

Supplément à Neuron 2008; Vol 13 (N°8)

Résultat et *recovery* dans la psychose schizophrène

De Hert M, Lecompte D, Hulselmans J, Janssen F, Vandendriessche F, De Bleeker
E, Mertens C, Wampers M

Table des matières

1.	Introduction	3
2.	Le recovery dans la psychose schizophrène	3
3.	Comment définir le <i>recovery</i> ?	3
3.1.	Rétablissement physique: un retour à une situation saine	3
3.2.	<i>Trauma recovery</i> : le <i>recovery</i> comme un processus	4
3.3.	<i>Addiction recovery</i> : quelque chose de gagné ou de récupéré	4
3.4.	<i>Mental health recovery</i> : quelque chose d'exploitable au départ de sources inexploitable	4
4.	Les facteurs associés au <i>recovery</i>	5
4.1.	Facteurs familiaux	5
4.2.	Consommation de drogues	5
4.3.	Durée de psychose non traitée (DUP)	5
4.4.	Bonne réponse initiale aux antipsychotiques	6
4.5.	Compliance thérapeutique	6
4.6.	Thérapie de soutien	6
4.7.	Facteurs neurocognitifs	6
4.8.	Présence de symptômes négatifs	6
4.9.	Facteurs prémorbides	6
4.10.	Accès à un traitement adapté, continu et bien coordonné	6
5.	Conclusion	7

1. Introduction

Bien que l'hétérogénéité du résultat ait toujours été reconnue (1, 2), la psychose schizophrène a, dès les premières descriptions, été caractérisée comme une affection détériorante chronique associée à une très faible probabilité de *recovery* symptomatique et/ou fonctionnel. Pour le DSM-III, le diagnostic des patients schizophrènes revenus au niveau de fonctionnement prémorbide doit même être mis en question (3). D'après le DSM-IV, le retour à un niveau de fonctionnement «normal» est très improbable (4).

De plus en plus d'éléments viennent toutefois confirmer la possibilité d'un *recovery* mais il n'existe aucune définition établie du concept.

2. Le *recovery* dans la psychose schizophrène

Différents chercheurs ont démontré qu'un *recovery* était possible après un premier épisode. Ainsi, Loebel et al. (5) ont défini le *recovery* comme un score inférieur ou égal à 3 aux items du SADS-C (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Change*) et de la *Psychosis and Disorganisation Scale*, en combinaison avec un score inférieur ou égal à *mild* sur l'échelle CGI. Une rémission complète a été observée dans l'année chez 74% des patients. Dans l'*Early Psychosis Prevention & Intervention Center* (6, 7), 91% des patients ayant présenté un premier épisode psychotique étaient en rémission symptomatique après 1 an. Dans le cadre d'une étude belge menée par Peeters et al. (8), 100 patients au premier épisode schizophrénique (DSM-III-R) ont été suivis pendant 10 ans. 15% d'entre eux étaient totalement rétablis après cette période.

De plus en plus d'éléments viennent confirmer la possibilité d'un *recovery* chez les patients schizophrènes.

Mais le *recovery* se révèle également possible chez des patients plus chroniques. Une récente étude de suivi internationale menée à l'instigation de l'OMS (9) a évalué le résultat d'un vaste groupe de patients schizophrènes (n = 461).

Lors du suivi, il est apparu qu'une part considérable des sujets avaient atteint un *recovery* et montraient un bon fonctionnement (Tableau 1).

La majorité des patients schizophrènes (70%) résidaient dans la famille ou chez des amis pendant le suivi. 15,2% étaient hospitalisés ou vivaient dans un logement encadré.

L'évolution de la maladie au cours des deux années précédant la mesure de suivi est décrite au tableau 2.

Près de la moitié des patients (47,8%) n'ont montré aucune caractéristique psychotique pendant cette période.

Si le *recovery* est strictement défini comme une absence de symptômes psychotiques au cours des deux années précédentes et une absence de symptômes résiduels, les pourcentages chutent (Tableau 3).

Ces résultats confirment les conclusions de précédentes études de suivi à long terme (10-16). Toutes ces études se sont basées sur un suivi de patients schizophrènes pendant au moins 20 ans et ont permis de constater un fonctionnement social satisfaisant chez au moins 50% des sujets. L'accès continu à des soins de santé mentale complets s'est révélé essentiel pour l'obtention d'un bon résultat à long terme.

3. Comment définir le *recovery*?

Avec un traitement adéquat, bon nombre de schizophrènes parviennent à atteindre un état de rémission symptomatique et à fonctionner de manière satisfaisante dans la société. Cette information se diffuse toutefois difficilement dans la pratique clinique, notamment en raison d'un manque de consensus sur la signification précise du *recovery* dans le cadre de la psychose schi-

zophrène. La grande diversité de définitions du concept complique souvent l'interprétation des conclusions scientifiques.

Il n'existe actuellement pas encore de définition établie du concept de *recovery*.

Le terme *recovery* a donc plusieurs significations (17).

- *A return to a normal condition* (un retour à une situation normale).
- *An act, instance, process, or period of recovery* (un acte, un cas, un processus ou une période de rétablissement).
- *Something gained or restored in recovering* (quelque chose de gagné ou de récupéré lors du rétablissement).
- *The act of obtaining usable substances from unusable sources, as with waste material* (le fait d'obtenir quelque chose d'exploitable au départ de sources «inexploitables»).

3.1. Rétablissement physique: un retour à une situation saine

Cette acception du terme *recovery* (rétablissement) est de loin la plus utilisée. Elle s'applique

Tableau 1: Symptomatologie et limitations lors du suivi.

	% patients
<i>Recovery</i> sur la <i>Bleuler's Scale</i> , c.-à-d. aucun symptôme ou symptômes résiduels minimaux n'empêchant pas le fonctionnement	48,1
<i>Global Assessment of Functioning</i> (> 60): Symptômes: absents ou légers	54
<i>Disability Assessment Scale</i> : score «bon» ou «excellent»	33,4
<i>Global Assessment of Functioning</i> (> 60): Limitations: absentes ou légères	50,7

Tableau 2: Evolution de la maladie dans les deux années précédentes (pourcentage de patients avec symptômes négatifs clairs).

Evolution de la maladie	% patients (% de patients du groupe avec symptômes négatifs clairs)
Episodique	16,6 (17)
Continue	33,6 (47,6)
Aucune des deux (mais psychotique lors du suivi)	6,9 (0)
Jamais psychotique	47,8 (9,1)

Tableau 3: Définition stricte du *recovery*.

	% patients
Jamais psychotique dans les deux années écoulées + pas de symptômes résiduels	31,1
<i>Recovery</i> selon <i>Bleuler's Scale</i> + <i>Global Assessment of Functioning-Disabilities</i> (> 60)	
• pas en traitement	16,3
• traitement et/ou hospitalisation dans les deux années écoulées, mais pour le reste asymptomatique	37,8

lorsqu'il s'agit de la résolution de problèmes physiques aigus (par ex. refroidissement, grippe, fracture de jambe). Dans ces cas, «*recovery*» signifie que la personne revient d'une manière ou d'une autre à la situation dans laquelle elle se trouvait avant la maladie ou l'incident qui a mené, par exemple, à la fracture. On part toujours du principe qu'il existait une situation saine préalable, exempte de limitations fonctionnelles. Cette signification de *recovery* est largement reconnue par la médecine somatique dans les affections aiguës.

Des problèmes se posent pour les affections récidivantes chroniques telles que l'asthme ou le diabète. Dans ce type de situations, on ne s'attend pas à ce que la personne retrouve une situation saine prémorbide. Lorsque le terme *recovery* est utilisé dans ce contexte, il désigne généralement un rétablissement partiel (disparition des symptômes de l'affection, sans retour à la situation antérieure) ou il fait référence à l'une des autres significations.

C'est peut-être là l'origine de la controverse sur l'emploi du terme *recovery* dans les affections psychiatriques. A supposer que seule la première définition soit correcte, le terme peut en effet être considéré comme inadéquat ou inapplicable pour de nombreuses affections psychiatriques sévères.

3.2. Trauma recovery: le recovery comme un processus

Pour les partisans des modèles traumatiques modernes, cette vision du *recovery*, contrairement à celle décrite au point 1, postule que le retour à une situation «normale» est impossible après un traumatisme. L'une des caractéristiques du traumatisme est justement qu'il change à jamais la personne concernée.

Le *recovery* désigne alors un processus actif dans lequel l'expérience traumatique est traitée et intégrée en vue de minimiser son impact destructeur sur la vie de la personne; le traumatisme et ses conséquences directes jouent un rôle moins important dans la conscience, ils deviennent moins intrusifs et restent sous contrôle. Il s'agit d'un processus progressif qui n'est pas nécessairement terminé lorsque la personne décide (d'où l'expression «*in recovery*» et non «*recovered*» après un traumatisme).

L'élément de contrôle occupe également une place centrale dans les définitions suivantes du *recovery*.

3.3. Addiction recovery: quelque chose de gagné ou de récupéré

Dans le domaine des soins de santé, le terme *recovery* a été utilisé pour la première fois dans les groupes d'entraide pour les assuétudes. Les personnes qui réussissent à s'abstenir de consommer des drogues ou de l'alcool après une période de dépendance se disent «*in recovery*». L'expression

signifie que la personne ne consomme plus de produits mais garde un potentiel de rechute. Les personnes qui sont débarrassées de leur dépendance depuis longtemps et qui n'ont plus le sentiment de devoir se protéger contre une rechute éventuelle ne se considèrent probablement plus comme étant *in recovery*, à l'exemple des personnes qui ont subi un traumatisme et qui n'en ressentent plus l'influence. L'expression «*in recovery*» concerne donc essentiellement la période qui suit immédiatement la dépendance, lorsque la personne est consciente des efforts qu'elle fournit. Dans ce contexte, le *recovery* n'est pas seulement une victoire sur la dépendance, mais aussi la reprise du contrôle sur sa vie. Le *recovery* post-dépendance implique donc à la fois un gain (*gained*) et un rétablissement (*recovered*).

3.4. Mental health recovery: quelque chose d'exploitable au départ de sources inexploitable

La recherche longitudinale a montré la grande hétérogénéité du déroulement et de l'issue des affections psychiques. De ce fait, le concept de *recovery* revêt nécessairement une signification variable selon l'évolution de la maladie. Pour les individus qui ne présentent qu'un seul épisode psychotique ou dépressif et qui reviennent par la suite à une situation saine, la première définition s'applique.

Le concept «*in recovery*», plus récent, semble plus adapté aux patients qui traversent une période de maladie plus longue, dont l'issue est plus incertaine. Ce terme a été introduit par le *Mental Health Consumer/Survivor Movement*. Dans ce contexte, la signification prêtée au terme *recovery* correspond étroitement à son emploi dans les cas de dépendance: les patients prennent progressivement le contrôle de leur affection et assument à nouveau la responsabilité de leur propre vie. Malgré ce recouvrement de sens, la signification de *recovery* n'est pas la même dans les affections psychiatriques et dans les problèmes de dépendance. *Après une dépendance, le recovery implique toujours une forme d'abstinence et ne peut exister aussi longtemps que le patient consomme des substances. D'après l'Independent Living Movement, dans le cadre des affections psychiques, il est possible d'être in recovery, même en continuant à souffrir de l'affection en question. Mais que signifie alors le terme recovery dans ce contexte?*

L'examen de la littérature fondée sur cette vision du *recovery* (réhabilitation et *consumer/survivor*) indique qu'il n'existe pas non plus de consensus sur la signification exacte du terme, qui semble dépendre de la personne à qui on pose la question. La plupart des définitions comprennent toutefois des éléments communs, tels que l'acceptation de la maladie, le sentiment d'espoir pour l'avenir et l'acquisition d'une nouvelle autonomie.

Cette dernière conception du *recovery* diffère de celle qui prévaut généralement dans la recherche clinique, qui met l'accent sur l'absence de symptômes ou sur le retour à un niveau de fonctionnement prémorbide. L'approche clinique se concentre sur l'élimination des obstacles à une situation saine normale.

Dans l'approche *consumer/survivor* et la réhabilitation, le *recovery* est moins considéré comme un résultat final statique et n'implique pas un retour à une situation prémorbide. Il s'agit plutôt d'un processus à mettre en oeuvre tout au long de la vie, composé d'une infinité d'étapes dans différentes sphères de vie. Bon nombre de membres de cette approche voient donc le *recovery* comme quelque chose d'indéfinissable par nature. Il est davantage décrit comme une conduite de vie, une vision, une expérience... (18, 19) que comme un retour à une situation saine ou une forme de résultat clinique.

Pour les partisans de cette approche, le retour à une situation prémorbide est impossible car les affections psychiatriques transforment la vie du patient pour toujours. Il semble même que certains patients ne souhaitent pas revenir à la situation d'avant la maladie parce que cela reviendrait à nier une partie importante de leur vie et anéantirait des progrès réalisés pendant le *recovery*.

Ce dernier élément montre que le *recovery*, par opposition avec l'absence de symptômes ou de répercussions de la maladie, implique souvent un développement et un renforcement des capacités, de sorte que quelque chose d'exploitable (habiletés) est effectivement obtenu au départ de sources inexploitable (affection psychiatrique, stigmatisation, etc.).

Dans cette vision, le processus de *recovery* peut être différent pour chaque individu et on peut donc difficilement proposer un ensemble d'éléments de base qui soient pertinents pour tous. Un certain nombre d'éléments reviennent néanmoins régulièrement: le renouvellement de l'espoir et de l'engagement, la redéfinition de soi, l'acceptation de l'affection et le fait de lui donner une place, les activités porteuses de sens, la victoire sur la stigmatisation, le contrôle sur la vie, l'*empowerment* («pouvoir d'agir»), la place dans la société, la gestion des symptômes, la réalisation du soutien offert par les autres.

Chacun de ces domaines illustre le principe de base de cette forme de *recovery*, c'est-à-dire une redéfinition de la maladie comme un élément parmi d'autres chez une personne autonome multidimensionnelle capable d'identifier et d'atteindre des objectifs malgré les conséquences et les effets secondaires persistants de son affection (20-24).

Bien que la «gestion des symptômes» fasse également partie de cette vision du *recovery*, la rémission symptomatique ne doit pas nécessairement être présente. Une évolution doit toutefois se produire: les patients ne doivent pas se contenter de bénéficier des services mais participer et exploiter activement le traitement de leur choix en vue de contrôler leurs symptômes dans une certaine mesure.

En psychiatrie clinique, la rémission symptomatique est en revanche une partie essentielle du *recovery*.

Liberman et al. (25) ont proposé des critères opérationnels pour le *recovery* de la schizophrénie.

- Rémission symptomatique: score ≤ 4 à tous les items de la BPRS relatifs aux symptômes positifs et négatifs pendant au moins 2 années successives.
- Fonctionnement professionnel: au minimum, travail à temps partiel ou réussite d'une formation à temps partiel pendant 2 années successives. Chez les patients de moins de 60 ans, participation active à des activités familiales, bénévoles ou de loisir.
- Logement autonome: sans supervision quotidienne pour la gestion du budget, les courses, la cuisine, la lessive, etc. Capacité à initier ses propres activités et à organiser son temps. Selon la culture et l'âge du patient, ces critères peuvent s'appliquer aux patients qui vivent encore à la maison, bien que la plupart habitent seuls ou avec des amis, un(e) partenaire, etc.
- Relations sociales: au minimum une fois par semaine, un rendez-vous, une conversation téléphonique ou une autre activité partagée avec une personne extérieure au cercle familial.

Des définitions similaires existent notamment chez Whitehorn et al. (26), Andresen et al. (27), etc.

Des domaines tels que la symptomatologie, la cognition, la mortalité, les effets secondaires, le résultat social, la qualité de vie et les coûts doivent être évalués dans le cadre du *recovery*.

Les différentes définitions partagent un certain nombre de caractéristiques. Dans la mesure où le diagnostic de la psychose schizophrène est basé sur la présence de symptômes cliniquement significatifs, elles ont en commun un certain niveau de stabilité sur le plan de la symptomatologie. Elles comprennent par ailleurs divers critères fonctionnels puisque le diagnostic de la schizophrénie implique une perturbation manifeste

du fonctionnement en termes de travail, de relations sociales et de soin de soi. Enfin, la plupart des définitions exigent également une période d'amélioration symptomatique et fonctionnelle.

Le caractère multidimensionnel de l'affection s'exprime de manière évidente dans ces définitions du *recovery*. Tant les symptômes que les limitations fonctionnelles sont caractéristiques de la psychose schizophrène. La perspective multidimensionnelle doit donc se refléter dans l'évaluation du résultat, mais aussi dans la définition du concept.

Les différentes définitions du *recovery* ne couvrent cependant pas toujours les mêmes domaines de résultat. Outre la rémission symptomatique, les critères opérationnels de Liberman et al. (25) comprennent également l'amélioration du fonctionnement professionnel, l'amélioration des relations interpersonnelles et l'autonomie de vie. D'après Nasrallah et al. (28), les effets secondaires du traitement et la charge que représente la schizophrénie pour les proches, les prestataires de soins et la société dans son ensemble font défaut dans cette définition.

En combinant les conceptions de Nasrallah et al. (28) et de Liberman et al. (25), nous obtenons 8 domaines de résultat à évaluer dans le cadre du *recovery*: les symptômes, la cognition, la mortalité, les effets secondaires, le résultat social, la qualité de vie, les limitations et les coûts.

Ces éléments s'écartent clairement de ceux privilégiés par le mouvement *consumer/survivor*.

De nombreuses recherches devront encore être menées pour que le concept de *recovery* puisse bénéficier d'une définition claire et être appliqué à la psychose schizophrène. Jusqu'à présent, les tentatives de définition du *recovery* dans le cadre de la schizophrénie restent limitées.

4. Les facteurs associés au *recovery* (25)

Sur la base de la littérature, Liberman et al. (25) ont identifié une dizaine d'éléments associés au *recovery* symptomatique, social et professionnel.

4.1. Facteurs familiaux

Aucune étude n'a examiné directement le lien entre le soutien familial et le caractère positif du résultat. Deux courants de recherche fournissent toutefois des éléments indirects suggérant les conséquences positives d'un contexte familial favorable.

- De nombreuses recherches démontrent qu'un niveau élevé d'expression des émotions (*Expressed Emotion, EE*) est un prédicteur efficace de rechute chez les patients schizophrènes (29, 30).
- Le lien observé entre l'EE familial et la rechute a mené au développement de différentes formes d'interventions familiales. Des

recherches ont indiqué que la participation à des interventions familiales pouvait améliorer l'adaptation sociale et contribuer à réduire les doses d'antipsychotiques (31, 32).

Ces conclusions suggèrent que le soutien familial peut être un facteur important pour l'obtention d'un résultat positif.

4.2. Consommation de drogues

Les patients schizophrènes qui consomment des substances présentent une fréquence de rechute accrue, un fonctionnement psychosocial moins bon et un pronostic moins favorable. Par ailleurs, les problèmes de violence et de suicide sont plus fréquents, la compliance thérapeutique est moins bonne et les besoins de base (logement, alimentation, etc.) sont moins souvent satisfaits (33-36).

Des facteurs tels que le soutien familial, le sevrage des drogues, une DUP plus courte, une réponse précoce aux antipsychotiques, une bonne compliance thérapeutique et une psychothérapie de soutien peuvent favoriser un résultat positif.

Plusieurs facteurs interviennent dans les conséquences négatives de la consommation de drogues. Les patients peuvent arrêter de prendre leur traitement par crainte des interactions négatives avec les produits qu'ils consomment. La drogue peut avoir une influence néfaste sur la mémoire et sur d'autres fonctions cognitives et diminuer de ce fait la compliance thérapeutique. Elle peut également neutraliser ou limiter les effets positifs du traitement, ce qui peut à nouveau influencer négativement la compliance.

Même lorsque les patients qui consomment des substances ont la motivation nécessaire pour suivre leur traitement, il peut se révéler plus difficile pour eux de respecter le programme thérapeutique prévu. La consommation de drogue peut amoindrir leurs moyens financiers ou les priver d'un domicile fixe ou d'une voiture, ce qui rend plus difficile le respect des rendez-vous.

4.3. Durée de psychose non traitée (DUP)

Une psychose non traitée pendant une durée prolongée est un prédicteur de pronostic défavorable (5, 37). Une DUP plus longue est associée à une prolongation du délai de rémission et à un niveau de rémission plus faible (5).

Toutefois, il est possible que la DUP soit liée à de nombreux autres facteurs déterminants du résultat. Par exemple, il se peut que les patients

qui demandent de l'aide rapidement soient justement ceux qui bénéficient du soutien d'un réseau social qui les encourage à le faire. Une DUP plus courte peut également être associée à un statut socio-économique plus élevé, à un meilleur niveau de fonctionnement prémorbide, etc.

Une méta-analyse récente (38) a néanmoins permis de constater que le lien entre la DUP et le résultat était toujours présent, même en cas de correction des facteurs contaminants (par ex. le niveau de fonctionnement prémorbide, le mode de développement de la psychose, etc.).

Des déficits cognitifs faibles, un nombre réduit de symptômes négatifs, un déclenchement tardif de l'affection, un bon fonctionnement prémorbide, une phase prodromique de courte durée et un bon accès à un traitement adapté et continu sont de bons prédicteurs du fonctionnement général.

La rapidité de l'intervention et la réduction de la DUP qui en résulte peuvent donc être importantes pour l'obtention d'un bon résultat. La psychose pourrait en effet être toxique pour le cerveau et entraîner la régression et la mort des cellules cérébrales (39). Selon une autre hypothèse, la psychose diminuerait la plasticité synaptique en raison de la rupture du contact avec la vie quotidienne (40). Une DUP minimale permettrait donc de limiter ce processus dégénératif.

4.4. Bonne réponse initiale aux antipsychotiques

Plusieurs études ont indiqué que l'obtention d'une réduction des symptômes dans les quelques jours suivant le début d'un traitement par antipsychotiques permettait de prédire le résultat après plusieurs semaines ou mois (41, 42). Cet effet peut être médié par l'absence d'effets secondaires et la meilleure compliance thérapeutique qui en découle (38).

4.5. Compliance thérapeutique

Un recours cohérent aux antipsychotiques est essentiel pour garantir un niveau optimal de fonctionnement social (5). Chez de nombreux patients, la compliance thérapeutique est cependant un aspect problématique qui peut hypothéquer le résultat (43).

Les antipsychotiques à action prolongée peuvent donc apporter une contribution importante pour le résultat et le *recovery* (44) dans la mesure où

ils favorisent la compliance et réduisent ainsi la fréquence des rechutes. Les résultats de plusieurs essais cliniques ouverts contrôlés randomisés ont démontré que les patients pouvaient obtenir une amélioration clinique significative et persistante en passant de neuroleptiques oraux à une forme dépôt (45) ou d'un traitement par antipsychotiques atypiques oraux à un traitement par antipsychotiques de deuxième génération à action prolongée (46-49).

Des méthodes non pharmacologiques ont également été développées dans le but d'encourager la compliance thérapeutique. Kemp et al. (50) ont ainsi élaboré une technique psychothérapeutique généralement applicable afin d'améliorer la compliance chez les patients psychotiques aigus.

4.6. Thérapie de soutien

Les études sur le rôle de la psychothérapie dans la vie des patients schizophrènes indiquent que la relation entre le patient et le psychiatre, le thérapeute et l'équipe soignante est cruciale pour l'amélioration du tableau clinique (51, 52). La psychothérapie de soutien est à la base de toutes les formes de prise en charge globale (53, 54). La relation de soutien constructive qui doit s'installer entre le thérapeute et le patient est un point de départ nécessaire pour des interventions efficaces axées sur l'accompagnement et le soutien de l'individu (psycho-éducation, thérapie cognitivo-comportementale, etc.) et de la famille (thérapie familiale) et la réhabilitation cognitive et sociale (entraînement des habiletés sociales, modules de Liberman, etc.). L'importance de la psychothérapie de soutien a été prouvée par plusieurs études à long terme, qui ont démontré qu'elle pouvait contribuer à réduire la fréquence des rechutes et à améliorer le fonctionnement social (55, 56).

4.7. Facteurs neurocognitifs

Le fonctionnement neurocognitif est un prédicteur de l'apprentissage social et du fonctionnement instrumental dans la psychose schizophrène. Ainsi, lors d'un premier épisode, la mémoire à court terme, l'attention et le traitement perceptuel précoce se révèlent être de bons prédicteurs du fonctionnement professionnel après un traitement ambulatoire d'une durée d'un an (57).

Green (58) a rapporté que des facteurs neurocognitifs spécifiques étaient associés au résultat fonctionnel atteint dans 3 domaines, à savoir le résultat social, la résolution de problèmes sur le plan social et l'acquisition d'habiletés sociales. La mémoire verbale secondaire (mémoire à long terme) et le fonctionnement exécutif sont apparus comme les meilleurs prédicteurs du résultat social. La mémoire verbale secondaire et la vigilance sont des prédicteurs de la résolution de problèmes sur le plan social. La mémoire verbale immédiate et secondaire et la vigilance permet-

tent de pronostiquer l'acquisition d'habiletés sociales. Cette conclusion a été confirmée par Gold et al. (59), qui constatent que les patients schizophrènes présentant un bon fonctionnement professionnel obtiennent de meilleurs scores au *Wisconsin Card Sorting Test*, un test du fonctionnement exécutif, mais aussi à divers tests de la mémoire verbale secondaire, par rapport à des patients dont le fonctionnement professionnel est déficient. Les scores des deux groupes de patients ne diffèrent pas lors d'autres tests neurocognitifs.

On ne sait pas encore clairement dans quelle mesure il est possible de remédier à ces problèmes cognitifs. De nombreuses recherches sont actuellement menées dans ce domaine (60-62).

4.8. Présence de symptômes négatifs

Diverses revues concluent que la présence du syndrome déficitaire s'accompagne d'un résultat défavorable, avec des limitations cognitives et des limitations fonctionnelles sur le plan social et professionnel (63-65).

4.9. Facteurs prémorbides

Les facteurs prémorbides permettant de pronostiquer un résultat défavorable sont les suivants: le sexe masculin, le déclenchement précoce de l'affection, le développement graduel de l'affection, un mauvais fonctionnement prémorbide et une phase prodromique de longue durée. On ne sait pas si et dans quelle mesure ces facteurs prémorbides peuvent être compensés par une prise en charge globale.

Les découvertes récentes réfutent de plus en plus la vision fataliste de la schizophrénie.

4.10. Accès à un traitement adapté, continu et bien coordonné

L'importance d'un traitement global continu a été démontrée lors d'une étude de suivi comparant des populations schizophrènes dans 2 endroits différents (Vermont et Maine) (66, 67). Dans le Vermont, les patients disposaient d'un circuit de soins bien développé et accessible. Dans le Maine, ce système n'existait pas. Un *recovery* a été observé deux fois plus fréquemment dans le Vermont que dans le Maine.

D'autres études ont également identifié un taux de rechute inférieur et un meilleur fonctionnement social lorsque les patients bénéficiaient de services complets et coordonnés en continu (68-70).

Conclusion

De plus en plus, les découvertes récentes réfutent la vision fataliste qui considère la psychose schizophrène comme une affection chronique

nécessairement assortie d'un résultat négatif. Moyennant une prise en charge adaptée et continue, combinant antipsychotiques et interventions psychosociales, bon nombre de patients schizophrènes peuvent atteindre un état de rémission symptomatique et un niveau de fonctionnement social relativement bon. Cette information se diffuse toutefois difficilement dans la pratique clinique, notamment parce que la multiplicité des définitions du concept de *recovery* complique l'interprétation des données scientifiques. De nouvelles recherches devront donc être menées en vue de parvenir à une définition consensuelle du *recovery*, qui pourra servir de point de départ pour d'autres travaux sur les éléments favorables et défavorables au *recovery*.

Références

1. Bleuler, E. (1950). *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. New York: International University Press.
2. Bellak, L. (1958). *Schizophrenia: a review of the syndrome*. New York: Logos.
3. American Psychiatric Association (1980). *DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd edition, Washington, DC: American Psychiatric Association.
4. American Psychiatric Association (1994). *DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition, Washington, DC: American Psychiatric Association.
5. Loebel, A.D., Lieberman, J.A., Alvir, J.M., Mayerhoff, D.I., Geisler, S.H., Szymanski, S.R. (1992). Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1183-1188.
6. Edwards, J., Maude, D., McGorry, P.D., Harrigan, S.M., Cooks, J.T. (1998). Prolonged recovery in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 172, (Suppl 33), 107-116.
7. McGorry, P.D., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S.M., Jackson, H.J. (1996). EPPIC and evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 305-326.
8. Peeters E., Lowyck B., De Hert M., Torfs K., Peuskens J. (2000). Intelligence data in first episode psychotic patients 10 years after hospital discharge, Poster presented at the tenth biennial winter workshop on schizophrenia, Davos, 2000.
9. Hopper, K., Harrison, G., Janca, A. (2007). *Recovery from schizophrenia*. Oxford University Press.
10. Ciompi, L. (1980). Catamnestic long-term study on the course of life and aging of schizophrenics. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 606-618.
11. Huber, G., Gross, G., Schuttler, R., Linz, M. (1980). Longitudinal studies of schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 592-605.
12. Harding, C., Brooks, G., Ashikaga, T., Strauss, J., Breier, A. (1987). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness: II. Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 144, 727-735.
13. Ogawa, K., Miya, M., Watarai, A., Nakazawa, M., Yuasa, S., Utena, H. (1987). A long-term follow-up study of schizophrenia in Japan with special reference to the course of social adjustment. *British Journal of Psychiatry*, 151, 758-765.
14. Harrison, G., Hopper, K., Craig, T., Laska, E., Siegel, C., Wanderling, J., Dube, K., Ganey, K., Giel, R., Van der Heiden, W., Holmberg, S., Janca, A., Lee, P., León, C., Malhotra, S., Marsella, A., Nakane, Y., Sartorius, N., Shen, Y., Skoda, C., Thara, R., Tsirkin, S., Varma, V., Walsh, D., Wiersma, D. (2001). Recovery from psychotic illness: a 25-year international follow-up study. *British Journal of psychiatry*, 178, 506-517.
15. Robinson, D., Woerner, H., McMeniman, M., Mendelowitz, A., Bilder, R. (2004). Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161, 473-479.
16. Jobe, T., Harrow, M. (2005). Long-term outcome of patients with schizophrenia: a review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 892-900.
17. Davidson, L., O'Connell, M., Tondora, J., Staeheli, M., Evans, A. (2005). Recovery in serious mental illness: Paradigm shift or shibboleth?. In: Davidson, L., Harding, C., Spaniol, L. (Eds.): *Recovery from severe mental illness: Research evidence and implications for practice*. Pp. 5-26. Boston: Center for psychiatric rehabilitation.
18. Deegan, P. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11, 11-19.
19. Deegan, P. (1996). Recovery and the conspiracy of hope. *Gepresenteerd op de 9th Annual Mental Health Services Conference of Australia and New Zealand*. Brisbane, Australia, 16 September.
20. Davidson, L., Strauss, J. (1995). Beyond the psychosocial model : Integrating disorder, health and recovery. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 58, 44-55.
21. Hatfield, B. (1994). Recovery from mental illness. *The Journal of the California Alliance for the mentally ill*, 5, 6-7.
22. Pettie, D., Triolo, A. (1999). Illness as evolution: The search for identity and meaning in the recovery process. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 255-263.
23. Ridgeway, P. (2001). Restoring psychiatric disability: learning from first-person narrative accounts of recovery. *Psychiatric rehabilitation Journal*, 24, 335-343.
24. Young, S., Ensing, D. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric rehabilitation Journal*, 22, 219-231.
25. Liberman, P., Kopelowicz, A., Ventura, J., Gutkind, D. (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14, 256-272.
26. Whitehorn, D., Brown, J., Richard, J., Hui, Q., Kopal, L. (2002). Multiple dimensions of recovery in early psychosis. *International Review of Psychiatry*, 14, 273-281.
27. Andresen, R., Oades, L., Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 586-594.
28. Nasrallah, H., Targum, S., Tandon, R., McCombs, J., Ross, R. (2005). Defining and measuring clinical effectiveness in the treatment of schizophrenia. *Psychiatric Services*, 56, 273-282.
29. Bebbington, P., Kuipers, L. (1994). The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis. *Psychological Medicine*, 24, 707-718.
30. Butzlaff, R., Hooley, J. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse. *Archives of general Psychiatry*, 55, 547-552.
31. Barrowclough, C., Tarrier, N. (1998). Social functioning and family interventions. In: K.T. Mueser & Tarrier, N. (Eds.), *Handbook of social functioning in schizophrenia* (pp. 327-341). Boston: Allyn & Bacon.
32. Falloon, I., Held, T., Cloverdale, J., Roncone, R., Laidlaw, T. (1999). Family interventions for schizophrenia: a review of international studies of long-term benefits. *Psychiatric rehabilitation skills*, 3, 268-290.
33. Cleghorn, J., Kaplan, R., Szechtman, B., Szechtman, H., Brown, G., Franco, S. (1991). Substance abuse and schizophrenia: effect on symptoms but not on neurocognitive function. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 26-30.
34. Bowers, M., Mazure, C., Nelson, J., Jatlow, P. (1990). Psychotogenic drug use and neuroleptic response. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 81-85.
35. Swanson, J., Holzer, C., Gabju, V., Jono, R. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the epidemiologic catchments area surveys. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 761-770.
36. Cuffel, B. (1994). Violent and destructive behaviour among the severely mentally ill in rural areas: evidence from Arkansas' community mental system. *Community Mental Health Journal*, 30, 495-504.
37. Fenton, W., McGlashan, T. (1987). Sustained remission in drug-free schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1306-1309.
38. Perkins, D., Gu, H., Boteva, K., Lieberman, J. (2005). Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1785-1804.
39. Van Haren, N., Hulshoff, P., Schnack, H., Cahn, W., Mandl, R., Collins, D., Evans, A., Kahn, R. (2007). Focal gray matter changes in schizophrenia across the course of the illness: a 5-year follow-up study. *Neuropsychopharmacology*, 32, 2057-2066.
40. McGlashan, T. (2006). Is active psychosis neurotoxic? *Schizophrenia Bulletin*, 32, 609-613.
41. May, P., Putten, T. Yale, C. (1980). Predicting outcome from antipsychotic drug treatment from early response. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1088-1089.
42. Awad, A., Hogan, T. (1985). Early treatment events and prediction of response to neuroleptics in schizophrenia. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 9, 585-588.

43. Weiden, P., Olsson, M., Essock, S. (1997). Medication non-compliance in schizophrenia: effects on mental health service policy. In: B. Blackwem (Ed.) Treatment compliance and the therapeutic alliance. (pp. 35-60). New York: Harwood Academic publishers.
44. McEvoy, J. (2006). Risks versus benefits of different types of long-acting injectable antipsychotics. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, (Suppl. 5), 15-18.
45. Davis J. (1988), Maintenance medication. In Barnes T.R.E. (ed.), *Depot neuroleptics: a consensus*. London, Mediscript.
46. Lasser, R., Bossie, C., Gharabawi, G., Kane, J. (2005). Remission in schizophrenia: Results from a 1-year study of long-acting risperidone injection. *Schizophrenia Research*, 77, 215-227.
47. Lasser, R., Bossie, C., Zhu, Y., Gharabawi, G., Eerdeken, M., Davidson, M. (2004). Efficacy and safety of long-acting risperidone in elderly patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 898-905.
48. Lindenmayer, J., Eerdeken, E., Berry, S., Eerdeken, M. (2004). Safety and efficacy of long-acting risperidone in schizophrenia: a 12-week multicenter, open-label study in stable patients switched from typical and atypical oral antipsychotics. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 1084-1089.
49. Van Os, J., Rossie, C., Lasser, R. (2004). Improvements in stable patients with psychiatric disorders switched from oral conventional antipsychotics therapy to long-acting risperidone. *International Clinical Psychopharmacology*, 19, 229-232.
50. Kemp R., Hayward P., Applewhaite G., Everitt B. David A. (1996). Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 312, 345-349.
51. Lamb, H. (1988). One-to-one relationships with the long-term mentally ill: issues in training professionals. *Community Mental Health Journal*, 24, 328-337.
52. Dingeman, C., McGlashan, T. (1989). Psychotherapy. In: A. Bemmack (Ed.), *A clinical guide for the treatment of schizophrenia* (pp. 653-282). New York: Plenum Press.
53. Frank, A., Gunderson, J. (1990). The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia: Relationship to course and outcome. *Archives of General Psychiatry*, 47, 228-236.
54. Kopelowicz, A., Corrigan, P., Wallace, C., Liberman, R. (1996). Biopsychosocial rehabilitation. In: A. Tasman, J. Kay, J. Lieberman (Eds.). *Psychiatry* (pp. 1513-1534). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
55. Hogarty G.E., Goldberg S.C., Schooler N.R. Ulrich R.F. (1974). Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients. II. Two-year relapse rates. *Archives of General Psychiatry*, 31, 603-608.
56. Gunderson, J., Frank, A., Katz, H., Vannicelli, M., Frosch, J., Knapp, P. (1984). Effects of psychotherapy on schizophrenia: II. Comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 564-598.
57. Nuechterlein, K. Subotnik, K., Gitlin, M., Dawson, M., Ventura, J., Snyder, K., Fogelson, D., Shaw, S., Mintz, J. (1999). Neurocognitive and environmental contributors to work recovery after initial onset schizophrenia: answers from path analysis. *Schizophrenia Research*, 36, 179.
58. Green, M. (1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *American Journal of Psychiatry*, 153, 321-330.
59. Gold, J., Bryant, N., Vadar, K., Buchanan, R. (1997). Successful vocational functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 24, 222.
60. Brenner, H., Hodel, B., Roder, V., Corrigan, P. (1992). Treatment of cognitive dysfunctions and behavioral deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 18, 21-26.
61. Wykes, T., Reeder, C., Corner, J., Williams, C., Everitt, B. (1999). The effects of neurocognitive remediation on executive processing in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 291-307.
62. Medalia, A., Revheim, N., Casey, M. (2001). The remediation of problem-solving skills in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 259-267.
63. Glynn, S., (1998). Psychoopathology and social functioning in schizophrenia. In: K. Mueser, N. Tarrrier (Eds), *Psychosocial functioning in schizophrenia* (pp- 66-78). Boston: Allyn & Bacon.
64. Buchanan, R., Gold, J. (1996). Negative symptoms: diagnosis, treatment and prognosis. *International Clinical Psychopharmacology*, 21 (Suppl. 2), 3-11).
65. Davidson, L., McGlashan, T. (1997). The varied outcomes of schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 34-43.
66. Desisto, M., Harding, C., McCormick, R., Ashikaga, T., Brooks, G. (1995a). The Maine and Vermont three-decade studies of serious mental illness. I. Matched comparison of cross-sectional outcome.. *British Journal of Psychiatry*, 167, 331-338.
67. Desisto, M., Harding, C., McCormick, R., Ashikaga, T., Brooks, G. (1995b). The Maine and Vermont three-decade studies of serious mental illness. II. Longitudinal course comparisons. *British Journal of Psychiatry*, 167, 338-342.
68. Liberman, R., Vaccaro, J., Corrigan, P. (1995). Psychiatric rehabilitation. In: H. Kaplan, B. Sadock (Eds), *comprehensive textbook of psychiatry*, Baltimore: Williams & Wilkins.
69. Penn, D., Mueser, K. (1996). Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 153, 607-617.
70. Goldstein, M. (1999). Psychosocial treatment for individuals with schizophrenia and related disorders. In: N. Miller & K. Magruder (Eds.), *cost-effectiveness of psychotherapy: a guide for practitioners, researchers and policymakers* (pp.235-247). New York: Oxford University Press.

