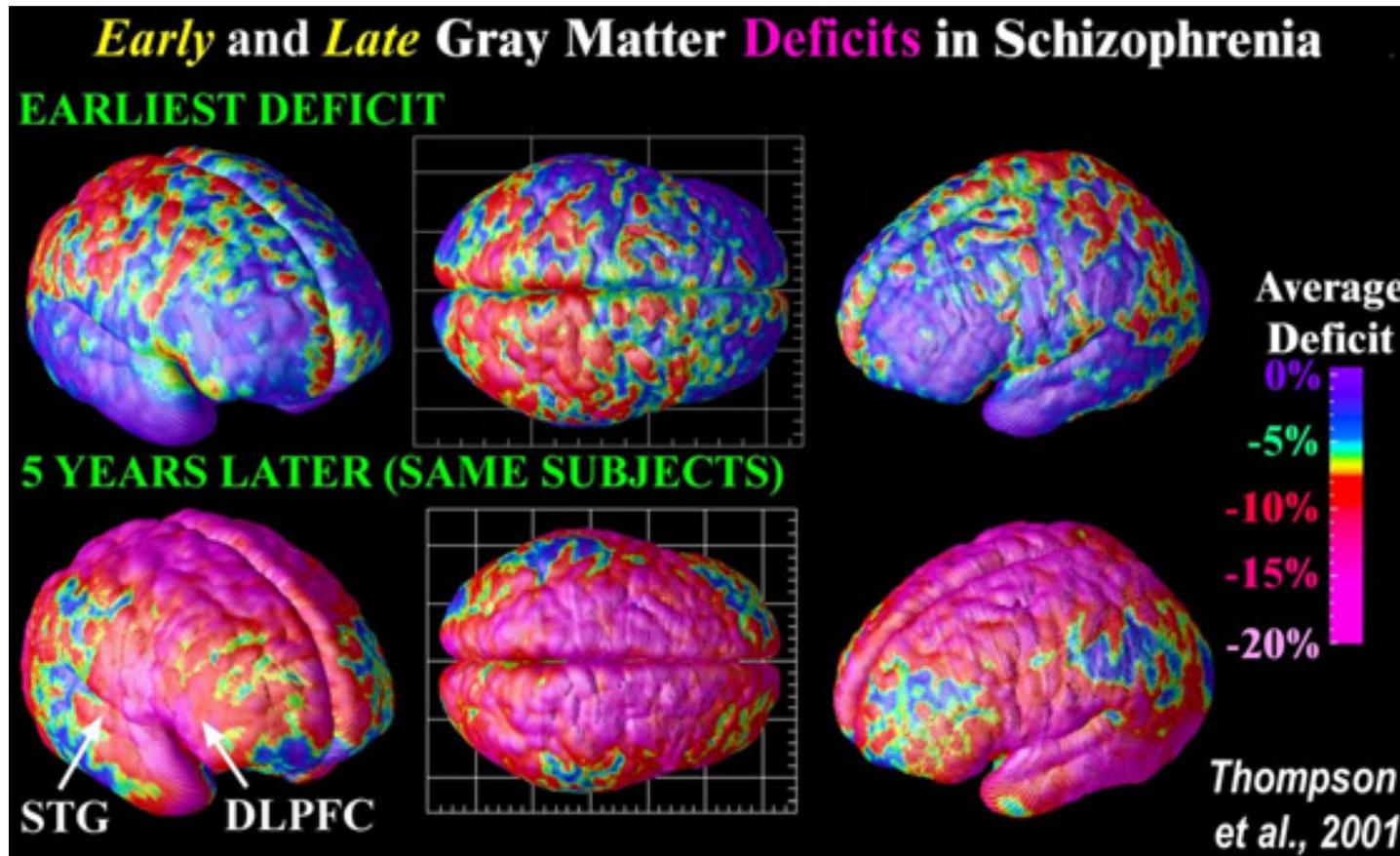
- Dysfonctionnements de la neurotransmission
  - Déséquilibre cortico-souscortical de transmission dopaminergique
  - Hypofonction NMDA (Glutamate), sérotonine...



# III Etiologies

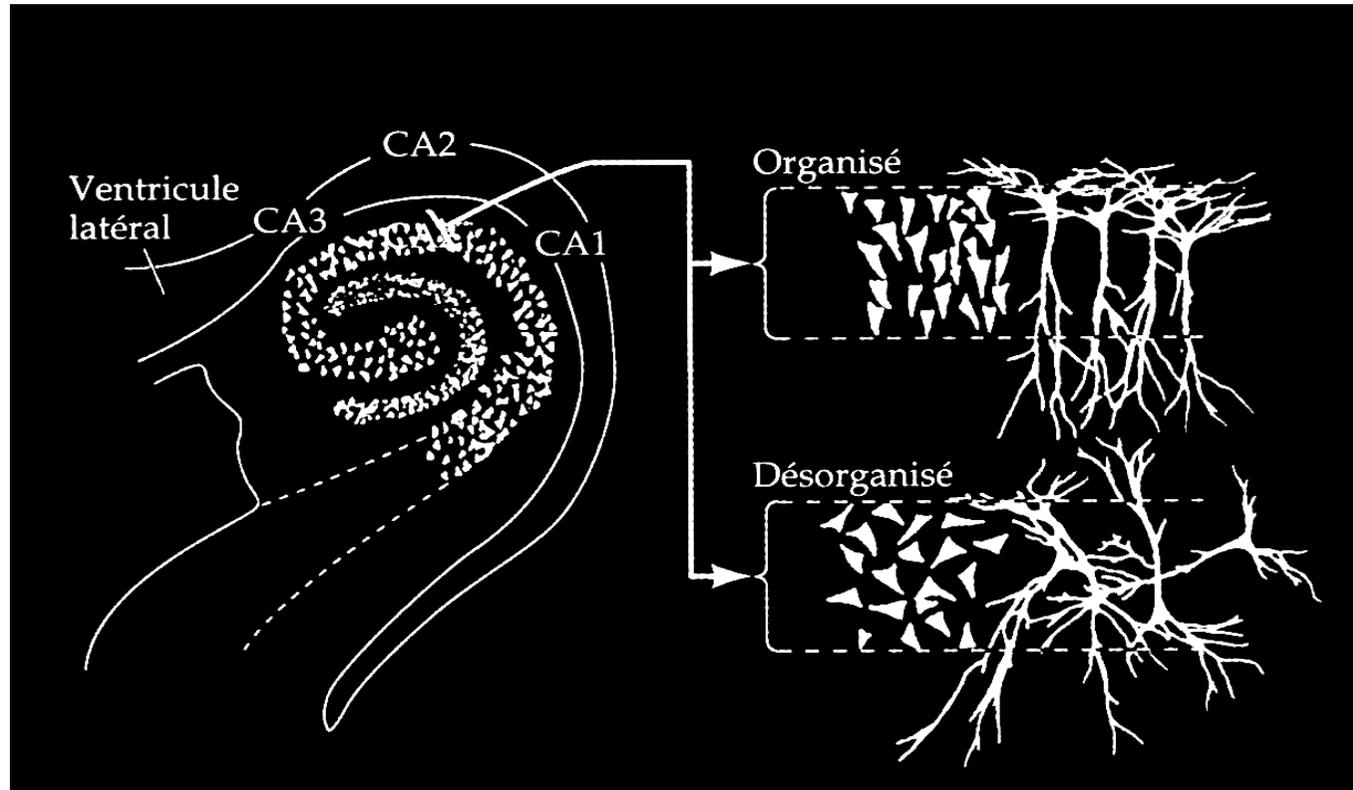
- Hypothèses physiopathologiques
  - hypothèse dégénérative
  - hypothèse neuro-développementale

# III Etiologies



Laboratory of Neuro Imaging, UCLA

# III Etiologies



**HISTOLOGIE : DESORGANISATION DES NEURONES DE  
L'HIPPOCAMPE DANS LA SCHIZOPHRENIE (jonction CA1 / CA2)**

D'après T. D'Amato

# **IV Clinique des schizophrénies**

# Critères diagnostiques

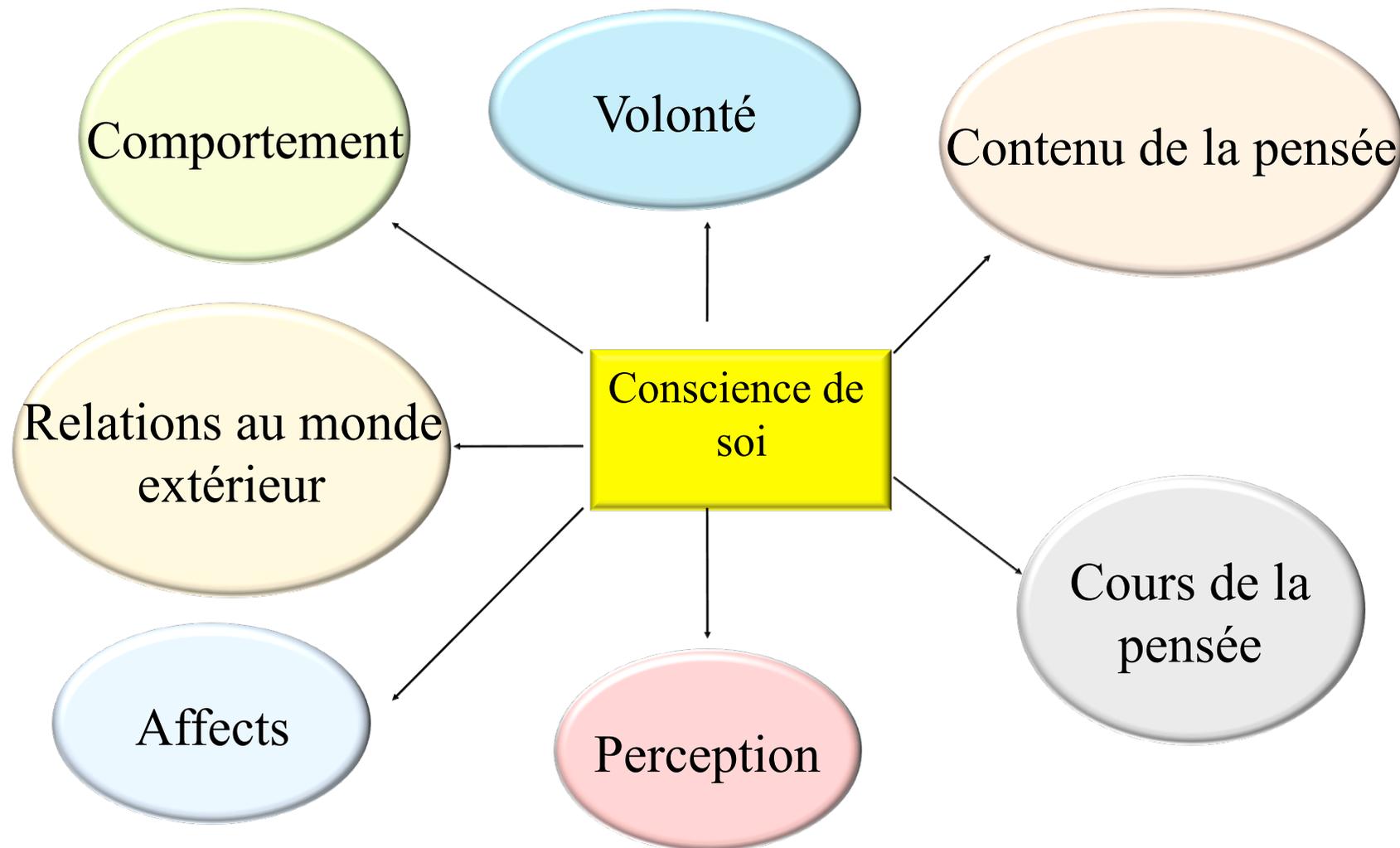
- A. 2 ou plus des symptômes suivants, sur une période d'un mois
  1. Idées délirantes
  2. Hallucinations
  3. Discours désorganisé (coq-à-l'âne fréquents ou incohérence)
  4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
  5. Symptômes négatifs (réduction de l'expression émotionnelle, aboulie)
- B. Conséquences sur le fonctionnement (travail, relations interpersonnelles, soins personnels)
- C. Perturbation au moins 6 mois

# Mode de début

- Formes à début insidieux, à bas bruit
  - baisse du rendement scolaire
  - troubles des conduites (toxicomanie ...) et du comportement
  - préoccupations hypochondriaques
  - retrait social et angoisse envahissante
  - troubles de l'affectivité et du caractère
- Formes à début aigu
  - bouffée délirante aiguë
  - passage à l'acte agressif / impulsif
  - dépression atypique (début +/- aigu)



# Quelles sphères sont atteintes?



# La dissociation

- Sphères intellectuelle
  - **Cours de la pensée** (relâchement des associations, barrages,)
  - **Langage** (néologismes, agrammatisme, voire schizophasie)
  - **Logique** : rationalisme morbide, pensée magique, abstraction/symbolisation
- Sphère affective = **discordance**
  - Émoussement, froideur, détachement
  - rires immotivés, ambivalence => hermétisme
- Sphère comportementale
  - maniérisme, bizarrerie, **désorganisation**



# Témoignage

*« Encore maintenant, j'ai le vif souvenir de certains aspects de ma détresse émotionnelle d'alors. Par exemple, pendant l'entraînement de basket, il m'était de plus en plus difficile de saisir la balle. Ma perception de la profondeur et ma coordination semblaient étrangement entamées et il m'arrivait d'être frappée à la tête sur une passe plutôt que d'attraper le ballon. Les objets autour de moi commencèrent également à paraître différents. Les tablettes, chaises et tables avaient une physionomie menaçante, funeste. Tout prenait une géométrie aiguë, angulaire et effrayante. L'idée que les choses avaient une raison d'être m'échappait. Par exemple, une table ne servait plus à y déposer des objets, mais devenait une série d'angles droits menaçants dirigés contre moi. »*

*Patricia Deegan*



# Témoignage

*« Un glissement similaire dans ma perception et dans mes capacités apparut lors des conversations. Le langage devint difficile à comprendre. Progressivement, je ne sus plus comprendre du tout ce que les gens disaient. Plutôt que de porter mon attention sur les mots, j'observais la mécanique d'une bouche qui articule, et je voyais comme des tournevis à la place des dents. Il devint difficile de croire que les gens étaient réellement ce qu'ils disaient être. Ce dont je me souviens le plus était la peur extraordinaire qui me tenait éveillée des nuits entières et l'effrayante conviction que j'étais mise à mort et devais me défendre. »*

*Patricia Deegan*

# Dimensions symptomatiques

Symptômes positifs



Symptômes négatifs



# Formes cliniques des schizophrénies

- Schizophrénie **paranoïde**
- Schizophrénie **hébéphrénique**
- Schizophrénie **dysthymique**
- Schizophrénie **catatonique**
- Schizophrénie **simple**

# V Évolution à long terme

- Variabilité en fonction
  - de la forme clinique
  - de la forme évolutive
- Risque suicidaire



# VI Prises en charge

- Prise en charge globale
  - Ambulatoire vs hospitalière
  - Traitement médicamenteux
  - Psychothérapie
- Continuité de la prise en charge par l'équipe soignante dans son ensemble
- Projet thérapeutique spécifique à chaque patient

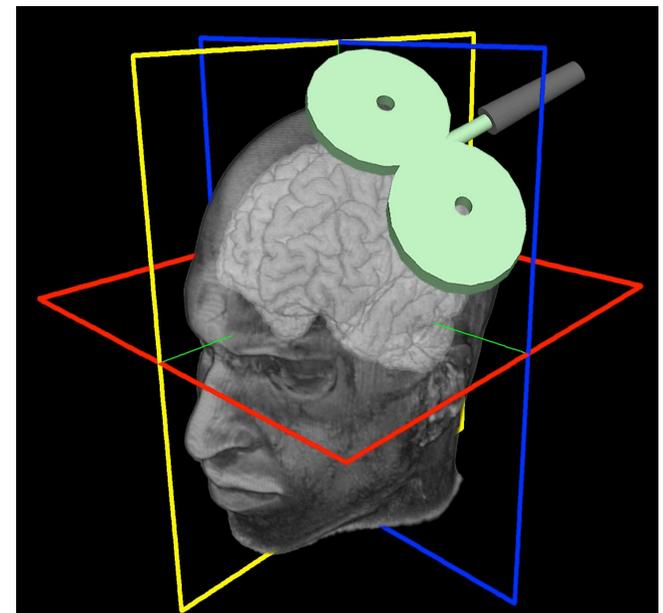
# Moyens thérapeutiques

- Traitements médicamenteux
  - Les antipsychotiques
    - Objectifs : efficacité symptomatique + tolérance optimale + observance
- Schéma thérapeutique à adapter en fonction des moments évolutifs
  - Réévaluations cliniques
  - Choix de la galénique
  - Recherche de la dose minimale efficace



# Moyens thérapeutiques

- Autres traitements médicamenteux
  - Antidépresseurs
  - Normothymiques
  - Anxiolytiques
- Traitements non médicamenteux
  - Electro-convulsivothérapie
  - Stimulation magnétique transcrânienne répétée



# Moyens thérapeutiques

- Psychothérapie
  - Psychothérapie institutionnelle
  - Thérapies cognitives et comportementales
  - Psychothérapie de soutien
  - Psycho-éducation

# Quels objectifs?

- Réduction des symptômes
- Dépister/traiter les co-morbidités
- Alliance thérapeutique

**VII**

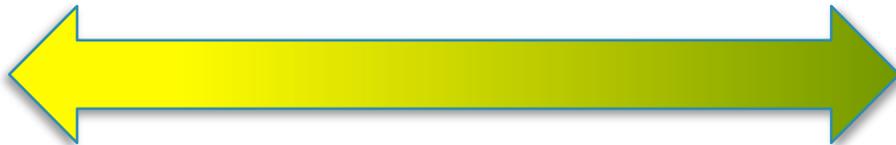
**Comment vivre  
avec la  
schizophrénie?**

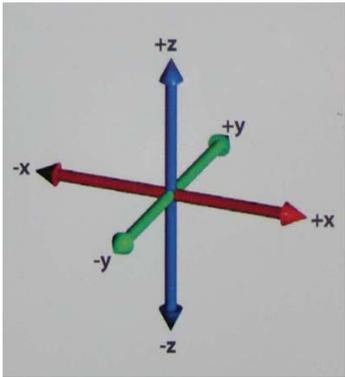
# Quelle évolution?



Dementia praecox= perte progressive et irréversible des fonctions

- Evolution très hétérogène
  - Majorité = alternance de rechutes et remissions
  - Dans certains cas un épisode unique est suivi d'une rémission complète des symptômes





# Le rétablissement

- **Dimension clinique ++** = symptomatologie. Score  $\leq 4$  dans chaque critère de l'échelle BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)
- **Dimension fonctionnelle** = au moins la moitié du temps consacré à une activité scolaire ou professionnelle, gestion relativement autonome des médicaments et des finances, contacts sociaux au moins une fois par semaine
- **Dimension physique**
- **Axe temporel** = critères précédents remplis pendant au moins 2 années consécutives

Liberman RP, Kopelowicz A, Ventura J, Gutkind D. Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *Int Rev Psychiatr* 2002 ; 14 : 256-72.

# Le rétablissement

- Rémission symptomatique = condition nécessaire mais non suffisante au rétablissement
- Le rétablissement ne se superpose pas à la guérison de la maladie, ni même à la rémission des symptômes ou au retour au fonctionnement antérieur à l'apparition du trouble

# Le rétablissement (personnel)

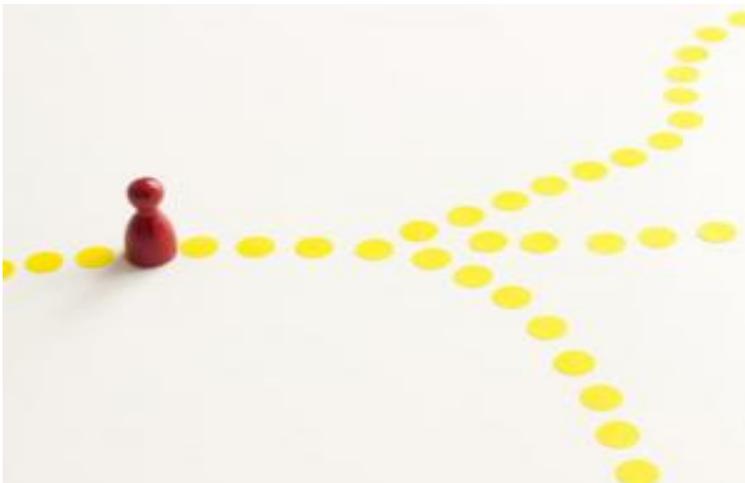
- « Le rétablissement est une attitude, une manière de prendre conscience au fil de la journée et d'affronter les défis qui se présentent à moi. [...] Savoir ce que je ne peux pas faire me permet de mieux voir les nombreuses possibilités qui s'offrent encore à moi. »
- « Il est essentiel de constituer sa personnalité indépendamment de la maladie mentale parce qu'à partir du moment où vous ne faites plus qu'un avec la maladie, il n'y a plus personne à l'intérieur pour faire le travail de guérison».



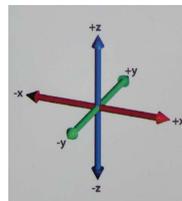
Patricia Deegan, 1996

# Le rétablissement (personnel)

- «C'est une démarche personnelle et unique, visant à changer l'attitude, les valeurs, les sentiments, les objectifs, les capacités et/ou les rôles de chacun. C'est la façon de vivre une vie satisfaisante et utile, où l'espoir a sa place malgré les limites imposées par la maladie. Pour guérir, le malade doit donner un nouveau sens à sa vie, et passer outre aux effets catastrophiques de la maladie mentale».



William Anthony



**=> Dimension existentielle**

# Déterminants du rétablissement

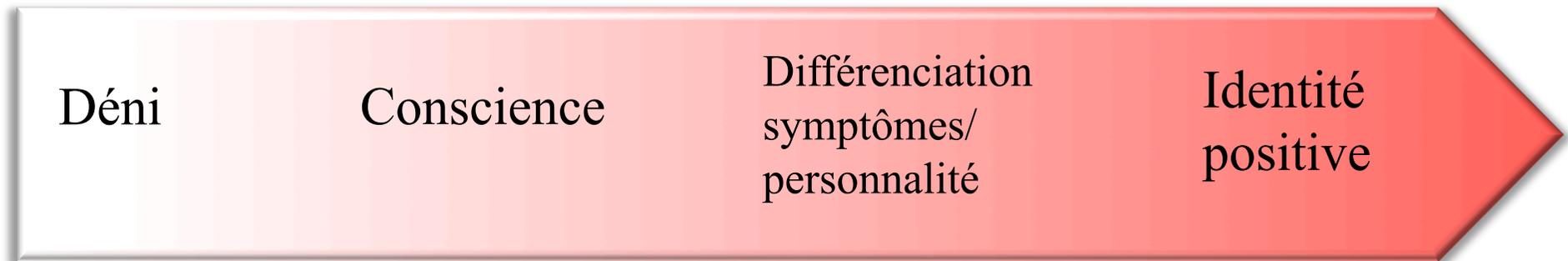
## *Objectifs*

- Neurocognition
  - Métacognition
  - Cognition sociale
- Qualité de l'expérience de soi et capacité de narration
- Insight
- Motivation

## *Subjectifs*

- Espoir
- Auto-détermination
- Identité
- Prise de responsabilité
- Sens donné à l'existence
- Connectivité
- Autonomisation

# Le rétablissement comme processus



# Facteurs entravant le rétablissement

- Symptômes résiduels
- Addictions
- Pathologies somatiques
- Troubles de la motivation
- Troubles cognitifs
- Troubles de la cognition sociale et des compétences sociales
- Troubles métacognitifs
- Estime de soi

# Quel réseau?

- Structures sanitaires (secteur psychiatrique ++)
  - hôpitaux de jours, CMP, CATTP, CESAME, hospitalisation temps plein
  - Acteurs = psychiatres, psychologues, neuro-psychologues, infirmiers (psy/IAD) , psycho-motriciens, médecins de famille, pharmaciens, ergothérapeutes, VAD, UMES, médiateurs de santé pairs
- Hébergement
  - foyers thérapeutiques, centres d 'accueil, appartements thérapeutiques, Maison St Vincent, baux glissants



# Quel réseau?

- Institution visant la réadaptation par le travail :
  - Etablissements et Services d 'Aide par le Travail (ESAT), Atelier Protégé (AP), aide à la recherche d'emploi, à la ré-orientation...
- Aides juridiques et économiques :
  - allocation aux adultes handicapés (MDPH), mesures de protection (tutelle, curatelle), invalidité,
  - Acteurs = Assistants sociaux, SAVS, ...
- Tissus social
  - Acteurs = associations, GEM

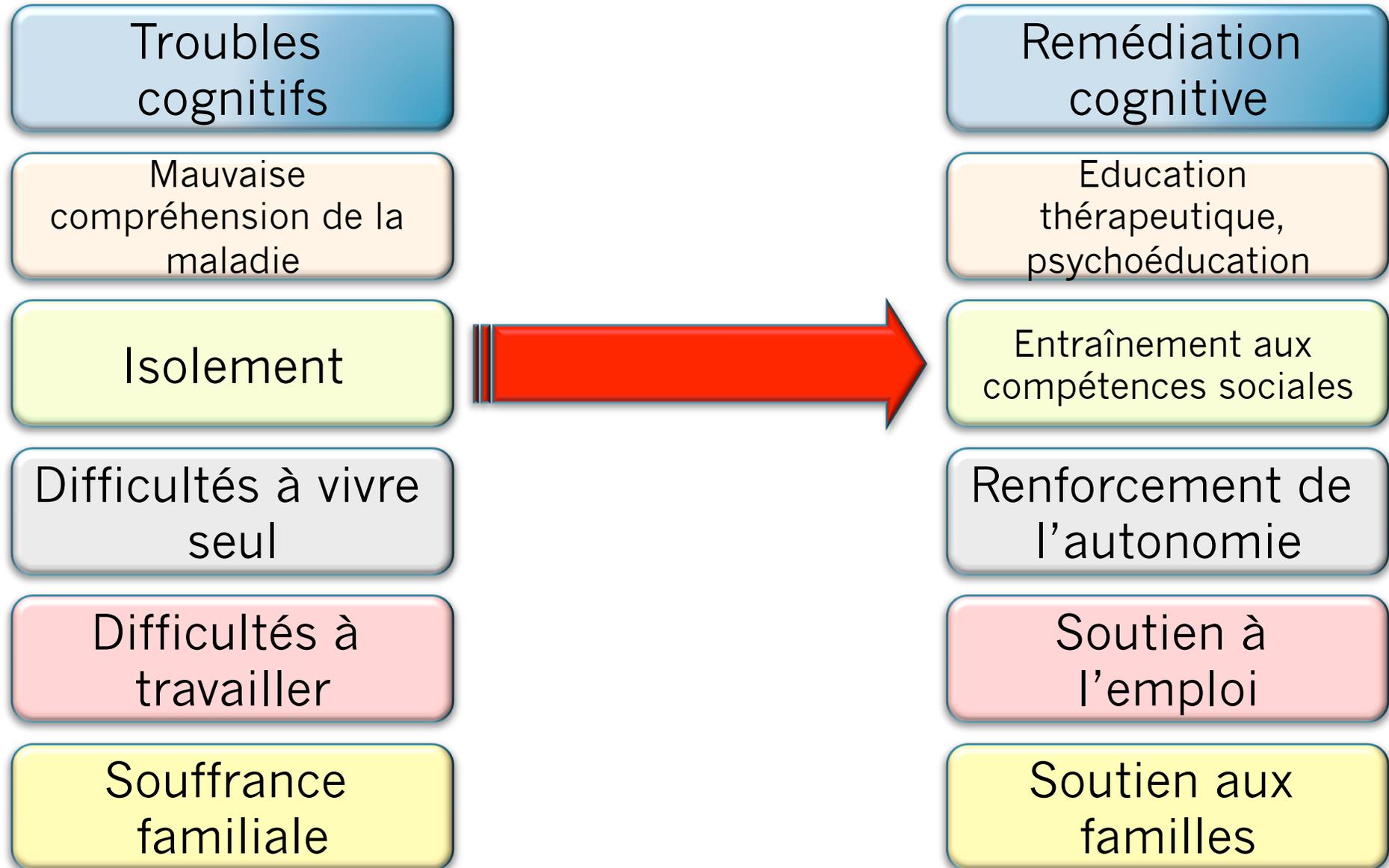


# Quelle démarche?

- La **réhabilitation psychosociale** vise l'insertion dans la société des personnes atteintes de troubles psychiques sévères et leur **rétablissement**
- Elle appartient aux approches capacitaires, mettant l'accent sur la partie saine plutôt que sur la partie malade
- Elle repose sur des outils thérapeutiques permettant de renforcer les compétences des personnes et leur pouvoir d'agir

# Quels outils?

Morin & Franck 2017



# Remédiation cognitive

- La **remédiation cognitive** est une forme de thérapie ayant pour objectif de diminuer l'impact sur le quotidien des difficultés cognitives d'un patient, préalablement objectivées lors d'un bilan neuropsychologique.

# Remédiation cognitive

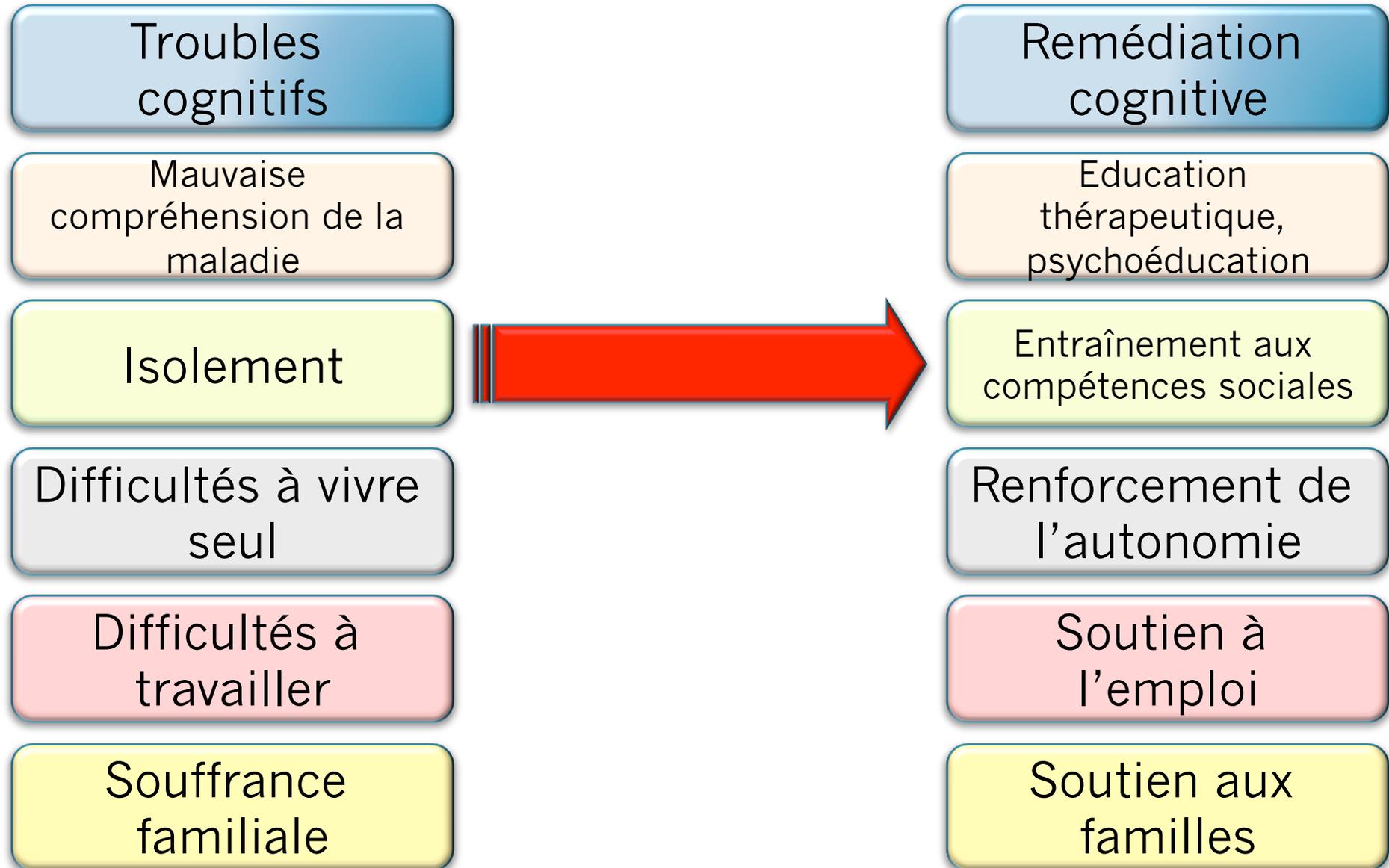
- **2 principales approches**
  - **Entraîner** de manière intensive la fonction déficitaire
  - Contourner la difficulté, en réfléchissant à des stratégies de **compensation** s'appuyant sur les capacités préservées du patient
- L'une et/ou l'autre de ces stratégies peuvent être utilisées, que la remédiation soit plutôt axée sur
  - **la neurocognition** (concentration, attention, mémoire de travail)
  - **la cognition sociale** (capacités à interagir avec les autres).

# Remédiation cognitive

- Différents programmes selon la cible
  - Neurocognition : RECOS, CRT
  - Cognition sociale : ToMRemed, Michael's Game, SCIT, RC2S
  - Reconnaissance d'émotions faciales : Gaïa
  - Métacognition : MCT
  - Intégratif : IPT

# Quels outils?

Morin & Franck 2017



# Education thérapeutique du patient

- L'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les **compétences** dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.
  - => Rendre les patients conscients et **informés** de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie.

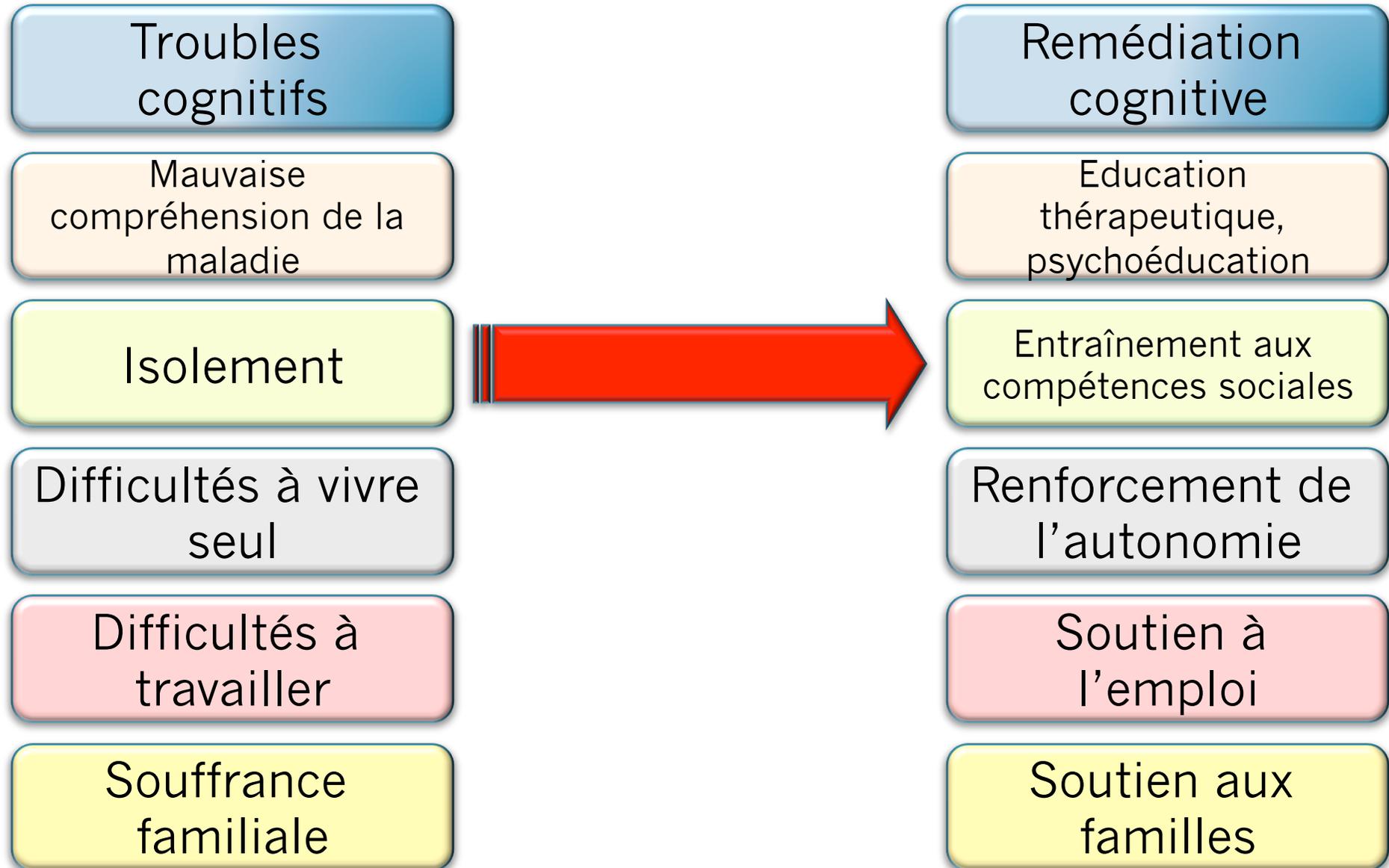
OMS

# Education thérapeutique du patient

- Qu'est-ce que la maladie?
  - Renforcer l'insight
- Qu'est-ce que le traitement
  - Bénéfices
  - Effets indésirables : comment les gérer?
  - Modalités de prise
  - Comment éviter les oublis
- Psycho-éducation
  - Connaître les signes précurseurs de la rechute, savoir réagir
  - Que faire face aux voix? Au délire?
- Techniques de résolution de problème

# Quels outils?

Morin & Franck 2017

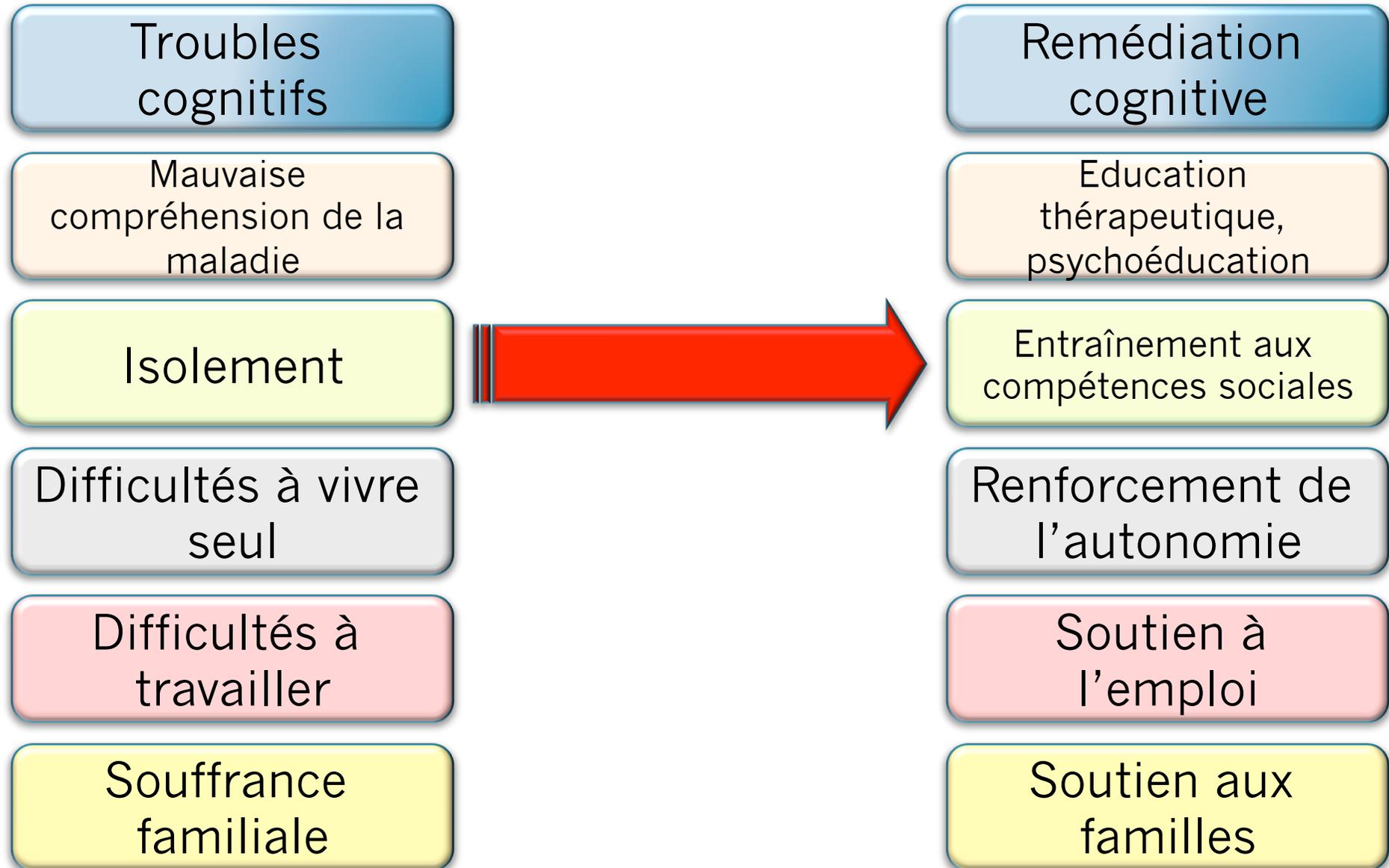


# Entraînement aux compétences sociales

- Les **habiletés sociales** sont l'ensemble des capacités cognitives et comportementales qui nous permettent de communiquer nos émotions et nos besoins de façon compétente et d'atteindre nos objectifs interpersonnels.
- Cognition sociale
- Affirmation de soi
- Jeux de rôle

# Quels outils?

Morin & Franck 2017



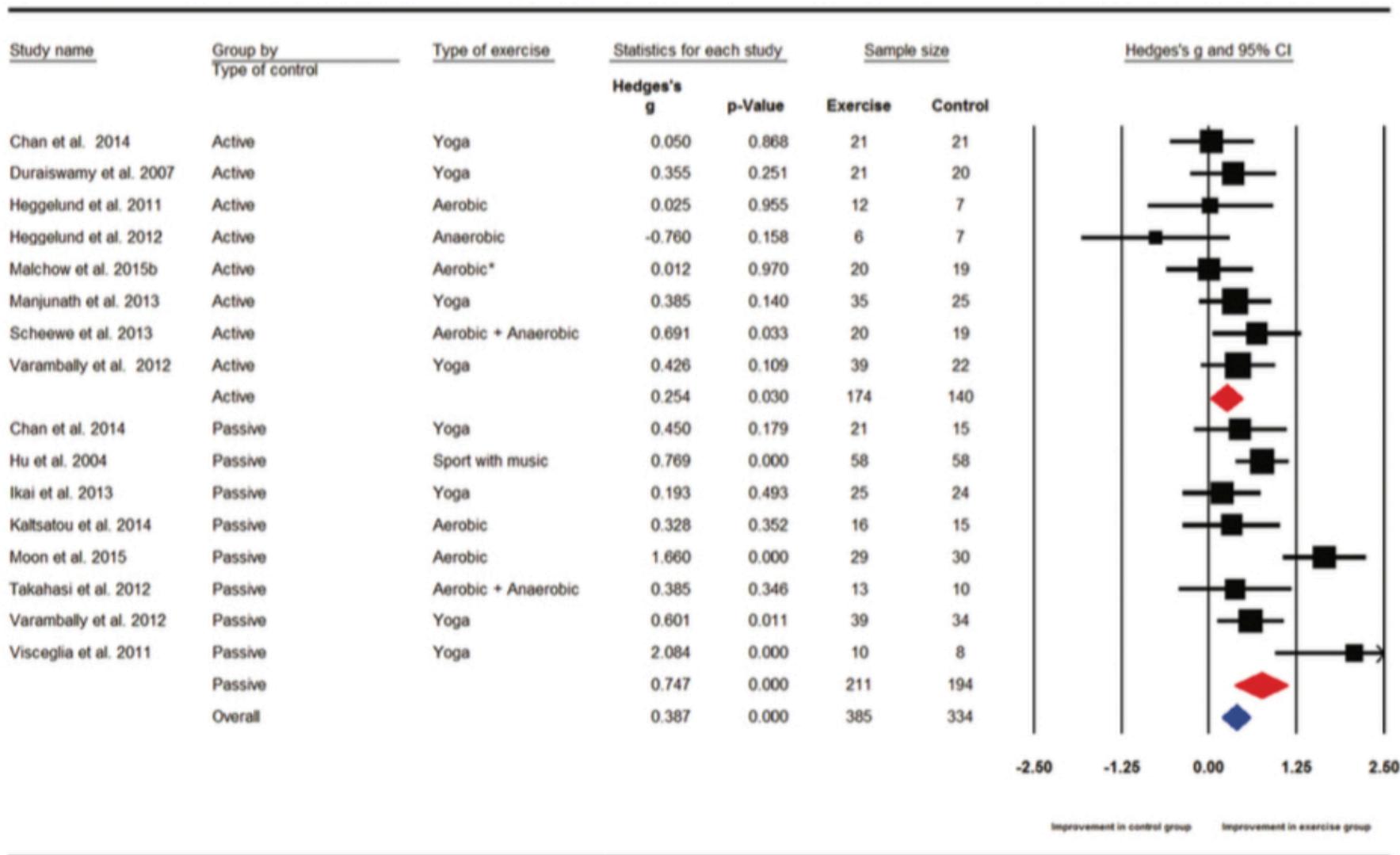
# Renforcement de l'autonomie

- Gestion de la vie quotidienne
- Aide aux repas
- Aide ménagère
- Ateliers gestion financière
- Gestion des médicaments
- Autonomie dans la prise de décision/projet de soins
- Services d'accompagnement à la vie sociale SAVS/SAMSAH

# Prendre soin de soi

- Santé physique : tabac, alcool, cannabis, sport, surpoids. Importance des rythmes sociaux, hygiène
- Planifier sa journée
- Tenir un journal : comment je me sens, humeur, symptômes, points négatifs, points positifs; ttt pris ou non

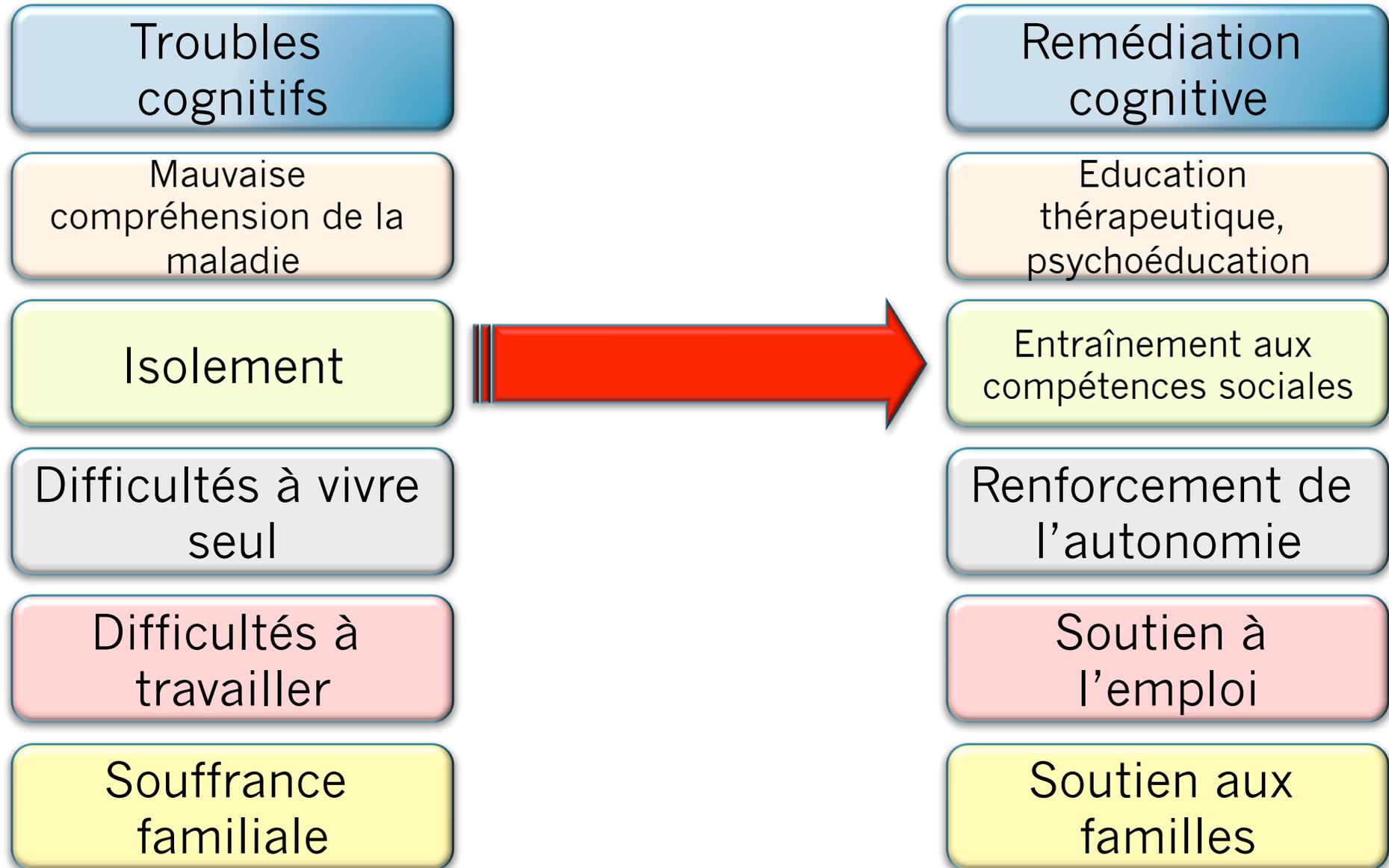




**Fig. 1.** Meta-analysis of the effect of exercise on total symptom severity. Effect sizes are grouped by the type of control patients as included in the individual studies. \*With additional cognitive training.

# Quels outils?

Morin & Franck 2017

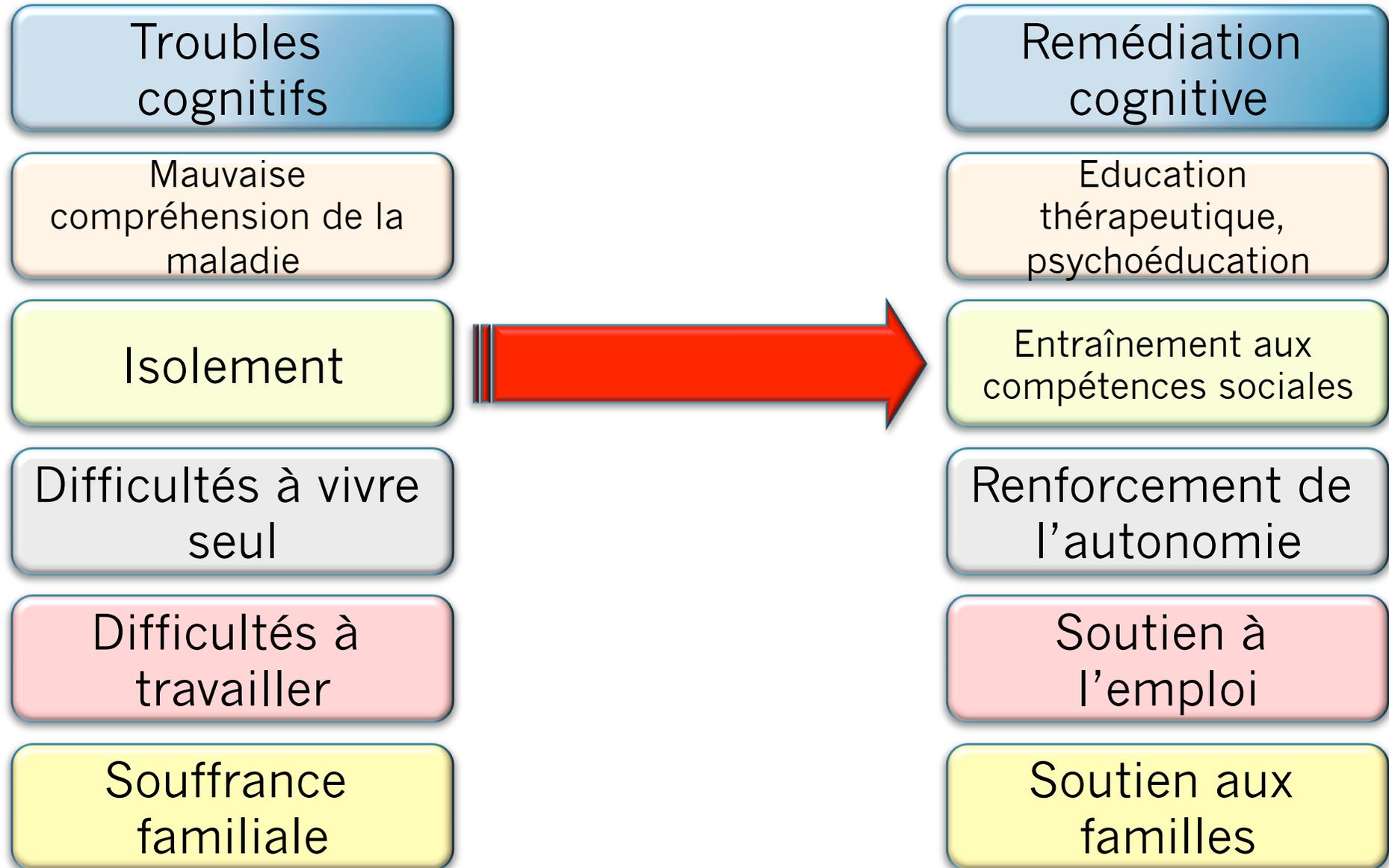


# Soutien à l'emploi

- Maison départementale des personnes handicapées MDPH
- CAP emploi et SAMETH => Organismes de Placement Spécialisé
- SAVE 68
- Mission locale, Réagir
- Centre de réadaptation de Mulhouse CRM
- Etablissement et service d'aide par le travail ESAT, entreprises adaptées
- Foyer d'accueil pour travailleurs handicapés FATH

# Quels outils?

Morin & Franck 2017



# Soutien aux familles

- Groupe ESPAIR
- Réseau Profamille©
- Foyers d'hébergement (FAS...)
- Associations Schizo'espoir, UNAFAM

# Comment accompagner?

- Connaître et reconnaître la maladie
- Ecouter activement
  - Aider la personne à préciser ses objectifs personnels (=vs ceux identifiés par les professionnels)
  - Être attentif aux objectifs qui sortent la personne de son rôle de malade
  - Montrer que l'on croit dans les forces de la personne
  - Donner des exemples qui inspirent l'espoir
  - Recenser les ressources autres qu'en santé mentale : amis, contacts, organisations
  - Renforcer les stratégies d'adaptation existantes

# Comment accompagner?

- Attitude respectueuse et travail d'égal à égal
- Un jour à la fois, une heure à la fois, une minute à la fois
- Proposer de participer aux activités
- Reconnaître les altérations logiques comme un symptôme et pas la faute du patient
- Définir une conduite à tenir en cas d'arrêt de traitement, ou de ré-émergence de symptômes.

# Comment accompagner?

- Parler clairement et de façon concise
- Répéter et faire répéter
- Savoir faire une pause si la tension monte
- Utiliser l'humour
- Remarquer et faire remarquer les moments positifs
- Prendre soin de soi aussi

# Quels patients sont concernées par le rétablissement?

- **20 à 30%** pleinement rétablis (40 à 60% partiels) (Hopper et al 2007)
- **40 %** (AlAqeel et al Harv Rev Psychiatry 2012)
- **13,5 %** =1/7 (Jääskeläinen et al Schizophr Bull 2013)

# Quels patients sont concernées par le rétablissement?

- Méta-analyse / études utilisant les critères du Remission in schizophrenia Working Group (2005)
  - Rémission : critère de sévérité et de durée (> 6 mois)
  - Rétablissement : amélioration symptomatique et fonctionnelle (domaine social, occupationnel et éducatif) et durée (> 1an)
  - Patients ayant présenté un premier épisode psychotique
  - Suivi > 1an
  - > 19000 patients dont > 9600 avec données rétablissement

# Quels patients sont concernées par le rétablissement?

- Rémission = **56.9%** (sur 5,5 ans)
- Rétablissement **37.9%** (25.2% en utilisant les critères les plus strictes) sur 7,2 ans
- Taux supérieurs pour les troubles schizo-affectifs

# Quels patients sont concernées par le rétablissement?

- Oslo Schizophrenia Recovery Study
  - Étude prospective sur 6 ans (FEP)
  - Évaluation des trajectoires clinique, cognitive et des ressources personnelle
  - Traitement médicamenteux, case management, TCC
  - 28 patients, **45%** rétablissement à 6 ans (amélioration soutenue des symptômes et du fonctionnement > 2 ans)

# Prédicteurs du devenir fonctionnel

- Durée de psychose non traitée
- Premiers épisodes (durée, précocité et qualité de la rémission ++)
- Nombre de rechutes (aggravation des symptômes résiduels)
- Observance du traitement



# Prédicteurs du devenir fonctionnel

- Consommation de cannabis
- Symptômes négatifs et fonctions cognitives (lors de la première hospitalisation)
- Comorbidités
  - Anxiété/dépression
- Traumatismes psychologiques dans l'enfance

Alessandrini et al Schizophrenia Research 2016



# Quels enjeux?

- Une révolution?
- Modification des attentes des usagers
- Modification de l'attitude des équipes soignantes
- Enjeux de recherche scientifique





**Merci pour votre  
attention**

