

Prise en charge chronique de la schizophrénie

Chronical care of schizophrenia

V. Lustygier

Hôpital de jour Paul Sivadon, Service de Psychiatrie, C.H.U. Brugmann

RESUME

La schizophrénie est un trouble mental complexe entraînant de nombreux déficits et nécessitant une large gamme d'interventions thérapeutiques. Les données récentes sur ce trouble indiquent l'importance de la revalidation cognitive dans le traitement, bien que plusieurs autres interventions soient également nécessaires. Au départ des institutions psychiatriques fermées du siècle dernier, un processus de désinstitutionalisation lent et continu s'est mis en place. La connaissance globale de cette maladie ayant progressé, de nouveaux modèles de prise en charge pluridisciplinaire et multidimensionnels sont proposés. La réhabilitation psychiatrique est un de ces modèles ayant pour but la prise en charge globale de la maladie, de la gestion des symptômes à un retour à une vie de qualité. La grande spécificité de ce travail de réhabilitation est qu'il est par définition intégré et pluridisciplinaire et implique une collaboration poussée du pôle médical et du pôle psychosocial autour d'un projet thérapeutique commun. Ce modèle met en avant la notion de rétablissement : ce n'est pas la guérison, mais l'expérience qu'acquiert la personne à mesure qu'elle accepte la situation et retrouve la perception d'être capable d'agir à nouveau.

Rev Med Brux 2010 ; 31 : 231-5

ABSTRACT

Schizophrenia is a complex mental disease leading to many deficits that needs a broad range of therapeutic interventions. The recent data raises the importance of the cognitive revalidation even though other interventions are also necessary in the treatment. The asylums of the former century have experienced a slow and continuous process of patient's deinstitutionalization. The global knowledge of the disorder having progressed, new multidisciplinary and multidimensional models of managing are now proposed. The psychiatric rehabilitation is one of those models having as goal the global taking charge of the disease, from the managing of the symptoms to the return to a life with good quality. The great specificity of this rehabilitation work is that it's multidisciplinary and involves a strong collaboration between the medical and the psychosocial intervening party's around a common therapeutic project. This model brings up the notion of recovery witch is, not the cure but, the experience that a patient acquires as he accepts the situation and as he recovers the feeling of being able to get going again.

Rev Med Brux 2010 ; 31 : 231-5

Key words : schizophrenia, rehabilitation, recovery, long term treatment, cognitive revalidation

INTRODUCTION

Dans les sociétés traditionnelles, la place de la folie est liée à l'interprétation transcendante de l'organisation de la vie. Il existe une tolérance (partielle) d'un plan général de la nature avec des tentatives de cadre symbolique pour insérer les malades. Dans ces sociétés, l'altérité du malade n'existe pas, il n'y a pas de communication avec les malades¹.

A l'âge moderne, l'homme devient source de la loi et l'individu libre et autonome. Par rapport à la

maladie mentale, deux interprétations apparaissent :

- Le partage entre la raison et la déraison : la maladie mentale marque un écart à la norme sociale (comme la délinquance) et l'internement à une visée sociale. La médicalisation est possible mais seulement en asile.
- Pour d'autres (Pinel par exemple), le but de l'internement est la réinsertion du malade après une vie collective en institution.

Notre époque contemporaine a vu se mettre en place un processus de désinstitutionalisation, qui a

impliqué le retour des malades schizophrènes dans la cité. Ceci ne s'est pas fait sans difficultés.

Force est de constater que la connaissance actuelle de la schizophrénie permet de revisiter la vision du traitement chronique de ces patients. Les deux dernières décennies ont mis en avant l'hypothèse d'une origine neurodéveloppementale dans la schizophrénie. Nos connaissances permettent une meilleure compréhension des symptômes positifs, négatifs, affectifs mais aussi cognitifs présents dans cette maladie.

L'arsenal thérapeutique a aussi connu une évolution favorable avec l'apparition des anti-psychotiques souvent mieux acceptés par les patients.

Nos connaissances expliquent aussi l'importance des déficits cognitifs présents dans la pathologie². Le lien entre ces déficits et les difficultés à mener une vie quotidienne est bien établi³. Par ailleurs, de nombreuses études réalisées dans différents pays depuis 25 ans, ont démontré l'efficacité des programmes de revalidation cognitive (par exemple : IPT de Brenner⁴).

Néanmoins, la participation à un programme de revalidation cognitive n'est pas la seule issue importante mise en évidence dans la littérature récente dans la prise en charge des patients schizophrènes. Le traitement des symptômes négatifs, d'une éventuelle dépression concomitante, le développement de la conscience morbide, la disponibilité à la prise en charge, la réaction plus ou moins adaptée de l'environnement (social, professionnel, familial : " les émotions exprimées "), sont des facteurs qui influencent l'efficacité du travail⁵.

Notre meilleure compréhension de cette maladie multidimensionnelle, nous invite à développer des interventions médicales et psychosociales intégrées.

Le modèle de réhabilitation psychiatrique tel que développé par Anthony, Farkas et Cohen⁶, dans le cadre de l'école de réhabilitation de Boston, nous a semblé un modèle propice à l'élaboration d'une approche pluridisciplinaire intégrant l'ensemble des différents problèmes de prise en charge posés dans la schizophrénie. En effet, ce modèle intègre une approche médicale (incluant notamment la revalidation cognitive) et l'approche psychosociale permettant " d'augmenter les capacités de la personne jusqu'à ce qu'elle puisse fonctionner avec succès et satisfaction dans l'environnement de son choix avec idéalement un minimum d'intervention professionnelle⁶ ".

LA REVALIDATION COGNITIVE

Les cognitions impliquent la manière dont l'information est saisie, traitée, stockée et récupérée ou utilisée pour élaborer une réponse observable. Le traitement de l'information englobe tous les processus de classification, d'association et d'évaluation des informations à la base du vécu et du comportement.

La littérature récente donne aux déficits cognitifs une place centrale dans la schizophrénie : ils expliquent les diminutions de capacité d'adaptation du sujet à l'origine de difficultés relationnelles avec les proches, la modification des compétences professionnelles, la perte d'autonomie et d'estime de soi. Ces déficits interviennent aussi dans la genèse des symptômes positifs. On distingue généralement des déficits cognitifs élémentaires et des déficits cognitifs complexes⁷.

Les déficits cognitifs élémentaires

Les déficits cognitifs élémentaires consistent en :

- Troubles de l'attention, en particulier de l'attention sélective. Ces déficits attentionnels vont se marquer par de la lenteur, de la distractibilité, de l'impulsivité, par la difficulté à inhiber les automatismes, des erreurs, des problèmes d'encodage, de mémoire et d'apprentissage.
- Troubles de la perception : impliquant la difficulté de reconnaissance, par exemple, des expressions faciales, de la capacité de reconnaître les pensées et les intentions des autres.
- Troubles de la mémoire : on observe en particulier des déficits de la mémoire à court terme (mémoire de travail) et des déficits de la mémoire à long terme. Les symptômes de ces déficits de mémoire se caractérisent par des difficultés d'apprentissage, par la fragilité à l'interférence (mélange d'information), par des oublis fréquents, par des difficultés à raconter son histoire, par la difficulté à suivre une conversation, par des difficultés scolaires, par des difficultés à raconter un film, par de la confabulation. Le déficit de mémoire de travail provoque une perturbation du traitement et du maintien des informations nécessaires à l'exécution des activités cognitives en cours. Dès lors, suivre une conversation, comprendre le contenu d'un texte, retenir un numéro de téléphone afin de le composer seront des tâches difficiles chez ces patients. Le déficit de mémoire verbale, consistant à enregistrer mais aussi à récupérer des informations comme le contenu d'une conversation, le nom d'un objet ou d'une personne, une date importante, un événement important de son passé, est altéré. Il y a un déficit de l'encodage et des stratégies de récupération des informations. On observe aussi un déficit de la mémoire sémantique (les mots et leurs rapports conceptuels).
- Troubles de la pensée abstraite : difficulté à penser de manière abstraite, à interpréter des concepts, dans le raisonnement analogique, dans le raisonnement syllogistique.

Les déficits cognitifs complexes : les déficits des fonctions exécutives

Il s'agit de l'ensemble des fonctions neuropsychologiques nécessaires au contrôle et à la réalisation de comportements dirigés vers un but.

L'ensemble des déficits provoqués par la

limitation des fonctions cognitives chez les patients schizophrènes semble propice à provoquer des difficultés dans leur vie quotidienne. Ceci est clairement démontré dans différentes études qui font le lien entre les déficits cognitifs mesurés et les prédictions de fonctionnement de ces patients dans la vie quotidienne³.

Il semble donc logique que l'implémentation d'interventions cognitives telles qu'utilisées dans les IPT (*Integrated Psychological Therapy*) qui combinent des interventions neuro-cognitives et socio-cognitives, permet d'améliorer le fonctionnement social de ces patients dans le cadre des ateliers où ils pratiquent ces revalidations⁴.

Dans les 25 dernières années, plus de 30 études indépendantes développées dans 9 pays différents incluant 1.393 patients schizophrènes ont démontré l'amélioration cognitive de ces patients⁴.

D'autres résultats positifs portent sur des thérapies cognitives de l'événement cognitif : travail sur les symptômes positifs, sur l'anxiété, sur la tristesse^{7,8}.

Il existe aussi des modèles de travail sur des schémas cognitifs tels que l'estime de soi et l'identité⁹.

Plusieurs études sur la schizophrénie démontrent que d'autres facteurs que les facteurs cognitifs sont également impliqués dans la difficulté d'adaptation à la vie quotidienne, à savoir : la présence de symptômes négatifs, de symptômes dépressifs, la faible prise de conscience de leur état psychopathologique, les effets secondaires des médicaments et le type de milieu familial où évolue le patient³.

De plus, s'il est établi qu'il est nécessaire de posséder de bonnes capacités cognitives pour s'adapter à la vie quotidienne, la question de l'extrapolation des compétences revalidées (de manières non spécifiques aux déficits propres du patient et de son environnement) à la vie personnelle de ce dernier n'est pas clairement établie.

L'automatisme du transfert des compétences revalidées n'est donc pas garantie, et de plus, sans programme spécifique d'entretien, on risque de voir ces acquis se perdre rapidement¹⁰.

Le défi de la revalidation cognitive chez le patient schizophrène reste donc de développer des tâches spécifiques, centrées sur le patient et son fonctionnement quotidien, basées sur ses déficits propres et d'en valider l'efficacité¹¹.

LA REHABILITATION PSYCHIATRIQUE

Le modèle de réhabilitation psychiatrique, tel que développé dans l'école de Boston, consiste en une tentative d'intégration du modèle médical de la psychiatrie et du modèle social de la réhabilitation psychosociale. Elle envisage le patient dans sa globalité

et dans l'environnement dans lequel il évolue. Il s'agit d'un modèle pluridisciplinaire, pluridimensionnel, facilitant le retour d'un individu à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté.

Ce modèle a pour but " d'aider la personne à développer les habiletés physiques, émotionnelles, sociales et intellectuelles et d'aménager les soutiens nécessaires pour lui permettre de vivre, d'apprendre, de travailler et de se socialiser avec succès et satisfaction dans les environnements de son choix avec le moins possible d'aide professionnelle continue " ⁶.

Il associe donc de manière complète, la revalidation des déficits non fixés et l'acceptation des déficits stables.

Ce traitement s'adresse à l'ensemble des conséquences de la maladie :

- déficit primaire : résistance au stress diminuée, déficits cognitifs avec capacités d'adaptation réduites, symptômes positifs, négatifs, affectifs, persistants ;
- déficit secondaire : réaction de la personne aux traumatismes de la maladie : perte d'estime de soi, peur d'entreprendre, ne plus avoir de pouvoir sur sa propre vie ; il s'ajoute aux limitations liées à la maladie ;
- déficit tertiaire : consécutif à la réponse des autres et de la société à la maladie (stigmatisation).

Ce modèle différencie et intègre différentes phases de traitement.

Le traitement médical

Le traitement médical comprend le traitement médicamenteux, le traitement psychothérapeutique (aidant à soulager la détresse émotionnelle et les symptômes de la maladie), l'approche psycho-éducative (familiale et individuelle) et la revalidation cognitive. Les acteurs sont le médecin psychiatre, le psychologue, les infirmiers et l'ergothérapeute.

On parle ici des déficits primaires (associés à la maladie), et des déficits secondaires (les réactions personnelles négatives à l'expérience traumatique de la maladie).

Le traitement psychosocial

Il consiste en un partenariat entre les professionnels et l'utilisateur, visant à améliorer le fonctionnement concret du patient dans son environnement de vie, à trouver ou retrouver des rôles sociaux valorisants. Le but est d'aider la personne à choisir, obtenir puis garder les environnements et les rôles qu'elle préfère.

On parle aussi ici des déficits tertiaires (consécutifs à la réponse des autres et de la société à la maladie mentale).

Ce processus implique différentes phases pour établir les besoins spécifiques de chaque patient.

- La phase de diagnostic : évaluer l'aptitude et la motivation à s'engager dans un processus de réhabilitation, établir un objectif global, réaliser une évaluation fonctionnelle et évaluer les ressources (internes et externes) ;
- La phase de planification : choisir les objectifs prioritaires, sélectionner les interventions adéquates, attribuer les responsabilités ;
- La phase d'intervention : réaliser l'apprentissage des habiletés visées, planifier leur usage, coordonner et modifier les ressources.

La grande spécificité de ce travail de réhabilitation est qu'il est par définition intégré et pluridisciplinaire et implique une collaboration poussée du pôle médical et du pôle psychosocial autour d'un projet thérapeutique commun. L'expérience récente de projet pilotes guidés par le SPF, a montré toute la difficulté de mettre en place ce type de concertation et d'intégration dans le réseau psychiatrique belge francophone.

Pourtant, de nombreux aspects du travail non médicamenteux, validés comme efficaces dans des revues de littératures¹², reprennent les interventions de base intégrées dans le modèle de réhabilitation (thérapie cognitive, intervention de crise programmée, psycho-éducation, interventions familiales, etc.).

UNE NOTIONS IMPORTANTE INTRODUITE PAR LA REHABILITATION

Le rétablissement (*Recovery*)

“ Survivre à la catastrophe et développer de nouveaux sens et nouveaux objectifs dans sa vie ”⁶.

Ce n'est pas la guérison, mais l'expérience qu'acquiert la personne à mesure qu'elle accepte la situation et retrouve la perception d'être capable d'agir.

Ceci implique aussi les rechutes potentielles, dédramatisées et l'acceptation d'un processus non linéaire de santé.

Pour le patient, il s'agit d'un processus d'autonomie, de compréhension, de stratégie d'adaptation, d'autodétermination.

Pour les proches et l'environnement, on met en avant l'accueil, l'intégration, la lutte contre la stigmatisation, l'accès à des ressources (professionnelles ou revenus de remplacement, accès au logement).

Une relation de partenariat s'établit entre le patient et le médecin.

On assiste à un changement de paradigme de la position médicale qui s'intègre dans cette démarche, et amène le psychiatre à sortir plus souvent vers le réseau

et l'environnement du patient pour aider à la compréhension et l'acceptation de la maladie.

CONCLUSIONS

La schizophrénie est un trouble mental complexe entraînant de nombreux déficits et nécessitant une large gamme d'interventions thérapeutiques. Les données récentes sur ce trouble indiquent l'importance de la revalidation cognitive dans le traitement, bien que plusieurs autres interventions soient également nécessaires.

Bien que validées, les interventions de revalidation cognitive doivent encore trouver leur place dans le suivi, et l'extrapolation des améliorations (observées après revalidation) dans la vie quotidienne n'est pas établie. La place d'une revalidation spécifique taillée sur mesure reste à évaluer sur une plus large échelle.

La réhabilitation psychiatrique des patients schizophrènes s'articule autour d'une prise en charge pluridisciplinaire basée sur une démarche intégrative impliquant les nombreux déficits observés dans ce trouble. Il articule le dialogue autour des choix du patient, les possibilités objectives après revalidation des déficits mobilisables et les déficits résiduels stables qui devront être gérés dans la vie du patient.

Ce travail implique donc aussi de parler de la dépendance spécifique de chacun de ces patients dans son environnement de vie et de stimuler le travail d'acceptation et d'adaptation de ce dernier aussi bien au niveau professionnel qu'au niveau familial et social.

BIBLIOGRAPHIE

1. Foucault M : Histoire de la folie à l'âge classique. Paris, Gallimard, 1972
2. Heinrichs RW, Zakzanis KK : Neurocognitive deficit in schizophrenia : a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology* 1998 ; 12 : 426-45
3. Green MF, Kern RS, Heaton RK : Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia : implications for MATRICS. *Schizophr Res* 2004 ; 72 : 41-51
4. Roder V, Mueller DR, Mueser KT, Brenner HD : Integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia : is it effective ? *Schizophr Bull* 2006 ; 32 : S81-93
5. Robinson DG, Woerner MG, McMeniman M, Mendelowitz A, Bilder RM : Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Am J Psychiatry* 2004 ; 161 : 473-9
6. Anthony W, Cohen M, Farkas M : La réhabilitation psychiatrique. Charleroi, Socrate-réhabilitation, 2004 : 1-20
7. O'Carroll R : Cognitive impairment in schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment* 2000 ; 16 : 161-8
8. Chadwick P, Sambrooke S, Rasch S, Davies E : Challenging the omnipotence of voices : group cognitive behavior therapy for voices. *Behav Res Ther* 2000 ; 38 : 993-1003

9. Blairy S, Neumann A, Nutthals F, Pierret L, Collet D, Philippot P : Improvements in autobiographical memory in schizophrenia patients after a cognitive intervention : a preliminary study. *Psychopathology* 2008 ; 41 : 388-96
10. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E *et al.* : Psychological treatments in schizophrenia : II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychol Med* 2002 ; 32 : 783-91
11. Van der Linden M : La prise en charge neuropsychologique des troubles cognitifs dans la schizophrénie. *Carnets de l'observatoire* 2002 ; 6 : 51-60
12. Jung XT, Newton R : Cochrane Reviews of non-medication-based psychotherapeutic and other interventions for schizophrenia, psychosis, and bipolar disorder : A systematic literature review. *Int J Ment Health Nurs* 2009 ; 18 : 239-49

Correspondance et tirés à part :

V. LUSTYGIER
C.H.U. Brugmann
Service de Psychiatrie
Place A. Van Gehuchten 4
1020 Bruxelles
E-mail : vincent.lustygier@chu-brugmann.be

Travail reçu le 3 juin 2010 ; accepté dans sa version définitive le 22 juin 2010.