

# Gestion de la crise schizophrénique aiguë

## *Management of schizophrenia in acute phase*

**T. Deakin**

Service de Psychiatrie, Centre Universitaire Provincial la Clairière, Bertrix

### RESUME

*Les différentes limites, tant de l'évolution naturelle de l'affection que des différentes phases de réponse au traitement, sont précisées. Les modalités de traitement de la phase aiguë, tant hospitalières que pharmacologiques, sont ensuite clarifiées. Et pour ces dernières, en particulier, le traitement parentéral, le traitement oral ainsi que les différentes options dans les contextes de résistance au traitement.*

*Rev Med Brux 2010 ; 31 : 236-40*

### ABSTRACT

*The different limits both of the natural progression of the condition and of the different phases of response to treatment are specified. Acute phase treatment modalities, hospitalisation as well as pharmacological are then clarified. And for the later in particular, parenteral treatment, oral treatment, as well as the different options in the contexts of treatment resistance.*

*Rev Med Brux 2010 ; 31 : 236-40*

*Key words : schizophrenia, acute phase, treatment*

### Préambule

Les termes crise aiguë ou phase aiguë de la schizophrénie (SCZ) seront considérés comme équivalents.

Le terme gestion est considéré, comme rassemblant les différentes modalités et ressources médicales, psychologiques et sociales à visée thérapeutique.

Lorsque l'on considère la gestion ou le traitement aigu de la schizophrénie, parle-t-on du traitement de certains symptômes, d'un syndrome, du trouble, ou encore de la personne qui en est affectée, de même, fût-ce partiellement de l'entourage, lui-même également symptomatique et en crise ?

Toutes ces questions n'ont pas toujours des limites bien établies et ce tant en pratique clinique que dans le cadre de la littérature scientifique.

### LE TROUBLE SCZ ET SES DIFFERENTES PHASES

En termes très généraux la SCZ peut être qualifiée de désorganisation du fonctionnement psychique dans ses différentes dimensions, se traduisant cliniquement par différents dysfonctionne-

ments, en particulier, social, professionnel, relationnel et d'investissement de soi (*self-care*).

Sans doute serait-il plus réaliste de parler des SCZ plutôt que de la SCZ.

Tous les cliniciens et les experts et plus implicitement les chercheurs s'y accordent.

Le diagnostic de SCZ, il faut le savoir, recouvre donc un ensemble d'affections qui certes partagent de nombreux points communs, mais qui, d'autre part, sont vraisemblablement très hétérogènes, notamment en termes de pronostic et de réponse au traitement.

Tant dans le cadre de la recherche que de la pratique clinique, le diagnostic, catégoriel et phénoménologique, se fait aujourd'hui par la rencontre d'un certain nombre de signes et symptômes avec les critères retenus dans les deux grands systèmes de classification, à savoir l'I.C.D. de l'O.M.S. ou le D.S.M. de l'*American Psychiatric Association* (APA).

Les dimensions d'intensité relative de ces différents symptômes sont quant à eux le plus souvent évalués, en particulier dans le cadre de la recherche, en accord avec les échelles de la PANSS (*Positive And Negative Syndrome Scale*).

Essentiellement à la suite d'Andreassen<sup>1</sup>, les différents symptômes de l'affection ont été regroupés en trois grandes dimensions, symptômes phares (*core symptoms*) ou *clusters* : les symptômes positifs, les symptômes négatifs et les symptômes de désorganisation<sup>2</sup>, et tant le D.S.M. que la PANSS font en fait amplement allégeance à cette catégorisation.

Pour autant, cette dernière décennie a vu apparaître un intérêt croissant pour les symptômes cognitifs, essentiellement, et plus secondairement pour les symptômes dits affectifs de la SCZ ; en particulier, en regard de leur valence pronostique, mais également en lien avec le développement de nouvelles ressources de remédiation.

Aussi, retiendrons-nous une distribution de la symptomatologie SCZ plutôt en quatre *clusters*. Soit toujours les symptômes positifs et négatifs, mais au-delà, également les symptômes cognitifs et les symptômes affectifs.

Qu'en sera-t-il de ces perspectives diagnostiques dans un avenir plus ou moins proche ?

Des remaniements conséquents du D.S.M. sont en effet attendus dans les 2/3 ans, entre autres, caractérisés par l'intégration d'aspects dimensionnels dans un système diagnostique fondamentalement catégoriel.

Ouvrons dès lors quelques fenêtres, encore hypothétiques, quant à des changements à venir.

Depuis plusieurs années déjà, certains groupes, notamment japonais, plaident en faveur d'un abandon du terme de SCZ à la faveur d'un nouveau concept de vulnérabilité pathologique au stress<sup>3</sup>.

En somme, les auteurs renvoient à une perspective avec une beaucoup plus grande emphase sur le *cluster* affectif-émotionnel de l'affection.

Plus récemment, Van Os<sup>4</sup> et Kapur & Van Os<sup>5</sup> ont, en lien avec la future mouture du D.S.M., plaidé en faveur du remplacement du terme de SCZ par celui de "*salience syndroma*" que l'on pourrait traduire par "syndrome d'attribution".

En dépit de l'intérêt certain de ces perspectives, ne renions pas les acquis du passé, notamment la pertinence du concept de SCZ selon le D.S.M.

En effet, celui-ci se manifeste par une très grande cohérence interne (*consistency*) et stabilité dans le temps ; de même, en est-il de sa valeur prédictive.

Sa stabilité dans le temps est de 90 à 95 % à 5 ans<sup>6</sup> soit la deuxième la plus élevée après les troubles bipolaires (maniaco-dépressifs).

## LES PHASES EVOLUTIVES

Poursuivons notre mise en perspective de certaines délimitations.

A la suite de Lieberman<sup>7</sup>, l'on distingue essentiellement quatre grandes phases dans l'histoire naturelle de la maladie.

Soit la phase prémorbide, suivie de la phase prodromique et ensuite de la phase d'état ou phase psychotique, elle-même suivie d'une phase dite de stabilisation.

La phase psychotique débute par un épisode ou accès aigu, premier de plusieurs autres à suivre, rechutes ou récurrences selon le contexte temporel.

C'est donc ici la phase dite psychotique qui nous intéresse et plus singulièrement le traitement et la gestion des épisodes aigus ou sur-aigus.

Regardant le traitement, l'on différencie également cinq phases, représentant également les objectifs du traitement<sup>7</sup>.

- **La phase de réponse** : Elle correspond à une diminution de 20 % ou plus de l'intensité des symptômes.
- **La phase de stabilisation** : Qui, entre autres, fait échec à la rechute (*relapse*). Notons ici qu'une revue récente de Leucht a révélé sur 17 études pas moins de 11 définitions de la "rechute".
- **La phase de rémission** : La délimitation consensuelle de cette phase, même si elle a pris plusieurs décennies à advenir, est une grande avancée. En effet, cette délimitation acquise, l'on peut maintenant beaucoup mieux comparer, dans les différentes études, ce qui est vraiment comparable. Mais, cela a fortement contribué à mieux préciser les objectifs thérapeutiques à poursuivre ainsi que leurs chances de succès. Sans parler d'un accordage des représentations et des attentes ainsi qu'une communication d'autant facilitée entre les patients, leurs familles et les soignants. Très consensuellement, la rémission est aujourd'hui définie, en langage de tous les jours non pas comme une disparition de tous les symptômes mais comme leur amendement de telle manière qu'ils ne constituent plus un handicap majeur pour le patient et ce pour une période d'au moins six mois. En langage plus psychiatrique, l'on retient une rémission lorsque sur une sous-échelle à huit critères de la PANSS<sup>8</sup>, les scores (intensité) sont "faible", "minime", ou "néant" et cela comme évoqué pendant une période de six mois ou plus.
- **La phase de récupération** : L'on parle de "récupération" (*recovery*) lorsque la rémission, en particulier symptomatique, fonctionnelle et sociale, perdure minimum deux ans.
- **La phase de guérison** : Certains retiennent cette dernière phase bien qu'il ne soit pas bien fondé, dans la SCZ, de parler de guérison au long cours sans plus aucun traitement.

## REPERES EPIDEMIOLOGIQUES

- 10 % des patients SCZ se suicident endéans les 10 ans de leur premier épisode aigu<sup>9</sup>.
- Sans observance thérapeutique, l'on observe de 80 à 95 % de récurrence à cinq ans<sup>10</sup>.
- Deux tiers des patients ne rencontrent qu'une compliance partielle aux recommandations thérapeutiques<sup>11</sup>.
- Le risque relatif de décès (toutes causes) est 1,6 fois plus élevé dans les groupes placebo des études RCT en phase aiguë<sup>12</sup>.
- Lors d'un premier épisode aigu, les probabilités d'atteindre une phase de rémission sont de  $\pm 75\%$ <sup>13</sup>.
- Au-delà du troisième épisode aigu, les probabilités de rémission ne sont plus que de  $\pm 30\%$ <sup>14</sup>.

## TRAITEMENT DE LA PHASE AIGUE - PHASE SUR-AIGUE (AGITEE)<sup>15</sup>

### Cadre général hospitalier<sup>16</sup>

Ses *indications* principales sont celles :

1. de contenir et de protéger des troubles du comportement associés et qui ne peuvent plus l'être en ambulatoire ;
2. de contribuer plus rapidement et efficacement à l'établissement des diagnostics, souvent multiples ;
3. de l'instauration et de la surveillance des traitements psychotropes aux potentialités d'effets secondaires conséquents aux doses alors le plus souvent utilisées.

Les *objectifs* de la poursuite de l'hospitalisation seront :

1. essentiellement ceux de co-construire avec le patient mais également le plus souvent avec sa famille une alliance thérapeutique ou de travail *suffisamment bonne* ;
2. d'œuvrer à engager une *réponse* thérapeutique, entre autre à visée de soulagement ;
3. de poursuivre la surveillances et l'observation pluridisciplinaire de l'évolution et des interactions du patient (et de sa famille) ;
4. de maintenir un cadre structurant. En effet le cadre de l'hospitalisation, en soi, est structurant ; rôle souvent essentiel pour engager des progrès thérapeutique significatifs.

### Traitement médicamenteux<sup>17</sup>

- Pour de multiples raisons, les études RCT sont très difficiles à réaliser, à financer, et de ce fait sont très peu nombreuses.
- Les neuroleptiques (NI) représentent le traitement de fond de par leurs effets *antipsychotiques*, *anti-impulsifs*, *sédatifs*, et possiblement partiellement *antidépresseurs* pour les NI de seconde génération (*Second Generation Antipsychotics* ou SGA).
- Les benzodiazépines (BZD) représentent sans doute la comédication la plus efficace et aussi la plus utilisée.

- La polymédication est la règle, reposant sur l'expertise clinique et pragmatique des praticiens et ce dans un contexte d'EBM très pauvre.

### Traitement parentéral (IM)

- Absence de données claires quant à une plus grande rapidité d'action.
- Indiqué dans les contextes de compliance problématique.
- Sur base d'analyses rétrospectives, les FGA (neuroleptiques de 1<sup>ère</sup> génération) auraient une *efficacité* équivalente aux SGA<sup>18</sup>. Par exemple : études haldopéridol vs olanzapine avec *end-point* : nombre total d'injections et co-médications nécessaires.
- Sur base des études *prospectives*, les SGA sont plus *efficaces* et sont donc indiqués en 1<sup>ère</sup> intention<sup>19</sup>.

### Traitement per os

- Les recommandations sont aujourd'hui unanimement en faveur des SGA, essentiellement du fait d'une plus grande efficacité mais pour certains d'entre eux, de surcroît, d'une plus grande efficacité.
- Sur base des méta-analyses de Davis<sup>20</sup> et de Leucht<sup>21</sup>, quatre molécules essentiellement se dégagent comme étant plus *efficaces*, soit en ordre croissant : amisulpride, rispéridone, olanzapine et plus encore clozapine.

### Résistance au traitement

- En dépit de la pratique courante, il n'existe pas d'indications manifestes à engager une polymédication neuroleptique.
- En l'absence de *réponse* clinique suffisante, au-delà de la prise en compte des diagnostics de comorbidité, en particulier d'abus de substances, une première réaction gagnerait à être celle de la recherche d'ajustement du dosage<sup>22</sup>.
- Au-delà, soit à partir de 2 à 6 semaines d'absence de *réponse*, l'on retiendra l'indication de substitution avec un autre SGA<sup>23</sup>.
- En phase sur-aiguë, la clozapine n'est indiquée en deuxième intention que dans les contextes d'hostilité et/ou d'auto- ou hétéro-agressivités *persistantes*.
- Les bêta-bloquants, comme le propranolol à dose élevée, peuvent également contribuer.
- Beaucoup plus rarement, l'on retient éventuellement l'indication d'une électro-convulsivo-thérapie (ECT) dans des contextes de SCZ multirésistantes<sup>23</sup>.

## TRAITEMENTS CONTRAINTS ET ASPECTS MEDICO-LEGAUX

### Généralités

Jusqu'il y a une vingtaine d'années, les traitements sous contrainte s'appuyaient sur le cadre législatif dit de la *collocation*.

En pratique, le maintien contre sa volonté d'un patient en institution était possible, éventuellement pendant de très longues années, à la seule condition d'un double accord du psychiatre institutionnel et du Bourgmestre.

Actuellement, c'est la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne du malade mental qui encadre les traitements contraints dits de "mise en observation" et dont il existe deux modalités, l'urgente et la non urgente.

Cette loi visait à protéger le patient des abus tels qu'ils avaient existé dans le passé, dans notre pays, mais surtout, sur base des attendus parlementaires, en lien avec les exactions d'enfermements psychiatriques d'opposants perpétrées en Union Soviétique.

Toutefois il y a lieu de signaler que cette loi s'inscrivait également dans une politique de santé où prévalaient désinstitutionalisation et abolition des "asiles".

#### “ Mise en observation ”

Quatre critères doivent être rencontrés :

- maladie mentale ;
- refus de soins ;
- dangerosité pour soi ou pour les autres ;
- absence d'alternatives.

Un certificat médical circonstancié doit en faire foi, en sus de la requête que toute personne intéressée peut introduire.

La procédure sera médiée soit par le Procureur lorsque celle-ci est urgente soit par le Juge de paix dans le cas contraire.

Sa durée est en principe de maximum quarante jours avec la possibilité de requérir un *maintien* de maximum un an, éventuellement renouvelable à une reprise.

#### Réflexions

A l'inverse des attentes du législateur, l'on assiste d'une part à une augmentation régulière du nombre d'hospitalisations forcées :  $\pm 50\%$  par période de cinq ans ; d'autre part, la procédure est presque toujours (95 %) la forme urgente.

Notons également de grandes disparités entre pays apparentés : de 4 % au Danemark à 22 % en Finlande, la Belgique se situant à  $\pm 12\%$ <sup>24</sup>.

Considérant le critère de *dangerosité*, celui-ci s'avère singulièrement problématique<sup>25</sup> :

- double problématique tant de son évaluation par les professionnels que de l'objectivation de son évolution ;
- valence fortement stigmatisante, susceptible d'auto-

entretenir la problématique de discontinuité ou de seuil d'intervention ;

- seuil, particulièrement interpellant, en deçà duquel les soins sans consentement deviennent illégaux.

Dans des études comparatives, l'on observe effectivement une association entre l'utilisation du critère de *danger* et une plus longue période de psychose non traitée.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. American Psychiatric Association : DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2005
2. Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM *et al.* : Remission in Schizophrenia : Proposed Criteria and rationale for Consensus. *Am J Psychiatry* 2005 ; 162 : 441-9
3. Sato M : Renaming schizophrenia : a Japanese perspective. *World Psychiatry* 2006 ; 5 : 53-5
4. Van Os J : Saliency Syndrome replaces Schizophrenia in DSM-V and ICD-11 : Psychiatry's evidence-based entry into the 21<sup>st</sup> century ? *Acta Psychiatr Scand* 2009 ; 120 : 363-72
5. Van Os J, Kapur S : Schizophrenia. *Lancet* 2009 ; 374 : 635-45
6. Chung DW, Chan SS : Five-year Stability of ICD10 diagnoses among Chinese patients presented with first-episode psychosis in Hong Kong. *Schizophr Res* 2009 ; 115 : 351-7
7. Lieberman JA, Koreen AR, Chakos M *et al.* : Factors influencing treatment response and outcome of first-episode schizophrenia : implications for understanding the pathophysiology of schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1996 ; 57 : 85-9
8. De Nayer A, Masson A, Domken MA *et al.* : La Rémission dans la Schizophrénie. *Neurone* 2006 ; 11 (Suppl 6)
9. Hulselmans J, Lecompte D, De Bleeker E *et al.* : Schizophrénie et comportement suicidaire. *Neurone* 2009 ; 14 (Suppl 8)
10. Robinson D, Woerner MG, Alvir JM *et al.* : Predictors of relapse following response from first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999 ; 56 : 241-7
11. Floris M, Masson A, Delatte B *et al.* : Adhésion partielle au traitement, schizophrénie, et les antipsychotiques de seconde génération. *Neurone* 2005 ; 10 (Suppl 9)
12. Isaac M, Koch A : The risk of death among adult participants in trials of antipsychotic drugs in schizophrenia. *Eur Neuropsychopharmacol* 2010 ; 20 : 139-45
13. De Hert M, Lecompte D, Hulselmans J *et al.* : Résultat et recovery dans la psychose schizophrène. *Neurone* 2008 ; 13 (Suppl 8)
14. Eaton WW, Thara R : Remission and relapse in schizophrenia : the Madras Longitudinal Study. *J Nerv Ment Dis* 1998 ; 186 : 808-15
15. Lindenmayer JP, Kanellopoulou I : Schizophrenia with impulsive and aggressive behaviors. *Psychiatr Clin North Am* 2009 ; 32 : 885-902
16. Franck N : Traitement de la Schizophrénie. EMC, 2005
17. Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders. American Psychiatric Association, 2006
18. Darren J, Dipaula B, Love R : Intramuscular Haloperidol *versus* Intramuscular Olanzapine for Treatment of Acute Agitation : A Cost-minimization Study. *Pharmacotherapy* 2009 ; 29 : 930-6

19. Hatta K, Sato K, Takebayashi H *et al.* : Effectiveness of second generation antipsychotics with acute-phase schizophrenia. *Schizophr Res* 2009 ; 113 : 49-55
20. Davis JM, Chen N, Glick ID : A met-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. *Arch Gen Psychiatry* 2003 ; 60 : 553-64
21. Leucht S, Corves C, Arbter D, Engel RR, Davis JM : Second-generation *versus* first generation antipsychotic drugs for schizophrenia : a meta-analysis. *Lancet* 2009 ; 373 : 31-41
22. Keshavan MS, Tandon R, Boutros NN, Nasrallah HA : Schizophrenia, just the facts : what we know in 2008. Part 3 : Neurobiology. *Schizophr Res* 2008 ; 106 : 89-107
23. Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders. American Psychiatric Association, 2006
24. Dubois V : Les soins contraints : état des lieux et perspectives. *Schizophrenia Congress*. Brussels, March 2010
25. Vandenberghe J : L'augmentation du nombre d'hospitalisations forcées constitue-t-elle un progrès dans la prise en charge de la psychose ? *Schizophrenia Congress*. Brussels, March 2010

**Correspondance et tirés à part :**

T. DEAKIN  
Rue des Ardoisières 100  
6880 Bertrix  
E-mail : thierry.deakin@skynet.be

Travail reçu le 10 juillet 2010 ; accepté dans sa version définitive le 26 juillet 2010.