



HAL
open science

La schizophrénie, ses traitements et leurs évolutions à l'hôpital Ravenel de 2000 à 2006

François Schneider

► **To cite this version:**

François Schneider. La schizophrénie, ses traitements et leurs évolutions à l'hôpital Ravenel de 2000 à 2006. Sciences pharmaceutiques. 2009. hal-01732383

HAL Id: hal-01732383

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732383v1>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ - NANCY 1

2009

FACULTE DE PHARMACIE

**LA SCHIZOPHRENIE, SES TRAITEMENTS ET LEUR
EVOLUTION A L'HOPITAL RAVENEL
DE 2000 A 2006.**

T H E S E

Présentée et soutenue publiquement

Le 15 Juillet 2009

pour obtenir

le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

par **François SCHNEIDER**
né le 19 Mai 1981 à Bruyères (88)

Membres du Jury

Président : M. François BONNEAUX, Maître de Conférences

Juges : M. Thierry FOUQUET, Médecin Psychiatre Hospitalier
M. Cyrille JEANNOEL, Pharmacien Hospitalier

UNIVERSITE Henri Poincaré - Nancy 1
FACULTE DE PHARMACIE

DOYEN

Chantal FINANCE

Vice-Doyen

Francine PAULUS

Président du Conseil de la Pédagogie

Pierre LABRUDE

Responsable de la Commission de la Recherche

Jean-Claude BLOCK

Directeur des Etudes

Gérald CATAU

Responsable de la Commission des Relations Internationales

Janine SCHWARTZBROD

Responsable de la Communication

Francine KEDZIEREWICZ

Responsable de la Commission Hygiène Sécurité

Laurent DIEZ

Responsable de la filière Officine :

Gérald CATAU

Responsables de la filière Industrie :

Isabelle LARTAUD

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Responsable du CEPH :

(Collège d'Enseignement Pharmaceutique Hospitalier)

Jean-Michel SIMON

Doyen Honoraire : Claude VIGNERON

Professeur Emérite : Gérard SIEST

Professeurs Honoraires

Thérèse GIRARD

Michel JACQUE

Lucien LALLOZ

Pierre LECTARD

Vincent LOPPINET

Marcel MIRJOLET

François MORTIER

Maurice PIERFITTE

Louis SCHWARTZBROD

Maîtres de Conférences Honoraires

Marie-Claude FUZELLIER

Françoise HINZELIN

Marie-Andrée IMBS

Marie-Hélène LIVERTOUX

Jean-Louis MONAL

Marie-France POCHON

Anne ROVEL

Maria WELLMAN-ROUSSEAU

Assistante Honoraire

Marie-Catherine BERTHE

ENSEIGNANTS

PROFESSEURS

Gilles AULAGNER	Pharmacie clinique
Alain BAGREL	Biochimie
Jean-Claude BLOCK	Santé publique
Christine CAPDEVILLE-ATKINSON	Pharmacologie cardiovasculaire
Chantal FINANCE	Virologie, Immunologie
Pascale FRIANT-MICHEL	Mathématiques, Physique, Audioprothèse
Marie-Madeleine GALTEAU.....	Biochimie clinique
Christophe GANTZER	Microbiologie environnementale
Max HENRY	Botanique, Mycologie
Jean-Yves JOUZEAU	Bioanalyse du médicament
Pierre LABRUDE	Physiologie, Orthopédie, Maintien à domicile
Dominique LAURAIN-MATTAR.....	Pharmacognosie
Isabelle LARTAUD.....	Pharmacologie
Pierre LEROY.....	Chimie physique générale
Philippe MAINCENT.....	Pharmacie galénique
Alain MARSURA.....	Chimie thérapeutique
Patrick MENU.....	Physiologie et physiopathologie humaine
Jean-Louis MERLIN.....	Biologie cellulaire oncologique
Alain NICOLAS.....	Chimie analytique
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS.....	Chimie thérapeutique
Bertrand RIHN.....	Biochimie, Biologie moléculaire
Jean-Michel SIMON.....	Economie de la santé, Législation pharmaceutique
Claude VIGNERON.....	Hématologie, Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Monique ALBERT.....	Bactériologie, Virologie
Sandrine BANAS.....	Parasitologie
Mariette BEAUD.....	Biologie cellulaire
Emmanuelle BENOIT.....	Communication et Santé
Michel BOISBRUN.....	Chimie thérapeutique
Catherine BOITEUX.....	Biophysique, Audioprothèse
François BONNEAUX.....	Chimie thérapeutique
Cédric BOURA.....	Physiologie
Gérald CATAU.....	Pharmacologie
Jean-Claude CHEVIN.....	Chimie générale et minérale
Igor CLAROT.....	Chimie analytique
Jocelyne COLLOMB.....	Parasitologie, Organisation animale
Joël COULON.....	Biochimie
Sébastien DADE.....	Bio-informatique
Dominique DECOLIN.....	Chimie analytique
Béatrice DEMORE.....	Pharmacie clinique
Joël DUCOURNEAU.....	Biophysique, Audioprothèse, Acoustique
Florence DUMARCAY.....	Chimie thérapeutique
François DUPUIS.....	Pharmacologie
Raphaël DUVAL.....	Microbiologie clinique
Béatrice FAIVRE.....	Hématologie
Adel FAIZ.....	Biophysique-accoustique
Luc FERRARI.....	Toxicologie

Stéphane GIBAUD.....	Pharmacie clinique
Françoise HINZELIN.....	Mycologie, Botanique
Thierry HUMBERT.....	Chimie organique
Frédéric JORAND.....	Santé et Environnement
Francine KEDZIEREWICZ.....	Pharmacie galénique
Alexandrine LAMBERT.....	Informatique, Biostatistiques
Brigitte LEININGER-MULLER.....	Biochimie
Faten MEHRI-SOUSSI.....	Hématologie biologique
Christophe MERLIN.....	Microbiologie environnementale et moléculaire
Blandine MOREAU.....	Pharmacognosie
Maxime MOURER.....	Pharmacochimie supramoléculaire
Dominique NOTTER.....	Biologie cellulaire
Francine PAULUS.....	Informatique
Christine PERDICAKIS.....	Chimie organique
Caroline PERRIN-SARRADO.....	Pharmacologie
Virginie PICHON.....	Biophysique
Anne SAPIN.....	Pharmacie galénique
Marie-Paule SAUDER.....	Mycologie, Botanique
Nathalie THILLY.....	Santé publique
Gabriel TROCKLE.....	Pharmacologie
Noëlle VAULTIER.....	Biodiversité végétale et fongique
Mohamed ZAIYOU.....	Biochimie et Biologie moléculaire
Colette ZINUTTI.....	Pharmacie galénique

PROFESSEUR ASSOCIE

Anne MAHEUT-BOSSER..... Sémiologie

PROFESSEUR AGREGE

Christophe COCHAUD..... Anglais

ASSISTANT

Annie PAVIS..... Bactériologie

SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITE (SCD)

Anne-Pascale PARRET..... Directeur

Jeannine GOLEC..... Responsable de la section Pharmacie-Odontologie

SERMENT DES APOTHICAIRES



Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D' honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.



« LA FACULTE N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION,
NI IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES DANS LES
THESES, CES OPINIONS DOIVENT ETRE CONSIDEREES
COMME PROPRES A LEUR AUTEUR ».

REMERCIEMENTS

A Monsieur François BONNEAUX

Vous m'avez fait le grand honneur de présider le jury de ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur Thierry FOUQUET

Vous avez accepté de diriger cette thèse.

Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur Cyrille JEANNOEL

Vous avez accepté de porter un jugement averti sur ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude.

Au service pharmacie de l'hôpital Ravenel

Pour les références fournies.

Aux services Chopin et Colisée de l'hôpital Ravenel

Pour les études fournies.

Au Département de l'information médicale de Ravenel

Pour les données fournies.

A l'ensemble du personnel de la pharmacie Sylvie BOILEAU

Merci de votre soutien.

A l'ensemble du personnel de la pharmacie Coralie DUHAUT

Merci de votre soutien.

A Coralie

Pour ton soutien et ta patience constante.

A mes parents

Pour leur soutien tout au long de ces années d'études.

A ma famille

A mes amis

SOMMAIRE

<u>PREAMBULE</u>	1
<u>INTRODUCTION</u>	2
<u>PRESENTATION DE L'HOPITAL RAVENEL</u>	3
<u>PREMIERE PARTIE : LA SCHIZOPHRENIE</u>	7
I. GENERALITES	8
1. <u>Les névroses</u>	8
2. <u>Les psychoses</u>	8
II. DEFINITION	10
III. HISTORIQUE	12
IV. EPIDEMIOLOGIE	14
1. <u>Résultats d'ensemble</u>	16
2. <u>Nature de la prise en charge</u>	16
2.1 <i>Secteur de rattachement</i>	17
2.2 <i>Type de traitement</i>	17
2.3 <i>Situation socio-démographique</i>	19
2.3.1 <i>Sexe</i>	19
2.3.2 <i>Age</i>	20
2.3.3 <i>Nombre d'enfants</i>	21
2.3.4 <i>Mode de vie et situation matrimoniale légal</i>	22
3. <u>Conclusion</u>	23

V.	HYPOTHESES ETIOLOGIQUES	24
	1. <u>Hypothèses étiopathologiques</u>	25
	1.1 <i>Hypothèse dopaminergique</i>	27
	1.2 <i>Hypothèse du système sérotoninergique</i> <i>dysfonctionnel</i>	27
	1.3 <i>Hypofonctionnalité du système glutaminergique</i> <i>cortical et sous-cortical</i>	27
	2. <u>Hypothèses génétiques</u>	28
	3. <u>Hypothèses infectieuses</u>	29
	4. <u>Hypothèses psychanalytiques</u>	29
	5. <u>Hypothèses cognitives</u>	29
	6. <u>Hypothèses socio-environnementales et psychologiques</u> ..	29
VI.	SEMIOLOGIE	31
	1. <u>Les hallucinations</u>	31
	1.1 <i>Hallucinations auditives</i>	31
	1.2 <i>Hallucinations visuelles</i>	31
	1.3 <i>Hallucinations olfactives</i>	31
	1.4 <i>Hallucinations gustatives</i>	32
	1.5 <i>Hallucinations tactiles</i>	32
	1.6 <i>Parfois les hallucinations sont « intérieures »</i>	32
	2. <u>Les idées délirantes</u>	33
	3. <u>Les troubles de la pensée</u>	33
	4. <u>Les troubles de la vie affective</u>	34
	5. <u>La réduction de l'activité</u>	35

VII. TROUBLES ASSOCIES	36
1. <u>Angoisse et anxiété</u>	36
2. <u>La dépression</u>	37
3. <u>Troubles du sommeil</u>	38
4. <u>Des troubles du comportement</u>	38
5. <u>Abus de substances</u>	38
VIII. DIAGNOSTIC	40
IX. FORMES CLINIQUES	44
1. <u>La schizophrénie paranoïde</u>	44
2. <u>La schizophrénie désorganisée</u>	44
3. <u>La schizophrénie catatonique</u>	45
4. <u>La schizophrénie indifférenciée</u>	45
X. EVOLUTION	46
1. <u>Prévenir les accès délirants aigus répétés</u>	47
2. <u>Favoriser le dynamisme et la motivation</u>	47
3. <u>Organiser ses idées et son comportement</u>	47
XI. RECHUTE	48
1. <u>Le suicide</u>	49
2. <u>La rémission</u>	49
XII. CONCLUSION	51

SECONDE PARTIE : LA PRISE EN CHARGE A
L'HOPITAL RAVENEL 52

**I. PRISE EN CHARGE DE LA SCHIZOPHRENIE,
PSYCHOTHERAPIE, ET AUTRES
THERAPEUTIQUES** 53

1. Comment soigner la schizophrénie 54

2. Les médicaments dans la schizophrénie 55

3. Le suivi spécialisé 55

3.1 Accompagner pendant et après l'hospitalisation 56

***3.2 Aider à trouver les moteurs de la volonté
et l'envie de faire*** 56

***3.3 Identifier et comprendre les difficultés,
les motivations, les peurs*** 56

***3.4 Exprimer et dépasser les problématiques personnelles
conduisant à la maladie et à sa chronicité*** 57

4. La psychothérapie 57

5. L'approche familiale 58

II. LES NEUROLEPTIQUES DE LA SCHIZOPHRENIE : GENERALITES..... 59

1. Traitement neuroleptique..... 59

2. Traitements neuroleptique et apparentés: formes d'administration classiques..... 63

2.1 Neuroleptiques classiques..... 63

2.2 Neuroleptique atypiques..... 64

Clozapine : Leponex®..... 65

Amisulpride : Solian®..... 67

Rispéridone : Risperdal®..... 69

Olanzapine : Zyprexa®..... 71

Aripiprazole : Abilify®..... 72

Les autres médicaments..... 73

3. Traitement neuroleptique : forme retard..... 74

4. Etudes des ordonnances et présence de neuroleptiques..... 74

5. Effets thérapeutiques des neuroleptiques..... 75

6. Effets thérapeutiques des neuroleptiques en traitement d'entretien 76

7. Evolution du coût des neuroleptiques..... 76

8. Traitement neuroleptique : pour résumer..... 77

III. LES EFFETS SECONDAIRES DES NEUROLEPTIQUES

.....	79
1. <u>Les effets secondaires des neuroleptiques</u>	79
2. <u>Les effets neurologiques</u>	79
3. <u>Les effets neurologiques : traitement</u>	79
4. <u>Les autres effets secondaires</u>	80
4.1 Des troubles de l'accommodation (vision floue), une sécheresse de la bouche, une constipation, des difficultés pour uriner	80
4.2 La prise de poids	80
4.3 Des troubles hormonaux	81
4.4 La tension artérielle	82
4.5 Somnolence et fatigue	82
4.6 Photosensibilisation	82
4.7 Convulsions	82
4.8 Hyperthermie	83
5. <u>Les effets secondaires des neuroleptiques : pour résumer</u>	83
6. <u>Autres médicaments à associer</u>	83
6.1 Antidépresseurs	83
6.2 Anxiolytiques	84
6.3 Hypnotiques	84
6.4 Normothymiques	84

IV. MODALITES DE PRISE EN CHARGE ET DE SUIVI SPECIALISE..... 85

1. Les intervenants dans les soins..... 86

1.1 Les Psychiatres 86

1.2 Les Infirmiers..... 86

1.3 Les Assistants Sociaux (A.S)..... 87

1.4 Les Psychologues..... 87

1.5 Les Ergothérapeutes..... 88

2. Hospitalisation et structures..... 88

3. Hospitalisation : modalités..... 88

3.1 L'hospitalisation libre 89

3.2 L'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) 89

3.3 L'hospitalisation d'office (HO)..... 90

3.4 L'hospitalisation ambulatoire 90

4. Prise en charge ambulatoire 91

4.1 L'Hôpital de Jour 91

4.2 CMP ou Centre Médico-Psychologique..... 91

**4.3 CATTP ou Centre d'Accueil Thérapeutique
à Temps Partiel 91**

V. REINSERTION PSYCHOSOCIALE DES PATIENTS SCHIZOPHRENES..... 93

1. Les problèmes d'autonomie..... 93

2. <u>L'évaluation des difficultés et des habiletés du patient schizophrène</u>	93
3. <u>la réhabilitation d'un patient schizophrène</u>	93
VI. LES AIDES EXISTANTES	95
1. <u>L'Allocation Adulte Handicapé</u>	95
2. <u>Le statut de travailleur handicapé</u>	95
3. <u>La carte d'invalidité</u>	96
4. <u>L'aide ménagère et l'allocation compensatrice</u>	96
<u>CONCLUSION</u>	97
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	98
SITES INTERNET CONSULTÉS	102
ANNEXES	103



Image 1 : auteur anonyme

METHODOLOGIE

Cette enquête a été effectuée à la pharmacie de l'hôpital Ravenel à Mirecourt pendant l'année 2007. Elle repose sur le croisement entre des ordonnances papiers (après un diagnostic de schizophrénie respectant les critères de diagnostic de la DSM IV) et entre les données informatiques des délivrances.

Les variations des résultats peuvent avoir de multiples causes ; Notamment un changement d'hospitalisation, des entrées multiples d'un patient dans différents services ou encore d'un transfert d'une unité vers une autre.

Les variations de résultats que ces biais induisent ne peuvent être considérer comme négligeables vis-à-vis du nombre de patients concernés durant l'étude. Celle-ci ayant une visée qualitative plus que quantitative.

PREAMBULE

L'oiseau

*Un oiseau de malheur est rentré dans ma vie
Il m'a d'abord lassé tous les muscles du corps
Depuis je suis fauché dans mes besoins d'agir.*

*Cet oiseau pénétrant le centre de mon âme
En a sucé la moelle, je ne sais plus aimer,
Il me laisse glacé comme les plaines sibères.*

*O muette douleur, dévorée ma substance,
Sang versé sans larmes, trou béant qu'on ne peut voir
Qui me délivrera, je ne puis le nommer.*

*Pour ceux de mon espèce qui décident paresse
Qui me jugent coupable, refusant leur tendresse,
Attendant sans m'aider que je nomme l'oiseau.*

Dépression, tous idiots, infoutu de nommer.

Jean-Jacques Fayaud

INTRODUCTION

La schizophrénie est une maladie reconnue depuis des dizaines d'années, qui a été difficile à définir. Plusieurs personnages célèbres, qui ont marqués l'histoire, étaient atteints de cette pathologie, notamment Newton et Vincent Van Gogh.

Les observations et enquêtes qui ont servi à établir cet exposé ont été faites au Centre Hospitalier Ravenel qui rentre dans sa soixantième année d'existence. Il est le seul établissement psychiatrique dans le département des Vosges.

Dans la première partie de cet exposé, la schizophrénie, ses causes, ses différentes formes, son diagnostic seront décrits. L'intervention de plusieurs facteurs entraînant des variantes de la maladie sera également démontrée dans cette partie.

La seconde partie portera sur les traitements existants pour cette pathologie : les effets bénéfiques, les effets secondaires. Les données avancées dans cet exposé reposent sur des enquêtes réalisées à l'hôpital psychiatrique Ravenel situé à Mirecourt entre les années 2000 et 2006.

Dans un premier temps, nous développerons les études et les enquêtes de prescriptions obtenues dans les archives papier des dossiers concernant les patients diagnostiqués schizophrènes.

Dans un second temps, l'exposé reposera sur des recherches dans les archives papier des bilans annuels du nombre de médicaments délivrés pour chaque spécialité.

Il est bien évident qu'il faut tenir compte du mode d'inclusion et qu'il ne s'agit pas là de tous les patients souffrant de schizophrénie mais de ceux ayant un antipsychotique au moins dans leur traitement médicamenteux.

Le but de cet exposé est de démontrer l'évolution des traitements de la schizophrénie, l'accompagnement des patients et leur réinsertion sociale et professionnelle.

PRESENTATION DE L'HOPITAL RAVENEL

Disposition générale du Centre Hospitalier Ravenel.

La disposition générale de l'établissement est celle d'un V dont la pointe est orientée vers le sud. L'hôpital Ravenel se subdivise en unités. Chacune d'elle a à sa charge une zone géographique des Vosges. L'unité Chopin est responsable du pôle de Remiremont. Les unités Nerval, Artaud et Esquirol I sont en charge des Vosges centrales, l'unité Rousseau celle de la région déodatienne. Et les unités de soins Ariane, Pénates et Esquirol II s'occupent de l'AAPI (Ado Adulte Pôle intersectoriel) et enfin Colisée à la charge de l'ouest vosgien.

La disposition de l'établissement n'est pas anodine. En effet, l'orientation a été décidée afin que les patients puissent bénéficier du maximum de lumière.

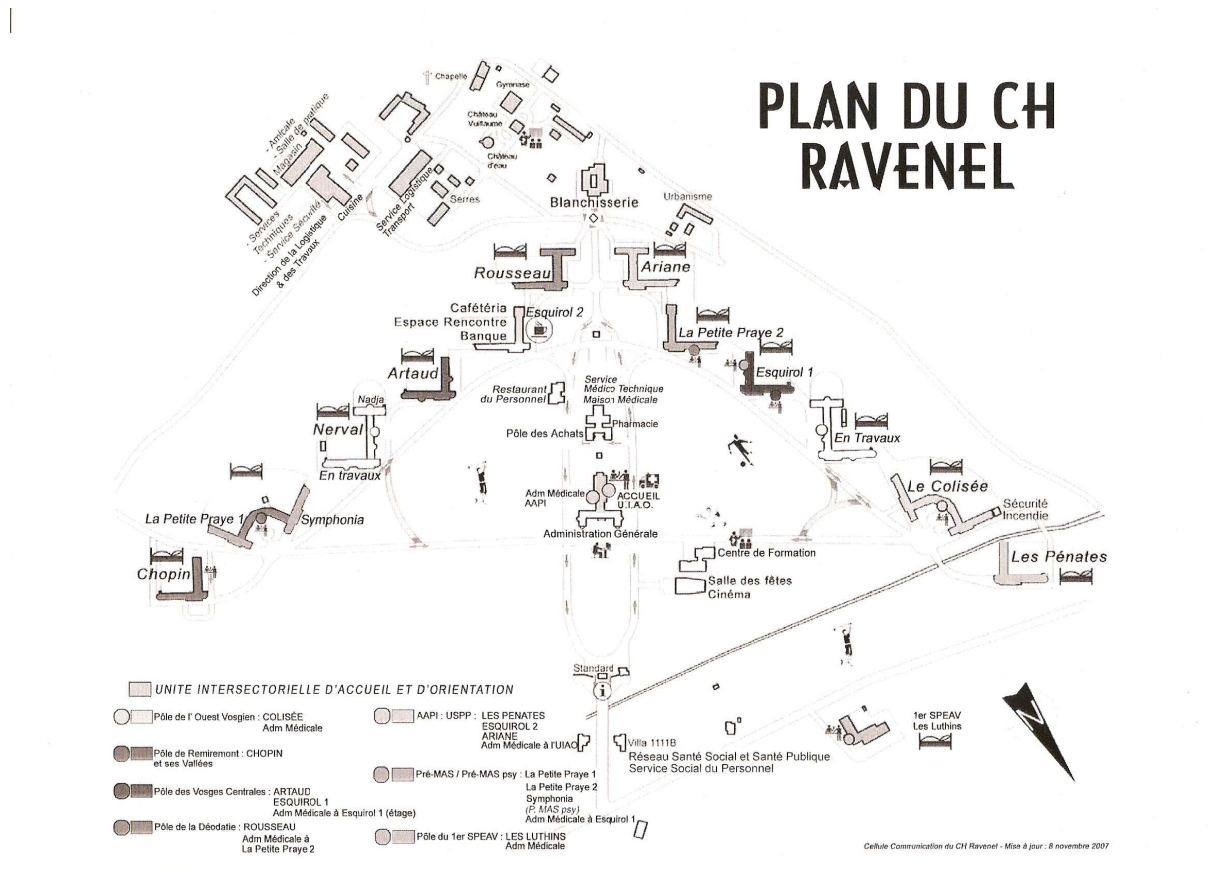


Figure 1 : Plan de Ravenel remis à l'accueil.

Au centre de ce V se trouve la zone administrative, la chapelle qui n'existe plus à nos jours siège désormais de l'unité d'accueil UIAO et le plateau technique.

Le domaine de Ravenel a, pendant plusieurs années, marqué l'histoire du département des Vosges.

Nous pouvons admettre qu'une telle architecture, du fait de ses dimensions, ne serait plus construite de nos jours. En cinquante ans, la psychiatrie hospitalière a vu son nombre de patients diminuer. En effet le Centre Hospitalier Ravenel qui comptait, à ses débuts, une population de 1800 hospitalisés, n'accueille plus qu'un nombre de malades inférieur à 300. Actuellement l'hôpital se compose de : 125 lits de psychiatrie générale destinés aux admissions et courts séjours, 75 lits de psychiatrie générale en soins psychiatriques prolongés, 6 lits d'accueil et d'orientation et 7 lits pour enfants et adolescents. Sur le site Ravenel on compte également 60 lits de préparation au médico-social (MAS).

Cependant, ce dernier chiffre n'est nullement représentatif puisqu'il ne met pas en exergue l'importante activité extrahospitalière.

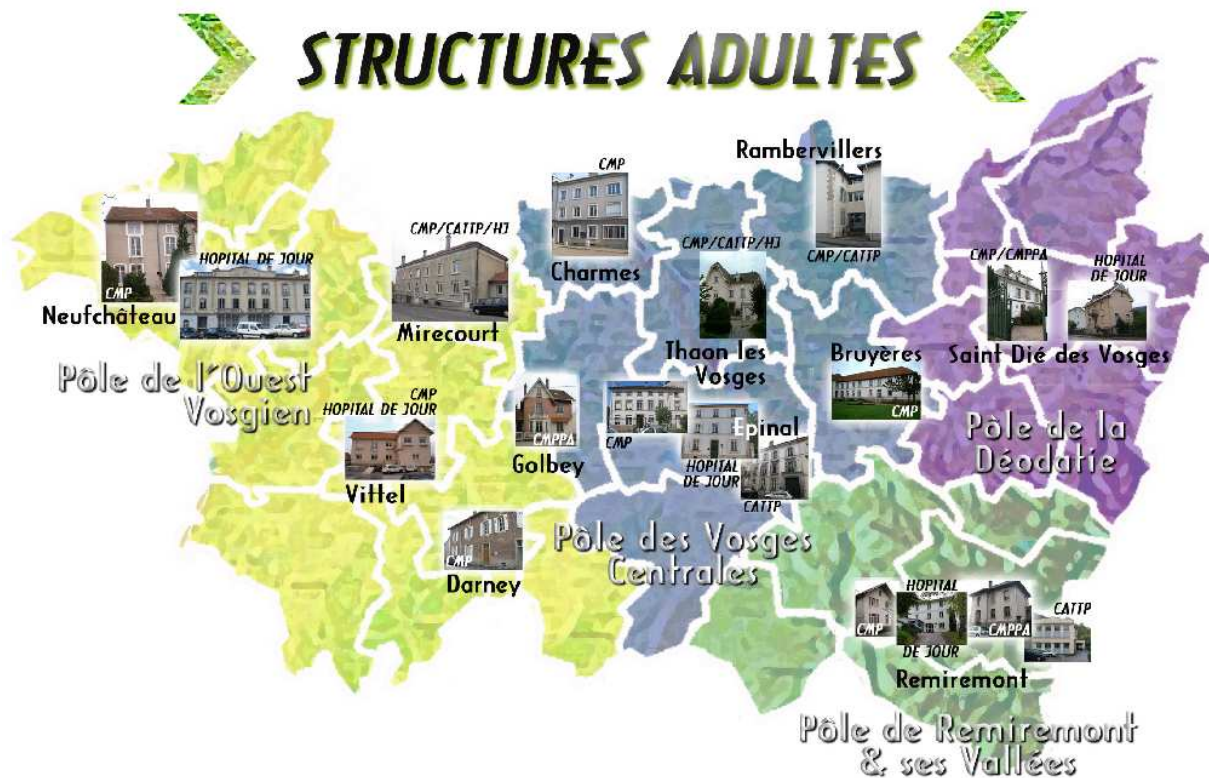


Figure 2 : Activité extrahospitalière de Ravenel.

On peut également ajouter 40 places de FAM (médico-social) qui sont installées à Mirecourt hors du site de Ravenel.

Chaque centre hospitalier général sur chacun des quatre pays vosgiens comporte une équipe médicale et paramédicale de psychiatrie de liaison et d'urgence. L'établissement s'est doté de

plus de 40 structures réparties sur l'ensemble du département, dans le cadre des prises en charges ambulatoires ou des alternatives à l'hospitalisation. (46)

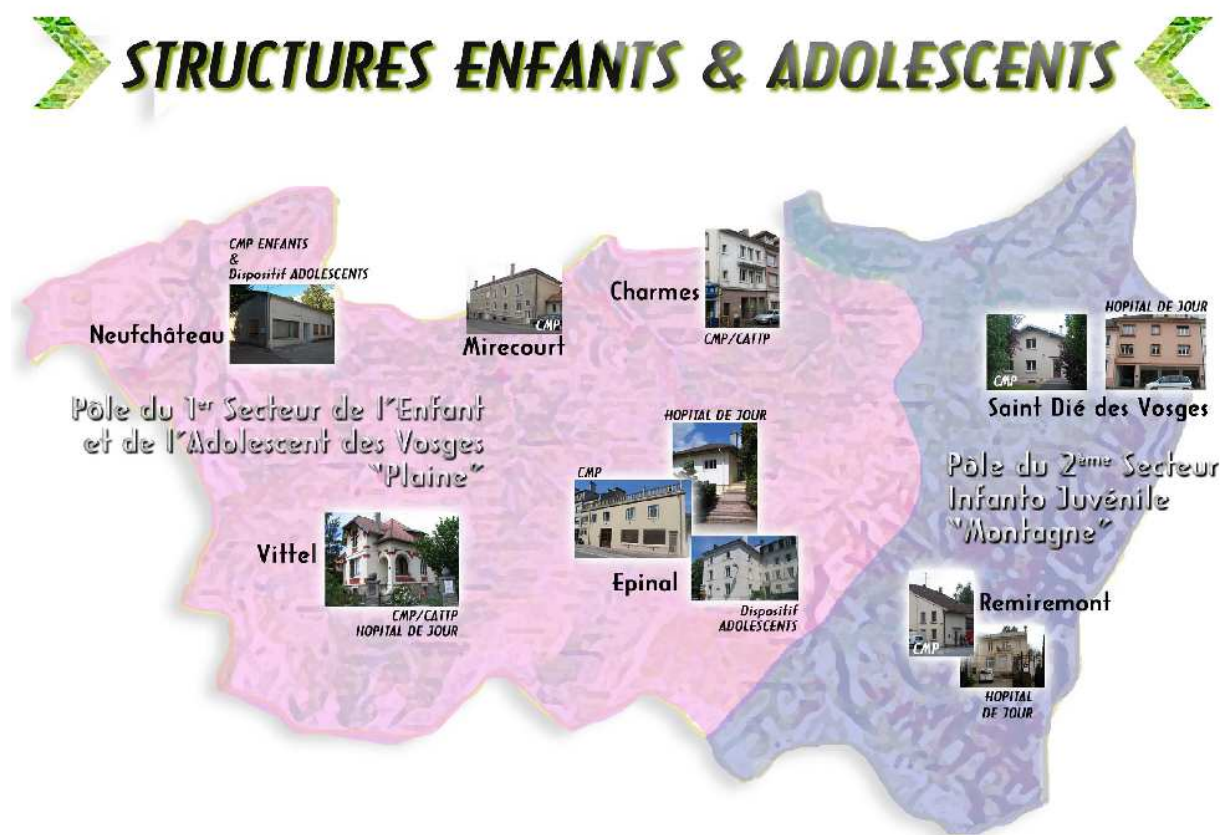


Figure 3 : Activité extrahospitalière de Ravenel.

Toutefois, à son ouverture, les centres médico-psychologiques n'existaient pas, la demande de soins psychiatriques était énorme et l'hôpital était le seul à pouvoir y répondre.

Les traitements ont eux aussi considérablement évolué. L'apparition des premiers neuroleptiques a indéniablement modifié les horizons thérapeutiques de la psychiatrie.

Les sismothères (appareils qui généraient des courants alternatifs sinusoïdaux) ne sont plus qu'un souvenir. C'est peut-être le panachage qui est à l'origine de l'élan, de la vitalité, du dynamisme de l'hôpital, jusqu'au début des années 1980. On remarque, à cette date, un léger essoufflement du fonctionnement qu'on peut rattacher à la mise en place de la sectorisation.(1)

Puis, la mise en place de la sectorisation a nécessité un surcroît de travail considérable, lequel a cependant largement porté ses fruits, bien que l'éloignement de l'hôpital de tout grand centre urbain ait été incontestablement un handicap majeur.

Pour Ravenel, la politique de secteur est en train de franchir un nouveau pas. L'hôpital a parmi ses projets, outre la multiplication des conventions avec différents établissements dans le but de parfaire l'intégration de la psychiatrie dans la société, la mise en place de structures inter-sectorielles. L'inter-sectorialité ne doit pas être vue comme un recul dans la démarche de soins, c'est au contraire savoir réunir les compétences humaines et matérielles afin de répondre à des demandes nouvelles comme notamment la population alcoolique, l'accroissement de la toxicomanie et ses conséquences médicales et sociales.

L'hôpital Ravenel offre un espace ouvert et libre aux personnes ayant recours à ses compétences et tout ceci en vue d'améliorer l'aspect humain à travers les maladies psychiatriques.

PREMIERE PARTIE :
LA SCHIZOPHRENIE

I. GENERALITES

Si le corps peut être malade, l'esprit peut également être victime de maux plus ou moins graves, comme les névroses ou les psychoses pour ne nommer que les plus connus. En effet de nombreux troubles menacent parfois l'équilibre mental.

1. Les névroses

Les névroses sont des maladies psychiatriques relativement bénignes dans la mesure où elles ne s'accompagnent pas de désorganisation de l'esprit. Un névrosé n'est pas un « malade mental » et ne le deviendra pas. Ces pathologies sont assez sérieuses néanmoins pour entraîner une gêne sociale notable chez ceux qui en souffrent et avoir un retentissement important sur leur vie socio-affective. (41)

2. Les psychoses

Les psychoses sont des troubles qui peuvent se présenter sous de nombreuses formes : bouffée délirante aiguë, paranoïa, schizophrénie... Le point commun entre toutes est la perte plus ou moins durable et plus ou moins permanente de contact avec la réalité, l'apparition d'un délire. Les psychoses, terme générique, désignent un ensemble de maladies mentales parmi lesquelles on distingue les psychoses aiguës des psychoses chroniques. Parmi celles-ci figurent principalement le groupe des schizophrénies, pathologies à la symptomatologie riche, revêtant des formes cliniques variées. La vie psychique perd alors son unité et sa stabilité pour aboutir à la dissociation. (6) (35)

La dissociation se définit *«comme un trouble des fonctions normalement intégrées : l'identité, la mémoire, la conscience et la perception de l'environnement»*. *« De nouvelles approches neurobiologiques des troubles dissociatifs proposent l'intégration des données de neuroimagerie anatomique et surtout fonctionnelle à des études biologiques (lipides) et endocrinologiques, afin de proposer des modèles neurobiologiques spécifiques. Au-delà de la singularité inhérente à la rencontre psychothérapeutique, l'approche thérapeutique varie en fonction des comorbidités fréquemment associées »*. (47)



Image 2 : auteur anonyme

II. DEFINITION (41)

Le mot schizophrénie vient des mots grecs :

- *skhizein* qui signifie perte de l'unité.
- *phren* qui signifie esprit.

Le résultat de cette perte d'unité psychique est une triple incohérence entre :

- La pensée.
- Les propos.
- Les comportements.

Les schizophrénies débutent à l'adolescence ou chez l'adulte jeune (avant 30 ans). Il existe diverses formes de schizophrénie, certaines sont très symptomatiques, d'autres sont beaucoup plus discrètes. Le schizophrène ne construit pas « son monde » en relation avec les autres. Sa pensée se replie sur elle-même dans un fonctionnement de type autistique qui perturbe la relation à l'autre. (33)

Que l'on se réfère aux critères du DSM-IV (quatrième version du Manuel Diagnostic et Statistique des troubles mentaux) qui est la classification américaine de référence la plus utilisée dans le domaine psychiatrique ou à ceux de la CIM 10 (Classification Internationale des Maladies) qui est la version européenne mais possédant sa propre codification (c'est d'ailleurs cette classification qui est utilisée à l'hôpital Ravenel), la schizophrénie est un état pathologique caractérisé par une rupture de contact avec le monde environnant, par le retrait de la réalité, une pensée autistique. (5)

La schizophrénie reste entachée de multiples tabous et suscite encore de nombreuses craintes irrationnelles, d'idées inexactes ainsi que de multiples fantasmes circulant autour d'elle. La bizarrerie de certaines attitudes et les difficultés de communication que la schizophrénie induit, les théories causales souvent contradictoires impliquant la famille et l'incompréhension qui en résulte y participent également. Le diagnostic de schizophrénie reste donc encore trop fréquemment associé au rejet et à l'exclusion.

Cependant les récentes avancées des connaissances et des traitements ont modifié la perception de la maladie et son pronostic sachant que son évolution se fait pour un tiers vers

l'amélioration (19), à défaut d'une réelle guérison (2), pour un deuxième tiers vers une certaine stabilisation, la pathologie restant très active dans un dernier tiers.

Encore aujourd'hui bien des questions demeurent sans réponse sur les origines ou le déclenchement de la schizophrénie mais aucune piste n'est négligée. Les hypothèses les plus diverses sont étudiées, orientant les chercheurs vers les domaines les plus variés (immunologique, génétique, biomoléculaire, neuropsychologique, psychanalytique) sans minimiser pour autant les facteurs sociaux et familiaux qui jouent un rôle important dans la genèse de cette maladie.

III. HISTORIQUE (32)

La description de la schizophrénie en fait une maladie relativement récente puisque sa conceptualisation remonte à la seconde moitié du XIX^e siècle, bien que les symptômes aient été observés depuis bien plus longtemps. Des accusations de sorcellerie, soutenues par l'incompréhension et la crainte, ont pu conduire des schizophrènes vers les bûchers ou d'autres types d'exécutions. Tel pouvait être le sort réservé aux malades. Ainsi, toute personne présentant des comportements anormaux, risquait une fin funeste. (20)

Le premier diagnostic de schizophrénie fut établi en 1809 par un médecin français, Philippe PINEL. Par la suite, en 1860, MOREL chercha l'étiologie organique de la pathologie et évoqua le concept de dégénérescence mentale. Ainsi la schizophrénie était une dégradation du cerveau à l'origine des symptômes de la pathologie. (37)

En 1895, KRAEPELIN définit la « démence précoce » et c'est donc à cette époque que les premiers symptômes positifs comme les hallucinations sont repérés. Puis HECKER décrit la schizophrénie hébéphrénique où prédomine la symptomatologie dissociative et déficitaire, avec une pauvreté ou une absence du délire exprimé. Par la suite, KAHLBAUM précise la catatonie, comme un défaut de mouvement pointant le déficit psychomoteur.

C'est en 1911 que BLEULER propose finalement le terme de schizophrénie qui signifie esprit divisé. Ce médecin met en exergue la dissociation psychique.

Par la suite, en 1959, SCHNEIDER tente de spécifier les critères diagnostiques de la schizophrénie et FEIGNHER, entres autres, poursuivra les travaux entrepris.

FREUD a traité la schizophrénie par la psychanalyse en la décrivant comme une faiblesse dans le développement du moi. (45) Il précisait que « *la caractéristique essentielle de la schizophrénie portait sur les changements dans les relations du patient avec son entourage* ».

Ce n'est qu'en 1950 que les neuroleptiques sont découverts. Les molécules ont apporté de grands progrès dans la prise en charge des schizophrènes. En effet jusqu'alors les thérapeutiques n'étaient que très limitées, se réduisant principalement à l'isolement, et aux thérapeutiques physiques (contentions, hydrothérapie). (4)

Les effets cliniques des neuroleptiques sont la sédation des états d'excitation et d'agitation ainsi que la réduction progressive des troubles psychotiques aigus et chroniques. Depuis, la recherche sur les neuroleptiques n'a cessé de croître.

Le schizophrène le plus célèbre est sans doute Vincent VAN GOGH.

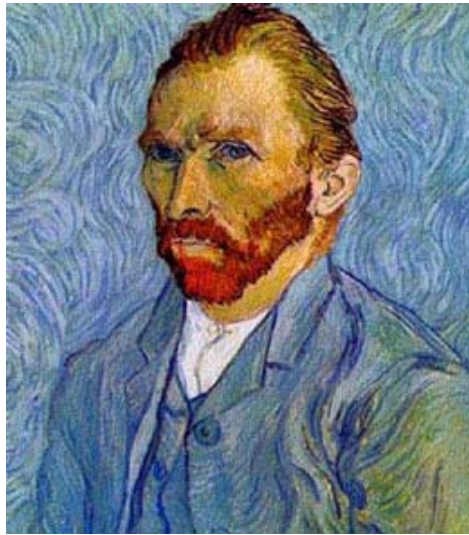


Image 3 : autoportrait de VAN GOGH

IV. EPIDEMIOLOGIE (40)

La schizophrénie existe probablement depuis que l'Homme existe et la description de symptômes y faisant penser est déjà retrouvée dans des textes anciens datant de 2500 ans avant notre ère.

Dans la population générale, la prévalence de la schizophrénie est estimée à 1% sur la vie entière. Chaque année, deux nouveaux cas pour 10 000 habitants apparaissent ce qui représente près de trois millions de sujets atteints et 90 000 nouveaux cas par an en Europe.

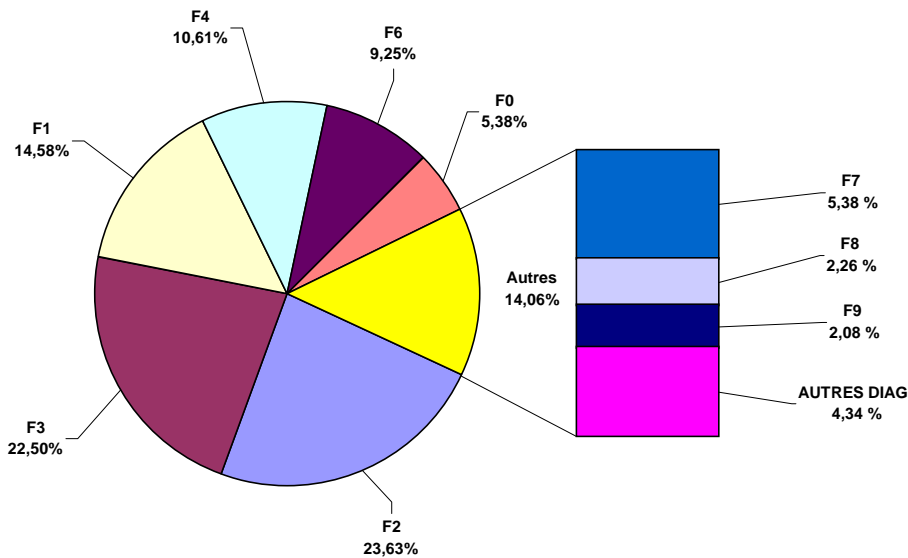
En France, on estime à 600 000 le nombre de schizophrènes. L'espérance de vie de ces patients est en moyenne de 10 ans inférieure à celle de la population générale. 40% tenteront de mettre fin à leurs jours et 10% décéderont par suicide.

C'est une maladie « ubiquitaire », c'est-à-dire présente sous toutes les latitudes et dans toutes les cultures. Le profil symptomatique et psychopathologique présente d'étonnantes similitudes dans tous les pays et apparaît comme indépendant des variations socioculturelles.

Pour l'étude qui nous intéresse sur l'hôpital Ravenel, la population des patients accueillis a fait l'objet d'une étude statistique, les pathologies schizophréniques représentant 23,63% des diagnostics enregistrés.

File active par grand groupe diagnostique selon CIM 10

(Certains patients ont eu plusieurs Dossier Patients différents)



Graphique I : représentation de la répartition des différents diagnostic à Ravenel.

F1 : Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives.

F2 : Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants.

F3 : Troubles de l'humeur.

F4 : Troubles névrotiques, liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes.

F5 : Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques.

F6 : Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte.

F7 : Retard mental.

F8 : Troubles du comportement psychologiques.

F9 : Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance ou à l'adolescence.

Cette comparaison avec les autres diagnostics présents sur le site de Ravenel n'a pu être faite que sur l'année 2006 ; néanmoins aucune explication ne pourrait justifier des variations notables pour les années précédentes. Pour ces raisons, nous pouvons extrapoler sur la période 2000-2006, et ainsi exploiter les résultats de cette étude pour argumenter les observations faites par la suite.

1. Résultats d'ensemble.

Le nombre de patients pour lesquels les données ont été fournies s'élève à 7094. Ce chiffre permet d'estimer la population suivie dans l'ensemble de l'hôpital pendant la durée de l'enquête soit sept années.

Les résultats présentés ici concernent les patients schizophrènes. Leurs modalités de prise en charge et leurs caractéristiques socio-démographiques sont comparées à celles de l'ensemble des patients présentant un autre diagnostic.

2. Nature de la prise en charge.

La nature de la prise en charge peut être définie par le secteur de rattachement et par le mode de prise en charge en temps complet, temps partiel ou ambulatoire.

L'hospitalisation à temps complet (ou encore à temps plein) est l'hospitalisation durant laquelle le patient est hébergé à l'hôpital et installé physiquement dans un lit (y sont comptabilisées les séjours où le patient passe au moins une nuit à l'hôpital).

L'hospitalisation à temps partiel, de jour ou de nuit, permet notamment la mise en œuvre d'investigations à visée diagnostique, d'actes thérapeutiques, de traitements médicaux séquentiels, de traitements de réadaptation fonctionnelle ou d'une surveillance médicale. Les hospitalisations de nuit accueillent des malades dont l'état de santé autorise une vie diurne (professionnelle, sociale) à l'extérieur de l'hôpital mais justifie encore le recours partiel au « contenant » hospitalier.

2.1 Secteur de rattachement.

TOUS SEJOURS PRIS EN COMPTE				
unités admissions	FA	Nb SejAdm	Nb SejMed	DMS-PMSI
COLISEE	249	413	454	21,75
CHOPIN	346	743	911	18,46
ESQUIROL1	290	431	451	28,09
ARTAUD	374	813	920	18,51
ROUSSEAU	319	606	665	25,53
U.I.A.O.	307	377	381	1,11

Tableau I : Répartition des patients schizophrènes dans les différents secteurs.

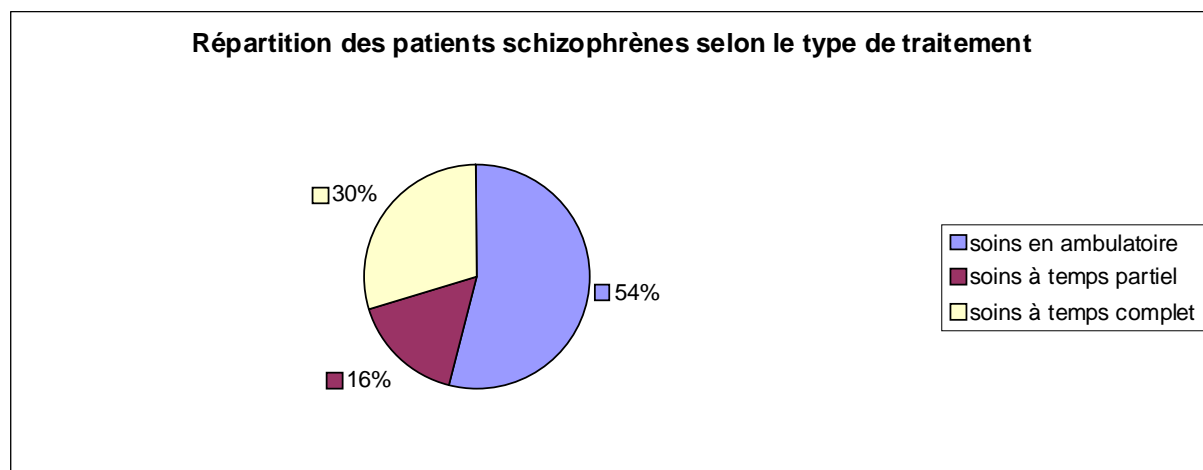
FA : file active, nombre de patients.

Nb SejAdm : Nombre de Séjours Administratif, sert principalement à la facturation.

Nb SejMed : Nombre de séjours Médicaux, sert au suivi du patient.

DMS-PMSI : Durée Moyenne de Séjour et Programme de Médicalisation et Système d'information.

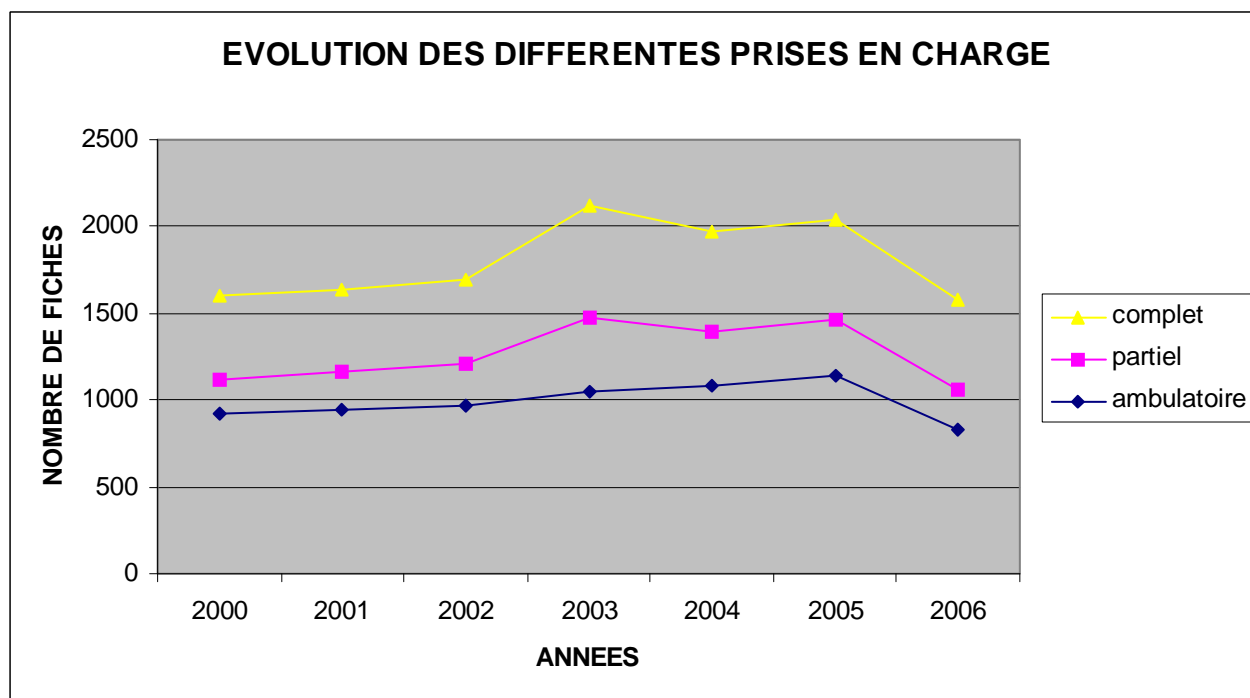
2.2 Type de traitement.



Graphique II : Répartition des patients selon le type de traitements.

Les schizophrènes se distinguent très nettement des autres patients par un pourcentage plus élevé d'hospitalisation à temps complet et temps partiel. En effet pour les autres diagnostics, par exemple anxiété ou dépression, le traitement ambulatoire est très nettement supérieur (de l'ordre de 75%).

Nous serions en droit de croire que cette répartition ne fut pas toujours la même. L'évolution de cette prise en charge est démontrée avec le graphique suivant.



Graphique III : Evolution des prises en charge durant l'étude.

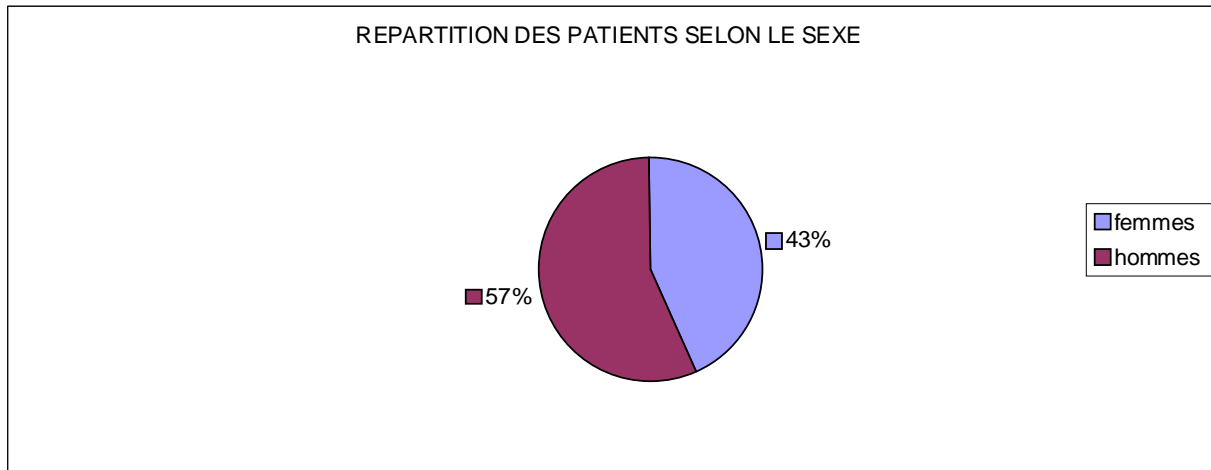
Selon les courbes évolutives des différentes prises en charge, plusieurs constatations peuvent être faites :

- Tous les types de prise en charge ne cessent de progresser jusqu'en 2005.
- Aucune de ces courbes ne montre la substitution d'une prise en charge par une autre, en effet l'écart inter-courbe est quasi constant.
- Une chute artificielle est néanmoins repérée dans les divers domaines pendant l'année 2006. Cet événement est sans doute imputable à un recueil incomplet des bases de données informatiques.

Ces observations permettent ainsi de faire le point sur l'évolution ces dernières années de la prise en charge du trouble schizophrénique.

2.3 Situation socio-démographique

2.3.1 SEXE

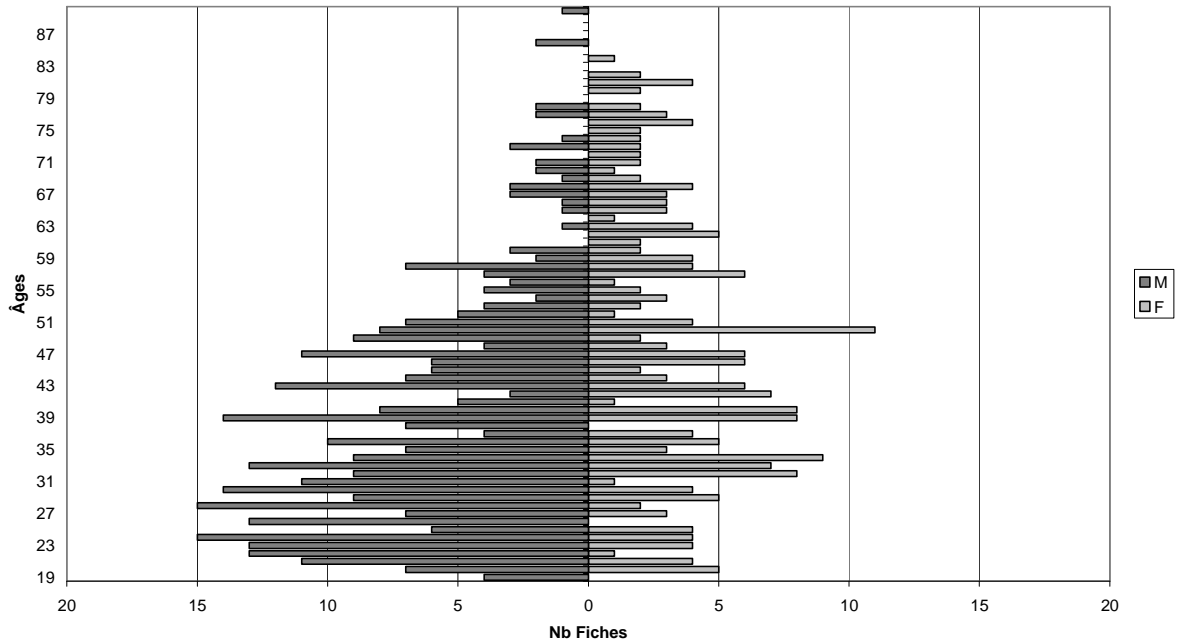


Graphique IV : Répartition selon le sexe des patients.

Les patients schizophrènes traités à Ravenel sont majoritairement des hommes (57% versus 43%), cet écart de pourcentage s'observe pour tous les types de suivi (temps complet, temps partiel, ambulatoire), bien sûr dans des valeurs variables mais toujours dans le même sens de répartition.

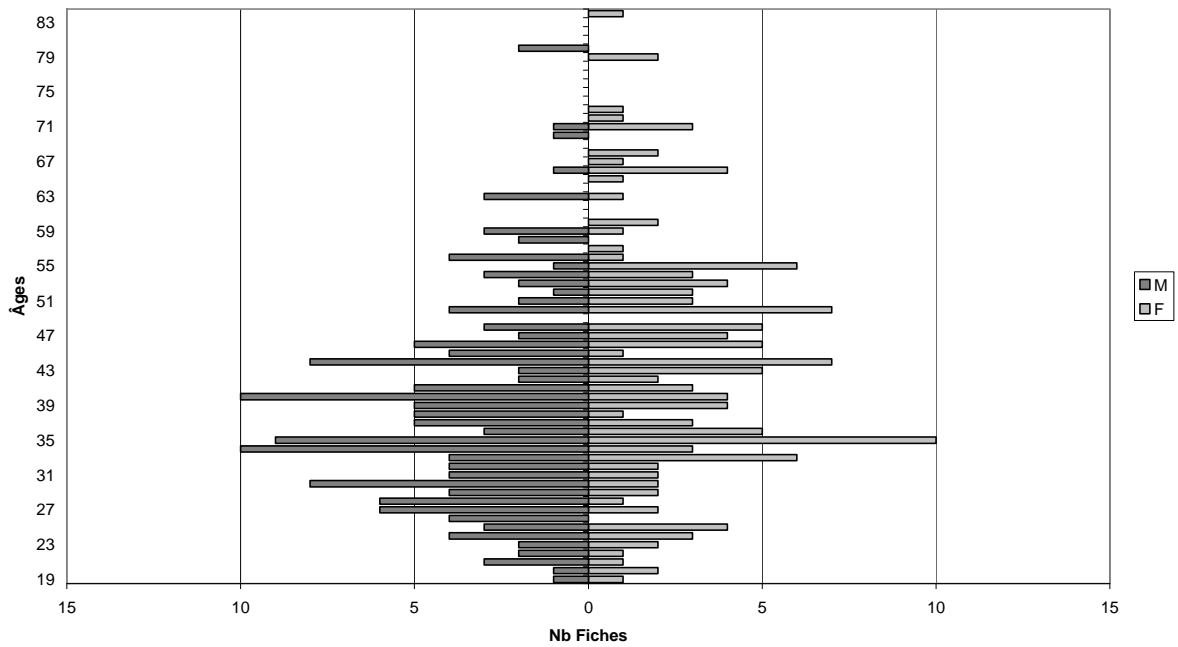
2.3.2 AGE

Pyramide des âge des patients F2 de plus de 18 ans suivis en Hospitalisation complète



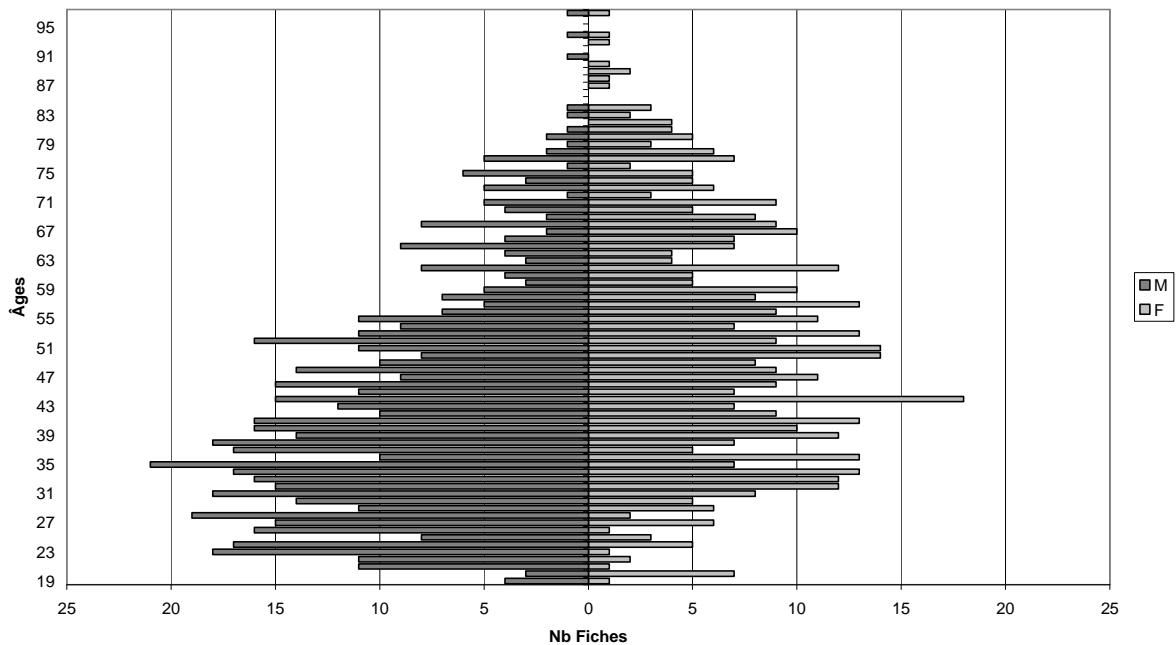
Graphique V : Pyramide des âges des patients en Hospitalisation complète.

Pyramide des âges des patients F2 de plus de 18 ans suivis en Hospitalisation partielle



Graphique VI : Pyramide des ages des patients en Hospitalisation partielle.

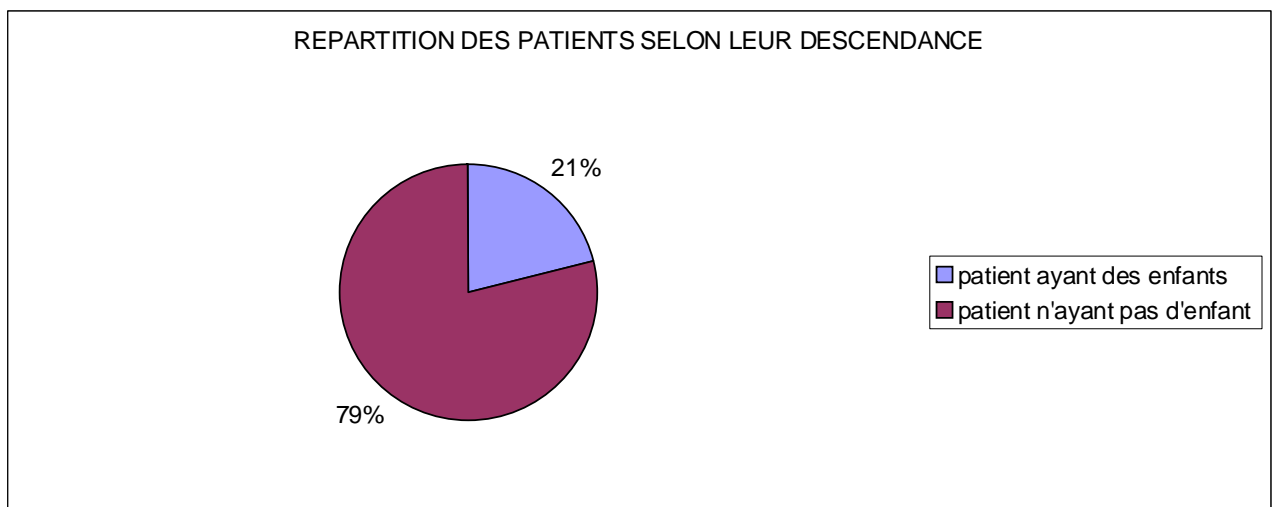
Pyramide des âge des patients F2 de plus de 18 ans suivis en Ambulatoire



Graphique VII : Pyramide des âges des patients en ambulatoire.

Dans tous les types de prise en charge une même observation peut être faite : les schizophrènes se concentrent majoritairement entre 20 et 55 ans. Mais les hommes développent les troubles schizophréniques plus précocement que les femmes. Ainsi la courbe des hommes présente un pic vers 30 ans, alors que celle des femmes montre une recrudescence à l'âge de 37 ans.

2.3.3 NOMBRE D'ENFANTS

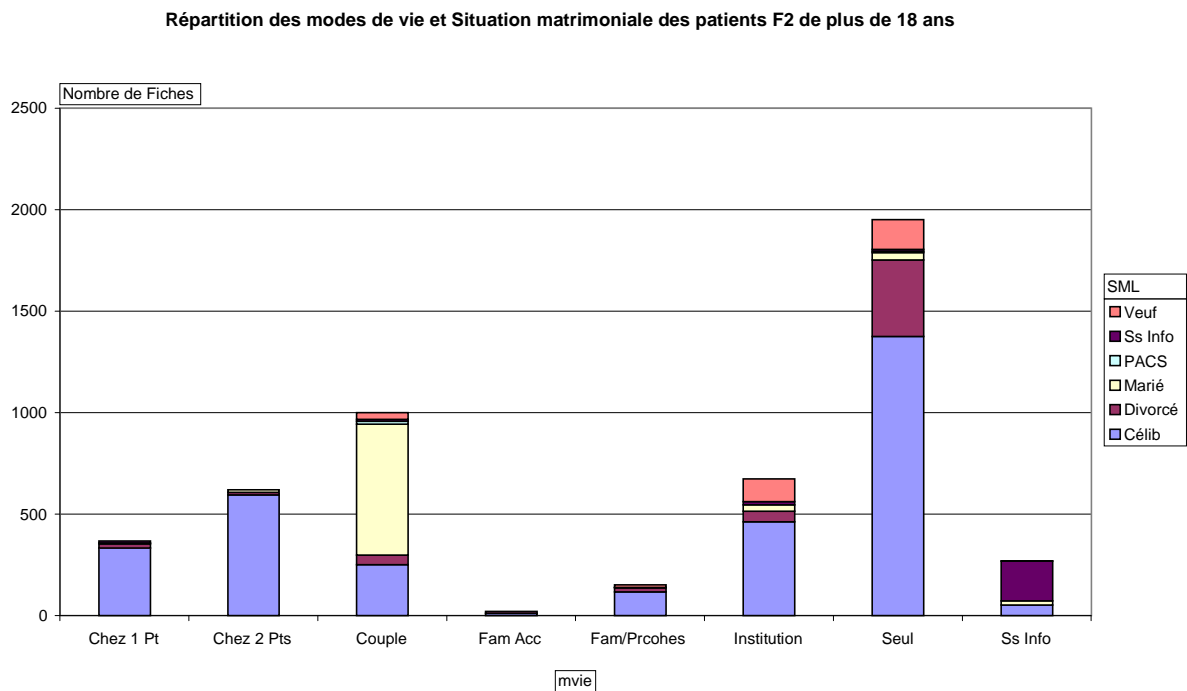


Graphique VIII : Répartition des patients selon leur descendance.

Plus des $\frac{3}{4}$ des schizophrènes (79%) n'ont pas d'enfant, ce qui représente un écart important en comparaison des autres pathologies dont 50% des patients ont au moins un enfant.

Ceci s'explique en partie par l'apparition des premiers symptômes à des âges très précoces rendant de ce fait la vie parentale plus complexe.

2.3.4 MODE DE VIE ET SITUATION MATRIMONIALE LEGALE



Graphique IX : Répartition des patients en fonction de leur mode de vie.

Ce graphique met en évidence le fait que les patients souffrant de schizophrénie vivent en grande majorité seul ou habitent dans le cercle familial proche des parents (chez un parent + chez deux parents + fam/Proches). A l'inverse, la vie en couple et la vie en institution sont relativement minoritaires.

Ainsi la schizophrénie est une maladie posant un grand nombre de difficultés dans la vie courante et confine le patient dans un isolement social relatif ou se limite au cercle familial.

Par ailleurs, l'observation qui s'impose est qu'un schizophrène est un patient essentiellement célibataire, mais qu'il est préférentiellement marié lorsqu'il vit en couple.

3. CONCLUSION

Les patients schizophrènes représentent un peu moins du quart des patients observés au cours des cinq années d'étude. Il ne faut pas oublier qu'une observation par coupe transversale tend à sur-représenter les pathologies chroniques et de prise en charge intensive. En effet, un patient qui revient souvent à l'hôpital a plus de chances de rentrer dans l'observation qu'un patient vu deux ou trois fois par an. Or les schizophrènes sont d'ordinaire suivis ou hospitalisés régulièrement. De ce fait, le « poids » relatif des patients schizophrènes trouvés pour cette observation ne peut être strictement extrapolé à la file active annuelle des patients.

Ainsi, par rapport aux autres patients, les schizophrènes sont mis en exergue dans les soins hospitaliers temps complet et temps partiel. Néanmoins, ils sont majoritairement suivis en ambulatoire.

Pour les soins ambulatoires, près d'un patient schizophrène sur cinq reçoit des soins à domicile. Pour ceux en soins à temps partiel, ils sont plus souvent que les autres patients en accueil familial thérapeutique.

V. HYPOTHESES ETIOPATHOGENIQUES (49)

La schizophrénie est une pathologie dont l'expression clinique est complexe et dont les facteurs étiologiques semblent multiples. Ils ont suscité de nombreuses hypothèses étiopathogéniques établissant la relation entre une cause et le mécanisme de la maladie, mais aucune des voies de recherche ne s'est à ce jour avérée totalement satisfaisante, du moins quant à son exclusivité causale. En effet un seul facteur ne peut expliquer l'apparition d'une maladie de type schizophrénique et c'est pour cela que l'hypothèse multi-factorielle est peu à peu devenue prédominante.

L'intégration des différentes données issues de toutes les hypothèses étiopathologiques permettant de rendre compte des phénomènes observés dans la schizophrénie au sein d'un modèle dit « intégratif » est une des voies de recherche actuellement les plus prometteuses. Les principales hypothèses sont présentées par la suite.

La schizophrénie est une maladie qui touche le fonctionnement des neurones. Les neurones communiquent entre eux grâce à des messagers chimiques appelés neuromédiateurs. La dopamine est le neuromédiateur probablement le plus impliqué dans la maladie, mais il n'est pas le seul.

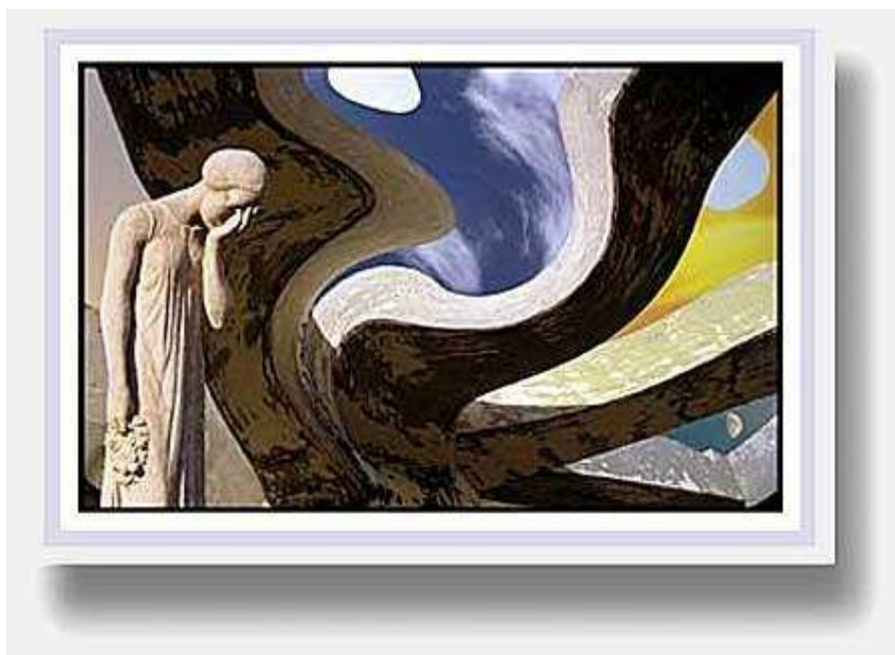


Image 4 : Auteur anonyme

1. Hypothèses biologiques (22) (38)

1.1 Hypothèse dopaminergique

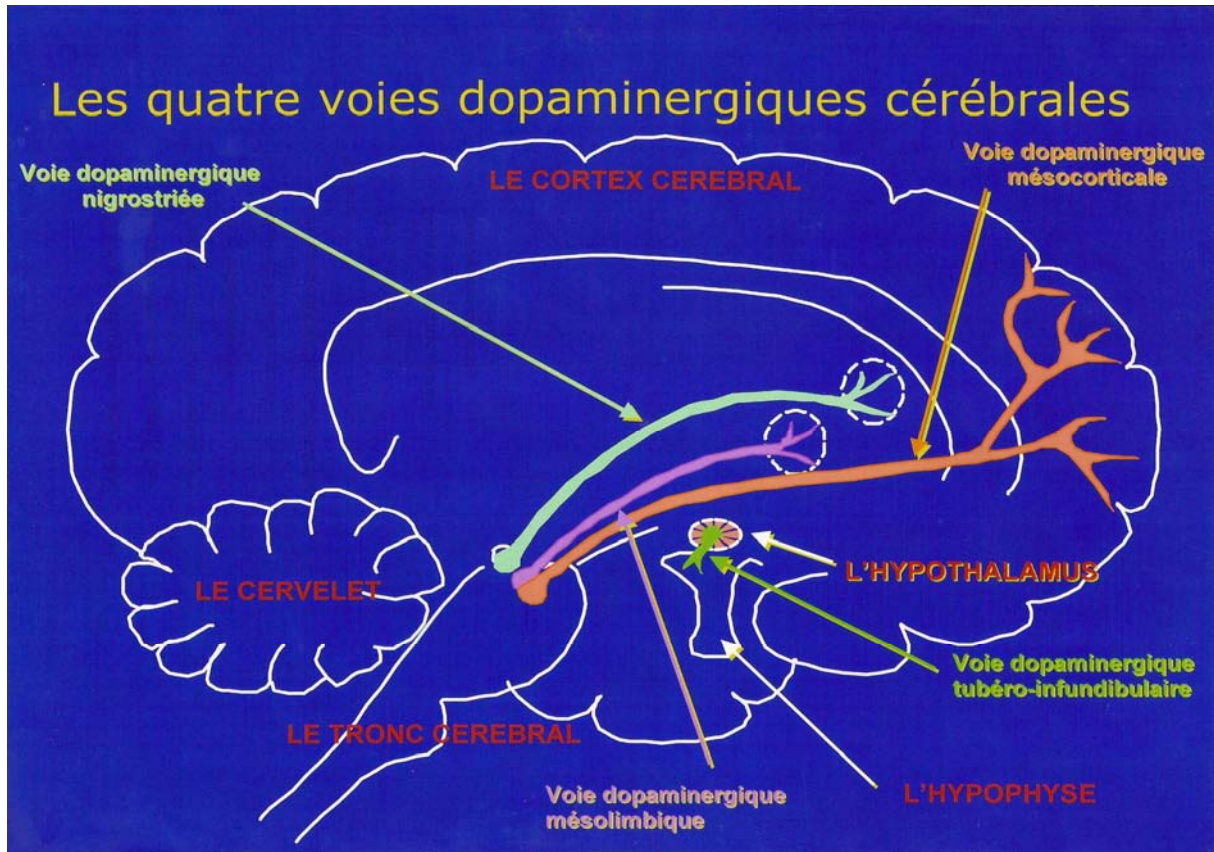


Figure 4 : schématisation des voies dopaminergiques d'après l'étude SOLEDUC

D'après SEEMAN, « une première confirmation fut apportée par les travaux montrant une corrélation étroite entre des doses de neuroleptiques utilisées en clinique humaine et la constante de dissociation de ceux-ci pour les récepteurs dopaminergiques ». La schizophrénie pourrait être due à un dysfonctionnement du système dopaminergique. En effet, un excès de dopamine (augmentation de synthèse ?, diminution de dégradation ?, anomalies des récepteurs ?) sous-tendrait les symptômes productifs (délire, hallucinations...).

Cette hypothèse semble étayée par le fait que les médicaments comme l'halopéridol qui est une molécule aux activités antidopaminergiques bloque les récepteurs D₂ et atténue les symptômes productifs de la maladie.

Toutes les substances antipsychotiques qui sont utilisées aujourd'hui sont, en fait, liées aux récepteurs D₂ qu'elles bloquent dans le cerveau. Cependant, l'hyper-dopaminergie ne

semble pas impliquée dans la sémiologie négative (retrait, catatonie, inhibition...), ce qui est étayé par l'inefficacité des antipsychotiques classiques sur cette symptomatologie.

Les signes négatifs pourraient renvoyer à un hypofonctionnement dopaminergique au niveau frontal (comme le reflète le nombre réduit de récepteurs D₁ dans le cortex préfrontal).

En résumé, les hypothèses neurobiologiques actuelles plaident pour :

- une hyperactivité du système dopaminergique mésolimbique dans les symptômes positifs,
- et une hypoactivité du système dopaminergique mésocortical et frontal dans les symptômes déficitaires.

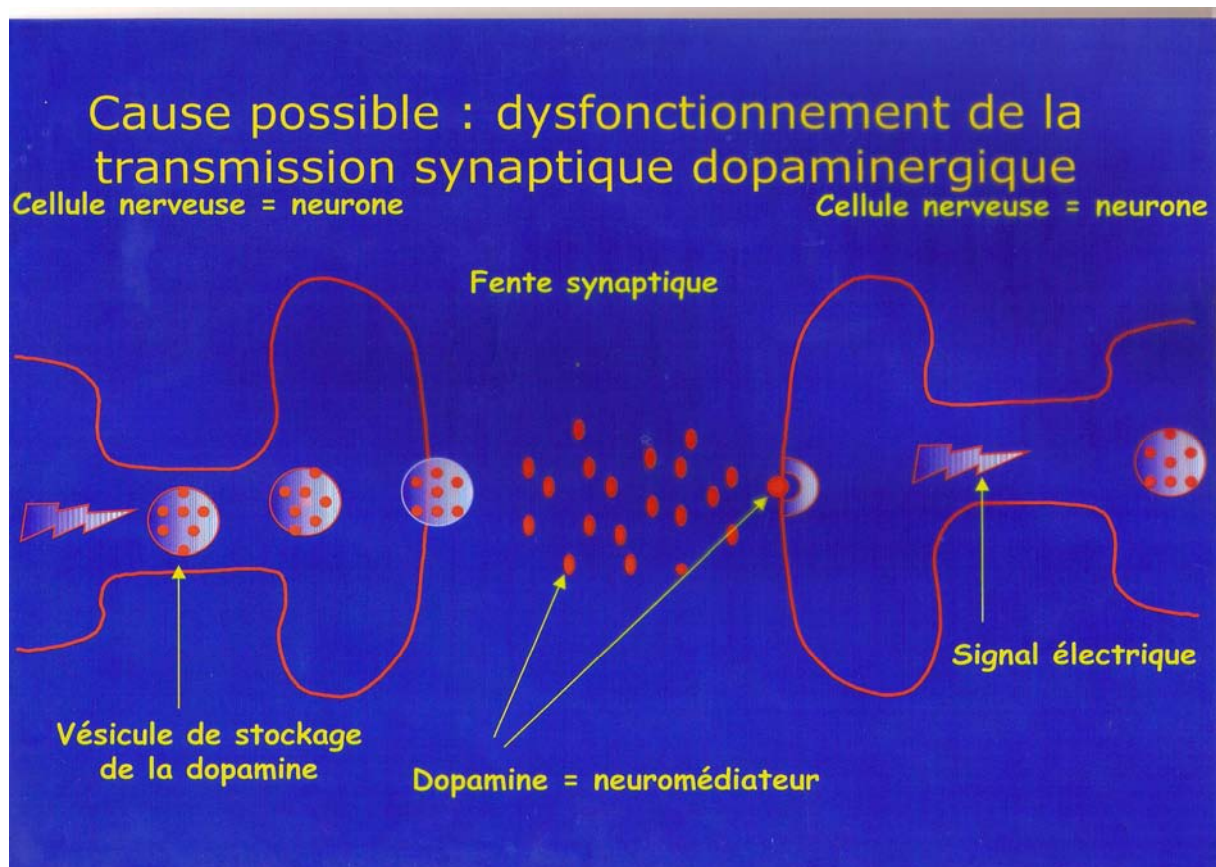


Figure 5 : Dysfonctionnement de la transmission dopaminergique d'après l'étude SOLEDUC

Des recherches sont en cours pour mieux comprendre cette maladie et pour améliorer les traitements proposés.

1.2 Hypothèse du système sérotoninergique dysfonctionnel (22)

Il y aurait une implication du système sérotoninergique dans la physiologie de la schizophrénie : sous forme d'une hyperactivité des récepteurs 5HT₂, indirecte en modulant la libération de la dopamine.

Cette dysrégulation de la sérotonine pourrait rendre compte de l'efficacité des antipsychotiques dits atypiques aussi appelés neuroleptiques de seconde génération (clozapine, rispéridone, olanzapine) qui sont préférentiellement des antagonistes des récepteurs 5HT_{2A}. Cette action aurait un rôle dans la réduction de certains symptômes psychotiques (préférentiellement sur ceux de la série dissociative) et pourrait diminuer le risque de mouvements anormaux liés à l'antagonisme des récepteurs D₂.

1.3 Hypofonctionnalité du système glutaminergique cortical et sous-cortical (22)

Elle a pour conséquence un dysfonctionnement des systèmes GABAergiques et une activation des systèmes dopaminergiques mésolimbiques. Les antagonismes du récepteur glutaminergique NMDA comme la phencyclidine ou la kétamine, induisent des symptômes schizophrénic-like, sous forme de difficultés mnésiques, d'attention et de langage à faible posologie, et des troubles psychotiques aux posologies élevées.

L'hypothèse glutaminergique stipule qu'un déficit sous-cortical des systèmes glutaminergiques serait délétère pour la cognition (comme pour le développement du SNC) et favoriserait une hyperactivité dopaminergique ; l'administration de glycine s'est montrée efficace dans une étude ouverte, ce qui va dans le sens de cette hypothèse, puisque la glycine agit comme co-agoniste sur le récepteur NMDA.

A l'inverse, une hyperactivité glutaminergique a été évoquée, qui serait excito-toxique, notamment lorsque le stress active le système glutaminergique. Cette contradiction pourrait n'être qu'apparente, dans la mesure où les antagonistes NMDA aboutissent à une libération augmentée de glutamate, par divers mécanismes, dont l'inhibition des hétéro-récepteurs NMDA sur des neurones GABAergiques inhibiteurs.

2. Hypothèses génétiques (20) (30)

Les sujets dont un parent proche souffre de schizophrénie, ont une probabilité plus élevée de développer cette pathologie que les sujets ne présentant pas de membre de leur famille atteint. Ainsi le jumeau monozygote (ou encore vrai jumeau) d'un patient souffrant de schizophrénie a un risque allant jusqu'à 40 à 50% de développer lui aussi la maladie.

Ceci souligne l'importance du facteur génétique mais également le fait que, à patrimoine génétique identique, de nombreux autres facteurs peuvent entrer en ligne de compte.

En fait, la schizophrénie ne peut pas apparaître comme une maladie de transmission génétique simple mais plutôt comme une maladie à la fois plurifactorielle et polygénique, c'est-à-dire faisant intervenir plusieurs gènes. Cette notion conduit à intégrer celle d'une vulnérabilité sous-tendue à la fois par les aspects génétiques mais également non génétiques.

Certain sujets présenteraient une vulnérabilité pouvant s'exprimer dans un certain nombre de circonstances mais également dans certains contextes d'environnement. Différents travaux visant à développer des marqueurs de vulnérabilité, soit chez les sujets atteints soit dans l'entourage familial, sont en étude. On parle ainsi d'endophénotypes qui sont des signes cliniques, neurochimiques ou électrophysiologiques associés à la maladie et témoins de troubles élémentaires du traitement de l'information. Ils sont stables dans le temps, ne sont pas induits par les thérapeutiques et peuvent être observés dans les familles de patients atteints y compris chez les sujets non schizophrènes.

Les facteurs génétiques sont donc essentiels mais insuffisants au développement de la schizophrénie.

Parallèlement aux études génétiques, des observations épidémiologiques répétées permettent aujourd'hui d'affirmer que le risque de voir survenir une schizophrénie est augmenté par un certain nombre de conditions environnementales dont la plupart ont pour particularité d'intervenir au cours du développement fœtal ou infantile. Ces facteurs dont la liste s'étend peu à peu sont successivement évoqués.

3. Hypothèses infectieuses (37)

Il pourrait y avoir une origine virale, bactérienne, et parasitaire.

Borna virus, le virus de l'influenza a été étudié dans ses rapports à la schizophrénie. Une association entre ce virus et des pathologies mentales comme la schizophrénie a été suggérée sur la base de plusieurs études sérologiques.

Infection bactérienne : la participation infectieuse dans le développement de la schizophrénie a été évoquée sur la reconnaissance d'un déséquilibre saisonnier des naissances chez les patients schizophrènes, très évocateur d'infections saisonnières.

Sur le plan parasitologique, la toxoplasmose semble également accroître le risque de schizophrénie. Chez l'adulte, une infection aiguë par le toxoplasme peut produire des symptômes positifs de type schizophrénique comme un délire ou des hallucinations.

4. Hypothèses psychanalytiques

Pour certains psychanalystes cette pathologie serait une « dysfonction du moi ». Cette psychose serait une défense pathologique d'une structure de personnalité archaïque pour se protéger inconsciemment d'un monde extérieur hostile.

5. Hypothèses cognitives

La schizophrénie se résumerait à un trouble du traitement de l'information (anomalies d'inhibition, de sensibilité aux interférences, de l'attention sélective ou de la mémoire de travail). L'hypothèse d'un trouble des fonctions cognitives supérieures en serait une des possibles (planification de l'action, conscience, métareprésentation).

6. Hypothèse socio-environnementale et psychologique

Plusieurs études épidémiologiques ont mis en évidence l'implication de facteurs environnementaux et sociaux, en particulier la vie en milieu urbain, dans l'augmentation du risque de survenue d'une pathologie schizophrénique chez des sujets vulnérables. Mais

l'observation de la présence de schizophrénie dans toutes les cultures fait ombrage à la proposition d'une causalité socio-environnementale universelle.

De nombreux auteurs ont insisté sur l'importance de certaines modalités d'interactions intrafamiliales comme facteurs favorisant l'émergence d'une pathologie schizophrénique. Toutefois, il pourrait davantage s'agir de facteurs d'aggravations de la maladie que de facteurs de causalité étiopathogénique.

VI. SEMIOLOGIE

1. Les hallucinations (36)

L'hallucination est la perception de quelque chose qui n'existe pas, que les autres ne peuvent pas percevoir, mais qui fait partie de la réalité de l'halluciné. « Pour moi, c'est vrai ! » comme les patients peuvent l'expliquer lors des entretiens avec le médecin.

Les hallucinations peuvent toucher les cinq sens, que nous avons choisi d'illustrer par les exemples suivants.

1.1 Hallucinations auditives

Dans l'unité Chopin de l'hôpital Ravenel, Mme R « entend les balles de *pistolet* siffler autour d'elle ». Pourtant, elle ne voit ni les balles ni les personnes armées.

1.2 Hallucinations visuelles

Mme R voit des tigres et des lions se promener librement dans le service, animaux qui peuvent parfois s'attaquer à elle, et exclusivement à elle.

1.3 Hallucinations olfactives

M T sent une odeur désagréable dans sa chambre qui, selon lui, serait celle du gaz. Plusieurs membres de l'équipe soignante et du personnel de maintenance se sont déplacés jusqu'à sa chambre afin de détecter une fuite éventuelle, mais les résultats ont toujours été négatifs. Cette plainte a alors été rattachée à une hallucination olfactive.

L'adhésion à cette hallucination était telle que M T qui le réclamait a été finalement changé de chambre ce qui a paradoxalement fait disparaître l'hallucination. Cet événement aurait pu être délicat car un changement pour un patient souffrant de schizophrénie n'est pas toujours souhaitable. Bien évidemment le nouvel occupant de la chambre libérée ne s'est jamais plaint d'odeurs étranges ou inhabituelles.

1.4 Hallucinations gustatives

M L dit avoir un goût de pourri dans la bouche.

Après recherche de mycose dans la cavité buccale, d'analyse des prescriptions pour éliminer une cause iatrogène et un questionnaire plus détaillé sur l'apparition de ce phénomène, l'hallucination gustative a été finalement retenue.

1.5 Hallucinations tactiles

Élémentaires ou plus élaborées, elles intéressent le plus souvent la sensibilité cutanéomuqueuse ou hypodermique : sensations de froid ou d'humidité, de chaud ou de brûlure, de piqûres, de pincements ou de fourmillements, de démangeaisons ou de reptation, voire de grouillement.

M R, avait « *des insectes ou parasites rampant sur la peau* ». Après de multiples visites chez le dermatologue à la recherche d'une éventuelle parasitose cutanée qui se sont toujours avérées négatives, le diagnostic d'hallucination a été posé.

Cependant le vécu hallucinatoire du patient a conduit à d'importantes lésions de grattage.

1.6 Parfois les hallucinations sont intérieures

Elles intéressent la sensibilité corporelle profonde « des ondes dans le corps, *des courants électriques...* », voire des sensations génitales d'orgasme ou de viol. Il existe également des hallucinations psychiques où la pensée devient elle-même objet d'hallucinations. « *Des voix dans ma tête me donnent des conseils ou des ordres ou font des commentaires* ».

2. Les idées délirantes

Les idées délirantes sont des convictions personnelles erronées. Contrairement aux croyances habituelles, il existe une conviction inébranlable rendant le patient insensible à toute argumentation : il est impossible de raisonner logiquement avec lui ; même confronté à des preuves concrètes, il continue de croire fermement à son idée. Les idées délirantes peuvent être associées à des hallucinations ; la conviction n'en est que plus importante. (35)

Les idées délirantes sont fortement associées à la maladie et ainsi sources d'angoisse et de perte de sentiment de contrôle de l'individualité : les sentiments de possession, l'impression que l'on peut lire dans les pensées, voire les entendre (pouvant s'intégrer dans un syndrome très complexe dénommé automatisme mental). Ces idées délirantes créent une perte des limites et un sentiment d'absence totale d'intimité pouvant déboucher sur un syndrome de persécution.

Les formes sont variables. M D d'origine africaine répète sans cesse : « *Je suis le fils de Michael JORDAN et de Whitney HOUSTON* ».

M R, quant à lui, pense que l'on voit son « intérieur » s'il croise le regard de quelqu'un : « *On peut lire ou entendre mes pensées en me regardant* ».

Parfois, les idées délirante trouvent un point d'ancrage dans la réalité, comme ce patient qui, voyant une voiture rouge explique : « *Je crois que c'est un signe et que je suis menacé* ».

Les idées délirantes peuvent ainsi pousser la personne à se sentir menacée, en danger ou à penser qu'on lui veut du mal.

3. Les troubles de la pensée (35)

Si les hallucinations et le délire sont parmi les symptômes les plus spectaculaires, symptômes dits positifs ou productifs, la particularité de la maladie porte sur la désorganisation du processus de la pensée, des émotions et de la perception de sa propre identité. Elle participe à l'impression que possèdent les patients de ne plus maîtriser leur

propre pensée, leurs propres sentiments. D'ailleurs la schizophrénie se manifeste, souvent insidieusement, par un décrochage scolaire, un repli, un isolement.

Les patients peuvent avoir l'impression que leur pensée « s'arrête ». Les troubles de la pensée des schizophrènes restent difficilement communicables et compréhensibles ce qui accentue leur isolement. Certains parviennent cependant à évoquer le sentiment d'avoir « le cerveau en pause » ou d'une perte de contrôle de la volonté.

Cette désorganisation des processus de la pensée peut aboutir à un discours vague parfois totalement incompréhensible, comme vide de sens. Les réponses peuvent être « hors de tout propos » et le raisonnement apparaît comme illogique. Au maximum, le discours peut devenir hermétique avec des néologismes, une altération de la syntaxe, ce qui peut être qualifié de schizophasie. Dans la majorité des cas, après traitement, cette désorganisation s'améliore, au moins partiellement.

4. Les troubles de la vie affective (31) (35)

Ce sont des difficultés à exprimer et à partager ses émotions : « *Mes sentiments se mélangent, ils sont trop forts, ils changent trop vite, ils sont parfois contradictoires, ils sont parfois décalés* ».

La désorganisation de la vie affective atteint les sentiments au point que le patient peut éprouver en même temps deux émotions contradictoires. Ces fluctuations émotionnelles s'expriment parfois par des colères impulsives, notamment vis-à-vis des parents, alors que, dans le même temps, les patients paraissent incapables de vivre sans eux. Cette désorganisation affective conduit à des attitudes paradoxales qui induisent chez les proches une souffrance morale, une culpabilité ou un rejet. Il peut ainsi se créer un cercle vicieux d'agressivité voire de violence, favorisé par l'incompréhension de la maladie.

5. La réduction de l'activité (31) (35)

A certaines périodes et dans des délais relativement courts allant de quelques minutes à quelques heures, un patient peut subir une très forte réduction de l'activité.

En effet les exemples suivants ont été observés dans les différents services de l'hôpital Ravenel :

La communication pour un schizophrène n'est pas chose facile. En effet organiser ou entreprendre une action, voire pour certains tenir une conversation peut nécessiter des efforts importants.

De plus le versant négatif de la symptomatologie peut pousser le patient à passer un grand nombre d'heures à ne rien faire, devant la télévision du service ou ailleurs, à fumer ou à s'allonger sur son lit.

D'autres activités de la vie courante sont ou semblent laborieuses comme entretenir son ménage, faire son lit ou même changer ses vêtements ou se laver.

VII. TROUBLES ASSOCIES



Image 5 : Le cri de MUNCH Edward.

1. Angoisse et anxiété

L'angoisse et l'anxiété sont des troubles émotionnels qui se manifestent par un sentiment d'insécurité. L'anxiété est caractérisée par un sentiment d'appréhension, de tension, de malaise, de terreur face à un péril de nature indéterminée. Elle est souvent exprimée par le patient sous les termes de nervosité ou de soucis. L'anxiété doit être distinguée de la peur qui répond à une situation menaçante et réelle.

On différencie le trouble panique (correspondant à des crises d'angoisse aiguës survenant de manière périodique) et l'anxiété permanente (trouble d'anxiété généralisée), qui affecte les sujets de manière durable. Cette distinction est importante car les traitements sont différents. Le trouble panique bénéficie d'un traitement préventif de la survenue des crises par les antidépresseurs alors que l'anxiété généralisée est accessible aux tranquillisants classiques.

L'anxiété et les soucis excessifs (attente avec appréhension) peuvent s'accompagner de symptômes supplémentaires comme l'agitation, la fatigabilité, les difficultés de concentration, l'irritabilité... mais aussi des symptômes physiques (boule pharyngée, striction thoracique, tachycardie, sueurs, etc....) parfois exprimés sur un mode délirant.

2. La dépression



Image 6 : Auteur anonyme

La symptomatologie dépressive peut survenir très tôt dans la maladie et elle est constatée chez près de 50% des patients. Toutefois, ces symptômes dépressifs sont teintés du processus psychotique sous-jacent.

La dépression qui se manifeste dans le cadre de la schizophrénie est caractérisée par une humeur dépressive ou une diminution de l'intérêt ou du plaisir pour presque toutes les activités mais elle reste atypique par rapport à un état dépressif non schizophrénique par des bizarreries, des hallucinations, une altération du contact.

3. Troubles du sommeil

Les troubles du sommeil sont des troubles dans lesquels le sommeil est non réparateur ou perturbé dans son déroulement. Ils sont relativement fréquents et peuvent aller de la difficulté d'endormissement jusqu'aux réveils nocturnes multiples.

4. Troubles du comportement

L'agressivité se manifeste par une colère conduisant à une hostilité jusqu'à un manque total de coopération, réduisant d'autant les possibilités de communication constructive.

Parfois la violence est marquée, justifiant alors le recours à des moyens de coercition pour la protection du patient lui-même et des personnes environnantes.

5. Abus de substances

Il existe une très forte association entre l'abus de substances et la schizophrénie. La prévalence chez les schizophrènes de l'abus de substances psychoactives serait de 37 à 60%. L'alcool et le cannabis sont les substances les plus consommées, sans parler bien sûr du tabac.

Cette comorbidité serait responsable de certains aspects particuliers du tableau clinique : la maladie aurait un début plus précoce et plus brutal et la forme paranoïde serait la forme la plus fréquente. S'instaurerait plus volontiers l'apparition d'une symptomatologie anxieuse et dépressive, en particulier lors des consommations au long cours. Cette association est responsable d'un pronostic clinique plus défavorable. (33) (42)

L'abus de substances psycho-actives est très fréquent chez les schizophrènes. Il déprécie le pronostic en aggravant la psychopathologie et en réduisant l'observance médicamenteuse ; il semble que le passage de l'abus à la dépendance est plus rapide chez le schizophrène que dans la population générale. Chez les schizophrènes, comme dans la population générale, les produits les plus consommés sont l'alcool et le cannabis (12,71). La dépendance alcoolique concerne 20 à 50% des schizophrènes et au cannabis 15 à 40%.

De plus nous savons depuis longtemps que les schizophrènes fument davantage de tabac que le reste de la population (38) et nous l'observons également à Ravenel. Par rapport à tous les patients psychiatriques, les schizophrènes sont des fumeurs importants, avec une consommation supérieure à un paquet et demi par jour. La dépendance à la nicotine est très fréquente chez les schizophrènes, les patients qui fument se distinguent des abstinents par leur jeune âge, un début des troubles plus précoce ou un nombre d'hospitalisations plus important.

D'un point de vue pharmacologique, la nicotine agit sur les systèmes cholinergiques et dopaminergiques, elle modifie le métabolisme des antipsychotiques. Par ailleurs, les goudrons favorisent l'activité des cytochromes P450_{1A2} qui augmente l'élimination de nombreux psychotropes sous l'action des enzymes hépatiques, ce qui conduit à augmenter la posologie des neuroleptiques (halopéridol, clozapine) chez les fumeurs.

L'impact de l'usage de substances toxiques chez le schizophrène est très significatif par sa fréquence et son retentissement clinique et thérapeutique. Il doit inciter à la recherche de toxiques lors des premiers épisodes mais aussi être évoqué chez un patient connu et traité lors des hospitalisations pour rechute ou diminution de l'observance.

Le traitement de l'abus de substance doit être un axe thérapeutique majeur, parallèlement à la prise en charge de la schizophrénie.

VIII. DIAGNOSTIC (4) (5) (6)

Selon le DSM-IV, le diagnostic repose sur la présence d'un certain nombre de troubles. Il est basé sur un ensemble de signes jugés caractéristiques (critères A) qui doivent avoir été présents pendant au moins un mois mais moins que cela si le patient a reçu un traitement, certains signes devant persister au moins 6 mois (critères B). Ces signes et symptômes doivent être associés à des perturbations fonctionnelles sociales (critères C). Il faut également s'assurer que ces perturbations ne sont pas liées à un état dépressif concomitant ni à un traitement médicamenteux ou à des problèmes intercurrents (critères D et E). Chez les sujets qui relevaient auparavant d'un diagnostic de trouble autistique ou d'un autre trouble envahissant du développement, le diagnostic de schizophrénie ne peut être porté qu'en présence d'un délire ou d'hallucinations manifestes qui doivent être présents pendant plus d'un mois (critères F). Il faut souvent se donner le temps avant d'affirmer le diagnostic.

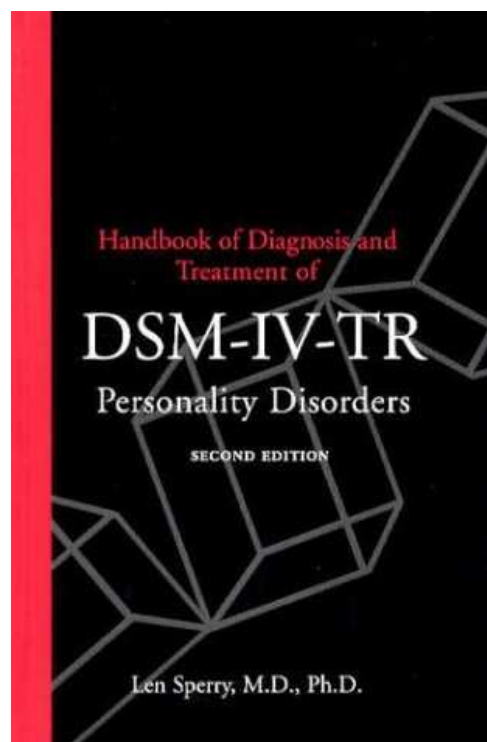


Image 7 : Couverture de la DSM IV.

Fiche diagnostique de la DSM-IV

A. Au moins deux des symptômes suivants :

- (1) idées délirantes
- (2) hallucinations
- (3) discours déstructuré
- (4) comportement déstructuré ou catatonique
- (5) symptômes négatifs

B. Durée : au moins 6 mois.

C. Dysfonctionnement social ou occupationnel

D. Sont exclus les troubles schizo-affectifs et les troubles de l'humeur

E. Sont exclus les troubles dus à des substances ingérées ou des pathologies organiques

F. Sont exclus les troubles de développement (autisme, déficience..)

Types de schizophrénies:

295.30 Schizophrénie paranoïde

295.10 Schizophrénie désorganisée

295.20 Schizophrénie catatonique

295.90 Schizophrénie indifférenciée

295.60 Schizophrénie résiduelle

295.40 Trouble schizophréniforme

On retrouve les critères A, D et E de la schizophrénie, mais l'épisode a duré au moins un mois mais moins de 6 mois.

Selon la CIM-10, les troubles schizophréniques se caractérisent habituellement par des distorsions fondamentales et caractéristiques de la pensée et de la perception, ainsi que par des affects inappropriés ou émoussés. La clarté de l'état de conscience et les capacités intellectuelles sont habituellement préservées, bien que certains déficits des fonctions cognitives puissent apparaître au cours de

l'évolution. Les phénomènes psychopathologiques les plus importants sont : l'écho de la



pensée, les pensées imposées et le vol de la pensée, la divulgation de la pensée, la perception délirante, les idées délirantes de contrôle, d'influence ou de passivité, les hallucinations dans lesquelles des voix parlent ou discutent du sujet à la troisième personne, les troubles du cours de la pensée et les symptômes négatifs.

L'évolution des troubles schizophréniques peut être continue, épisodique avec survenue d'un déficit progressif ou stable, ou bien elle peut comporter un ou plusieurs épisodes suivis d'une rémission complète ou incomplète. On ne doit pas faire un diagnostic de schizophrénie quand le tableau clinique comporte des symptômes dépressifs ou maniaques importants, à moins d'être certain que les symptômes schizophréniques précédaient les troubles affectifs. Par ailleurs, on ne doit pas porter un diagnostic de schizophrénie quand il existe une atteinte cérébrale manifeste ou une intoxication par une drogue ou un sevrage à une drogue.

Fiche diagnostique de la CIM-10

- (F20) Schizophrénie
 - o (F20.0) Schizophrénie paranoïde
 - o (F20.1) Schizophrénie hébéphrénique
 - o (F20.2) Schizophrénie catatonique
 - o (F20.3) Schizophrénie indifférenciée
 - o (F20.4) Dépression post-schizophrénique
 - o (F20.5) Schizophrénie résiduelle
 - o (F20.6) Schizophrénie simple
 - o (F20.8) Autres formes de schizophrénie
 - o (F20.9) Schizophrénie, sans précision

- (F21) Trouble schizotypique

- (F22) Troubles délirants chroniques
 - o (F22.0) Trouble délirant
 - * Etat paranoïaque
 - * Paranoïa
 - * Paraphrénie (tardive)
 - * Psychose paranoïaque

- o (F22.8) Autres troubles délirants persistants
 - * Dymorphophobie délirant
 - * Etat paranoïque d'involution
 - * Paranoïa quérulente
- o (F22.9) Trouble délirant persistant, sans précision

- (F23) Troubles psychotiques aigus et transitoires
 - o (F23.0) Trouble psychotique aigu polymorphe, sans symptômes schizophréniques
 - o (F23.1) Trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques
 - o (F23.2) Trouble psychotique aigu d'allure schizophrénique
 - o (F23.3) Autre trouble psychotique aigu, essentiellement délirant
 - o (F23.8) Autres troubles psychotiques aigus et transitoires
 - o (F23.9) Trouble psychotique aigu et transitoire, sans précision

- (F24) Trouble délirant induit

- (F25) Troubles schizo-affectifs
 - o (F25.0) Trouble schizo-affectif, type maniaque
 - o (F25.1) Trouble schizo-affectif, type dépressif
 - o (F25.2) Trouble schizo-affectif, type mixte
 - o (F25.8) Autres troubles schizo-affectifs
 - o (F25.9) Trouble schizo-affectif, sans précision

- (F28) Autres troubles psychotiques non organiques

- (F29) Psychose non organique, sans précision

IX. FORMES CLINIQUES (4) (5) (6)

La schizophrénie est une maladie qui se présente sous des formes cliniques différentes, parmi lesquelles :

1. La schizophrénie paranoïde

La schizophrénie paranoïde est certainement la forme la plus fréquente. Elle se caractérise par la prédominance des manifestations délirantes. Le délire paranoïde, illogique, bizarre voire impénétrable, est sous-tendu par des manifestations délirantes, hallucinatoires, interprétatives ou intuitives avec différentes thématiques et surtout d'une grande variété. Le syndrome d'automatisme mental qui regroupe des manifestations diverses montrant les sentiments de dépossession de l'intimité de la pensée est caractéristique. Il est relativement rare dans son intégralité mais il permet d'établir le diagnostic. Cette symptomatologie paranoïde est associée à des manifestations de désorganisation ou à une symptomatologie négative, qui ne sont pas au devant de la scène.

2. La schizophrénie désorganisée

La schizophrénie désorganisée est caractérisée par la présence au premier plan de troubles de la pensée comme par exemple un discours confus et totalement incohérent ainsi que la présence de néologismes. Ceci est associé à un comportement en inadéquation avec une situation donnée (une tristesse à un moment où la joie devrait être présente ou inversement).

3. La schizophrénie catatonique

La schizophrénie catatonique se définit par la présence au premier plan de manifestations motrices :

- une catalepsie ou perte momentanée de l'activité musculaire,
- une activité musculaire ou motrice excessive ou surexprimée,
- un négativisme extrême ou un mutisme,
- une forme extrême qui consiste en la répétition des paroles prononcées (écholalie) ou la répétition des mouvements (échopraxie).

4. La schizophrénie indifférenciée

La schizophrénie indifférenciée est la forme qui regroupe le plus grand nombre de symptômes des différentes formes de schizophrénie énoncées précédemment. Elle associe donc des symptômes positifs, de désorganisation ou de catatonie, sans qu'on retrouve de signes prépondérants au premier plan. Il existe fréquemment une association de symptômes, où aucun n'est présent d'une façon prédominante en terme de temps au cours de l'évolution.

X. EVOLUTION (21) (31)

L'évolution de la schizophrénie est très variable. La maladie débute généralement à l'adolescence chez un sujet qui n'avait montré aucun trouble jusque là.

La maladie évolue avec :

- des périodes de perturbation où les symptômes sont nombreux et intenses,
- et des périodes où les symptômes sont soit absents soit présents mais mineurs.

Les périodes de déstabilisation sont souvent provoquées par l'arrêt du traitement, mais les événements stressants de la vie peuvent aussi contribuer à des rechutes. L'hospitalisation n'est cependant pas systématiquement nécessaire. L'évolution est meilleure en cas de traitement régulier.

Par ailleurs, les symptômes sont différents d'un patient à l'autre et peuvent changer au cours du temps chez un même patient.

Quatre aspects évolutifs particuliers de la maladie sont décrits dans la littérature actuelle :

- les accès délirant aigus répétés
- la baisse du dynamisme
- les difficultés pour organiser ses idées
- le retrait affectif : isolement, solitude

Une forme particulière avec présence de troubles dépressifs et/ou d'excitation est également observée dans des études récentes et qualifiée de schizophrénie dysthymique.

1. Prévenir les accès délirants aigus répétés

Les accès délirants aigus surviennent presque toujours après l'arrêt des traitements par neuroleptiques : c'est la rechute.

Les signes sont souvent les mêmes pour un même patient lors des différents accès.

Les premiers symptômes de la rechute sont repérés :

- souvent par la famille, l'entourage ou les soignants,
- rarement par le patient « déjà dans l'accès ».

La reprise du traitement par neuroleptiques permet un contrôle de l'accès. Une hospitalisation est parfois nécessaire. Cette rechute et ses conséquences peuvent être évitées dans la majorité des cas par la prise régulière du traitement, ce qui justifie parfois de privilégier une forme galénique à action prolongée pour améliorer l'observance.

2. Favoriser le dynamisme et la motivation

La perte du dynamisme, l'absence de motivation et la réduction du plaisir ne sont pas un « manque de volonté » ou un « manque de courage ». Ces symptômes peuvent être qualifiés abusivement de découragement ou de démoralisation. Ils peuvent néanmoins être améliorés par certains médicaments, par un soutien psychologique et des mesures de réadaptation psychosociale.

3. Organiser ses idées et son comportement

Les difficultés d'organisation des idées gênent la vie quotidienne des patients schizophrènes. Ce ne sont pas seulement un manque d'attention ou de la distraction mais font partie, nous l'avons vu, de la pathologie elle-même.

Ces difficultés peuvent être améliorées par :

- les médicaments,
- les mesures de réadaptation psychosociale,
- les prises en charge en psychothérapie cognitive.

XI. RECHUTE (33) (35)

La rechute peut être définie comme la réapparition de symptômes psychotiques au cours de périodes à la symptomatologie atténuée voire absente.

Les médecins soulignent l'existence de signes annonciateurs de rechute. En règle générale, les premiers symptômes sont peu spécifiques, comme une certaine instabilité, l'augmentation de la tension psychique, l'altération du sommeil, l'altération de l'appétit ou l'apparition des troubles de la concentration. Ces signes sont présents dans 90% des cas, mais sont très peu spécifiques et ne sont d'ailleurs pas forcément suivis d'une rechute. Ils surviennent en principe dans les quatre semaines qui précèdent l'apparition de la rechute et inaugurent des signes plus spécifiques.

Ainsi, la chronologie s'exprime généralement par :

- dans un premier temps, des signes de la lignée dépressive et anxieuse avec des manifestations d'allure dysphorique,
- puis dans un deuxième temps, des signes de la lignée psychotique et en particulier des hallucinations et des troubles du cours de la pensée.

Les rechutes ont un impact certain sur le pronostic de la maladie. Selon plusieurs études comme celle de WYATT, la rechute semble être responsable chez un sujet donné d'une altération des possibilités évolutives au long cours.

Les principales causes de rechutes sont nombreuses, la plus fréquente étant de loin l'arrêt ou la diminution intempestive des neuroleptiques. Non seulement ces médicaments ont une action sur les symptômes aigus, mais ils possèdent également une action de prévention des rechutes ; autrement dit, ils permettent de mieux contrôler le cours évolutif de la maladie. Il faut savoir que les rechutes peuvent se manifester dans les semaines voire parfois plusieurs mois après l'arrêt du traitement.

Les événements de vie peuvent également favoriser ou précipiter une rechute, d'autant qu'il s'agit d'événements dits de perte sociale : mariage d'un enfant, décès d'un conjoint, ou d'un proche, mort d'un animal domestique, retraite, mise en invalidité, perte d'un emploi, incorporation au service national, ... Leur impact, quand il existe, est habituellement assez rapide, de l'ordre de trois semaines.

1. Le suicide

Le suicide, problème majeur de santé publique, concerne particulièrement les patients souffrant de schizophrénie.

Le taux de suicide chez les patients schizophrènes est trente fois plus élevé que dans la population générale. Ils peuvent se suicider lors des épisodes aigus, alors en proie à des hallucinations et des idées délirantes. Mais dans un pourcentage important, le suicide a lieu après l'expérience aiguë ; il résulte alors du vécu douloureux qu'engendre la maladie.

La majorité des suicides a lieu au cours d'une période de vulnérabilité représentée par les premières années d'évolution de la maladie. Les principaux facteurs de risque sont soit traits favorisants (homme jeune, caucasien, souffrant d'une forme schizo-affective ou paranoïde d'évolution chronique, présentant des antécédents personnels et familiaux de conduites suicidaires), soit psycho-dépendants (isolement social, altération globale du fonctionnement, dépression et désespoir, conduites addictives, effets secondaires des neuroleptiques).

Encore une fois ce fait souligne la nécessité des soins et du suivi du patient.

2. La rémission

Dans la DSM IV, est dit en rémission un sujet (traité ou non) ayant des « *antécédents de schizophrénie mais ne présentant actuellement plus aucun signe de la maladie* ». La notion de rémission concerne ici l'évolution de la maladie schizophrénique.

La rémission complète est décrite comme un « *retour complet au fonctionnement prémorbide* » et il est précisé que cette évolution est inhabituelle. L'évolution la plus courante de la schizophrénie se caractérise par des « *exacerbations aiguës avec handicap résiduel entre les épisodes* ». La rémission complète est jugée peu fréquente.

Les études évaluant l'impact des neuroleptiques classiques sur le devenir des patients avaient montré l'influence significative du traitement pharmacologique sur l'amélioration clinique des sujets schizophrènes.

Aujourd'hui, les bénéfices thérapeutiques observés avec les antipsychotiques de seconde génération en terme d'amélioration symptomatique des sujets souffrant de schizophrénie laissent entrevoir des modalités de prise en charge opérantes sur les plans de la cognition et des perspectives de réhabilitation psychosociale qui imposent de distinguer une

simple stabilisation de l'état du patient d'une véritable rémission symptomatique de la schizophrénie.

Point commun aux notions de stabilisation et de rémission, l'évolution de la maladie représente un critère essentiel de jugement. Cette évolution intègre à la fois des paramètres symptomatiques (délire, intensité des symptômes, critique des hallucinations), psychosociaux (fonctionnement global, handicap social, habileté sociale) ainsi que l'évolution globale de la qualité de vie du patient. Ces critères évolutifs sont eux-mêmes dépendants de la réponse thérapeutique.

Si la stabilisation peut se concevoir comme l'association d'une bonne réponse thérapeutique initiale et d'une absence de rechute, la notion de rémission se situe en revanche à un niveau plus inscrit dans la durée, entre résolution symptomatique initiale et guérison.

Gardons cependant à l'esprit que la guérison est quasi inexistante en ce qui concerne la schizophrénie.

XII. CONCLUSION

La schizophrénie est une maladie d'évolution chronique altérant le fonctionnement de l'individu, débutant le plus souvent à l'adolescence et aboutissant à une déstructuration de la vie psychique.

Elle se caractérise par plusieurs symptômes dont :

- les troubles de la pensée,
- les troubles de la vie affective et relationnelle,
- et la baisse du dynamisme.

Elle évolue avec des périodes symptomatiques et des périodes de stabilité. Les rechutes sont souvent provoquées par un arrêt intempestif du traitement. La nécessité d'un suivi spécialisé et la qualité de l'observance du traitement médicamenteux sont primordiales pour espérer limiter les accès symptomatiques et favoriser au mieux l'intégration et la stabilité socio-affective.



Image 8 : auteur anonyme.

SECONDE PARTIE :
LA PRISE EN CHARGE A
L'HOPITAL RAVENEL

I. PRISE EN CHARGE DE LA SCHIZOPHRENIE, PSYCHOTHERAPIE ET AUTRES THERAPEUTIQUES. (25) (35) (39)

Depuis le XVIII^{ème} siècle, diverses méthodes ont été envisagées dans le traitement des maladies mentales, dont le traitement moral, ancêtre des psychothérapies, techniques hydrothérapiques, physiothérapeutiques en passant par des techniques de médications diverses.

Dès que la maladie schizophrénique a été identifiée en tant que telle, les premiers traitements spécifiques sont apparus comme la cure de sommeil, la convulsivothérapie, l'insulinothérapie (encore appelée cure de Sakel) et, de façon plus limitée, la psychochirurgie.

C'est en fait par la découverte par les chercheurs français de l'effet des neuroleptiques sur la production délirante, le mécanisme hallucinatoire et les troubles du comportement, que l'ère des traitements des maladies mentales, et plus particulièrement ceux de la schizophrénie a réellement commencé. L'efficacité de cette thérapeutique pharmacologique malgré les effets secondaires parfois très invalidants, a permis une véritable révolution dans la prise en charge des patients et a été à l'origine d'un déplacement du pôle thérapeutique de l'hôpital vers la communauté.

Les nouvelles molécules qui associent une efficacité identique sur la symptomatologie positive et surtout une activité sur les symptômes négatives ainsi qu'une meilleure tolérance sont maintenant mieux acceptées par les patients. Parallèlement, les traitements psychothérapeutiques individuels ou de groupe constituent un complément thérapeutique indispensable pour le patient lui-même et/ou sa famille, tout en renforçant l'alliance thérapeutique.

De nouvelles orientations thérapeutiques centrées sur les compétences et les habiletés sociales visent à faciliter la réinsertion et la réadaptation des malades. Tous les thérapeutes insistent sur l'importance déterminante de la coordination de tous les intervenants et sur la nécessité des réseaux thérapeutiques associés, quand cela est possible, à une bonne

collaboration avec la famille qui est un acteur important dans la prise en charge globale de cette pathologie.

Le diagnostic doit être posé le plus précisément et le plus rapidement possible afin de limiter les difficultés et les problèmes de compliance dans les traitements qui seront instaurés par la suite. Le traitement doit être initié lui aussi le plus tôt possible surtout s'il s'agit d'un premier épisode psychotique, d'autant que le pronostic est contingent de la précocité de la prise en charge. De plus, selon les études, s'il s'agit d'un deuxième ou d'un troisième épisode et qu'il est traité de la même manière que le premier, la rémission sera plus longue à obtenir avec persistance plus ou moins net des symptômes. Par ailleurs, les rechutes ouvrent le risque d'une réponse moindre aux réajustements thérapeutiques.

Les retentissements multiples de cette pathologie, sur le patient lui-même et son entourage incitent à intervenir tôt et à poursuivre à long terme une prise en charge adaptée. Les antipsychotiques qui permettent le traitement de l'accès aigu et limitent, par la stabilisation obtenue, les rechutes, doivent être maintenus au long cours. La qualité de l'observance reste le facteur essentiel.

1. Comment soigner la schizophrénie (37) (38) (40)

Les thérapeutiques doivent combiner plusieurs axes pour atteindre une amélioration durable.

- D'abord pharmacologique, seuls les médicaments permettent de diminuer les symptômes.
- Des méthodes de psychothérapie : les médecins et les psychologues sont présents pour écouter le patient et l'aider à se repérer dans la réalité. Ils permettent au patient de se rapporter à un raisonnement et non à une interprétation de ses hallucinations.
- Des mesures de soutien social : les assistants sociaux (AS) peuvent aider le patient à effectuer des démarches sociales comme se trouver un logement après l'hospitalisation. Par exemple les AS permettent également au patient de constituer un dossier afin de demander des aides et des statuts auxquels il a droit.
- Un soutien psychologique, à la famille et aux proches qui peut permettre d'expliquer, de dédramatiser les symptômes, de favoriser la communication, d'atténuer les conflits etc.

2. Les médicaments dans la schizophrénie (37)

Ce sont les neuroleptiques, qui doivent être pris au long cours. Ils améliorent le fonctionnement au niveau cérébral. Cette famille de médicaments comprend beaucoup de produits différents. Parfois, ils justifient des co-prescriptions correctives des effets secondaires.

Les médecins peuvent avoir recours à d'autres psychotropes spécifiques comme les antidépresseurs, les anxiolytiques et les hypnotiques en fonction des tableaux cliniques de chaque patient.

3. Le suivi spécialisé (39)

Le suivi spécialisé est indispensable, et dans la plus grande majorité des cas, associé aux médicaments. Il permet bien évidemment de soulager la souffrance du patient mais aussi de l'informer sur les premiers symptômes d'une rechute afin qu'il puisse les repérer dès leur survenue. Ce soutien facilite aussi les relations entre le patient et son entourage.

Le soutien psychologique peut prendre des formes variées. Il y a tout d'abord un suivi régulier en consultation avec le médecin. En effet, en situation d'hospitalisation comme en ambulatoire chaque patient a son médecin référent ce qui permet l'établissement d'une relation thérapeutique sur la durée du suivi.

Un autre élément important est le suivi infirmier,

- soit autour d'entretiens auprès d'un infirmier référent,
- soit par des actions pédagogiques animées par un infirmier autour de l'animation d'ateliers comme PACT 1.2.3 (Psychoses, Aide, Comprendre, Traiter), un support vidéo fourni par les laboratoires JANSSEN-CILAG.

Parallèlement, le soutien à la famille et aux patients permet de prendre en compte la souffrance propre de l'entourage et les difficultés de compréhension de la symptomatologie positive (délire, hallucination, trouble du comportement) comme négative (repli, laisser-aller, apragmatisme).

Le suivi psychiatrique est donc essentiel (psychothérapie de soutien notamment) afin de suivre l'évolution de la maladie et d'assurer un équilibre au malade. Reste que le traitement de la schizophrénie est long car les symptômes peuvent évoluer dans le temps.

3.1 Accompagner pendant et après l'hospitalisation

Le patient est suivi non seulement pendant l'hospitalisation grâce à des entretiens avec les différents membres de l'équipe soignante mais aussi après, lors de rendez-vous en centre médico-psychologique voire à domicile. (26) (27) (28)

3.2 Aider à trouver les moteurs de la volonté et l'envie de faire

Le schizophrène est souvent marqué par l'apragmatisme et le retrait socio-affectif. Des activités sont prescrites au titre des soins. Animés par des infirmiers, elles sont principalement de deux types :

- Les activités dites de resocialisation comme la piscine, le jardinage, des sorties hors du parc et visent à resituer le patient au sein d'un groupe.
- Les activités dites d'expression avec un support comme la peinture, la terre, la photo, et où le patient va s'exprimer individuellement.

3.3 Identifier et comprendre les difficultés, les motivations, les peurs

Bien sûr les malades sont accompagnés tout au long de leur hospitalisation. Lors d'entretiens, ils peuvent être sensibilisés à reconnaître les premiers symptômes d'une crise ou d'une rechute, mais également à appréhender les difficultés rencontrées dans la vie courante, facteur potentiel de stress et de fragilisation.

C'est un des axes du suivi spécifique qui permet la stabilisation de la symptomatologie mais également favorise et accompagne l'insertion familiale, sociale et même professionnelle.

3.4 Exprimer et dépasser les problématiques personnelles conduisant à la maladie et à sa chronicité

Le suivi par l'assistant social a son importance dans le traitement de cette pathologie. En effet, les patients schizophrènes sont souvent isolés socialement et sans emploi. L'accompagnement social permet de les sortir de cet isolement, de les aider à se loger ou à trouver un emploi. En hospitalisation lors des synthèses hebdomadaires de chaque service, les assistants sociaux exposent leurs avancées dans la recherche d'un emploi, d'un logement et d'une structure alternative au logement (foyer).

La participation à des activités le plus souvent en groupe, facilite les relations avec les autres, et permet de s'adapter à des situations nouvelles. Ces groupes sont animés par des soignants. Ils peuvent être très variés. L'art-thérapie favorise l'expression à travers des réalisations artistiques. L'ergothérapie passe par la création d'objets. La musicothérapie favorise la communication grâce à l'écoute ou la création musicale. La relaxation peut permettre de mieux connaître et maîtriser son corps.

4. La psychothérapie

La psychothérapie vise à davantage d'équilibre dans la vie affective et relationnelle du patient, en l'aidant à mieux se connaître. Il peut ainsi établir des relations moins conflictuelles avec son entourage et mieux faire face aux événements de la vie.

C'est un travail psychologique qui se fait avec l'aide d'un psychothérapeute, médecin ou psychologue lors d'entretiens fréquents et réguliers. Ce travail est souvent long et nécessite un engagement personnel.

5. L'approche familiale (14) (27)

L'information, l'écoute et le soutien des proches (famille, conjoint...) sont indispensables. Ils aident à comprendre les liens et le fonctionnement de la famille ainsi qu'à expliquer la symptomatologie, à désamorcer les conflits, à favoriser la communication.

Dans certains cas une thérapie familiale peut être indiquée associant le patient et sa famille proche.



Image 9 : Vieil homme dans la douleur, Vincent VAN GOGH.

II. LES NEUROLEPTIQUES DE LA SCHIZOPHRENIE : GENERALITES.

1. Traitement neuroleptique (26) (37) (38) (40)

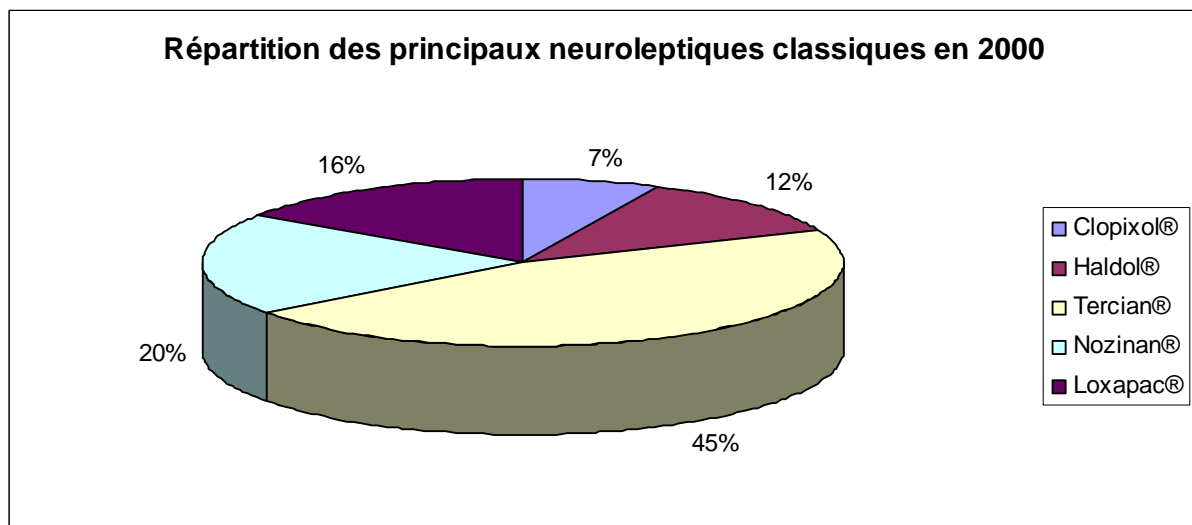
Nous l'avons vu, les neuroleptiques traitent les symptômes de la schizophrénie. Ils doivent être associés à une prise en charge psychologique et sociale. Ces médicaments sont d'autant plus efficaces qu'ils sont prescrits au début de la maladie. Ils doivent être pris sans interruption pendant une période pouvant aller jusqu'à plusieurs années, voire à vie dans certains cas.



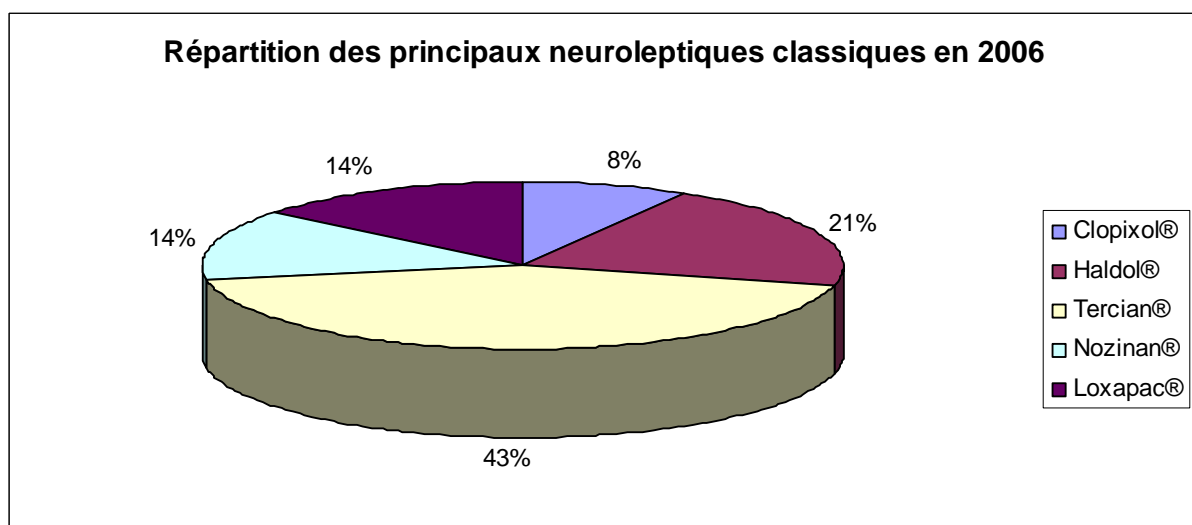
Image 10 : illustration de la surconsommation des médicaments.

Il n'existe pas de traitement « standard » unique de la schizophrénie et il s'agit de s'adapter à chaque patient. Aucun schizophrène ne peut comparer son traitement neuroleptique avec le traitement d'un autre patient souffrant de la même maladie. Le traitement est évalué régulièrement par le médecin, d'où l'importance d'un suivi régulier. Même si le patient se sent bien, il ne doit pas arrêter de manière brutale ou de manière intempestive un traitement neuroleptique, sous peine d'un risque important de rechute dans les semaines qui suivent l'interruption.

Un état des lieux doit être fait à l'an 2000 et à l'an 2006, afin de constater les évolutions des consommations des différents neuroleptiques. Pour plus de commodité de lecture, l'évolution de la consommation des neuroleptiques classiques et celle des neuroleptiques atypiques ont été représentées séparément. La consommation de l'Haldol®, neuroleptique classique, est intégrée aux graphiques de la consommation des neuroleptiques atypiques, car l'Haldol® du fait de sa formulation retard et surtout de sa forme injectable permet une utilisation en urgence et un côté pratique que n'offrent pas les autres molécules dites atypiques. Ainsi il ne peut être affecté par une hausse ou une baisse de la consommation ces neuroleptiques.



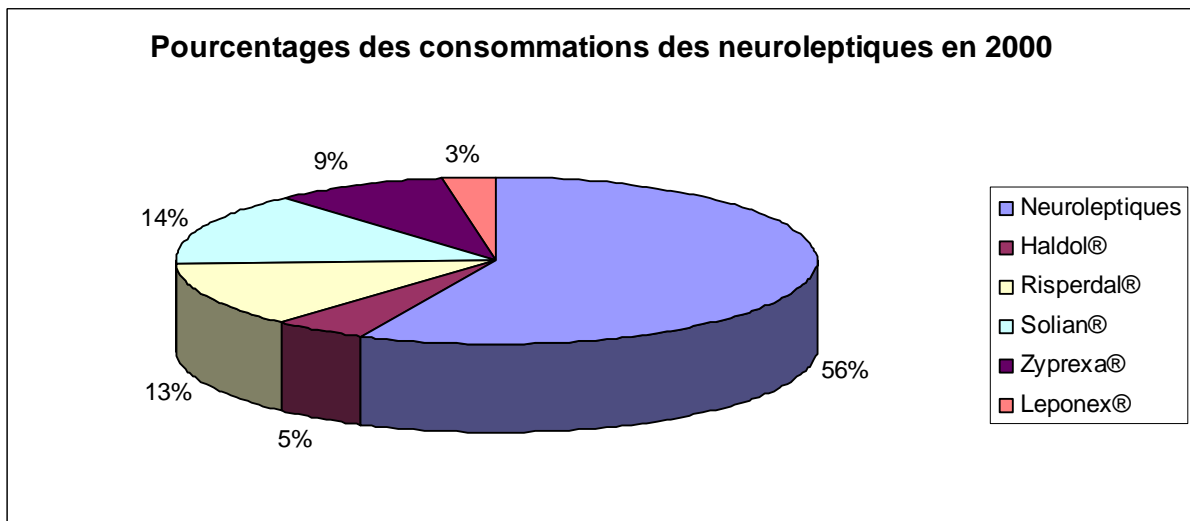
Graphique X : Répartition des neuroleptiques classiques en 2000.



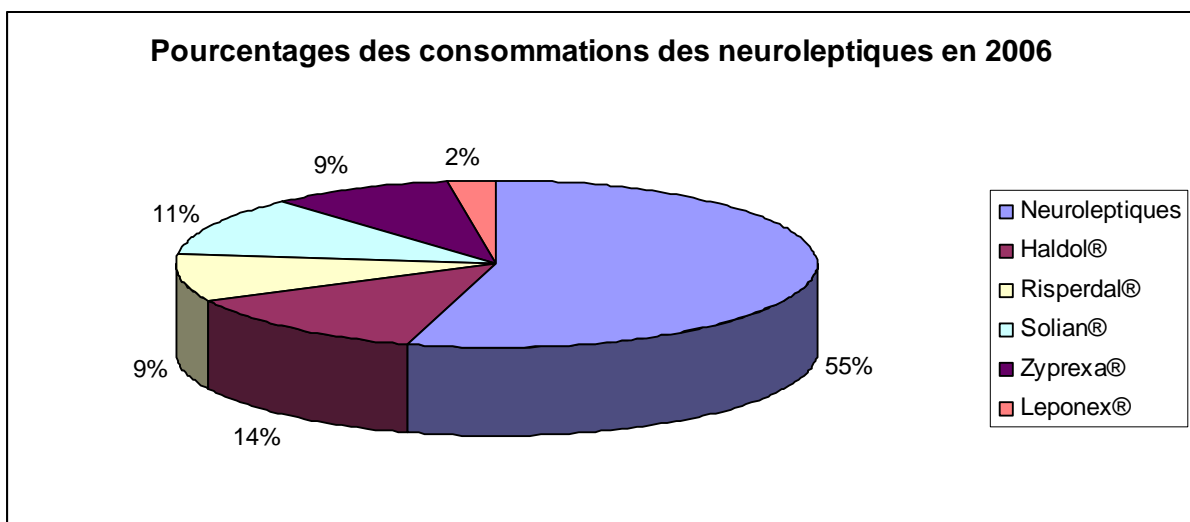
Graphique XI : Répartition des neuroleptiques classiques en 2006.

Les deux premiers graphiques, c'est-à-dire celui de la consommation des neuroleptiques classiques en 2000 et celui de la consommation des neuroleptiques classiques en 2006, montrent une évolution quasi constante de ces médicaments. On constate qu'entre 2000 et 2006 la prédominance de la consommation du Tercian® perdure et que la consommation de l'Haldol® augmente fortement. Le Tercian® est le neuroleptique classique le plus utilisé dans le traitement de la schizophrénie, suivi par le Nozinan® et le Loxapac® qui ont des propriétés sédatives. Ces derniers sont donc utilisés pour diminuer la symptomatologie de l'agitation.

Les neuroleptiques classiques ne sont utilisés que très rarement en monothérapie, leurs effets sur les symptômes ne couvrant souvent que l'agitation ou les symptômes productifs, ils ne peuvent être employés qu'en association la plupart du temps.



Graphique XII : Pourcentages des consommations des neuroleptiques en 2000.



Graphique XIII : Pourcentage des consommations des neuroleptiques en 2006.

Le premier graphique représente les pourcentages des consommations des neuroleptiques en 2000. On constate que ce sont les neuroleptiques dits classiques qui sont utilisés dans plus de la moitié des traitements de la schizophrénie. Le Solian®, suivi de près par le Risperdal®, sont des neuroleptiques atypiques utilisés à plus de 10%.

Le deuxième graphique représente les pourcentages des consommations des neuroleptiques en 2006. Tout comme sur le premier graphique, ce sont les neuroleptiques classiques qui sont utilisés dans plus de la moitié des cas. L'utilisation de l'Haldol® et du Solian® est supérieures à 10%.

Si l'on compare les deux graphiques, en six ans, la consommation des neuroleptiques dits classiques excepté l'Haldol®, n'a pas évolué ou que très légèrement augmenté. Le Risperdal® a quant à lui diminué, ceci s'expliquant par la commercialisation de la forme Consta® qui diminue la posologie de la Risperidone. Le Leponex® connaît la même évolution, sans doute par la contraignante instauration du traitement.

Ainsi, les pourcentages des consommations des neuroleptiques de cette étude montrent que les neuroleptiques classiques conservent une place importante dans la thérapeutique de la schizophrénie. Mais aussi que la consommation des neuroleptiques atypiques tels que Zyprexa®,... ne cessent de progresser. Ceci est lié au fait qu'ils ont au moins autant d'avantages dans le traitement de la symptomatologie positive que les neuroleptiques classiques, mais avec celui d'entraîner moins d'effets secondaires. De ce fait, les psychiatres les prescrivent de plus en plus.

Pour conclure, l'Haldol® qui est la référence de toute étude portant sur le traitement de la schizophrénie, est quant à lui en forte augmentation entre 2000 et 2006 du fait de son utilisation très prisée dans l'urgence médicale. En effet, l'Haldol® permet de diminuer rapidement la symptomatologie productive lors d'une admission en centre de soins.

Il faut énoncer pour la schizophrénie la nécessité, en cas d'urgence, de la forme injectable qui hormis Consta®, Solian® et Zyprexa® n'existe que pour les neuroleptiques classiques ; la forme injectable est surtout employée pour palier à une agitation, une agressivité du patient, ainsi l'Haldol® reste très utilisé en attendant l'arrivée de formes injectables immédiates des neuroleptiques de seconde génération.

2. Traitements neuroleptiques et apparentés : formes d'administration classiques

De nombreux médicaments constituent la classe des neuroleptiques dits « classiques », et parmi-eux :

- Le Clopixol ® (zuclopenthixol)
- L'Haldol ® (halopéridol)
- Le Largactil ® (chlorpromazine)
- Le Loxapac ® (loxapine)
- Le Nozinan ® (lévomépromazine)
- Le Tercian ® (cyamémazine)

Les neuroleptiques dits atypiques

- Le Leponex ® (clozapine) réservé aux formes résistantes
- Le Solian ® (amisulpride)

Et parmi eux les dernières générations, qualifiées d'antipsychotiques

- Le Risperdal ® (rispéridone)
- Le Zyprexa ® (olanzapine)
- L'Abilify ® (aripiprazole)

Ils peuvent être administrés soit par voie orale (comprimés ou gouttes) soit par voie intramusculaire (pour certains d'entre eux).

2.1 Neuroleptiques classiques (22)

La disponibilité, depuis les années 1950, des « neuroleptiques classiques » a révolutionné la prise en charge et l'évolution de la psychose et plus particulièrement de la schizophrénie en améliorant l'état clinique des patients et en réduisant les taux de rechute.

A partir de 1952, date de la première utilisation thérapeutique de la chlorpromazine, Largactil®, les neuroleptiques se sont rapidement diversifiés en plusieurs familles. On retient :

- Les phénothiazines, parmi lesquelles la chlorpromazine, reconnue pour ses effets sédatifs et globalement antipsychotiques.
- Les butyrophénones, comme l'halopéridol, neuroleptique polyvalent anti-hallucinoire, anti-dépressif et sédatif puissant, le chef de file de la famille chimique et qui demeure encore aujourd'hui le comparateur de référence dans les études pharmaceutiques.

Les molécules dites de première génération entraînent lors de leur utilisation de nombreux effets secondaires, condition qui définit aujourd'hui le caractère « typique » d'une molécule neuroleptique. A l'inverse, les molécules dites atypiques entraînent peu ou pas d'effets secondaires neurologiques car elles possèdent une activité anti-sédatifs.

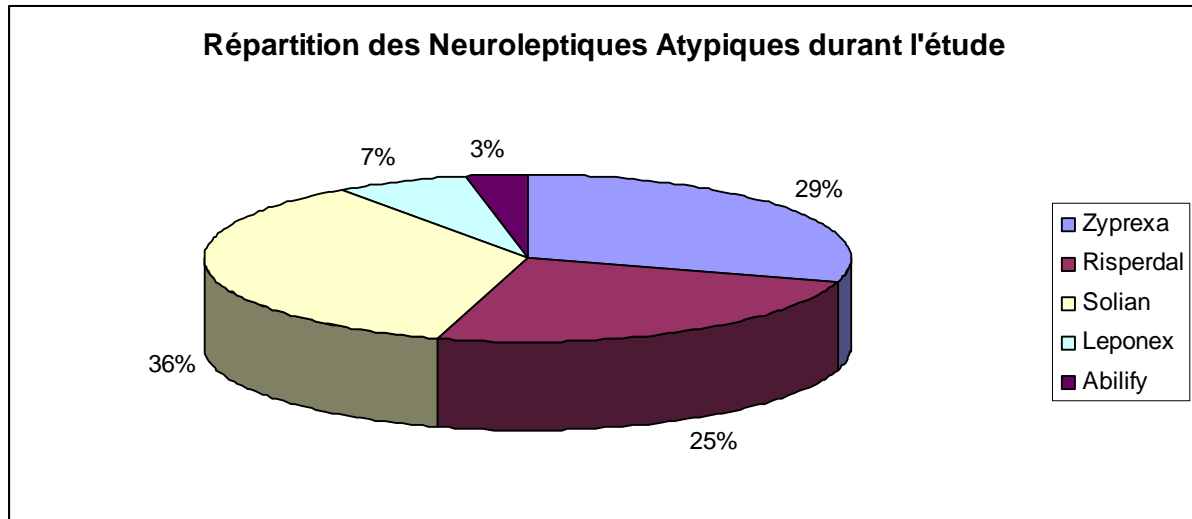
L'utilisation des neuroleptiques classiques tend actuellement à décroître, d'autant plus que toutes les recommandations thérapeutiques internationales récentes préconisent d'utiliser les antipsychotiques atypiques en première intention. Néanmoins, les neuroleptiques classiques ne doivent pas être totalement abandonnés puisque certains d'entre eux présentent un intérêt dans le cadre de l'urgence (neuroleptiques dits sédatifs) comme le Tercian® ou dans le cadre du traitement d'entretien, surtout dans le cas d'une mauvaise observance thérapeutique (neuroleptiques classiques à action prolongée) comme l'Haldol Décanoas®. Par ailleurs, la frontière entre produits classiques et atypiques n'est pas toujours aisée à tracer. C'est ainsi que, pour certains auteurs qui se réfèrent à une définition chimique de l'atypicité, la loxapine (Loxapac®), le sulpiride (Dogmatil®) et le thioridazine (Melleril®) peuvent aussi être considérés comme des antipsychotiques atypiques.

2.2 Neuroleptique atypiques (43)

Les neuroleptiques de seconde génération n'ont pas tardé à montrer leur efficacité au moins équivalente aux neuroleptiques classiques. Ils présentent au moins deux avantages :

Le premier est leur champ d'action plus large. Ainsi les atypiques sont aussi actifs sur les symptômes positifs (hallucinations) que leurs prédécesseurs mais sont également capables de corriger les symptômes négatifs (isolement, retrait) et des troubles cognitifs.

Le second est le fait qu'ils présentent moins d'effets secondaires neurologiques que les neuroleptiques dits classiques. Ce point est très important pour favoriser une observance correcte et ainsi réduire le risque de rechutes.



Graphique XIV : Répartition des Neuroleptiques Atypiques.

Précisons cependant que, dans notre étude, il est apparu que Solian®, Zyprexa® et Risperdal® étaient préférentiellement utilisés par les prescripteurs.

Clozapine : Leponex®



Image 11 : packaging du Leponex®

La Clozapine possède une activité antagoniste sur les récepteurs dopaminergiques (D_1 , D_2 , D_3 , D_4), sérotoninergiques ($5HT_{1A}$, $5HT_{2A}$, $5HT_{2C}$), muscariniques (M_1 , M_2 , M_3 , M_5), α_1 et α_2 adrénergiques et histaminergiques H_1 . Mais il possède également une activité agoniste sur les récepteurs muscariniques M_4 .

Ce produit nécessite une instauration du traitement très particulière. En effet la Clozapine pouvant provoquer une agranulocytose, des contrôles très réguliers des taux de

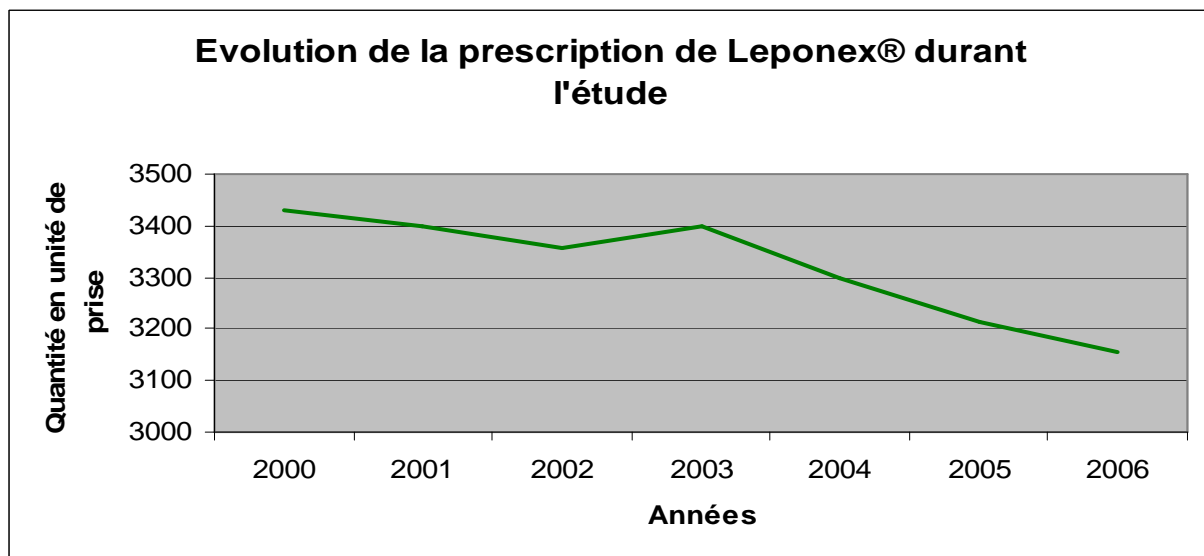
leucocytes et de neutrophiles doivent être effectués durant les dix huit premières semaines du traitement puis mensuellement. De fait la prescription d'un médicament est conditionnée à une numération leucocytaire supérieure à $3500/\text{mm}^3$ et un taux de neutrophiles supérieur à $2000/\text{mm}^3$.

L'indication est réservée aux patients schizophrènes résistant aux autres traitements. Les posologies recommandées sont les suivantes :

- *instauration du traitement* : 12,5 mg (un demi-comprimé à 25 mg) une ou deux fois le premier jour, puis un ou deux comprimés à 25 mg le deuxième jour. Si la tolérance est bonne, la dose journalière peut ensuite être augmentée progressivement, par palier de 25 à 50 mg, de façon à atteindre au maximum 300 mg par jour en l'espace de deux à trois semaines. Par la suite, si nécessaire, la posologie quotidienne peut être encore augmentée, par palier de 50 à 100 mg, à raison de deux fois ou, de préférence, une fois par semaine ;
- *Posologie moyenne efficace* : chez la plupart des patients, la dose antipsychotique efficace se situe entre 200 et 450 mg par jour en prises fractionnées. La posologie journalière totale peut être répartie de manière inégale, la dose la plus importante devant être administrée au coucher ;
- *Posologie maximale* : la posologie maximale autorisée est de 900 mg par jour. Il faut prendre en considération la possibilité d'une augmentation des effets indésirables qui surviennent à des doses dépassant 450 mg par jour ;
- *Posologie d'entretien* : après avoir obtenu le bénéfice thérapeutique maximum, de nombreux patients peuvent être stabilisés avec des doses plus faibles. Il est donc recommandé de réduire prudemment la posologie. Si la dose journalière n'excède pas 200 mg, une seule prise quotidienne le soir peut convenir ;
- *Reprise du traitement après une interruption supérieure à deux jours* : le traitement doit être réinstauré à la posologie de 12,5 mg, une ou deux fois le premier jour. Si cette dose est bien tolérée, la posologie peut être augmentée jusqu'au niveau thérapeutique à un rythme plus rapide que celui recommandé pour un traitement initial ;
- *Relais par la Clozapine* : il est recommandé d'interrompre le traitement antérieur en réduisant progressivement sa posologie avant d'introduire la Clozapine ;
- *Arrêt du traitement* : si un arrêt du traitement par Clozapine est envisagé, il est recommandé de réduire progressivement la dose sur une période de une à deux semaines.

Cependant, si un arrêt immédiat du traitement s'impose, le patient doit être étroitement surveillé car il y a un risque de récurrence des troubles psychotiques et un risque de survenue de symptômes liés à un effet rebond cholinergique, tels que sueurs profuses, céphalées, nausées, vomissements et diarrhées.

Après recueil des données, la prescription du Leponex® observée au C.H.Ravenel diminue progressivement.



Graphique XV : Evolution des prescriptions de Leponex® pendant la période d'étude.

Cette évolution peut s'expliquer par le fait que ce produit n'est pas récent, qu'il possède des effets secondaires potentiellement graves qui impliquent une surveillance très contraignante et qui est désormais réservé aux formes de schizophrénie résistantes aux autres thérapeutiques. C'est pour cela peut-être que ce produit est délaissé.

Amisulpride : Solian®



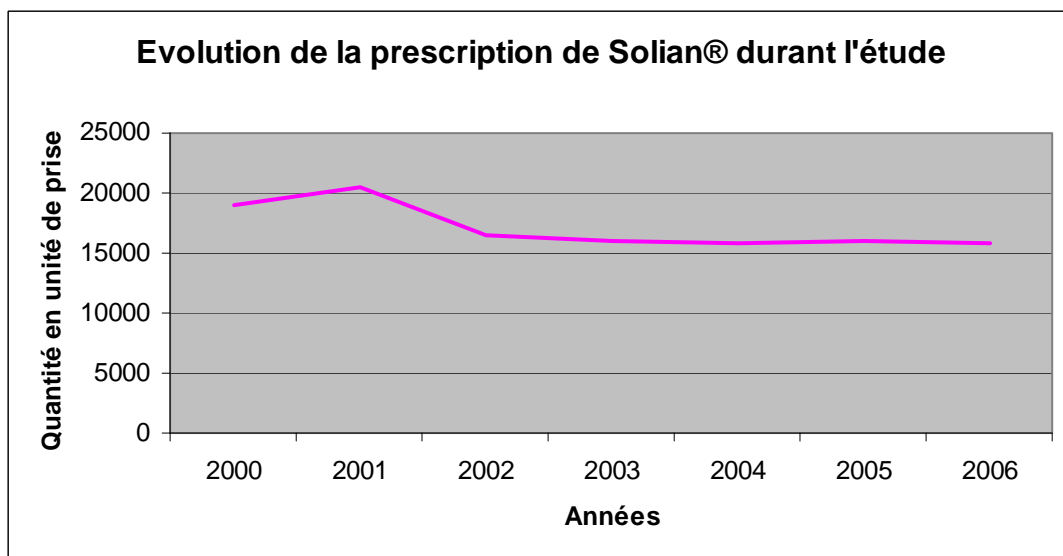
Image 12 : Packaging su Solian®.

L'Amisulpride possède une action antagoniste sur les récepteurs dopaminergiques mésolimbiques D₂ et D₃, ce qui lui permet d'obtenir une double activité en fonction de la dose administrée.

A faible dose (100 à 400 mg), l'Amisulpride bloque les récepteurs pré-synaptiques inhibant ainsi le rétrocontrôle négatif et permettant de ce fait une libération accrue de dopamine dans l'espace inter-synaptique. Cette augmentation de dopamine jouerait un rôle sur les symptômes négatifs.

A des posologies plus élevées (400 à 1200 mg), il agit également sur les récepteurs post-synaptiques bloquant la libération de dopamine et aurait alors un rôle sur des symptômes positifs.

Dans le traitement des épisodes psychotiques aigus, il est possible de commencer par voie intramusculaire pendant quelques jours à une dose maximale de 400 mg/j puis un relais per os. Par voie orale, la posologie recommandée est de 400 à 800 mg/j, la posologie maximale ne devant pas dépasser 1200 mg/j. Par la suite la posologie recommandée est de 50 à 300 mg/j avec une posologie optimale autour de 100 mg/j. La demi-vie étant d'environ 12 heures, le nombre de prises quotidiennes est à adapter en fonction de la posologie. De façon générale, si elle est inférieure à 400 mg/j, la posologie sera d'une prise journalière. Au-delà de 400 mg/j, la posologie devra être en deux prises.



Graphique XVI : Evolution des prescriptions de Solian® pendant la période de l'étude.

La consommation de Solian® varie notablement entre 2000 et 2002 mais semble devenir stable au cours du temps, en effet le Solian® aurait une efficacité accrue sur les symptômes négatifs par rapport aux neuroleptiques classiques et une efficacité équivalente sur les symptômes positifs mais à des posologies élevées.

Rispéridone : Risperdal®

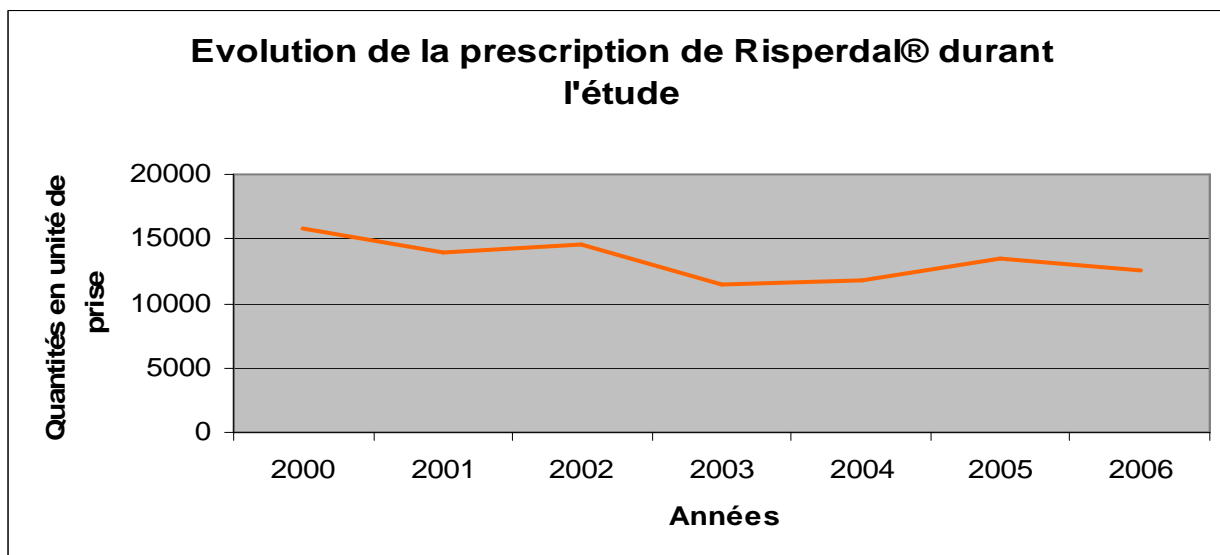


Image 13 : Packaging du Risperdal®

La Rispéridone a une action antagoniste sur les récepteurs dopaminergiques (D_1 , D_2 , D_3 et D_4), les récepteurs sérotoninergiques ($5HT_{1A}$, $5HT_{2A}$ et $5HT_{2C}$), les récepteurs α_1 et α_2 adrénergiques et les récepteurs histaminergiques H_1 .

Selon de nombreuses études, la posologie optimale de Rispéridone serait de 4 à 6 mg/j et l'efficacité de doses plus élevées ne concernerait qu'une minorité de patients. Cependant il n'est pas rare voire fréquent d'observer des prescriptions allant jusqu'à 16mg/j. Notons néanmoins que des posologies plus élevées augmentent le risque de voir apparaître des effets secondaires extrapyramidaux.

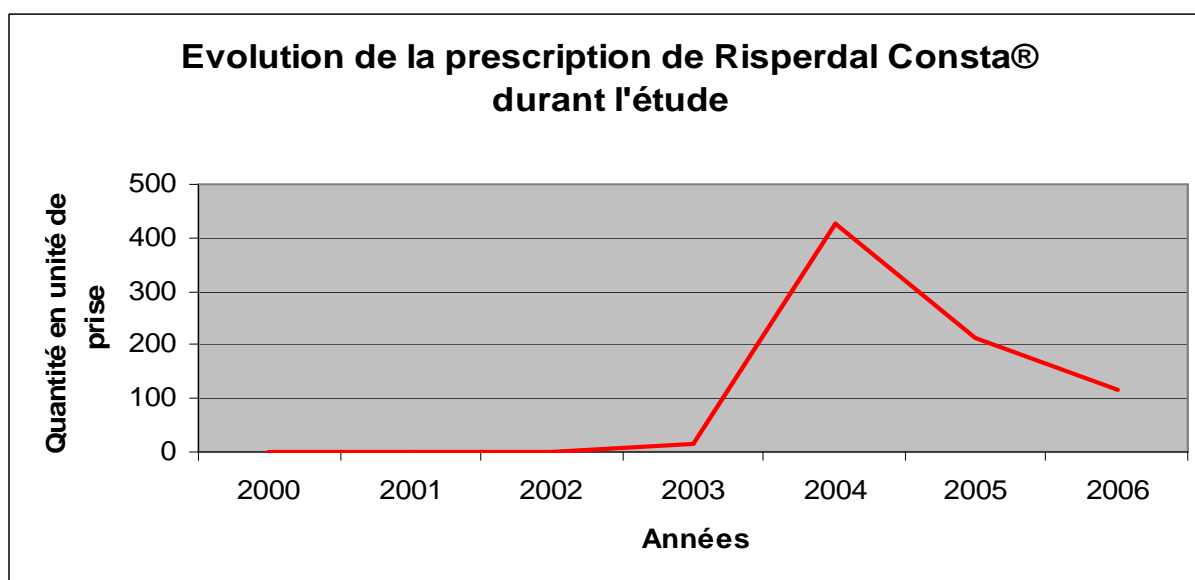
La prise unique est possible bien que la prescription de deux prises par jour soit préférable.



Graphique XVII : Evolution des prescriptions de Risperdal pendant la période de l'étude.

Ce graphique nous indique que la consommation de Risperdal ® a légèrement diminué pendant la période d'étude.

La diminution relative de la prescription de Risperdal® en 2003 peut être justifiée par l'arrivée sur le marché du Risperdal Consta®, la forme intramusculaire à libération prolongée. Mais si celui-ci a connu une grande adhésion lors de son apparition, il n'a cependant pas continué sur sa « lancée ». La grande facilité d'emploi et la favorisation de l'observance n'ont pas suffi à accroître sa prescription. Rappelons que cette forme galénique nécessite la répétition des injections tous les 14 jours, contrairement aux neuroleptiques classiques à libération prolongé dont le rythme thérapeutique est habituellement de 3 à 4 semaines.



Graphique XVIII : Evolution des prescriptions de Risperdal Consta® durant l'étude.

Olanzapine : Zyprexa®



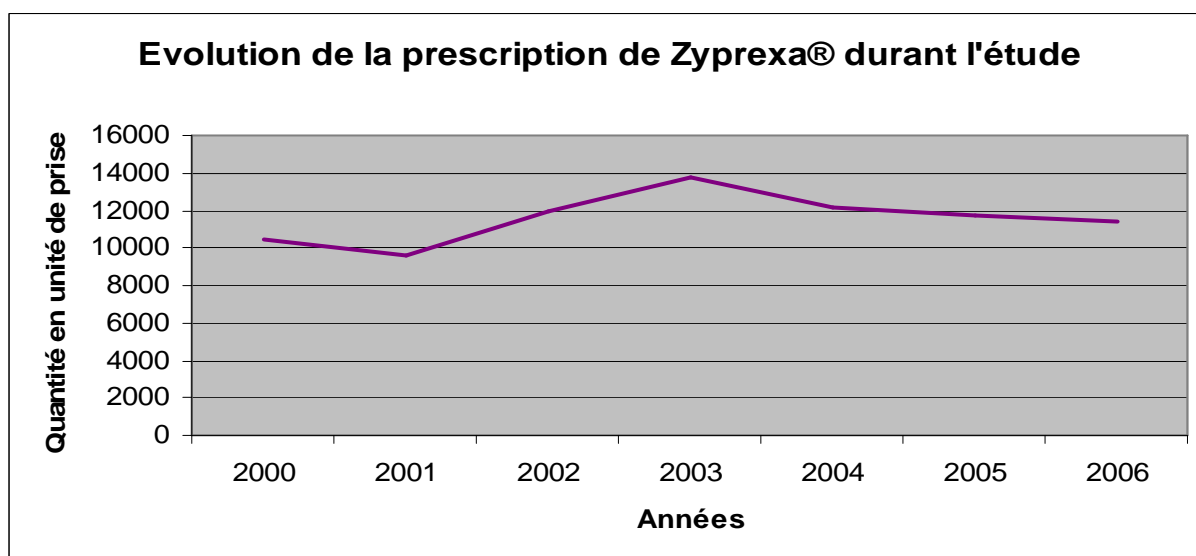
Image 13 : Packaging du Zyprexa®

L'Olanzapine a une action antagoniste sur les récepteurs dopaminergiques (D_1 , D_2 , D_3 , D_4 , D_5), les récepteurs sérotoninergiques ($5HT_{2A}$, $5HT_{2C}$, $5HT_3$ et $5HT_6$), les récepteurs cholinergiques muscariniques (M_1 , M_2 , M_3 et M_5), les récepteurs adrénergiques α_1 ainsi que les récepteurs histaminergique H_1 .

La posologie optimale du Zyprexa® serait de 10 à 20 mg/j. L'Olanzapine est métabolisée au niveau du foie essentiellement par le cytochrome CYP_{1A2} . De fait ses inducteurs enzymatiques comme le tabac par exemple peuvent en réduire les taux plasmatiques. Par ailleurs et à dose équivalente, les taux plasmatiques chez les femmes seraient supérieurs à ceux des hommes. La réponse clinique serait corrélée à un taux plasmatique supérieur à 9,3 ng/mL.

La demi-vie de l'Olanzapine étant en moyenne de 33 heures, elle peut donc être prescrite à raison d'une prise par jour, de préférence vespérale pour que les effets sédatifs gênent le moins possible les patients.

Le graphique suivant nous indique que le Zyprexa® est l'un des antipsychotiques les plus utilisés à l'hôpital Ravenel.



Graphique XIX : Evolution des prescriptions de Zyprexa® durant l'étude.

Notons une recrudescence de la prescription en 2003 avec l'arrivée de sa nouvelle forme galénique « velotab » qui est une forme orodispersible la première apparue pour les neuroleptiques typiques et atypiques où le temps de désagrégation est de 3 à 5 secondes, sans nul doute le plus rapide de toutes les molécules existantes sous cette forme.

Sa diminution de prescription ces dernières années est probablement liée aux effets secondaires très importants notamment une importante prise de poids chez certains patients et la survenue possible de troubles métaboliques.

Aripiprazole : Abilify®

L'Aripiprazole est la dernière molécule commercialisée en France. Elle présente la particularité d'être à la fois un agoniste partiel des récepteurs dopaminergiques D_2 et des récepteurs sérotoninergiques $5HT_{1A}$. Elle a également une action antagoniste sur les récepteurs dopaminergiques D_3 , les récepteurs sérotoninergiques $5HT_{2A}$, $5HT_{2C}$ et $5HT_7$, les récepteurs adrénergiques α_1 et α_2 , et les récepteurs histaminergiques H_1 . Ainsi le risque d'insomnie est plus élevé qu'avec les autres neuroleptiques. En revanche les risques d'hyperprolactinémie ou d'allongement de l'espace QT à l'électro-cardiogramme paraissent moindres.

Aucune étude évolutive sur ce produit n'a été possible durant l'étude car l'introduction de l'Aripiprazole est trop récente dans les thérapeutiques de l'hôpital Ravenel. Cependant son utilisation est inférieure au reste des neuroleptiques de seconde génération.

Le schéma suivant représente les différents neuroleptiques atypiques ainsi que leur dose recommandée, leur demi-vie et le nombre de prises par jour.

Molécules	Dose recommandée (mg/j)	Demie-vie (heures)	Nbre de prises par jour
Clozapine	200-450 (maximum 900)	12	une à deux prises
Rispéridone	4-8 (maximum 10)	24	une à deux prises
Olanzapine	5-20	33	prise unique
Amisulpride	50-800 (maximum 1200)	12	une prise si inférieure à 400 mg/j et deux prises si supérieure à 400 mg/j
Aripiprazole	15-30	75	prise unique

Tableau II : Récapitulatif des différentes posologies en fonction des spécialités.

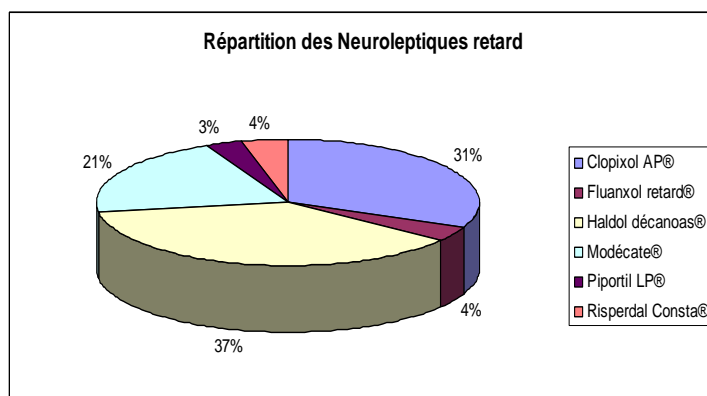
Les autres médicaments

- Des médicaments anticholinergiques ou « correcteurs » peuvent être prescrits pour réduire l'intensité de certains effets indésirables comme les symptômes extrapyramidaux.
- Des antidépresseurs peuvent être associés aux antipsychotiques lorsqu'il existe des signes de dépression.
- Des anxiolytiques ou des hypnotiques peuvent être administrés mais seulement sur de courtes périodes en réponse à des problématiques spécifiques d'anxiété ou de troubles du sommeil.
- Des médicaments thymorégulateurs sont parfois indiqués dans certaines formes de schizophrénie avec troubles marqués de l'humeur comme les troubles schizo-affectifs ou les états d'agitation délirante.

3. Traitement neuroleptique : forme retard

Certains neuroleptiques existent sous forme à libération prolongée ou d'action retard comme :

- Clopixol AP®
- Fluanxol retard®
- Haldol décanoas®
- Modécate® et Moditen®
- Piportil LP®
- Et le Risperdal Consta® déjà cité



Graphique XX : Répartition des neuroleptiques retard.

Ils sont administrés par voie intramusculaire. Leur rythme d'administration varie suivant les molécules (de deux à six semaines). Citons pour mémoire le Semap® (un neuroleptique quasiment plus utilisé à l'hôpital de Ravenel) pris par voie orale, de façon hebdomadaire.

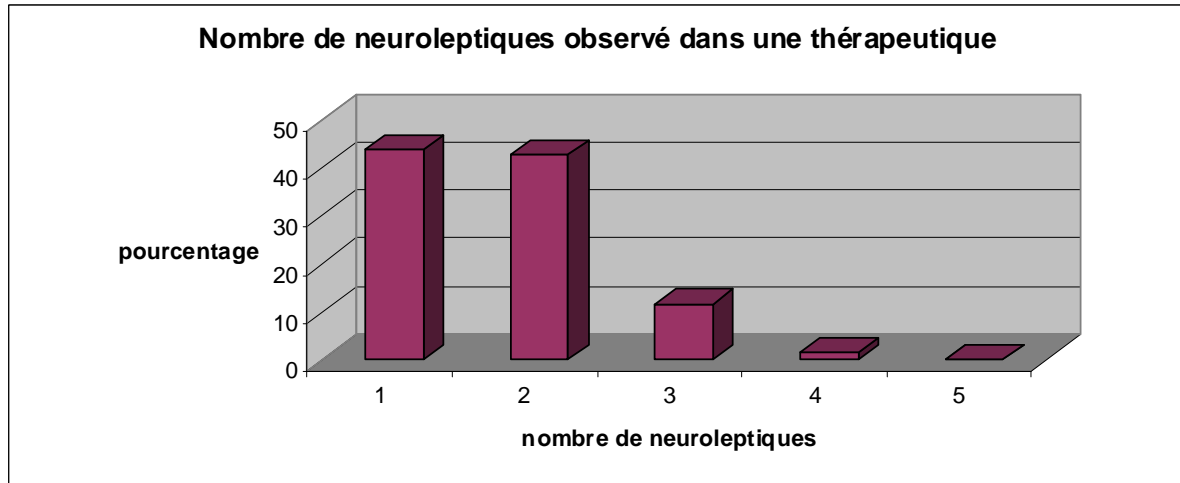
4. Etudes des ordonnances et présence de neuroleptiques

Après la recherche de prescriptions dans les archives papier de l'hôpital Ravenel concernant les patients ayant un diagnostic posé de schizophrénie, il est possible d'établir des tableaux de données afin d'étudier les habitudes de prescription.

Le nombre total de neuroleptiques montre une répartition majoritairement représentée par la monothérapie et la bithérapie (87 %). Le cas des patients ayant trois neuroleptiques est très minoritaire (11 %). Quant à ceux en ayant quatre ou plus, ils sont très exceptionnels (2%) et correspondant à des situations très particulières.

nombre de neuroleptiques	POURCENTAGES
1	43,9
2	42,72
3	11,67
4	1,65
5	0,06

Tableau III : Nombre des neuroleptiques présents sur une même prescription.



Graphique XXI : Nombre de neuroleptiques présents sur une même prescription.

Les différentes formes galéniques ne sont pas prises en compte mais seulement les différents types de molécules.

5. Effets thérapeutiques des neuroleptiques

Les neuroleptiques sont particulièrement efficaces et agissent plus rapidement sur certains symptômes comme :

- l'angoisse
- l'agitation
- les troubles de la pensée
- les hallucinations
- le délire

Il faut poursuivre le traitement suffisamment longtemps pour voir apparaître les effets bénéfiques sur l'apragmatisme, la tendance à l'isolement et les troubles de la vie émotionnelle.

6. Effets thérapeutiques des neuroleptiques en traitement d'entretien

La durée recommandée d'un traitement neuroleptique pour éviter les rechutes est :

- d'un ou deux ans après le premier épisode,
- d'au moins cinq ans lors d'épisodes multiples.

Les rechutes ont d'importantes conséquences sur les patients et sur leurs familles. Elles ont également des conséquences sur le traitement :

- nécessité d'utiliser des posologies plus élevées,
- temps de réponse au traitement plus long,
- moindre efficacité des traitements avec difficulté d'un retour à l'état antérieur,
- davantage de symptômes persistants.

7. Evolution du coût des neuroleptiques



Les antipsychotiques se différencient des neuroleptiques classiques par des propriétés cliniques et pharmacologiques particulières, notamment en antagonisme 5HT₂ prépondérant. Ils sont efficaces dans les différentes formes de schizophrénie, sur les signes positifs et négatifs, sur les troubles cognitifs et les formes résistantes. Leurs avantages sont nombreux : bonne tolérance, meilleure observance, prévention des rechutes et des récurrences, amélioration de la qualité de vie. Mais leur inconvénient majeur est sans nul doute leur prix élevé.

Ceci oppose donc les neuroleptiques classiques et les antipsychotiques. Le prix mensuel d'un traitement par Risperdal® à 4mg par jour est de 76€ alors que le prix par Haldol® à 2 mg/ml est de 30€. Nous sommes donc en droit de mesurer le rapport bénéfice/coût. Selon les observations et les recherches effectuées pendant l'étude, nous pouvons avancer que le Solian® entraîne une réduction de la durée des rechutes et une diminution sensible des coûts médicaux dus à une meilleure observance du traitement. De même le Risperdal® permettrait des économies en réduisant le nombre de rechute et de réhospitalisation en comparaison avec les neuroleptiques classiques. Une comparaison Zyprexa®/Haldol® montre que le surcoût médicamenteux entraîné par l'initiation d'un traitement par Zyprexa® est compensé ultérieurement par une réduction des coûts de celui-ci du fait d'une diminution du nombre d'hospitalisation.

Ainsi l'observation montre que les schizophrènes sont moins longtemps et moins souvent hospitalisés, ce qui permet de faire des économies importantes sur la prise en charge globale d'un schizophrène.

8. Traitement neuroleptique : pour résumer

Quel que soit le neuroleptique prescrit et quel que soit son mode d'administration (par voie orale ou intramusculaire), il est donc capital que le patient n'arrête pas subitement le traitement. S'il souhaite que soient effectuées des modifications ou des aménagements, il ne doit pas hésiter à en discuter avec son médecin référent ou avec l'équipe soignante.

Bien sûr le patient ne choisira ni son traitement ni la posologie, mais son avis est à prendre en considération dans le choix de la thérapeutique en particulier chez les patients déjà traités antérieurement (effets secondaires, mauvaise observance).

Quant à la forme d'administration, elle peut être préférée pour faciliter l'observance.

Pour toutes ces raisons, à l'hôpital Ravenel le patient est intégré au protocole de soins et bénéficie même d'un atelier du médicament, animé par le pharmacien de l'établissement, où sont abordées, dans une unité de soins, les questions liées au traitement.

Depuis la mise en évidence des effets antipsychotiques de la Chlorpromazine, il y a maintenant plus de 50 ans, les neuroleptiques se sont imposés comme le traitement de choix

des troubles schizophréniques. Si les nouveaux neuroleptiques ne paraissent pas plus efficaces que les neuroleptiques classiques sur les signes positifs, ils sont certainement mieux supportés par les patients psychotiques.

La mise au point de nouvelles molécules repose sur des stratégies variées et pour l'instant, il n'est pas possible de privilégier telle stratégie plutôt que telle autre. La biologie moléculaire a permis de renouveler la réflexion sur le mécanisme d'action des neuroleptiques et explique des actions biochimiques différentes. Mais il est bien évident que seule la clinique pourra valider un effet antipsychotique tant qu'un modèle animal satisfaisant ne sera pas trouvé.

Les psychiatres ne peuvent pas être complètement satisfaits du traitement actuel de la schizophrénie. Des progrès ont certes été réalisés, notamment en termes de tolérance. Des efforts doivent être maintenus pour améliorer la prise en charge médicamenteuse au long cours de cette pathologie psychologiquement et socialement très invalidante et économiquement très coûteuse.

Puisque l'efficacité globale des antipsychotiques atypiques est semblable, les effets secondaires deviennent un facteur important dans le choix clinique d'une molécule en particulier. L'effet secondaire majeur des agents typiques est la plus grande incidence des effets extrapyramidaux, y compris la dyskinésie tardive. Bien que la tolérance neurologique des antipsychotiques atypiques soit meilleure que celle des neuroleptiques classiques, ils ne sont pas dénués de risques parfois sévères comme l'obésité, les anomalies métaboliques ou les troubles de la conduction cardiaque. Ces effets secondaires sont à prendre en considération au vu de l'excès de mortalité observé chez les patients schizophrènes. En effet, certaines causes de mortalité pourraient être majorées par certains effets secondaires.

III. LES EFFETS SECONDAIRES DES NEUROLEPTIQUES.

1. Les effets secondaires des neuroleptiques

Les médicaments neuroleptiques peuvent produire divers effets secondaires. Ce sont des effets non recherchés par le traitement, des effets « indésirables ». Tous les patients ne les développeront pas. Leur intensité est variable. Bon nombre d'entre eux peuvent d'ailleurs disparaître spontanément en quelques jours à quelques semaines. Il est néanmoins possible de les prévenir à l'aide des traitements additifs spécifiques.

2. Les effets neurologiques

Les effets neurologiques constatés sont les plus fréquents :

- Des raideurs ou dyskinesies sont des contractures involontaires touchant le plus souvent les muscles du cou, du visage, de la langue ou des yeux,
- Des tensions musculaires du corps ou des tremblements,
- Des impatiences qui se manifestent par un besoin de bouger, déplacement du poids du corps d'un pied sur l'autre en position debout, sentiment pénible d'agitation,
- Des mouvements répétitifs involontaires survenant le plus souvent dans la région buccale et les extrémités qui gênent moins le patient que son entourage.

Tous ces symptômes sont angoissants mais sans danger. Ils peuvent provoquer une gêne et un sentiment d'inquiétude ou de panique (dyskinesies aiguës chez un patient non prévenu) qui nécessite un traitement rapide.

3. Les effets neurologiques : traitement

Le plus souvent une adaptation des posologies du neuroleptique permet d'éviter ces effets secondaires. Parfois, des « correcteurs » sont nécessaires.

Notons :

- par voie injectable pour traiter les contractures aiguës : Lepticur ®

- par voie orale : Artane ®, Akineton Rd ®, Lepticur ®, Parkinane LP ®.

Ils sont indiqués principalement pour traiter les contractures musculaires et la raideur. Leur intérêt et leur efficacité doivent être évalués très régulièrement avec le médecin.

4. Les autres effets secondaires

4.1 Des troubles de l'accommodation (vision floue), une sécheresse de la bouche, une constipation, des difficultés pour uriner.

Conseils utiles :

- Pour la sécheresse de la bouche : utiliser des chewing-gums ou des bonbons sans sucre et avoir une bonne hygiène buco-alimentaire, au besoin prescription de Surfarlem S25® qui favorise la salivation.
- Pour la constipation : hygiène alimentaire, exercice physique. Limiter autant que possible la prescription de laxatifs.

4.2 La prise de poids : syndrome métabolique

La prise de poids est possible, mais loin d'être une constante lors d'un traitement par neuroleptiques. Elle survient plus volontiers chez les patients ayant déjà présenté antérieurement des fluctuations pondérales. Le mécanisme n'est pas exactement connu et semble correspondre à l'association de plusieurs facteurs (diminution d'activité, grignotage, dérèglement biologique, hormonal ou prédisposition génétique ...).

Conseils utiles :

- Surveiller de manière régulière le poids du patient. Lorsqu'une surcharge pondérale est détectée, une pesée hebdomadaire est proposée.
- Eviter les boissons sucrées et surveiller l'alimentation du patient. Ce point est très difficile à obtenir chez des patients souvent isolés.
- Eviter le grignotage entre les repas. Pour les mêmes raisons que celles énoncées précédemment, ce contrôle est également complexe.

- Reprendre une activité physique. Dans la mesure du possible une dépense d'énergie est souhaitable. De plus le parc de l'hôpital étant de superficie importante, une simple marche un peu rapide suffirait.
- Si le poids du patient augmente de manière trop importante, malgré les conseils précédents, le recours à une diététicienne peut éventuellement être envisagé. Dans ce cas la diététicienne passe certains matins afin de discuter avec le médecin des menus à proposer au patient pour les différents repas de la semaine.

4.3 Des troubles hormonaux

Les patients schizophrènes ayant un traitement par neuroleptique peuvent présenter des troubles hormonaux.

Il est à remarquer que les femmes sont plus touchées que les hommes, à travers principalement :

- Une hyperprolactinémie,
- Des difficultés sexuelles,
- Une perturbation, voire une disparition des règles,
- Une tension mammaire avec parfois galactorrhée.

Conseils utiles :

- Même en l'absence de règles, une grossesse est toujours possible et il faut prévoir une contraception efficace. La pharmacie hospitalière honore alors des prescriptions pour des moyens de contraception comme la pilule contraceptive et des préservatifs.
- En cas de grossesse, comme pour tout médicament, la prescription de neuroleptiques doit être réévaluée, mais elle n'est pas formellement contre-indiquée. Durant les trois premiers mois de la grossesse, la prescription de correcteur doit être évitée. En tout état de cause, la nécessité de la prescription neuroleptique est avant tout dictée par le tableau clinique.

4.4 La tension artérielle

Certains neuroleptiques peuvent entraîner des troubles de la tension artérielle (hypotension) se manifestant par des sensations de vertiges et des « malaises » principalement lors des changements brusques de position.

Conseils utiles :

- Eviter les levées brusques.
- Avoir une vigilance sur les résultats biologiques pour détecter le plus précocement possible les problèmes cardiaques. (élargissement de l'espace QT à l'électrocardiogramme)

4.5 Somnolence et fatigue

Il n'est pas rare d'observer, dans les différents services, les patients schizophrènes en proie à une grande fatigue, ce qui peut confiner certains d'entre eux à davantage d'isolement dans leur chambre.

4.6 Photosensibilisation

Le « coup de soleil » ou encore photosensibilisation est très fréquent chez les patients ayant un traitement par neuroleptique et justifie des précautions (chapeau, manches longues, écran total en période de fort ensoleillement).

4.7 Convulsions

Les neuroleptiques pouvant abaisser le seuil épileptogène, une surveillance accrue est nécessaire en cas de co-morbidité.

4.8 Hyperthermie

La fièvre étant le symptôme le plus anodin, il peut s'avérer dramatique chez un patient sous traitement neuroleptique, car annonciateur d'un syndrome malin au pronostic gravissime (pronostic vital potentiellement engagé) et justifiant une prise en charge très particulière.

5. Les effets secondaires des neuroleptiques : pour résumer

Les neuroleptiques sont potentiellement responsables d'effets indésirables. Dans tous les cas, dès leur survenue, le médecin peut indiquer au patient des conseils pour les atténuer, adapter les posologies des neuroleptiques ou ajouter des correcteurs. En dernier recours, un changement de traitement pourra s'avérer nécessaire.

Rappelons que les patients ne doivent pas, de leur seule initiative, interrompre les neuroleptiques. Ceci est d'autant plus vrai si ces effets indésirables apparaissent en ambulatoire.

6. Autres médicaments à associer

Au cours de l'évolution de la maladie, en association au traitement antipsychotique, d'autres traitements peuvent s'avérer nécessaires, soit du fait de manifestations cliniques spécifiques, soit en cas de développement d'une résistance.

6.1 Antidépresseurs

Lors de l'évolution du trouble schizophrénique, près de 33% des patients présenteront une symptomatologie dépressive. Dans un certain nombre de cas, il s'agit d'authentiques épisodes dépressifs majeurs, dont la survenue présente un risque d'altération du pronostic, avec notamment une augmentation du risque suicidaire, mais également du nombre d'hospitalisations et une altération des possibilités d'insertion.

Contrairement à ce qui a pu être évoqué il y a maintenant plus de 20 ans, les antidépresseurs utilisés dans le cadre de la schizophrénie et en association avec un traitement antipsychotique ne présentent pas de risque de réactivation délirante. Ils sont en revanche indiqués pour traiter la symptomatologie dépressive constatée au cours de l'évolution.

L'adaptation se fera en fonction des risques d'interaction avec le traitement antipsychotique, de la tolérance et du profil clinique.

6.2 Anxiolytiques

Au cours de certaines périodes de la maladie, des manifestations anxieuses sont possibles. Les anxiolytiques peuvent alors présenter un intérêt mais de manière temporaire en raison du risque possible de mésusage de type addictif.

6.3 Hypnotiques

Les troubles du sommeil sont fréquents, en particulier dans les phases aiguës de la maladie. Avant d'utiliser un traitement hypnotique, il convient de préciser la nature des troubles du sommeil et leur caractère secondaire, en particulier à une symptomatologie délirante intense. Leur emploi doit être là aussi de courte durée et contrôlé en raison du risque de dépendance.

6.4 Normothymiques

Les traitements normo-thymiques sont classiquement réservés aux formes présentant une symptomatologie thymique associée et aux troubles schizo-affectifs.

Leur emploi doit être évalué et reconsidéré régulièrement, afin d'éviter le risque d'interaction médicamenteuse trop marquée avec le traitement antipsychotique. De surcroît, un traitement au long cours associant plusieurs molécules est un facteur pouvant altérer l'observance générale.

IV. MODALITES DE PRISE EN CHARGE ET DE SUIVI SPECIALISE (4) (20) (21) (24)

En phase aiguë, cette prise en charge a pour objectifs principaux de maintenir le sujet dans un contact avec la réalité et de mettre en place avec le patient et son entourage les bases d'une alliance thérapeutique optimale. Les méthodes utilisées sont diverses et elles doivent être adaptées en fonction des besoins du patient. Il s'agit par exemple de réduire les stimulations de l'environnement, de réduire les facteurs stressants, d'utiliser un style de communication simple et clair et de proposer un environnement cohérent et prévisible. Il s'agit également de fournir au patient et à sa famille une information claire sur la prise en charge et ses objectifs. L'information est une nécessité thérapeutique pour favoriser la réussite du projet de soins. En effet, l'information, au malade et à son entourage, a montré son efficacité dans l'amélioration du pronostic de la maladie. L'information aux familles est importante au cours de cette phase car elle peut influencer sur le pronostic. En effet, la famille peut être encore sous le choc d'un comportement violent à l'origine de l'hospitalisation et l'aider à comprendre ce trouble du comportement dans le contexte de la maladie est très important (par exemple, troubles du comportement liés à un délire de persécution).

Le traitement médicamenteux seul ne permet pas de réduire le risque de rechute qui est estimé à 30 % par an. La prise en charge psychosociale doit donc être maintenue en association avec le traitement médicamenteux. L'information au cours de cette phase sera dévolue à l'évolution de la maladie et aux facteurs qui peuvent influencer sur l'évolution et sur le fonctionnement (prise de toxiques, mauvaise observance, stress important, etc). Le patient, ainsi que sa famille, doivent être informés des différentes structures de soins et du type de prise en charge proposé dans chacune d'elles. Pour un résultat optimal, la continuité des soins et l'accessibilité de ces structures sont des facteurs déterminants.

1. Les intervenants dans les soins

1.1 Les Psychiatres



"Your problems make my fee seem insignificant."

Image 14 : auteur anonyme.

Le psychiatre est un médecin de formation avec une spécialisation en psychiatrie générale et des formations complémentaires diverses.

Il représente un double aspect des soins :

- *chimiothérapie* : une prescription est un acte médical. Les neuroleptiques ne pouvant être délivrés que sur ordonnance, leur choix incombe au médecin en fonction de la symptomatologie.
- *diverses approches psychothérapeutiques* : le psychiatre peut également prescrire les activités afin de resocialiser le patient schizophrène. Bien entendu, il assure le suivi psychologique.

Le psychiatre travaille à l'hôpital et dans les structures ambulatoires. Il est le garant du projet de soins et dans ce cadre, coordonne le travail en équipe pluridisciplinaire (infirmiers, psychologues, ergothérapeutes, assistants sociaux...).

1.2 Les Infirmiers

Les infirmiers sont disponibles et passent beaucoup de temps avec le patient. En effet le patient peut à tout moment interpeller un infirmier afin de lui poser toutes sortes de questions. Ils ont à la fois un « rôle propre » et un « rôle délégué » :

- *Rôle propre* : établissement d'une relation individualisée avec le patient, distribution du traitement, réalisation des soins propres (prélèvement sanguins, injections).

- *Rôle délégué* : veiller à la mise en place et au bon déroulement des soins prescrits par le médecin (relais entre le médecin et le patient).

Les champs de compétence et d'intervention de l'infirmier en psychiatrie sont nombreux et multiples et ce dès l'admission du patient et l'entretien d'accueil. Il fait le relais entre le patient et sa famille et il transmet les informations au psychiatre.

L'infirmier apporte aide et soutien psychologique aux patients qui le nécessitent. Il observe et surveille l'évolution des troubles du comportement du patient schizophrène.

L'infirmier est également chargé d'organiser des activités médico-éducatives et socio-thérapeutiques, notamment par la mise en place de groupes de parole ou d'activités.

L'infirmier aide le patient schizophrène dans ses réinsertions familiale, sociale et professionnelle : il peut l'accompagner auprès des organismes ou il aide et assiste la famille par exemple.

1.3 Les Assistants Sociaux (A.S)

Les assistants sociaux font partie intégrante de l'équipe de soins du Centre Hospitalier Ravenel. Ils ont différents rôles. Ils aident les patients schizophrènes dans des démarches nécessaires à la réinsertion sociale, au retour à la vie professionnelle ou à l'intégration d'un logement ou d'une structure alternative au domicile. Ils participent à l'élaboration et la rédaction de dossiers en vue de l'obtention des allocations. Ils mettent en relation les patients qui le nécessitent avec les organismes de tutelle.

1.4 Les psychologues

Un psychologue est un professionnel qui a suivi une formation universitaire (il est donc entraîné à une démarche scientifique) et, dans de nombreux cas, une formation personnelle (développement personnel sous la forme d'une « analyse » ou d'une psychothérapie).

Ni « professionnels de santé » ni « auxiliaires médicaux », les psychologues forment

une profession en soi, bien qu'ils se distinguent entre eux par leurs champs d'intervention et leurs « théories de référence ». (48) Il ne sera fait mention ici que des « psychologues cliniciens ».

1.5 Les ergothérapeutes

L'ergothérapie est une profession de santé évaluant et traitant les personnes au moyen d'actions significatives pour préserver et développer leur indépendance et leur autonomie dans leur environnement quotidien et social. L'ergothérapie se caractérise par l'éducation, la rééducation ou la réadaptation par l'activité. Ainsi, c'est par le biais d'exercices de la vie quotidienne comme habillage, repas, ménage, courses, jeu, et d'autres techniques, que l'ergothérapeute organise un cadre thérapeutique visant à améliorer ou suppléer des déficiences psychiques. D'autres activités de type artisanal peuvent aussi être employées dans un contexte thérapeutique individuel ou de groupe. Des exercices d'analyse sont également réalisés dans le but d'améliorer la fonction puis la performance du patient.

2. Hospitalisation et structures (23) (36)

Comme nous l'avons vu précédemment lors de la présentation, l'Hôpital Ravenel fonctionne en unité de soins. Mais les hospitalisations sont sectorisées en fonction du lieu d'habitation et non en fonction de la pathologie.

L'hospitalisation peut se faire à l'hôpital psychiatrique ou à l'hôpital général avec un suivi en psychiatrie dite de liaison.

3. Hospitalisation : modalités

La loi du 27 juin 1990, relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées pour troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, définit trois modes d'hospitalisation en psychiatrie.



Image 15 : Symbole des hôpitaux.

3.1 L'hospitalisation libre

L'hospitalisation libre est une hospitalisation de même type que celle qui peut être pratiquée en service de médecine ou de chirurgie. Le patient hospitalisé sous ce régime dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles. Ce mode d'hospitalisation est possible pour un malade atteint de schizophrénie, lorsqu'une adhésion aux soins et une bonne collaboration entre le malade, son entourage et les soignants sont possibles.

Ce mode d'hospitalisation reste relativement marginal dans le cas de la schizophrénie, du moins en début d'évolution de la maladie et ne concerne que les patients dont le comportement et/ou la symptomatologie sont compatibles avec un service « ouvert ».

3.2 L'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT)

L'HDT est parfois nécessaire au cours de crises aiguës, lorsqu'il existe des éléments délirants ou qui altèrent le contact du malade avec la réalité et le rendent incapable d'adhérer à un projet de soins. L'objectif de l'HDT est de permettre la mise en œuvre d'un traitement et l'organisation d'un projet de soins pour un malade ne pouvant donner son consentement. Elle est régie par le Code de la Santé Publique.

Pour prononcer l'admission du patient, le directeur de l'hôpital Ravenel a besoin d'un certain nombre de pièces justificatives. La demande d'admission d'un tiers peut être faite par un membre de la famille ou par un membre de l'entourage.

Deux certificats médicaux sont également nécessaires. L'un doit être rédigé par un médecin qui n'exerce pas dans l'établissement d'accueil et qui n'est pas parent ou allié au 4^{ème} degré inclus avec le médecin rédigeant le second certificat, le chef d'établissement ou le tiers. Le second certificat peut être fait par le médecin exerçant dans l'établissement d'accueil. Ces deux certificats doivent dater de moins de 15 jours par rapport à la demande du tiers formulée.

Dans les 24 heures de l'admission, un nouveau certificat est rédigé, par un psychiatre obligatoirement différent des rédacteurs des certificats initiaux qui apprécie la légitimité de la contrainte.

Ces modalités d'hospitalisation sont sous le contrôle d'une Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques pouvant être saisie par un patient à n'importe quel moment et chargée d'examiner la situation des patients hospitalisés sous contrainte.

La levée de la mesure d'hospitalisation à la demande d'un tiers peut se faire à tout moment dès qu'un psychiatre certifie que les conditions du maintien de cette modalité ne sont plus réunies.

3.3 L'hospitalisation d'office

Le troisième mode d'hospitalisation concerne les personnes dont l'état nécessite des soins en raison de troubles mentaux qui compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

L'hospitalisation d'office est une décision ordonnée par le préfet. L'admission est obligatoire : le directeur de l'hôpital, voire le préfet, doit trouver une place dans un établissement psychiatrique. La sortie ne peut se faire que sur proposition du médecin et accord du préfet.

3.4 L'hospitalisation ambulatoire

De plus en plus, les soins se font hors de l'hôpital, coordonnés autour du centre médico-psychologique du secteur psychiatrique auquel est rattaché le patient. Depuis 1994, le nombre de lits en psychiatrie a baissé de 22%, le relais étant pris par les structures de proximité.

L'important, est d'assurer la continuité des soins au long cours afin d'éviter les ré-hospitalisations. C'est d'ailleurs une des missions du secteur psychiatrique. Parfois un médecin libéral accepte de prendre en charge le malade, en relation avec l'équipe du secteur.

Il est capital que l'hospitalisation et la prescription médicamenteuse soient accompagnées d'une aide sociale et d'un soutien psychologique.

4. Prise en charge ambulatoire (11) (15) (36) (39)

4.1 L'Hôpital de Jour

C'est une structure alternative à l'hospitalisation temps plein qui dispense des soins individualisés par le biais d'activités thérapeutiques et d'entretiens à visée psychothérapeutique.

L'hôpital de jour accueille de manière programmée des patients présentant des troubles psychiatriques évolutifs, mais compatibles avec une hospitalisation à temps partiel.

4.2 CMP ou Centre Médico-Psychologique

Le CMP est une unité de coordination et d'accueil en milieu ouvert (ou extra hospitalier). Il permet d'assurer des consultations et des soins psychiatriques sur les différents secteurs géographiques. Cette unité organise des actions de prévention, de diagnostic et de soins ambulatoires et à domicile.

Le CMP aide à l'évaluation et l'orientation du patient. Il offre des soins de proximité puisqu'il en existe au moins un par secteur. Psychiatres, psychologues, infirmiers et assistants sociaux y accueillent les patients.

4.3 CATTP ou Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

Le CATTP vise à maintenir ou à favoriser une existence autonome aux patients par des activités de soutien individuel. Elles sont axées sur la réinsertion psychosociale. L'équipe qui compose le CATTP intervient à domicile et dans les appartements associatifs. Son rôle

consiste en un soutien et un accompagnement des personnes suivies, notamment dans la gestion de leur vie quotidienne.

C'est un lieu d'accueil par mode séquentiel : une heure, une demi-journée ou une journée. Il propose des actions de soutien, d'accompagnement, d'activités thérapeutiques ou de convivialité.

V. REINSERTION PSYCHOSOCIALE DES PATIENTS SCHIZOPHRENES

1. Les problèmes d'autonomie

La schizophrénie est une maladie qui réduit l'autonomie, l'indépendance du patient dans sa vie de tous les jours, que ce soit au travail, à la maison...

Des équipes de soignants sont chargées d'évaluer les difficultés de chacun et comment les surmonter. Suivant la symptomatologie de la schizophrénie, les actes qui peuvent gêner le patient sont divers. En effet, les idées délirantes provoquent moins de perte d'autonomie que la lenteur, la tendance au repli, la tristesse, l'inhibition ou l'anxiété. De ce fait, gérer son budget, planifier sa journée peuvent être des difficultés rencontrées au quotidien par un patient schizophrène, tout comme penser à prendre ses médicaments, faire sa toilette ou faire les courses.

2. L'évaluation des difficultés et des habiletés du patient schizophrène

On appelle habileté, la capacité à commencer, à faire aboutir et à répéter si nécessaire une action initiée. Les évaluations se font avec le patient schizophrène. L'équipe essaie de juger sa capacité de compréhension, sa rapidité de réflexion, sa capacité de réaction et sa mémoire.

3. La réhabilitation d'un patient schizophrène

La réhabilitation est un soin de réadaptation où il s'agit d'aider le patient à retrouver les habiletés perdues ou à en acquérir de nouvelles. Les techniques utilisées pour cette réhabilitation sont des activités pour stimuler les patients. Ces techniques peuvent prendre diverse formes comme :

- L'expression par l'art (musique, peinture, sculpture...)
- La création d'objets (menuiserie, poterie, pyrogravure...)
- Les activités de détente et récréatives (sorties pédestres, pique-nique...)

Ces thérapies ont pour but l'amélioration de l'estime de soi. Les patients peuvent y participer en groupe. Elles permettent une discussion du ressenti du patient avec le personnel soignant.

VI. LES AIDES EXISTANTES (39)

Elles nécessitent l'engagement et la motivation du patient. Elles ont pour but une meilleure intégration sociale et professionnelle. Elles sont proposées en fonction du moment évolutif de la maladie.

1. L'Allocation Adulte Handicapé

L'Allocation Adulte Handicapé compense une incapacité à se procurer du travail du fait du handicap. Elle est attribuée par la MDPH sur demande argumentée d'un certificat médical pour une durée variable (1 à 5 ans en général). Son montant ne dépend pas du taux de handicap. Elle n'empêche pas de travailler en ESAT (Etablissement et Service d'Aide par le Travail) ou même en milieu ordinaire (dans ce cas l'Allocation Adulte Handicapé sera diminuée). Elle n'est pas incompatible avec le statut de travailleur handicapé.

2. Le statut de travailleur handicapé

Le statut de travailleur handicapé est attribué par la MDPH sur certificat médical. Il ne permet pas en soi d'obtenir d'allocation.

Il reconnaît l'existence d'une situation de handicap mais ne troublant pas totalement la capacité de travailler.

Il existe trois niveaux de 3 catégories selon l'importance du handicap

- A pour léger
- B pour modéré et durable
- C pour grave et définitif

Il permet avec l'aide de l'équipe de préparation et de suite au reclassement professionnel, une orientation :

- en milieu ordinaire
- en milieu protégé
- ou une formation professionnelle

3. La carte d'invalidité

La carte d'invalidité peut être attribuée lorsque la personne n'est plus autonome dans les actes de la vie courante (orientation dans le temps et l'espace, déplacements, activités ménagères, habillage, toilette). Il faut avoir un taux de handicap de 80%. Cette carte donne droit à certains avantages (carte de transport en commun gratuite, exemption de la redevance audiovisuelle)

4. L'aide ménagère et l'allocation compensatrice

Ce sont des aides réservées aux personnes les plus handicapées dans leur quotidien et ayant besoin de l'aide d'une tierce personne.

CONCLUSION

La schizophrénie est une maladie psychiatrique qui a traversé les époques. Comme la première partie a pu le montrer, elle fait partie des psychoses avec une symptomatologie bien connue maintenant. En effet, les classifications internationales permettent d'établir un diagnostic rapidement et donc la mise en place d'un traitement approprié.

La seconde partie de cet exposé a permis de mettre en évidence l'évolution des traitements, en passant des neuroleptiques de première génération aux neuroleptiques dits atypiques pour aboutir aux antipsychotiques dénués de beaucoup des effets secondaires qu'avaient les premières molécules.

Mais l'étude des cas cliniques de l'hôpital Ravenel a prouvé que chaque patient réagit différemment aux traitements en fonction de sa susceptibilité thérapeutique et que tous ne peuvent pas suivre les traitements de dernières générations. Ainsi nous pouvons ensemble affirmer que les neuroleptiques de première génération ne sont pas « obsolètes ». Les traitements médicamenteux comme l'a démontré cet exposé ne suffisent pas ; l'accompagnement, l'aide à la réinsertion sociale et professionnelle sont essentielles au patient schizophrène et font partie des soins.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. DOCTEUR NICOLAS FRANCK. La schizophrénie, Odile Jacob. 2006
2. INTERPSY. Peut-on parler de guérison de la schizophrénie, Medisource Janssen-Cilag, n°2, mai 2007
3. INTERPSY. Suicide et troubles schizophréniques, Medisource Janssen-Cilag n°5, mai 2006
4. ANEPC. Pharmacie clinique et thérapeutique, Edition Masson, 2002
5. PHARMACOLOGIE, III^e édition, édition Frisson-Roche,
6. DSM IV. Schizophrénie et autres Troubles psychotique, Edition Fourth,
7. CIM 10. Classification Internationale des Troubles Mentaux et des troubles du comportement, Edition Masson,
8. Denis LEGUAY, Martin REGA *et al.* SCHIZ'OSE DIRE, n°1, « C'est étrange autour de moi », édition Acte Presse, Nov 2003
9. Dominique FRIARD, Pierre-Ludovic LAVOINE. SCHIZ'OSE DIRE, n°2, « Je prends un neuroleptique » édition Lilly Presse, Mai 2005
10. Denis LEGUAY, Martin REGA *et al.* SCHIZ'OSE DIRE, n°3, « Mon fils/ma fille est en crise » édition Lilly Presse, Fév 2005

11. Dominique FRIARD, Pierre-Ludovic LAVOINE. SCHIZ'OSE DIRE, n°4, « Je me soigne près de chez moi » édition Lilly Presse, Mai 2005
12. Dominique FRIARD, Pierre-Ludovic LAVOINE. SCHIZ'OSE DIRE, n°5, « La schizophrénie, ça se soigne » édition Lilly Presse, Mar 2004
13. Dominique FRIARD, Pierre-Ludovic LAVOINE. SCHIZ'OSE DIRE, n°6, « Ce que je sais sur la maladie » édition Lilly Presse, Jan 2003
14. Dominique FRIARD, Pierre-Ludovic LAVOINE. SCHIZ'OSE DIRE, n°7, « Je vais mieux... » Edition Lilly, Sep 2004
15. Dominique FRIARD, Pierre-Ludovic LAVOINE. SCHIZ'OSE DIRE, n°8, « Je gère mon quotidien » édition Lilly, Fév 2005
16. Dominique FRIARD. SCHIZ'OSE DIRE, n°9, « J'apprends à gérer la violence de mes émotions » édition Lilly, Sep 2006
17. Dominique FRIARD, Pierre-Ludovic LAVOINE. SCHIZ'OSE DIRE, n° spécial, « Accompagner les familles de patients souffrant de schizophrénie » édition Lilly, Sept 2005
18. Dominique FRIARD, Pierre-Ludovic LAVOINE. SCHIZ'OSE DIRE, n° spécial, « J'anime un groupe psychoéducatif » édition Lilly, Jan 2004
19. ATELIER PSYCHOSE, n°19, Concept de rémission et schizophrénie, édition Janssen-Cilag, Mar 2004
20. Dr Christian SPADONE. LA SCHIZOPHRENIE EN QUESTION, édition médicales Phase 5, juin 2005
21. CNS DRUGS EXPERT, Traitement au long cours des patients souffrant de schizophrénie, édition Lilly, Mar 2005 ; 9-15

22. P. THOMAS. L'ENCEPHALE, A propos de la schizophrénie, édition Masson, Jan 2006 ;
32 : 3-12, cahier 2
23. J. GREMION (Villejuif), Dr C. JONAS (Tours). HALOPSY n°30, Lois et psychoses,
édition Janssen-Cilag, sep 2003
24. J-P MACHER, F DUVAL, S GAUBERT, *et al.* SYNAPSE n°214, Prise en charge des
schizophrènes en hospitalisation, édition N.H.A, Avr 2005 : 41-53
25. Pr B. MILLET, Pr S. TORDJMAN. ATELIERS PSYCHOSES, Psychoses Emergentes,
édition Janssen-Cilag, Mai 2006 : 13-19
26. Pr P.M. LLORCA. ATELIERS PSYCHOSES, Le concept de la rémission dans la
schizophrénie, édition Janssen-Cilag, Avr 2004 : 4-6
27. Dr P. VIDAILHET. ATELIERS PSYCHOSES, Apport de la remédiation cognitive dans
la prise en charge des sujets schizophrènes, édition Janssen-Cilag, Avr 2005 : 21-24
28. Dr J.P. CHABANNES. ATELIERS PSYCHOSES, Principes de la réhabilitation
psychosociale du sujet schizophrène, édition Janssen-Cilag, Avr 2005 : 4-12
29. Dr D. LEGUAY. ATELIERS PSYCHOSES, Devenir du patient après l'hôpital : induire
les complémentarités, édition Janssen-Cilag, Mai 2006 : 4-9
30. M.C HARDY-BAYLE, J.C PASCAL. ATELIERS PSYCHOSES, « Neurosciences
cognitives et schizophrénie : le modèle cognitif », édition Janssen-Cilag, Mar 2004 : 4-5
31. Observance et schizophrénie : L'implication du pharmacien, Collaboration du laboratoire
Sanofi aventis, Mai 2005
32. OFFICIEL SANTE n°14, La schizophrénie en l'an 2000, Presse Edition Communication,
Juin/Juillet 2001

33. Dr Ch. SANTOS, P. ROBERT, G. RIQUIER *et al*, SANTE MENTALE, Une passerelle pour la rémission, édition Janssen-Cilag, Jan 2007 : 51-54
34. Dr P. NUSS. HALOPSY, Schizophrénie et toxicomanie, édition Janssen-Cilag, Sep 2002 : 5-21
35. Bernadette GONGUET. SANTE MENTALE, Psychoses : Comment vivre mieux avec ?, édition Janssen-Cilag, Jan 2006 : 2-3
36. P.M. LLORCA. DIALOGUE MEDECIN-MALADE, Mieux connaître la schizophrénie, édition John Libbey, Jan 2006 : 6-15
37. J. DALERY, T. d'AMATO. LA SCHIZOPHRENIE RECHERCHES ACTUELLES ET PERSPECTIVES, édition Masson, Avr 1999 : 44-48
38. Mohamed SAOUD, Thierry d'AMATO. LA SCHIZOPHRENIE DE L'ADULTE, édition Masson, 2006 : 1-17
39. Michel BRIARD. & Avec collection médicale réservée aux équipes soignantes en psychiatrie n°13, édition Janssen-Cilag, Sep 2006 : 53-56
40. R. de BEAUREPAIRE, N. QUEMADA, B. BOISGUERIN *et al*. SCHIZOPHRENIES EN FRANCE, DONNEES ACTUELLES, édition Frisson-Roche, 2000 : 11-32, 34-39, 133-144.
41. ENCYCLOPEDIE LAROUSSE
42. BECK, F.S. LEGLEYE, P. PERETTI-WATTEL. DROGUES & DEPENDANCE le livre d'information, édition INPES, Avr 2006 : 106-117
43. VIDAL 2008
44. L. SOUBELET-BRETEAU, J.Y. FORESTIER, J. CATTEAU. ETUDE DE L'EVOLUTION DES COUTS DIRECT INDUITS PAR LES NEUROLEPTIQUES ATYPIQUES DE 1995 A 1997, édition scientifiques et médicales Elsevier SAS, Mai 2000

45. Revue française de psychiatrie p 1429-1440 volume 71 2007/5

SITES INTERNET CONSULTEES

46. http://etablissements.fhf.fr/annuaire/hopital_fiche.php?id_struct=2451

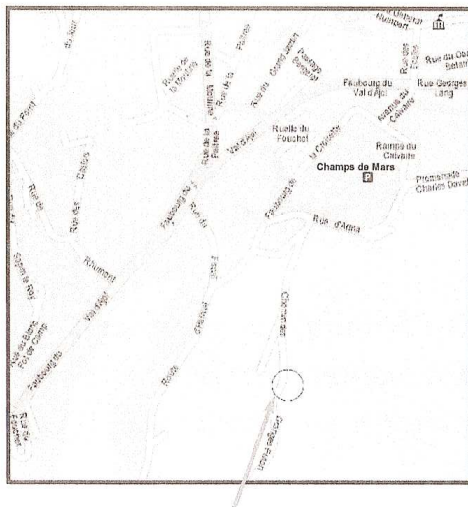
47. [http:// www.chez.com/cafepsycho/dissociation.htm](http://www.chez.com/cafepsycho/dissociation.htm)

48. <http://www.euthyma.com/keskunpsy.htm>

49. <http://www.esculate.com/fmc/schizophrénie.htm>

ANNEXES

Service public



La Roche d'Arma
Chemin des Granges Puton
88200 REMIREMONT
03 29 23 28 28

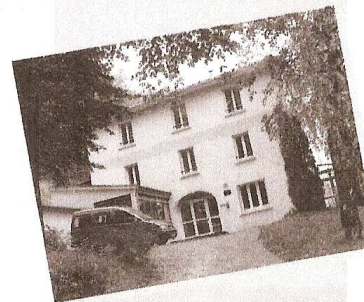
Ouverture quotidienne
de 9h00 à 17h00
sauf samedi, dimanche et jours fériés



HÔPITAL de JOUR

LA ROCHE D'ARMA

de REMIREMONT



03 29 23 28 28

2ème Secteur de
Psychiatrie Générale

Hôpital de Jour

C'est une structure alternative à l'hospitalisation temps plein qui dispense des soins intensifs, individualisés, par le biais d'activités thérapeutiques et d'entretiens à visée psychothérapique.

L'hôpital de jour accueille de manière programmée des patients présentant des troubles psychiatriques évolutifs nécessitant une hospitalisation à temps partiel.

L'EQUIPE de l'Hôpital de Jour

Médecin Chef de Service
Dr Alain SCHANG

Cadre de Santé
Mme Christine BOURBON

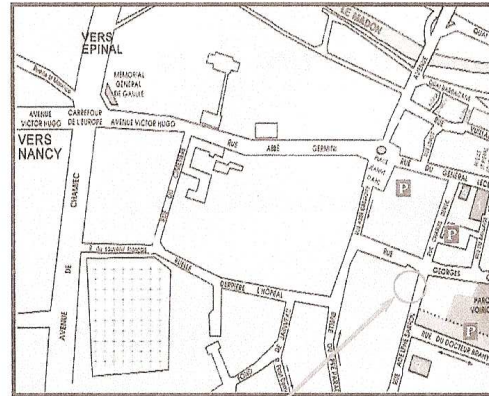
Psychologue

Assistant Social

Infirmier(es)

A.S.H.

*Le Centre "La Source"
est un lieu de soins
pour les personnes
adultes ou adolescentes
en difficulté psychologique*



**23, 27 rue Adelphe Sarron
88500 MIRECOURT**

Ouverture du lundi au vendredi :
de 9h00 à 17h00
le jeudi
de 9h00 à 19h00

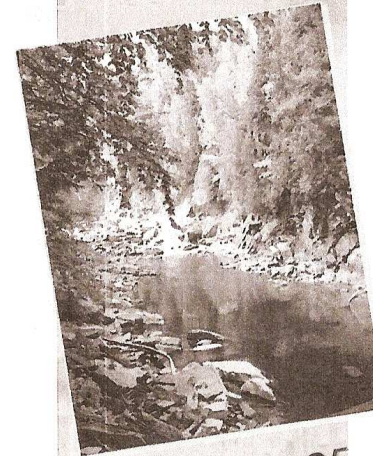


CMP / CATTP / HJ

"La Source"

MIRECOURT

- CENTRE MEDICO PSYCHOLOGIQUE
- CENTRE D'ACCUEIL THERAPEUTIQUE
A TEMPS PARTIEL
- HOPITAL DE JOUR



03 29 37 34 95

Département de la Plaine

CMP / CATT / HOPITAL DE JOUR

- Lieu :** *d'écoute & d'accueil au centre de la cité Mirecurtienne.*
- Actions :** *de prévention, de soins ambulatoires , interventions à domicile.*
- Soins :** *personnalisés, en individuel ou au sein d'un groupe à travers des entretiens et des activités*
- Orientation :** *en vue d'une réinsertion psychosociale.*
- Une équipe** *pluridisciplinaire autour de la même conception du soin.*
- Réseau :** *avec les différents partenaires et établissements.*
- Consultations** *auprès des psychiatres. psychothérapies, entretiens de soutien.*
- Echange** *et concertation avec médecins généralistes, travailleurs sociaux, famille.*

L'EQUIPE de "La Source"

**Médecin Chef
de Département**
Dr Dominique PETE

Médecin Responsable
Dr Alin RADU

Cadre Supérieur de Santé
Martial KOZIC

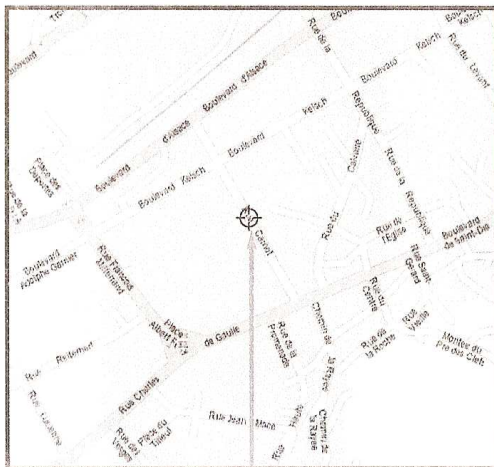
Cadre de Santé
Maryse SERVANT

Psychologue
Assistante Sociale

Infirmières

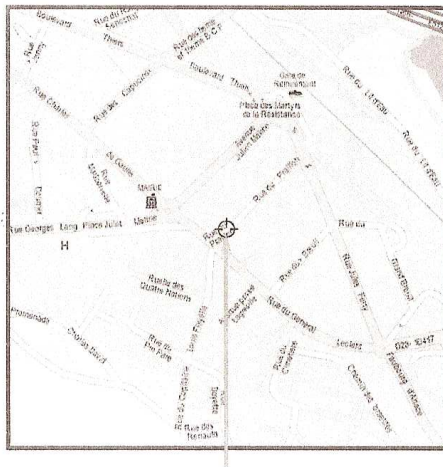
Secrétaire
ASHQ

ANTENNE :



CMP GERARDMER
9 rue Carnot
88400 GERARDMER
03 29 60 06 33

Ouverture :
le lundi
de 13h30 à 16h30



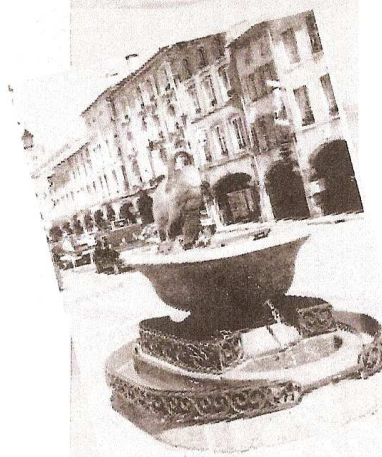
2 bis rue du Praillon
88200 REMIREMONT
03 29 23 19 80

Jours et horaires d'ouverture :
du lundi au vendredi
de 9h00 à 18h00 (accueil de 9h à 17h)
Le samedi de 10h à 12h



CMP

Centre Médico-
Psychologique
de **REMIREMONT**



03 29 23 19 80

2ème Secteur de
Psychiatrie Générale

Centre Médico-Psychologique

C'est une unité de coordination et d'accueil en milieu ouvert qui organise des actions de prévention, de diagnostic et des soins ambulatoires et à domicile.

Il est le premier interlocuteur pour la population de plus de 16 ans des cantons de Remiremont, Plombières les Bains, Le Thillot, Gérardmer et Saulxures sur Mosellote.

Outre la structure principale, il comprend deux antennes :

l'une au Centre Hospitalier Général de REMIREMONT, avec l'équipe de psychiatrie de liaison, notamment l'équipe infirmière, présente du lundi au vendredi, intervenant dans les services à la demande de ces derniers. L'équipe médicale assure des vacations deux fois par semaine

l'autre à GERARDMER : 1/2 journée par semaine, le lundi après-midi.

Equipe composée de :

Médecins,

Psychologues,

Assistants Sociaux,

**11 Infirmiers
dont 2 infirmiers au C.H.G.**

**Médecin Chef de Service
Dr Alain SCHANG**

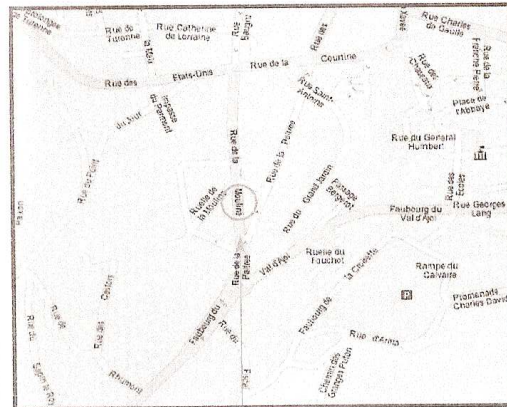
**Cadre de Santé
Mme Annick KOSCHER**

Secrétaires

L'accueil est assuré par l'équipe infirmière.
Des consultations médicales, psychologiques et infirmières ont lieu sur rendez-vous.

Service public

Consultations gratuites



20 rue de la Mouline
88200 REMIREMONT
03 29 23 33 63

Jours et horaires d'ouverture :
du lundi au vendredi
de 9h00 à 17h00



CMPPA

Centre Médico

Psychologique pour

Personnes Agées

de **REMIREMONT**



03 29 23 33 63

2ème Secteur de
Psychiatrie Générale

Le Centre Médico-Psychologique pour Personnes Agées est une structure qui s'adresse aux personnes âgées en souffrance psychologique et à leur entourage.

- ◇ *Accueil téléphonique.*
- ◇ *Entretien d'accueil de la personne âgée et / ou de son entourage.*
- ◇ *Entretien infirmier.*
 - *au CMPPA.*
 - *à domicile.*
 - *en maison de retraite.*
- ◇ *Accompagnement de l'entourage.*
- ◇ *Consultation médicale psychiatrique.*
- ◇ *Consultation auprès d'un psychologue.*

**NOTRE EQUIPE EST
COMPOSÉE DE :**

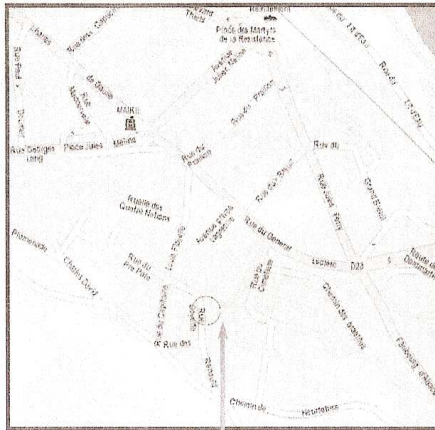
Un médecin psychiatre

Un psychologue

Un cadre infirmier

**Quatre infirmières
de secteur psychiatrique**

Service public
Consultations gratuites



6 rue Doyette
88200 REMIREMONT
03 29 23 30 58

Jours et horaires d'ouverture :
du lundi au vendredi
de 9h00 à 17h00



CATTTP
Centre d'Accueil
Thérapeutique à Temps
Partiel
de **REMIREMONT**



03 29 23 30 58

*2ème Secteur de
Psychiatrie Générale*

Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

Le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel vise à maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapie de groupe. Sont proposées des activités axées sur la réinsertion psychosociale (Byzance - repas), ainsi que des activités thérapeutiques (créativité, vidéo, esthétique, culinaire).

Le CATTTP comprend aussi le versant unité de réhabilitation psychosociale. L'équipe intervient de façon discontinue mais soutenue à domicile et dans les appartements associatifs. Son rôle consiste en un soutien et un accompagnement des personnes suivies, notamment dans la gestion de leur vie quotidienne.

Lieu d'accueil par mode séquentiel - heure, demi-journée ou journée proposant des actions de soutien, d'accompagnement d'activités thérapeutiques ou de convivialité pour des personnes orientées par une autre structure du secteur.

EQUIPE COMPOSÉE DE :

Médecin Chef de Service
Dr Alain SCHANG

Cadre de Santé
Evelyne FALIGUERHO

4 Infirmiers

1 Aide Soignante

Centre Médico Psychologique

C'est un centre d'accueil extra hospitalier du CHRavenel permettant d'assurer des consultations et des soins psychiatriques sur le secteur de Bruyères.

Possibilités :

- ☐ *d'entretiens*
- ☐ *de prise en charge par des activités thérapeutiques sur prescription médicale*
- ☐ *de visite en maison de retraite ou à l'hôpital local de l'AVISON à la demande du médecin traitant*
- ☐ *de soins à domicile*

L'EQUIPE de

"CE. SA. ME"

**Médecin Chef de
Département**

Dr Dominique PETE

Médecin Responsable

Dr Annick CHIAPELLO

**Cadre Supérieur de Santé
Martial KOZIC**

Cadre de Santé

Maryse SERVANT

Psychologue

Assistante Sociale

Infirmières

Secrétaire

ASHQ

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Date de soutenance : 15 Juillet 2009

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR
EN PHARMACIE**

présenté par **François SCHNEIDER**

Sujet :

***La Schizophrénie, ses traitements et leur évolution à
l'hôpital Ravenel de 2000 à 2006.***

Jury :

Président : M. François BONNEAUX, Maître de Conférences

Juges : M. Thierry FOUQUET, Praticien Hospitalier
M. Cyrille JEANNOEL, Pharmacien Hospitalier

Vu,

Nancy, le 10/6/09

Le Président du Jury

Le Directeur de Thèse




M. F. BONNEAUX
Maître de Conférences

M. T. FOUQUET
Médecin psychiatre
Docteur Thierry FOUQUET
CENTRE HOSPITALIER
DE RAVENEL - 10000
54507 MIRECOUX
Tél. 03.29.37.0000
F.I.N.E.S.S. : 88 076 0 1 10

Vu et approuvé,

Nancy, le 09 JUN 2009

Doyen de la Faculté de Pharmacie
de l'Université Henri Poincaré - Nancy 1,



Vu,

Nancy, le 12-06-09

Le Président de l'Université Henri Poincaré - Nancy 1,

Pour le Président
et par Délégation,
La Vice-Présidente du Conseil
des Etudes et de la Vie Universitaire,


Jean-Pierre FINANCE
C. CAUDEVILLE-ATKINSON

N° d'enregistrement : 3321

N° d'identification :

TITRE

**LA SCHIZOPHRENIE, SES TRAITEMENTS ET LEURS EVOLUTION
A L'HOPITAL RAVENEL DE 2000 A 2006.**

Thèse soutenue le 15 Juillet 2009

Par François SCHNEIDER

RESUME :

La schizophrénie est un état pathologique caractérisé par une rupture de contact avec le monde environnant et un retrait de la réalité. Cette maladie mentale présente en outre des hallucinations se traitant par l'administration de neuroleptiques.

Le centre hospitalier Ravenel à Mirecourt dans les Vosges est un hôpital psychiatrique qui traite environ 1500 à 1800 patients souffrants de schizophrénie par an.

L'étude de la schizophrénie, de ses traitements et leurs évolutions entre 2000 et 2006, ont été effectuées à l'hôpital Ravenel et montre que malgré le développement ces dernières années des antipsychotiques, la consommation des neuroleptiques de première génération dits classiques n'a pas ou très peu diminuée.

Cependant l'efficacité globale des antipsychotiques et des neuroleptiques classiques étant semblable, les effets secondaires deviennent un facteur important dans le choix clinique d'une molécule en particulier. Ces effets secondaires sont ainsi à prendre en considération au vu de l'excès de mortalité observé chez les patients schizophrènes.

MOTS CLES :

Schizophrénie, Traitements Neuroleptique classiques et Antipsychotiques

Directeur de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature
<u>Docteur Thierry</u> <u>FOUQUET</u>		Expérimentale <input type="checkbox"/>
		Bibliographique <input checked="" type="checkbox"/>
		Thème 6

Thèmes 1 – Sciences fondamentales 2 – Hygiène/Environnement
 3 – Médicament 4 – Alimentation – Nutrition
 5 - Biologie 6 – Pratique professionnelle