

La Schizophrénie : la reconnaître et la soigner

Conférence du Professeur Nicolas Franck
Service Universitaire de Réhabilitation
CH Vinatier, Université Lyon 1 & CNRS UMR 5229
donnée à Chambéry (Amphi Decottignies, Université de Savoie)
le 24 avril 2012-04-25

Cette conférence a repris, sous forme condensée, l'essentiel des informations et propositions déjà développées dans son livre paru 2006 avec le même titre chez Odile Jacob. Elle a été accompagnée tout au long d'un power point, illustrant les points majeurs de l'exposé du Professeur Franck. Celui-ci s'est déroulé en deux temps :

- une première partie traitant de la connaissance et de l'identification de cette maladie qui n'est pas si rare (1% de la population en souffre), étape préliminaire indispensable aux réponses thérapeutiques qui peuvent lui être apportées,
- une seconde partie détaillant un type de réponse thérapeutique particulier, celui de la **remédiation cognitive**.

1. Connaissance et diagnostic de la schizophrénie

C'est une maladie à propos de laquelle il convient d'abord d'éliminer quelques idées fausses, comme celles qui consistent à voir dans la schizophrénie :

* un dédoublement de la personnalité. Ce type de trouble se rapporte à d'autres pathologies ;

* une maladie incurable. En fait, il existe plusieurs formes de schizophrénie et le pronostic de rémission ou de guérison varie de façon plus ou moins favorable d'une part suivant qu'il s'agit de cas légers, modérés ou lourds, ces différentes formes se répartissant de façon à peu près égale dans le champ de la maladie ; d'autre part suivant la façon dont elle est traitée.

* une maladie qui rend dangereux celui qui en souffre. Statistiquement les schizophrènes ne sont pas plus dangereux que d'autres catégories de la population et ce sont d'abord des victimes.

Les causes n'en sont pas clairement connues mais on s'accorde à considérer que la genèse de cette maladie est le fruit d'une combinaison entre une fragilité initiale (où l'hérédité et la génétique ont peut-être un rôle) et des facteurs ponctuels, tels que des traumatismes, des situations de grand stress, des prises répétées de drogues qui fonctionnent souvent comme des facteurs déclenchants ou aggravants.

La schizophrénie se reconnaît à différents symptômes dont elle partage cependant certains avec d'autres affections (maladie de Wilson, toxoplasmosse cérébrale...), raison pour laquelle, pour l'identifier de façon certaine, il est nécessaire d'établir un diagnostic différentiel.

On classe généralement les symptômes de la schizophrénie en *symptômes positifs* et *symptômes négatifs*.

Ceux qu'on appelle *symptômes positifs* sont les manifestations de la maladie qui caractérisent des états pathologiques spécifiques que les malades ont « **en plus** » des personnes dites saines : les délires et hallucinations (généralement auditives : les fameuses « voix ») ;

Ceux qu'on appelle *symptômes négatifs* sont les **déficits** cognitifs et comportementaux des personnes atteintes de la maladie qui se caractérisent donc en termes de « **moins** » : moins d'émotion, moins d'énergie... Ce sont donc des facultés qui se sont dégradées et fonctionnent

moins bien : perte de cohérence (déduction de règles), perte d'insight, troubles de la mémoire (difficulté à récupérer de l'information), difficultés attentionnelles (manque de concentration, sensibilité trop grande à l'interférence), difficulté à comprendre ce que veulent, pensent ou ressentent les autres, difficulté à entreprendre une action et à la planifier en fonction d'un but etc. Tous ces manques créent un handicap qui rend le vécu du malade douloureux. Les uns et les autres peuvent être plus ou moins importants suivant les personnes et c'est pourquoi un bilan individuel est utile avant le soin, afin d'affiner le diagnostic et de permettre l'instauration d'un traitement adapté destiné à

- faire cesser (ou au moins diminuer) la souffrance du patient ;
- éviter l'installation de troubles parfois peu réversibles lorsqu'ils sont pris en charge trop tard ;
- éviter une issue funeste (15% de suicides chez les schizophrènes) ;
- réduire les tensions avec les proches ;
- inscrire le malade dans un parcours (social, occupationnel, éventuellement professionnel) adapté et réaliste en fonction de ses capacités.

2. Soigner la schizophrénie

La voie thérapeutique proposée dans le cadre de la conférence est celle de la **remédiation cognitive**. C'est une voie qui ne se veut pas exclusive et qui se combine très bien à d'autres stratégies complémentaires (soins pharmacologiques – le plus souvent indispensables –, thérapies par la parole).

Alors que les neuroleptiques sont surtout destinés à agir sur les symptômes positifs (délires, hallucinations) les outils de remédiation cognitive ont pour fonction d'agir essentiellement sur les symptômes négatifs (déficits cognitifs et comportementaux). Il s'agit par conséquent d'un outil complémentaire de réhabilitation, visant à restaurer et à compenser des fonctions cognitives défaillantes (mémoire, concentration, fonctions exécutives, fonctions visuospatiales et cognition sociale). De tels soins ont donc pour effet, en restaurant des fonctions dégradées, de diminuer le handicap individuel et social du patient et d'améliorer par là son confort de vie. En outre, en s'appuyant sur la partie saine de l'individu qu'il stimule et développe, le soin par remédiation cognitive contribue à la régression de la maladie et peut de la sorte aider à la diminution du traitement médicamenteux, trop lourd en certains cas. L'idéal en la matière doit être la DME (Dose Minimale Efficace) dans le cadre d'une monothérapie, le traitement polymédicamenteux devant rester l'exception. Les symptômes positifs de la schizophrénie sont presque toujours traités (par la voie pharmacologique), alors que les troubles cognitifs ne le sont presque jamais. C'est pourquoi les familles des malades, par le biais de leurs associations (en particulier l'UNAFAM, organisatrice de cette conférence) doivent faire pression auprès des CHS pour qu'ils recrutent des neuropsychologues, compétents pour faire les indispensables bilans préalables, et qu'ils inscrivent à leur plan de formation l'inscription de leurs professionnels (médecins, psychologues, infirmiers ou ergothérapeutes) à des formations de réhabilitation (ex : le diplôme d'université « remédiation cognitive ») afin qu'ils puissent dispenser ces soins.

La réhabilitation n'est pas un traitement standard mais doit s'adapter à chaque individu d'une part en fonction de ses capacités et de ses déficits spécifiques, d'autre part en fonction de ses objectifs propres (d'où l'importance du bilan neuropsychologique individuel). L'ordre est le suivant :

- bilan clinique
- bilan neuropsychologique (repérage des déficits)
- bilan d'autonomie
- synthèse.

C'est une thérapie qui est à cheval sur le domaine sanitaire et le domaine médico-social. Elle s'adresse à des patients stabilisés chez qui il y a un minimum d'adhésion aux soins. Elle est davantage centrée sur l'histoire de la personne que sur la maladie proprement dite. La remédiation cognitive vise à traiter les troubles neuropsychologiques consécutifs à la schizophrénie par l'entraînement des processus cognitifs et la mise en place de stratégies compensatoires à partir d'exercices provenant d'un matériel pédagogique simple et éprouvé qu'on cherche ensuite à transposer dans des situations concrètes de la vie de tous les jours.

Le traitement par remédiation cognitive a déjà fait l'objet d'évaluations sur des échantillons de patients qui ont fait ressortir une amélioration des fonctions déficitaires, mais aussi une amélioration des symptômes positifs connexes, une amélioration de l'estime de soi et enfin une amélioration de l'adaptation sociale ainsi que, le cas échéant, de l'insertion professionnelle. Il est aussi ressorti de cette évaluation qu'à six mois, il y avait une persistance des effets du traitement sur les fonctions exécutives, sur la mémoire de travail, sur la mémoire verbale.

Quelques illustrations concrètes d'outils de remédiation cognitive

Quatre programmes ont été présentés.

IPT (thérapie psychologique de la schizophrénie)

Ce programme associe remédiation cognitive et entraînement aux compétences sociales, deux outils de réhabilitation classiques. Il se déroule sous forme de petits groupes (une dizaine de patients maximum), animés par deux thérapeutes formés, au rythme de deux séances d'une heure par semaine.

6 modules, nécessitant environ 6 mois de prise en charge, composent ce programme. Les premiers modules traitent des processus neurocognitifs (attention, concentration, perception, mémoire, maniement de concepts, planification) tandis que les derniers concernent l'entraînement aux habiletés sociales. Les supports utilisés sont simples et variés : exercices/jeux papiers crayons (par ex. exercices verbaux +/- abstraits : concepts à relier ou à hiérarchiser, séries à compléter en fonction d'une logique à découvrir), projection de documents photographiques ou filmiques à interpréter, jeux de cartes...

Ce programme, qui couvre un grand nombre de déficits, peut être proposé à un large éventail de patients. Il nécessite cependant la constitution de groupes homogènes. Il est particulièrement recommandé pour les patients les plus « régressés » et les plus inhibés.

Dans la mesure où il ne nécessite qu'un matériel simple et permet une prise en charge groupale, l'IPT laisse libre cours à la créativité des patients ce qui en fait une thérapie particulièrement appréciée. Sa simplicité d'utilisation en fait également un outil facilement accessible aux professionnels du soin.

CRT (Cognitive Remediation Therapy)

Ce programme s'articule autour de l'entraînement des processus attentionnels (contrôle attentionnel : flexibilité et inhibition) de la mémoire (mémoire verbale et mémoire de travail) et de la planification.

A la différence du programme précédent, la prise en charge est cette fois individuelle et se fait à raison de deux à trois séances hebdomadaires d'une heure.

Le support est composé d'exercices papier/crayon. L'interaction avec le thérapeute permet au patient de comprendre son fonctionnement cognitif et de mettre en place des techniques afin de réduire ses difficultés à traiter les informations.

Ce programme est particulièrement recommandé pour des patients nécessitant une intervention progressive et/ou un étayage soutenu.

RECOs (**RE**médiation **CO**gnitive dans la Schizophrénie)

Ce programme propose une méthode de remédiation cognitive ayant une action ciblée sur les déficits cognitifs des patients. Divers modules d'entraînement sont proposés (mémoire verbale, mémoire de travail, attention sélective, mémoire et attention visuospatiale, raisonnement). Dans la mesure où la prise en charge, comme pour le programme CRT est individuelle, la prise en charge pourra être centrée sur 1 ou 2 modules spécifiques aux troubles cognitifs du patient.

Cette méthode est mise en œuvre au cours de séances individuelles bi-hebdomadaires d'une heure et complétées par la réalisation de tâches dans la vie quotidienne, afin de favoriser le transfert des stratégies acquise en séances à des situations concrètes.

Le support allie la réalisation d'exercices papier/crayon et la réalisation d'exercices informatisés. Quelques séances visent également à développer la compréhension du fonctionnement cognitif et son rôle dans les activités quotidiennes.

L'indication privilégiée pour ce programme est celle de jeunes patients avec réinsertion possible.

REHA-COM

Il s'agit d'un programme uniquement assisté par ordinateur. Il s'adresse préférentiellement à des patients ayant des problèmes d'illettrisme ou des troubles moteurs.

GAÏA

Ce programme est centré sur les dysfonctionnements du traitement des émotions faciales d'autrui, courants dans la schizophrénie. L'objectif est de favoriser les relations avec autrui et de limiter le maintien d'idées inappropriées découlant d'une mauvaise interprétation des émotions d'autrui. Il comporte 20 séances individuelles avec un thérapeute. Il se déroule en trois phases :

1. Exercices sur photos : identification sur des visages d'émotions courantes.
2. Exercices informatisés : situations virtuelles proches des conditions environnementales. A ces exercices s'ajoutent des jeux de rôle en séance et des tâches à domicile pour favoriser les bénéfices fonctionnels.
3. Travail de généralisation à des émotions complexes est proposé en fin de prise en charge.

L'indication du programme est posée à l'issue d'un bilan spécifique, dès lors qu'une diminution de la capacité à traiter efficacement les informations faciales a pu être identifiée.

Pour chacun de ces programmes, un grand nombre de documents pédagogiques et de supports d'exercices ont été proposés en illustration et commentés pour en expliquer le fonctionnement et le bénéfice thérapeutique qui pouvait en être tiré : exercices verbaux, photos ou dessins à interpréter. N. Franck insiste bien sur le fait qu'aucun de ces programmes ne peut se faire seul mais toujours avec l'accompagnement d'un thérapeute qui insiste sur les bonnes performances et jamais sur les échecs.

Par ailleurs, ces programmes ont fait l'objet de validation et d'évaluation *a posteriori* permettant d'en montrer les bénéfices, ainsi que le font apparaître un certain nombre de graphiques.

Conclusion

En conclusion, le conférencier rappelle que cette voie thérapeutique est fondée sur le développement des neurosciences. Il présente l'état actuel du réseau de remédiation cognitive

en France et appelle à une mobilisation pour son développement, rappelant que l'amélioration des déficits cognitifs a un impact sur les performances fonctionnelles et par conséquent sur la diminution du handicap social. L'évaluation de ces pratiques ont montré qu'il s'agissait de soins appréciés par les patients et les équipes partenaires.

Indications bibliographiques :

N. Franck, *La Schizophrénie. La reconnaître et la soigner*, Paris, Odile Jacob, 2006.

N. Franck, *Plus de vitalité cérébrale*, Paris, Odile Jacob, 2012.

N. Franck (ed.) *Remédiation cognitive*, Paris , Mason 2012.

A. Prouteaux (ed.) *Neuropsychologie clinique de la schizophrénie*, Paris, Dunod, 2011.