

Du dépistage précoce au traitement à long terme

Psychoses schizophréniques

Stefan Kaiser

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Bien que les psychoses schizophréniques soient souvent considérées comme faisant partie des attributions clés des psychiatres, de nombreux patients ont davantage de contacts avec le médecin de famille¹. Dès lors, ce dernier joue un rôle essentiel en tant que premier point de contact au sein du système de santé, mais également pour assurer la continuité du traitement somatique et psychiatrique. Ces aspects ont un impact déterminant sur l'évolution à long terme de la maladie.

Psychoses schizophréniques au cabinet du médecin de famille

Les patients souffrant de psychose sont en proie à des modifications profondes de la perception, de la pensée et du comportement [1]. La schizophrénie constitue une forme spécifique de psychose qui, avec une prévalence vie entière de près de 1%, est relativement fréquente. Parmi les critères diagnostiques de la schizophrénie figurent avant tout les symptômes positifs, tels que les hallucinations (par ex. entendre des voix) ou le délire (par ex. délire de persécution bizarre). Néanmoins, les symptômes négatifs (par ex. apathie ou émoussement affectif) et les limitations des performances cognitives jouent également un rôle central dans la capacité des patients à accomplir les activités quotidiennes. Il s'agit là d'un point particulièrement critique car la maladie débute souvent durant l'adolescence ou au début de l'âge adulte, ce qui a des répercussions sur des tâches développementales déterminantes telles que la formation, l'interaction avec des pairs et la relation de couple.

Le rôle essentiel des médecins de famille dans le traitement des patients schizophrènes est bien établi empiriquement [2]. A l'échelle de la Suisse, Simon et al. ont montré qu'annuellement, chaque médecin de famille traitait en moyenne 3 patients avec un diagnostic établi de schizophrénie, soit de façon autonome soit en collaboration avec un psychiatre. Au moment de l'étude, cela correspondait à un nombre estimé de 19 000 patients traités par des médecins de famille en Suisse. Par ailleurs, chaque médecin de famille voyait annuellement en moyenne 1,6 patient avec une suspicion de première manifestation d'un trouble psycho-

tique. Ces valeurs concordent avec les résultats d'études internationales. Les chiffres soulignent le rôle fondamental du médecin de famille en tant que premier contact au sein du système de santé et pour assurer la continuité du traitement somatique et psychiatrique sur la durée.

Dépistage précoce

D'après des études internationales, une durée moyenne de 60 semaines s'écoule avant que les patients souffrant de psychose reçoivent un traitement spécifique [3]. En Suisse également, des indices suggèrent que la psychose reste non traitée pendant une longue période. Cette situation est préoccupante dans la mesure où la durée de la psychose non traitée constitue l'un des prédicteurs les plus puissants d'une évolution à long terme des psychoses schizophréniques. Des efforts ont ainsi été déployés afin de réduire la durée de la psychose non traitée par le biais d'approches

Les symptômes négatifs et cognitifs passent facilement inaperçus

systematiques. Dans ce contexte, la mise en place d'une offre thérapeutique spécialisée facilement accessible et l'information par l'intermédiaire des médias, des écoles et d'autres canaux constituent des éléments primordiaux. Néanmoins, un autre élément essentiel réside dans le rapprochement avec les médecins de famille et dans la formation de ces derniers, étant donné qu'ils sont pour de nombreux patients le premier contact au sein du système de santé [4].

La pose d'un diagnostic de suspicion au cabinet du mé-

¹ Dans un souci de lisibilité, cet article utilise uniquement la forme masculine, qui désigne aussi bien les femmes que les hommes.

decin de famille représente souvent un grand défi. Cette tâche est plus simple lorsque le patient signale des symptômes positifs tels que le délire ou les hallucinations. Il convient néanmoins aussi de prendre en considération les symptômes négatifs et cognitifs, qui sont moins spécifiques et passent plus facilement inaperçus. Enfin et surtout, chez les jeunes adultes, certains signaux d'alerte non spécifiques, tels qu'une baisse brutale des performances, une altération frappante des capacités relationnelles ou un changement net constaté par les proches, devraient amener à réaliser une exploration plus approfondie.

Concrètement, une bonne collaboration entre les médecins de famille et les spécialistes est déterminante, de sorte qu'une évaluation supplémentaire puisse avoir lieu rapidement en cas de suspicion de psychose

L'objectif thérapeutique est le rétablissement (recovery): récupération des aptitudes quotidiennes et de la qualité de vie

schizophrénique. Dans ce contexte, les offres thérapeutiques spécialisées ont fait leurs preuves chez les patients avec un premier épisode psychotique, qui sont rattachés à une clinique ou à un service ambulatoire [5]. Cependant, rares sont les structures qui proposent une offre réellement complète.

Traitement psychiatrique

Les médecins de famille sont impliqués dans le traitement psychiatrique au sens strict pour différentes raisons. Il en est assurément ainsi pour les patients qui ne souhaitent pas de traitement sous la supervision d'un psychiatre. Toutefois, même lorsque les patients consultent un psychiatre, ils s'adressent souvent au médecin de famille pour lui poser des questions concernant le traitement psychiatrique, par ex. pour obtenir un deuxième avis concernant une décision relative à des médicaments. Dès lors, il est utile pour le médecin de famille d'être familiarisé aux concepts de base du traitement psychiatrique des patients atteints de psychoses schizophréniques, dont seules quelques nouveautés peuvent être abordées dans cet article. Les recommandations thérapeutiques de la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie seront disponibles au début de l'année 2016. Pendant longtemps, le traitement psychiatrique avait pour objectifs principaux la réduction ou la rémission des symptômes, suivie du maintien de cette amélioration par le biais d'une prévention des récurrences appropriée. Bien que ces objectifs restent toujours essentiels, la notion de *recovery*, qui a deux significations diffé-

rentes, a gagné en pertinence au cours de ces dernières années [6]. D'une part, la notion de *recovery* (rétablissement) désigne la récupération des aptitudes quotidiennes professionnelles et sociales pré-morbides. S'y ajoute un rétablissement subjectif (*subjective recovery*), qui met l'accent sur l'épanouissement, l'espoir et l'optimisme, ainsi que sur la qualité de vie. Tous les objectifs mentionnés sont très individuels et ils devraient figurer au début d'un plan de traitement individualisé.

Ce vaste spectre d'objectifs thérapeutiques peut uniquement être atteint par le biais d'un traitement intégré englobant une pharmacothérapie, une psychothérapie et des approches de réadaptation. Les différents procédés thérapeutiques ne peuvent pas être détaillés dans le cadre de cet article, mais le lecteur intéressé est invité à consulter la littérature spécialisée. Nous nous permettons néanmoins d'aborder brièvement les approches psychothérapeutiques qui connaissent un développement rapide, la notion de psychothérapie devant être comprise dans un sens très large [7]. Aujourd'hui, la psychoéducation fait partie intégrante de tout traitement et elle englobe non seulement l'information au sujet de la maladie mais également l'élaboration d'un concept individuel de la maladie. Il est primordial d'impliquer les membres de la famille et les proches dans cette démarche. D'autres approches ont avant tout fait leurs preuves pour les symptômes répondant mal au traitement. Ainsi, des preuves solides sont désormais disponibles pour le traitement des symptômes positifs résistants par la thérapie cognitivo-comportementale.

Globalement, le traitement des patients atteints de psychose schizophrénique est devenu nettement plus complexe en raison des développements mentionnés et il est difficile de proposer ces éléments thérapeutiques au cabinet du médecin de famille. Il ne faut néanmoins pas oublier que la continuité thérapeutique est au moins aussi essentielle que les éléments individuels qui composent le traitement. Si le médecin

L'écart de mortalité s'est creusé au cours des dernières années et il s'élève à 10-25 ans

de famille parvient à maintenir la continuité thérapeutique, c'est déjà une belle victoire! En parallèle, cette complexité peut être mieux surmontée grâce à une meilleure interaction entre les médecins de famille et les psychiatres. Il convient de garder à l'esprit que des services ambulatoires et des cliniques proposent déjà des offres psychothérapeutiques de groupe, qui s'adressent également aux patients pris en charge par leur médecin de famille.

Traitement somatique

Il est connu depuis longtemps que les patients schizophréniques présentent une mortalité accrue et décèdent plus tôt que les autres personnes [8]. Il est particulièrement préoccupant que l'écart de mortalité se soit creusé au cours des 20 dernières années et que les patients schizophrènes aient une espérance de vie raccourcie de 10–25 ans par rapport à la population générale. En d'autres termes, les patients atteints de schizophrénie n'ont pas profité des progrès globaux accomplis dans le domaine de la santé publique.

La mortalité accrue ne s'explique que partiellement par le risque accru de suicide et d'accidents. La majeure partie des décès résulte d'une augmentation des causes

Il est utile d'être attentif aux comorbidités métaboliques et aux répercussions du traitement de la schizophrénie

naturelles de décès, qui sont également fréquentes dans la population générale. Au premier rang figurent les maladies cardiovasculaires, suivies des affections tumorales et de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Plusieurs facteurs concourent au fait que les patients schizophrènes décèdent plus souvent et plus tôt de ces maladies que les autres personnes. Différentes études ont montré que les patients atteints de schizophrénie ont plus souvent un mode de vie malsain en ce qui concerne l'alimentation, le tabagisme et l'activité physique. Par ailleurs, une grande partie des antipsychotiques ont des effets indésirables métaboliques potentiels, qui peuvent tout particulièrement augmenter le risque de maladies cardiovasculaires. Fait qui mérite d'être mentionné: chez les patients schizophrènes souffrant d'une maladie somatique, le diagnostic correct est posé plus tardivement et le traitement tient plus rarement compte de l'état actuel des connaissances.

Au cours de ces dernières années, différentes mesures visant à modifier notamment les facteurs de risque de maladies cardiovasculaires ont été évaluées [9]. Concernant les facteurs de risque métaboliques, des programmes thérapeutiques structurés intégrant l'activité physique et des conseils diététiques se sont révélés efficaces. Un autre aspect essentiel réside dans la surveillance des facteurs de risque cardiovasculaires avant et durant le traitement par antipsychotiques: à cet égard, la détermination de paramètres simples tels que le poids corporel, la glycémie et la lipidémie permettent d'évaluer le risque et, le cas échéant, d'initier les mesures qui s'imposent.

Le médecin de famille joue un rôle déterminant dans

le traitement des maladies somatiques chez les patients schizophréniques. Un suivi régulier et éventuellement la surveillance des paramètres métaboliques ne sont pas uniquement des mesures pertinentes dans le cadre du traitement par antipsychotique. Etant donné que les patients tardent souvent à solliciter de l'aide en cas de problèmes somatiques ou n'en sollicitent pas du tout, il est recommandé au médecin de famille d'adopter un seuil de suspicion bas. Concernant le traitement des problèmes somatiques, le patient devrait avoir accès à toutes les options thérapeutiques. Afin de relever ces défis, la communication entre les professionnels de santé assurant le traitement somatique et psychiatrique revêt une importance centrale, le médecin de famille pouvant en assurer l'interface.

Résumé

Cet article a abordé trois fonctions centrales du médecin de famille dans le traitement des patients atteints de schizophrénie: le dépistage précoce des premiers épisodes psychotiques, les questions ayant trait au traitement psychiatrique et le traitement des maladies somatiques. Ces trois aspects ont un impact majeur sur la morbidité et la mortalité associées à la maladie. Au vu de cette importance capitale, les médecins de famille et les psychiatres exerçant en clinique ou en cabinet devraient intensifier leurs efforts de collaboration. A long terme, une telle interconnexion permettra avant tout une prise en charge optimale de nos patients sur le plan psychiatrique et somatique.

Références

- 1 van Os J, Kapur S. Schizophrenia. *Lancet*. 2009;374(9690):635–45.
- 2 Simon AE, Lauber C, Ludewig K, Braun-Scharm H, Umbricht DS. Swiss Early Psychosis Project. General practitioners and schizophrenia: results from a Swiss survey. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*. 2005;187:274–81.
- 3 Penttilä M, Jaaskelainen E, Hirvonen N, Isohanni M, Miettunen J. Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*. 2014;205(2):88–94.
- 4 Platz C, Umbricht DS, Cattapan-Ludewig K, Dvorsky D, Arbach D, Brenner HD, et al. Help-seeking pathways in early psychosis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2006;41(12):967–74.
- 5 Baumann PS, Crespi S, Marion-Veyron R, Solida A, Thonney J, Favrod J, et al. Treatment and early intervention in psychosis program (TIPP-Lausanne): Implementation of an early intervention programme for psychosis in Switzerland. *Early intervention in psychiatry*. 2013;7(3):322–8.
- 6 Warner R. Recovery from schizophrenia and the recovery model. *Current opinion in psychiatry*. 2009;22(4):374–80.
- 7 Mueser KT, Deavers F, Penn DL, Cassisi JE. Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annual review of clinical psychology*. 2013;9:465–97.
- 8 Laursen TM, Munk-Olsen T, Vestergaard M. Life expectancy and cardiovascular mortality in persons with schizophrenia. *Current opinion in psychiatry*. 2012;25(2):83–8.
- 9 Heald A, Montejo AL, Millar H, De Hert M, McCrae J, Correll CU. Management of physical health in patients with schizophrenia: practical recommendations. *Eur Psychiatry*. 2010;25Suppl2:S41–5.

Correspondance:
PD Dr Stefan Kaiser
Psychiatrische Univer-
sitätsklinik Zürich
Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Psychosomatik
Lenggstrasse 31
CH-8032 Zürich
stefan.kaiser[at]puk.zh.ch