



République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Université Aboubekr Belkaid – Tlemcen
Faculté de Médecine Benaouda Benzerdjeb

N° Année 2014- 2015

THESE

Pour l'obtention du Doctorat En Sciences Médicales

Par Dr BOUCIF Hassane

Maitre assistant en psychiatrie

Schizophrénies et troubles anxieux
Etude épidémiologique et clinique d'une population de
schizophrènes suivis au niveau du service de psychiatrie du
CHUTlemcen entre 2010-2012

Directeur de thèse:

Pr Abderrahmane BELAID: EHS Mahfoud Boucebci de Chéraga

Présentée et soutenue publiquement le 25/03/2015

Devant le Jury

Président:

Pr Farid KACHA EHS Mahfoud Boucebci de Chéraga

Membres:

Pr Kaouel MEGUENNI CHU Tlemcen
Pr ag Fatima zohra MADOUI EHS Constantine
Pr ag Bentamra DJAOUI EHS Sidi-chami Oran

Abstract

“**Schizophrenia and anxiety disorders**”: epidemiological and clinical study of a schizophrenic population followed at the psychiatry department of the University Hospital Tlemcen between 2010-2012.

Introduction

The objective of this study was to determine the frequency of anxiety disorders in patients with schizophrenia and to compare sociodemographic and clinical characteristics (quality of life and insight) of patients with and without comorbid anxiety disorders.

Method:

It is a cross-sectional descriptive study, conducted on a sample of 100 patients followed at our consultants in psychiatry. Our sample was split into two groups, those with an anxiety disorder and those without comorbid anxiety disorder.

A comparison between the two groups was carried out on the socio-demographic characteristics, clinical, quality of life (S-QoL scale) and insight (scale Markova).

Results:

28% of patients with schizophrenia have a comorbid anxiety disorder, including panic disorder 13%, 5% a obsessive compulsive disorder, social anxiety 5%, 4% post-traumatic stress disorder, and 1% disorder generalized anxiety.

This comorbidity exposed to the risk of more frequent hospitalization, a higher positive symptoms and excessive consumption of alcohol and benzodiazepines.

The quality of life is impaired in patients with anxiety disorders, with scores in SQoL (overall score) 51 for the first group and 62 for the second group ($p = 0.002$).

The most affected dimensions were self-esteem, psychological well being, Wellbeing physics and reality and Resilience.

Patients with anxiety disorders have a better insight by-compared to those without anxiety disorders, each with scores of 19 and 12 ($p = 0.05$).

Conclusion:

The systematic search of such comorbidity, allow early diagnosis and appropriate care, which also improve the well-psychotic anxiety symptomatology and quality of life.

Key words:

Comorbidité- anxiety disorder- schizophrenia--insight -quality of life.

"الفصام و اضطرابات القلق".

دراسة وبائية و عيادية على عينة من مرضى الفصام يتابعون على مستوى مصلحة الامراض العقلية بالمركز الاستشفائي الجامعي تلمسان ما بين 2010/2012.

مقدمة:

تهدف هذه الدراسة الى تحديد وتيرة اضطرابات القلق لدى مرضى الفصام و مقارنة الخصائص السوسيوديمغرافية و العيادية (جودة الحياة و الاستبصار) للمرضى الذين يعانون من اضطرابات مشتركة و مرضى بدون اضطرابات مشتركة.

المنهجية:

هي دراسة وصفية عرضية اقيمت على عينة تتكون من 100 مريض يتابعون على مستوى الفحص الطبي بمصلحة الامراض العقلية.

قسمت عينة الدراسة الى مجموعتين: المجموعة الاولى مع وجود اضطرابات القلق و المجموعة الثانية بدون وجود اضطرابات القلق.

اقيمت مقارنة بين مجموعتين فيما يخص الخصائص السوسيوديمغرافية، العيادية، جودة الحياة سلم (S-QoI) و الاستبصار(سلم ماركوفا)

النتائج :

خلصت نتائج الدراسة الى: 28% من الافراد المصابين بالفصام يعانون من اضطرابات قلق في حين 13% يعانون من اضطراب نوبة الفزع، 5 % يعانون من الوسواس القهري، 5% قلق اجتماعي، 4 % حالة اجهاد ما بعد الصدمة، 1% اضطراب القلق العام.

ويمكن لهذه الاضطرابات المشتركة ان تعرض المرضى للاستشفاء مرات متكررة ، كما ينجم عنها اعراض ايجابية هامة ، زيادة عن استهلاك المرضى للمواد الكحولية و البنزوديازيبينات .

تضرب جودة الحياة عند المرضى الذين يعانون من اضطرابات القلق و هذا مادلت عليه نتائج سلم(S-QoI) وهي 51 بالنسبة للمجموعة الاولى و 62 بالنسبة للمجموعة الثانية - $p = 0.002$

تجسدت الابعاد المتضررة عند المرضى في تقدير الذات، الرضى النفسي، الرضى الجسدي، المرونة. أن المرضى الذين يعانون من اضطرابات القلق لديهم استبصار أفضل بالمقارنة بالمرضى بدون اضطرابات القلق و هذا حسب النتائج 19 و 12 - $p = 0.005$

الخاتمة :

سمحت هذه الدراسة المنظمة حول الاضطرابات المشتركة بوضع تشخيص مبكر و تكفل خاص و هذا ما يسمح بتحسين اعراض القلق و الاعراض الذهانية و جودة الحياة.

الكلمات المفتاحية:

اضطرابات مشتركة- الفصام- اضطرابات القلق- جودة الحياة- الاستبصار

DEDICACES

Avec l'aide de **Dieu Le** Tout-Puissant et les personnes qui m'ont aidé, j'ai pu achever ce modeste travail, que je dédie à **mes chers parents**. Tous les mots du monde ne sauraient exprimer l'immense amour que je vous porte, ni la profonde gratitude que je vous témoigne pour tous les efforts et les sacrifices que vous n'avez jamais cessé de consentir pour mon instruction et mon bien être. Vos prières et votre bénédiction m'ont été d'un grand secours.

Je vous rends hommage par ce modeste travail en guise de ma reconnaissance éternelle et de mon infini amour.

Que Dieu tout puissant vous garde et vous procure santé, bonheur et longue vie pour que vous demeuriez le flambeau illuminant le chemin de vos enfants et petits enfants.

A mon **épouse**, la femme de ma vie, aucune dédicace, aussi expressive qu'elle soi, ne saurait exprimer la profondeur de mes sentiments et l'estime que j'ai pour toi. Merci de m'avoir soutenu dans la réalisation de ce modeste travail.

Puissent Dieu nous préserver du mal, nous combler de santé, de bonheur et nous procurer une longue vie pour le service de Dieu.

A ma petite perle **Yasmine**, qui a comblé notre vie, tu es la joie de ma vie et ma raison d'être. Que Dieu te garde et te protège.

A mes **grands parents**, puisse Dieu tout puissant vous accorder sa clémence, sa miséricorde et vous accueillir dans son saint paradis.

A toute ma famille, **frères et sœurs, belles sœurs**, je vous dédie ce travail en témoignage de mon amour et mon attachement.

A ma **belle mère**, puisse Dieu tout puissant, assurer le repos de votre âme par sa sainte miséricorde

A mon **beau père, sa femme et toute ma belle famille**, je leur dédié ce travail. Merci pour le trésor que vous m'avez confié.

Et en fin, je dédie ce travail a tous mes amis, mes enseignants depuis le primaire jusqu'aux études supérieurs et particulièrement à mon Maitre **HAMMOUDA Mohammed** que Dieu l'accueille dans sa miséricorde.

REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements aux personnes qui m'ont aidé dans la réalisation de ce travail.

En premier lieu, je remercie **Pr BELAID Abderrahmane**, professeur en psychiatrie à l'université d'Alger. En tant que Directeur de thèse, il m'a guidé dans mon travail et m'a aidé à trouver des solutions pour avancer.

Je remercie aussi **Pr Kaouel Meguenni**, professeur en épidémiologie à la faculté de médecine de Tlemcen, pour avoir accepté de codiriger ce travail.

Je remercie également le Professeur **Farid KACHA** de la faculté de médecine d'Alger, pour avoir accepté de présider ce Jury. Je suis très sensible à cet honneur que vous m'accordez.

Au Professeur **MADOUI Fatima Zohra**, de la faculté de médecine de Constantine, je vous remercie vivement d'avoir accepté de juger ce travail.

Au Professeur **BENTAMRA Djaoui**, de la faculté de médecine d'Oran, vous m'honorez en évaluant ce travail. Veuillez recevoir mes remerciements les plus respectueux

Grand Merci au **Pr Jean Louis Terra**, professeur en psychiatrie à l'université de LYON, de m'avoir accueilli dans son service durant plusieurs mois, et qui m'a beaucoup aidé à avancer dans mon travail.

Au **Dr BENOSSMAN Réda** mon chef de service, que sans lui ce travail n'aurait jamais été réalisé, merci de m'avoir aidé et permis de réaliser ce travail.

Merci au Pr **BENOSMAN Djaouid** et **LEKEHEL Mustepha** (Pr en Psychologie clinique) pour leurs aides précieuses dans la réalisation de ce travail.

Merci à toute l'équipe du RECIF (réseau d'épidémiologie clinique international francophone) de Lyon de m'avoir initié à la recherche clinique, ce qui m'a beaucoup aidé dans la réalisation de ce travail.

Sans oublier les épidémiologistes, Pr CHABNI nafissa, avec une attention particulière pour Dr Regagba Derbali, qui a été d'un grand apport dans la réalisation de ce travail.

Merci au Dr Safi Bensliman Djamila et Dr Dafi Amina, aux résidents et internes, qui ont contribué au recrutement des patients.

Merci au Pr BENMANSOUR Mohammed et Dr Achour hadj Mohamed d'avoir accepté de faire une relecture de ce travail.

Enfin, je remercie tous ceux qui, de près ou de loin, ont participé à la réalisation de ce travail.

TABLE DES MATIERES

DEDICACES.....	iv
REMERCIEMENTS.....	vi
TABLE DES MATIERES.....	viii
ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS.....	xiii
LISTE DES TABLEAUX.....	xiv
LISTE DES FIGURES.....	xvi
INTRODUCTION.....	1
SYNTHESE BIBLIOGRAPHIQUE.....	4
I.Comorbidités.....	4
I.1.Concept de comorbidité.....	4
I.2.Comorbidité en psychiatrie.....	6
I.2.1.Les comorbidités.....	9
I.2.1.1.Dépression et troubles anxieux.....	9
I.2.1.2.Dépression et alcoolisme.....	9
I.2.1.3.Troubles anxieux et alcoolisme.....	10
I.2.1.4.Troubles bipolaires et troubles anxieux.....	10
I.3.Comorbidités et schizophrénie.....	11
I.3.1.Les schizophrénies.....	11
I.3.2.comorbidités somatiques.....	14
I.3.3.Schizophrénies et troubles addictifs.....	16
I.3.4.Schizophrénies et troubles de l'humeur.....	17
I.4.Comorbidité schizophrénies et troubles anxieux.....	18
I.4.1.Les troubles anxieux:.....	18
I.4.2.Anxiété et schizophrénies.....	19
I.4.3.Schizophrénies et troubles paniques.....	21
I.4.4.Schizophrénies et anxiété sociale.....	22
I.4.5.Schizophrénies et troubles obsessionnels compulsifs (TOC).....	23
I.4.6.Schizophrénies et état de stress post-traumatique (ESPT).....	27
I.4.7.Schizophrénies et troubles anxieux généralisés(TAG).....	29
I.4.8.Schizophrénies et agoraphobie.....	30
I.4.9.Schizophrénies et phobies spécifiques.....	30
I.5.Aspects physiopathologiques.....	30

I.6.Prise en charge thérapeutique.....	32
I.6.1.Les moyens thérapeutiques.....	33
I.6.1.1.les benzodiazépines.....	33
I.6.1.2.Les Antidépresseurs.....	33
I.6.1.3. Les antipsychotiques.....	34
I.6.1.4. Les thyomorégulateurs.....	35
I.6.1.5.Psychothérapies.....	36
I.6.2.Traitements des TOC.....	37
I.6.3.Traitements des phobies sociales.....	38
I.6.4.Traitements des ESPT.....	39
I.6.5.Traitements des troubles paniques.....	40
I.6.6.Traitements des troubles anxieux généralisées.....	40
II. La qualité de vie.....	42
II.1.Historique.....	42
II.2.Définitions.....	44
II.3.Evaluation de la qualité de vie.....	47
II.3.1.Qui doit évaluer la qualité de vie.....	47
II.3.2.Dimensions de la qualité de vie.....	49
II.3.2.1.La vie fonctionnelle.....	49
II.3.2.2.La vie sociale.....	50
II.3.2.3.La dimension émotionnelle.....	50
II.3.3.Modalités d'évaluation de la qualité de vie.....	51
II.3.4.Différents type d'instruments d'évaluation de la qualité de vie.....	51
II.3.4.1.Instruments génériques de qualité de vie.....	53
II.3.4.1.1. Le psychological general well-being schedule (PGWB).....	54
II.3.4.1.2.The general health questionnaire (GHQ).....	54
II.3.4.1.3. Profil of mood satates (POMS).....	54
II.3.4.1.4.Le Sickness Impact Profile (SIP).....	55
II.3.4.1.5.Nottingham Health profile (NHP).....	55
II.3.4.1.6.Le profil de qualité de vie subjective (PQVS).....	55
II.3.4.1.7.Le Medical outcome study short form-36 Health Survey (MOS SF-36).....	56
II.3.4.2. Outils de mesure de qualité de vie spécifiques des troubles psychiatriques chroniques ...	56
II.3.4.2.1.The quality of life interview (QOLI).....	57
II.3.4.2.2. Lancashire quality of life profile (LQoLP).....	57

II.3.4.2.3.The subjective quality of life analysis (SQUALA)	58
II.3.4.2.4.The quality of life index for mental health(QLI-MH)	58
II.3.4.2.5. The satisfaction with life domain scale(SLDS).....	59
II.3.4.3.Outils de mesure de qualité de vie spécifiques de la schizophrénie.....	59
II.3.4.3.1.The quality of life scale (QLS).....	60
II.3.4.3.2. Quality of life check-list(QOL Check-list).....	60
II.3.4.3.3. Le standardized social schedule(SSS)	60
II.3.4.3.4.The satisfaction with living situation scale (SLSS)	61
II.3.4.3.5. The schizophrenia quality of life scale (SQLS).....	61
II.3.4.3.6. The schizophrenia quality of life scale (SOL)	61
II.3.4.3.7.The quality of life self-report-100(QLS-100)	61
II.3.4.3.8.The schizophrenia quality of life(S-QoL).....	62
II.3.5. Limites de l'évaluation de la qualité de vie.....	62
II.4. Données actuelles sur la qualité de vie des patients souffrant de schizophrénie	63
II.4.1.Facteurs sociodémographiques.....	64
II.4.2.Facteurs cliniques.....	64
II.5. Traitements.....	66
III.L'INSIGHT	68
III.1.Introduction	68
III.2. Evolution du concept de l'insight.....	69
III.3. Les instruments d'évaluation de l'insight	71
III.4. Insight et schizophrénie	71
III.5. Insight, qualité de vie et schizophrénie	76
MATERIELS ET METHODES	77
I.1 Objectifs	77
I.1.1. Objectif principal.....	77
I.1.2. Objectifs secondaires.....	77
I.2. Méthode.....	77
I.2.1 Design de l'étude	77
I.2.2. Population.....	77
I.3.Outils d'évaluation.....	78
I.3.1. Outil d'évaluation principal.....	78
I.3.2. Outils d'évaluation secondaires	78
I.3.2.1.Echelle de qualité de vie S-QoL18.....	78

I.3.2.2. La Positive And Negative	80
I.3.2.3. Echelle "IS de Markova"	81
I.4. Collecte et exploitation.....	81
I.4.1. Questionnaire de l'étude.....	81
I.5. Déroulement de l'étude.....	82
I.6. Analyse des données statistiques.....	83
RESULTATS	86
I.Description de la population	86
I.1.Caractéristiques sociodémographiques	86
I.2. Caractéristiques cliniques	88
II. Fréquence des troubles anxieux chez les patients atteints de schizophrénie	92
III. Comparaison entre les deux groupes de patients (avec et sans troubles anxieux).....	93
III.1. Analyse bi-variée.....	93
III.1.1. Comparaison des caractéristiques sociodémographiques	93
III.1.2. Comparaison des données cliniques des patients (avec et sans troubles anxieux)	95
III.1.3. Comparaison des scores de la PANSS entre les deux groupes de patients avec et sans troubles anxieux en comorbidité.....	98
III.1.4. Comparaison de la qualité de vie des patients (avec et sans troubles anxieux)	99
III.1.5. Comparaison de l'insight des deux groupes de patients, avec et sans troubles anxieux en comorbidité.....	100
III.2. Analyse multi-variée.....	101
IV. Facteurs influençant la qualité de vie des patients avec troubles anxieux en comorbidité	102
IV.1. analyse bi-variée.....	102
IV.2. Analyse multi-variée par régression logistique.....	106
IV.3. Corrélation entre la qualité de vie et la PANSS	107
V.Facteurs influençant l'insight des patients avec troubles anxieux en comorbidité	108
V.1. Analyse bi-variée	108
V.2. Analyse multi-variée par régression logistique.....	111
V.3. Corrélation entre l'insight et la PANSS	112
VI. Corrélation entre l'insight et la qualité de vie des patients.....	113
DISCUSSION	115
I. Fréquence des troubles anxieux dans notre échantillon	115
II. Méthodologie.....	116
III. Caractéristiques de la population de l'étude.....	119

IV.Comparaison entre les deux groupes de patients, avec et sans troubles anxieux en comorbidité	120
V. Qualité de vie des patients, avec et sans troubles anxieux en comorbidité	123
V.1.Mesure de la qualité de vie	123
V.2.Facteurs corrélés à une bonne qualité de vie	125
V.3.Corrélation entre la qualité de vie et la PANSS	127
VI.L'insight des patients, avec et sans troubles anxieux en comorbidité	127
VI.1.Facteurs influençant l'insight des patients avec troubles anxieux en comorbidité	128
VI.2.Corrélation entre l'insight et la PANSS	129
VII. Corrélacion entre l'insight et la qualité de vie	129
CONCLUSION	131
Recommandations	133
Perspectives:	134
Références bibliographiques	135
ANNEXES	

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

ANDEM: Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale
APA: American Psychiatric Association
BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale
CATIE: Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness
CHU: Centre Hospitalo-universitaire
CIM: Classification Internationale des Maladies
CIRS: The Cumulative Illness Rating Scale
DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DUP: Duration of Untreated Psychosis
D2: Récepteurs de la Dopamine
ECA: Epidemiology Catchment Area
EHS: Etablissement Hospitalier Spécialisé
EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing
ERP: Exposition et Prévention de la Réponse
ESPT: Etat de Stress Post-traumatique
HTA: Hypertension Artérielle
HT: hydroxy-Tryptamine
IC: Intervalle de Confiance
IRS: Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine
IS: Insight Scale de Markova
ISRS: Inhibiteurs Spécifique de la Recapture de la Sérotonine
LSD: Acide Lysergique Diéthylamide
MACSS: Multipurpose Australian Comorbidity Scoring System
MINI : MiniInternational Neuropsychiatric Interview
NCS: National Comorbidity Survey
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OR: Odds Ratio
PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale
PTSD-PP: Posttraumatic Stress Disorder Post-Psychotic
SCID: The Structured Clinical Interview for DSM
SCI-PANSS: Structured Clinical Interview for Positive and Negative Syndrome Scale
SNMG: Salaire Nationale Minimum Garantie
SOC: Symptômes Obsessionnels Compulsives
S-QOL: The Schizophrenia Quality Of Life
SUMD: La Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder
TAG: Troubles Anxieux Généralisés
TCC: Thérapie Cognitivo-Comportementale
TOC : Troubles Obsessionnels Compulsifs
Y-BOCS: The Yale Brown Obsessive Compulsive Scale

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 1:** Données sociodémographiques des patients (inclus dans l'étude) suivis pour schizophrénie "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".
- Tableau 2:** Situation professionnelle et niveau d'instruction des patients (inclus dans l'étude) suivis pour schizophrénie "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".
- Tableau 3:** Répartition en fonction des antécédents et nombre d'hospitalisations des patients (inclus dans l'étude) suivis pour schizophrénie "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".
- Tableau 4:** Comparaison des données sociodémographiques des sujets atteints de schizophrénie avec et sans troubles anxieux en comorbidité "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".
- Tableau 5:** Comparaison des données cliniques (antécédents et habitudes toxiques) des sujets atteints de schizophrénie avec et sans troubles anxieux en comorbidité "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".
- Tableau 6:** Comparaison des données cliniques des sujets atteints de schizophrénie avec et sans troubles anxieux en comorbidité "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".
- Tableau 7:** Répartition en fonction du traitement des sujets atteints de schizophrénie avec et sans troubles anxieux en comorbidité "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".
- Tableau 8:** Comparaison des moyennes des scores de l'échelle PANSS des sujets atteints de schizophrénie avec et sans troubles anxieux en comorbidité "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".
- Tableau 9:** Comparaison de la qualité de vie (S-QoL) des sujets atteints de schizophrénie avec et sans troubles anxieux en comorbidité "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".
- Tableau 10:** Comparaison de l'insight des sujets atteints de schizophrénie avec et sans troubles anxieux en comorbidité "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".
- Tableau 11:** Résultats de l'analyse multi-variée par régression logistique des facteurs liées à la présence d'un trouble anxieux chez des sujets atteints de schizophrénie "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".
- Tableau 12:** Facteurs sociodémographiques influençant la qualité de vie des patients atteints de comorbidité schizophrénie et troubles anxieux "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".
- Tableau 13:** Facteurs cliniques (antécédents et habitudes toxiques) influençant la qualité de vie des patients avec troubles anxieux en comorbidité "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".
- Tableau 14:** Facteurs cliniques influençant la qualité de vie des patients avec troubles anxieux en comorbidité "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".
- Tableau 15 :** Les traitements pouvant influencer la qualité de vie des patients avec troubles anxieux en comorbidité "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".
- Tableau 16:** Résultats de l'analyse multi-variée par régression logistique des facteurs influençant la qualité de vie des sujets atteints de comorbidité schizophrénie et troubles anxieux "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".
- Tableau 17:** corrélation entre la S-QoL et la PANSS des patients souffrant de comorbidité schizophrénie et troubles anxieux "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".
- Tableau 18:** Facteurs sociodémographiques influençant l'insight des patients avec troubles anxieux en comorbidité "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".

Tableau 19 Facteurs cliniques (antécédents et habitudes toxiques) influençant L'insight des patients avec troubles anxieux en comorbidité "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".

Tableau 20: Facteurs cliniques influençant l'insight des patients avec troubles anxieux en comorbidité "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".

Tableau 21: Les traitements pouvant influencer l'insight des patients avec troubles anxieux en comorbidité "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".

Tableau 22: Résultats de l'analyse multi-variée par régression logistique des facteurs influençant l'insight des sujets atteints de comorbidité schizophrénie et troubles anxieux "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".

Tableau 23 Corrélation entre l'IS et la PANSS des patients atteints de comorbidité schizophrénie et troubles anxieux "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".

Tableau 24: Corrélation entre l'insight et la qualité de vie des patients atteints de comorbidité schizophrénie et troubles anxieux "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".

Tableau 25 : Fréquences des différents troubles anxieux chez les patients atteints de schizophrénie selon plusieurs études

LISTE DES FIGURES

Figure1: La qualité de vie inspirée de l'approche OMS, d'après Martin(2004).

Figure2: La qualité de vie selon Hunt Kenna.

Figure3: Concept de qualité de vie.

Figure4: Modèle d'Amador et al.

Figure5: Schémas d'analyse statistique des données

Figure6: Répartition en fonction du sous-type de schizophrénie des patients inclus dans l'étude "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".

Figure7: Répartition en fonction de l'évolution des troubles des patients inclus dans l'étude "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".

Figure8: Répartition selon le nombre de tentative de suicide des patients inclus dans l'étude "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".

Figure9: Répartition en fonction du traitement des patients suivis pour schizophrénie "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".

Figure10: Fréquence des troubles anxieux chez les patients atteints de schizophrénie "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".

Figure11: Répartition des différents troubles anxieux chez les patients atteints de schizophrénie "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".

Figure12: Corrélation entre l'âge et la qualité de vie des patients atteints de comorbidité schizophrénie et troubles anxieux "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".

Figure 13: Corrélation entre la qualité de vie et l'insight des patients atteints de comorbidité schizophrénie et troubles anxieux "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".

INTRODUCTION

La schizophrénie existe dans toutes les cultures et toutes les civilisations. Sa fréquence dans la population actuelle est de 0,8 à 1,2% [1]. Elle constitue un problème majeur de santé publique, de par le handicap qu'elle entraîne, la souffrance qu'elle engendre et le coût qu'elle représente. L'évaluation des patients souffrant de schizophrénie se base sur la recherche des signes psychopathologiques à savoir les hallucinations, délires ou troubles cognitifs. La recherche d'une pathologie organique est systématique telle qu'une tumeur cérébrale, des troubles métaboliques, la prise de toxique, etc. qui peut expliquer la symptomatologie ou constituer une comorbidité. Mais la complexité de la clinique de la schizophrénie rend difficile la possibilité de porter le diagnostic d'une comorbidité avec une autre affection psychiatrique (dépression, abus de substances, trouble anxieux etc.).

Le concept de comorbidité prend depuis peu une place de plus en plus grande en psychiatrie. La possibilité de porter conjointement les diagnostics de « schizophrénie » et de « trouble anxieux » n'est admise que depuis la version DSM III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) de l'APA (American Psychiatric Association). Pourtant, l'association de ces deux troubles a suscité de nombreux travaux dès le XIX^{ème} siècle. La comorbidité schizophrénie - troubles anxieux est un problème clinique qui est relativement fréquent ; souvent la symptomatologie anxieuse est attribuée aux troubles psychotiques, d'où une sous estimation diagnostic, une mauvaise prise en charge thérapeutique et par conséquent un mauvais pronostic [2].

La prévalence vie entière de comorbidité psychiatrique (au moins un diagnostic additionnel) selon l'enquête "The National Comorbidity Survey", réalisée aux Etats-Unis, par Kendler et al. en 1996, chez les sujets atteints de « psychose non affective », est de 93% avec, pour les troubles anxieux, les taux suivants ; phobie sociale (39,5 %) , phobie simple (30,8%), trouble panique (25,5%) [3]. L'étude de Cosoff et Hafner a concerné 60 sujets atteints de schizophrénie hospitalisés : 43% ont présenté un trouble anxieux, 17% une phobie sociale, 13% un trouble obsessionnel-compulsif et 12% une anxiété généralisée [3].

Une autre étude a été réalisée à Rio de Janeiro dans deux hôpitaux psychiatriques (The Institute Philippe Pinel and The Institute of Psychiatry of the Federal University of Rio de Janeiro), entre mars 2001 et février 2002. L'étude a montré que 41.5% des patients atteints de schizophrénie présentaient un trouble anxieux, 17% une phobie sociale, 15,1% un trouble obsessionnel compulsif, 9,4% une anxiété généralisée, 5.7% un trouble panique, 5,7% une phobie spécifique, 3,8% un état de stress post-traumatique, 1,9 % une agoraphobie et 7,5% des troubles anxieux non spécifiés[4].

La présence d'une comorbidité anxieuse expose les patients souffrant de schizophrénie à des risques accrus d'hospitalisations, de tentatives de suicides, de mauvais pronostic et d'une qualité de vie plus altérée[4].

L'évaluation de la qualité de vie des patients souffrant de pathologie mentale est récente. Elle constitue l'un des indicateurs de l'état de santé de ces patients. Elle est altérée chez les patients souffrant de schizophrénie; la présence d'anxiété chez ces patients altère aussi la qualité de vie (Huppert et al.)[5]. Elle est aussi influencée par plusieurs facteurs, entre autres le degré de conscience des troubles (l'insight). Les patients souffrant de schizophrénie présentent un bas niveau d'insight alors que ceux souffrant de troubles anxieux présentent souvent un niveau d'insight plus élevé. Les publications concernant l'évaluation de la qualité de vie et de l'insight des patients souffrant de cette comorbidité, sont peu nombreuses[6].

Problématique: Dans notre pratique quotidienne nous avons été confrontés à plusieurs modalités évolutives des patients suivis pour schizophrénie. Certains sous-groupes étaient caractérisés par un bon nombre d'aspects négatifs, notamment l'inobservance thérapeutique avec une résolution lente des troubles, une mauvaise alliance thérapeutique et une détérioration des fonctions sociales. Il est vrai que ces sous-groupes ont souvent échappé à une évaluation stricte et rigoureuse, car nos consultations sont envahies par un nombre croissant de patients. Notre intérêt était de pouvoir répondre de manière objective à ces constats,

Il est impératif d'évaluer le patient durant les premières consultations, en vue de mettre en exergue tous les aspects sémiologiques concomitants, qui permettent de distinguer entre ceux qui relèvent du trouble schizophrénique de ceux qui relèvent d'autres troubles, comme le trouble anxieux.

Il est bien évident qu'on ne peut pas retrouver une seule comorbidité chez ces patients, et on ne peut pas relever la prépondérance d'un trouble par rapport aux autres. Nous n'avons abordé qu'un aspect dans notre étude ; les troubles anxieux compte-tenu de leur sous estimation dans notre pratique et leur impact sur la qualité de vie.

Notre hypothèse est que cette comorbidité est fréquente et souvent sous-diagnostiquée et qu'elle a un impact négatif sur la psychopathologie et la qualité de vie, et que les patients avec troubles anxieux en comorbidité ont un meilleur insight par-rapport à ceux sans troubles anxieux.

L'objectif principal de notre travail est d'évaluer la fréquence des troubles anxieux chez nos patients suivis pour schizophrénie. Les objectifs secondaires sont, de comparer les caractéristiques cliniques et sociodémographiques des patients souffrant de schizophrénie avec troubles anxieux et ceux sans troubles anxieux, de déterminer l'impact du trouble anxieux sur la qualité de vie, et d'évaluer l'insight de ces patients et son impact sur la mesure de la qualité de vie.

SYNTHESE BIBLIOGRAPHIQUE

I.Comorbidités.

I.1.Concept de comorbidité.

La comorbidité ou double diagnostic se résume au fait de souffrir de plus d'un problème de santé à la fois. Il est évident que la présence de plusieurs problèmes de santé chez une même personne a une influence aussi bien sur le diagnostic, le traitement, l'évolution et le pronostic de l'affection, ainsi que sur la mortalité et la qualité de la vie de ces patients.

Ce concept a été évoqué pour la première fois par Feinstein, qui est médecin interniste et épidémiologiste, dans l'article "Clinical Epidemiology III. The clinical design of statistics in therapy" en 1968, Initialement, ce terme est défini par son auteur comme "toutes maladies additionnelles chez le patient, autre que la maladie index étudiée[7]. En 1970, le même auteur définit la comorbidité dans le "Journal of Chronic Disease" comme: l'existence ou l'apparition d'un autre trouble quel qu'il soit, au cours de l'évolution clinique d'un patient présentant la maladie index étudiée[2].

Plus récemment, d'autres auteurs ont proposé des définitions s'appuyant d'avantage sur les aspects méthodologiques. Boyd [8], définit la comorbidité comme étant : " le risque relatif pour un sujet présentant un trouble de recevoir le diagnostic d'un autre trouble ". Une définition plus opérationnelle est proposée par Burke : " présence de plus d'un trouble spécifique chez un même sujet durant une période de temps précisément définie" [9]. Par sa proposition, cet auteur souligne la nécessité de définir clairement le trouble en écartant la notion de maladie, et pose comme préalable, la définition d'une période temporelle précise, pour établir la comorbidité de deux troubles. Cette période pouvant être actuelle ou plus largement de 6 mois ou encore sur la vie entière[8]. Même si initialement, d'après Feinstein la « multimorbidité » est différenciée de la « comorbidité » comme la « cooccurrence de plusieurs pathologies chez un sujet », avec le temps la notion initiale de « comorbidité » a évolué, pour se confondre avec « poly pathologie » et « multimorbidité ». Aujourd'hui encore, les termes de comorbidité ou multimorbidité, polyathologie, polymorbidité dans la

littérature ne sont pas toujours bien définis, variant d'un auteur ou étude à l'autre[7]. Actuellement, la définition la plus acceptée de comorbidité est la co-occurrence de plusieurs conditions médicales (chroniques ou aiguës) chez un même individu[7].

En psychiatrie, les maladies ne sont pas définies par une étiologie mais par des regroupements symptomatiques, se basant donc sur un modèle syndromique. Une première ambiguïté est d'emblée perceptible. En effet, suivant le niveau d'observation retenu, symptomatique ou syndromique, les troubles présentés par un patient donné peuvent prendre différentes " colorations " cliniques. Il est difficile de distinguer une agrégation syndromique (co-occurrence symptomatique) d'une comorbidité " au sens de Feinstein ", c'est-à-dire l'association de deux ou plusieurs troubles indépendants. Un exemple particulièrement illustratif de cette ambiguïté, est représenté par la comorbidité du trouble anxieux généralisé et de l'épisode dépressif majeur. Ces deux troubles sont bien catégorisés dans les grandes classifications critériologiques et sont considérés comme indépendants. Pourtant, ils possèdent en commun un certain nombre d'items permettant le diagnostic. Ainsi, sur le plan strictement critériologique, ces deux troubles peuvent présenter un recouvrement, rendant leur diagnostic indépendant impossible. Il est possible de considérer que les items présents et communs aux deux troubles n'ont alors pas de valeur pour le double diagnostic. Le trouble hiérarchiquement inférieur ne peut être diagnostiqué que si des items supplémentaires sont présents. Cependant ces items doivent détenir une valeur diagnostique suffisante pour le diagnostic du trouble en question. Ainsi le recouvrement symptomatique soulève d'emblée un problème inhérent à toute classification critériologique. Pour une catégorie donnée, le " poids diagnostique " des items peut être choisi par leur valeur caractéristique du trouble ou réparti pour leur valeur discriminante. Dans le premier cas, la sensibilité et l'utilité clinique sont augmentées, alors que dans le second cas, la validité discriminante pour le diagnostic est favorisée. Ces éléments expliquent la confusion entourant l'utilisation des termes de comorbidité et de co-occurrence. Il faut réserver le terme de comorbidité pour désigner la co-occurrence de syndromes ou de troubles. Il ne doit pas s'appliquer lors de l'association à un trouble défini de certains symptômes insuffisant pour poser le diagnostic d'un trouble différent [2].

En médecine interne, la majorité des processus étiopathogéniques et/ou pathophysiologiques sont connus, l'importance de la comorbidité a rapidement pu être soulignée. En effet, sa prise en compte permet une meilleure évaluation du pronostic et des définitions plus précises des stratégies thérapeutiques. Ce concept ouvre également une nouvelle voie de recherche sur les mécanismes conduisant au développement de maladies différentes chez un même sujet[2].

La mesure et la quantification de la comorbidité se fait communément à l'aide des échelles standardisées, en se basant sur le dossier médical du patient, ce qui limite les variations d'interprétation et les erreurs mises en cause en cas d'évaluation uniquement sur l'interrogation des sujets [7]. Une étude sur les méthodes de mesure de la comorbidité, publiée dans le "Journal d'épidémiologie clinique"[10], basée sur une recherche sur Pub Med ont retrouvé 13 méthodes différentes de mesure et de quantification de la comorbidité: un compte de maladie et 12 indices. L'indice de Charlson est le plus étudié c'est une méthode valide et fiable pour mesurer la comorbidité et utilisable en recherche clinique ; elle se base sur un simple dénombrement clinique utilisable avec les données administratives ; mais elle est peu adaptée si le critère de jugement n'est pas la mortalité. L'échelle « The Cumulative Illness Rating Scale » (CIRS) est un outil rapidement adopté dans le milieu médical car facile d'utilisation, et donnant une évaluation complète et bien organisée des pathologies coexistantes. Un manuel d'utilisation clair et concis permet une évaluation de chaque pathologie en fonction du degré de sévérité mais aussi du handicap résultant, ce qui est un « détail » non négligeable[7]. Une équipe australienne a établi en 2005 un nouveau score: MACSS (Multipurpose Australian Comorbidity Scoring System), plus performant que l'indice de Charlson pour prédire la mortalité et la réadmission[11].

I.2.Comorbidité en psychiatrie.

En psychiatrie, les processus causals des maladies sont loin d'être découverts. Pourtant, la comorbidité prend depuis peu une place de plus en plus grande. Par exemple, dans une base de données comme celle de Bioethics-Medline, une des plus importantes par le nombre de revues médicales référencées, 70 articles sont recensés

lorsqu'on utilise en référence principale le terme de comorbidité. Ceci sur une période de 26 ans, puisque les références débutent dès 1971. Parmi ces 70 articles consacrés à la comorbidité, 15 sont publiés dans des revues traitant spécifiquement de psychiatrie[2], d'où l'intérêt que nous portons à cette question.

Les définitions de la comorbidité qu'on vient de voir dans le chapitre précédent, s'appliquent aux affections somatiques ou organiques dont la sémiologie, la nosographie et l'étiopathogénie sont souvent bien connues. Même si on ne connaît pas l'origine exacte de la maladie, on a une bonne description clinique, des critères diagnostiques objectifs qui sont plus précises que ceux pouvant être rencontrés en psychopathologie.

Les classifications traditionnelles en psychiatrie reposant sur un schéma néokraepelinien, se basent sur une approche descriptive et hiérarchique des troubles mentaux, sur l'évolution, ainsi que sur des théories étiologiques variables selon les écoles, favorisant ainsi le diagnostic unique et ne tenant pas compte de la comorbidité[2].

Les premières classifications en psychiatrie étaient fondées sur les principes d'exclusions hiérarchiques. Dans ces classifications, un trouble A peut être diagnostiqué s'il présente un certain nombre de critères, dont par exemple, un critère d'exclusion d'un autre trouble : A ne peut être présent que si B n'existe pas ou n'est pas présent. Par exemple, dans le DSM-III, le diagnostic de trouble panique ne pouvait être posé chez un même sujet lorsqu'il présentait par ailleurs un épisode dépressif majeur. Dans le DSM-III R cette exclusion a été supprimée et les deux troubles peuvent être diagnostiqués conjointement[2]. Le DSM IV[12], paru en 1994, a autorisé de porter deux diagnostics dans l'axe deux, c'est-à-dire qu'on peut retenir deux troubles de la personnalité (n'appartenant pas forcément au même cluster) chez le même individu.

La comorbidité pourrait contribuer à un bouleversement plus grand encore sur les nosographies. En effet, récemment, de nouvelles perspectives cliniques ont été développées. Par exemple, McElroy et al[13] ont proposé le concept de spectre

affectif. Ce spectre est considéré comme l'ensemble des équivalents ou des aspects symptomatiques particuliers d'un trouble affectif plus général. De nombreuses catégories cliniques, comme les troubles du contrôle des impulsions, y sont regroupées. Ces auteurs s'appuient, pour défendre leur concept, sur des similitudes cliniques, psychopathologiques et épidémiologiques, notamment la fréquence d'association de ces troubles à des troubles de l'humeur[2].

On sait que 56% [12] des gens qui souffrent d'un problème de santé mentale ont été atteints au moins une fois dans leur vie d'un autre problème de cette nature. Ceux –ci peuvent apparaître à des périodes différentes ou au même moment. Certaines personnes souffrent, d'ailleurs parfois, de trois comorbidités et plus ; souvent ce sont ces patients qui présentent plus d'un trouble mental qui viennent consulter (par exemple trouble anxieux et dépression, toxicomanie et trouble anxieux etc.).

On peut individualiser plusieurs types de comorbidité:

La comorbidité pathogénique: souligne la notion de complication. En psychiatrie, les liens de causalité sont mal connus. Il est alors difficile d'utiliser clairement ce type de comorbidité. Pourtant, des maladies psychiatriques comme l'agoraphobie consécutive d'un trouble panique, ou encore les complications alcooliques d'une dépression, sont largement acceptées[2].

La comorbidité diagnostique : comprend la notion de co-occurrence symptomatique. Les troubles de la concentration résultant d'une dépression et d'un trouble anxieux représentent un exemple équivalent en psychiatrie[9].

Le dernier type de comorbidité est dit pronostique et comprend la notion de risque relatif, de grande importance en psychiatrie. Dans ce type de comorbidité, un syndrome favorise l'apparition d'autres troubles différents du premier. Là encore, les liens entre maladies dépressives et alcoolisme peuvent être exemplaires de ce type de comorbidité. En effet, le risque d'alcoolisme chez les sujets déprimés, tous sexes confondus, est augmenté par quatre, par rapport au risque de la population générale ;

ceci sans différence entre les sexes. On sait pourtant que dans la population générale, les hommes ont plus de risques que les femmes, de souffrir d'une maladie alcoolique. La présence d'une dépression s'accompagne d'une égalité des risques pour chacun des deux sexes. La notion de comorbidité prend alors tout son intérêt en ce qui concerne ici le pronostic[2,14].

I.2.1.Les comorbidités:

I.2.1.1.Dépression et troubles anxieux:

Les plus grandes études sur la comorbidité en psychiatrie concernent essentiellement les troubles dépressifs. Selon une étude réalisée en France, 37,6% des patients présentant un trouble dépressif avaient en comorbidité essentiellement un trouble anxieux[15]. L'étude américaine ECA (Epidemiology Catchment Area) a montré que 50 à 70 % des déprimés ont été traités pour anxiété au moins une fois au cours de leur vie. La NCS (National Comorbidity Survey) qui est une étude en population générale, a porté sur 8 098 sujets âgés de 18 à 54 ans et s'est déroulée sur une période de 1 an et demi. Parmi les sujets ayant présenté un épisode dépressif majeur au cours de leur vie, 58 % ont souffert d'un trouble anxieux[2].

L'intrication d'une dépression et d'un trouble anxieux fait donc craindre une pathologie plus sévère ; un retentissement psychosocial plus important ; un risque suicidaire plus élevé ; une évolution plus chronique , ce qui montre l'importance de la prise en compte de la comorbidité sur le pronostic ; et une moins bonne réponse aux chimiothérapies[2].

I.2.1.2.Dépression et alcoolisme.

Les chiffres de prévalence dépression/alcoololo-dépendance (D/A) et de l'alcoololo-dépendance/dépression (A/D) sont variables d'une étude à l'autre. Les taux de prévalence de la dépression varient en fonction du moment où se situe l'évaluation par rapport au sevrage. Souvent, on constatera la présence de symptômes (tristesse, découragement) sans que le trouble "complet" soit présent ; ainsi des symptômes dépressifs isolés s'observent chez 90 % des alcoololo-dépendants. Le diagnostic de dépression est retrouvé chez 30 % des patients[16].

La prévalence vie entière D/A et A/D varie en fonction des études : dépression chez 13,4 % des dépendants, alcool chez 20 % des déprimés[17].

L'alcoolisme dans la dépression semble plus fréquent chez la femme. Il faut toutefois tenir compte de la fréquence trois fois supérieure de l'alcoolisme chez l'homme, alors que la dépression est deux fois plus fréquente chez la femme. Chez les déprimés, l'alcool constitue un facteur de résistance au traitement et augmente la toxicité des antidépresseurs. Il s'agit donc de conséquences directes que la comorbidité permet de mettre en évidence[2].

I.2.1.3.Troubles anxieux et alcoolisme.

D'une manière générale, les troubles anxieux, notamment le trouble panique, les phobies sociales et spécifiques, et l'anxiété généralisée sont trois fois plus fréquentes dans la population dépendante à l'alcool que dans la population générale. Certaines études avancent une proportion de 30% de syndromes de stress post-traumatique dans la population dépendante à l'alcool, soit quatre fois la fréquence de ce trouble dans la population générale. De plus, il a été montré que des antécédents de traumatismes psychiques répétés chez des patients schizophrènes et alcoolodépendants entraînent une augmentation du risque suicidaire, déjà élevé dans ce groupe de population[18].

I.2.1.4.Troubles bipolaires et troubles anxieux.

Les troubles anxieux sont l'une des principales comorbidités rencontrées chez les patients souffrant de maladie bipolaire. De nombreuses études cliniques et épidémiologiques montrent une prévalence accrue des pathologies anxieuses (trouble anxieux généralisé, phobie sociale, trouble obsessionnel-compulsif, trouble panique et état de stress post-traumatique) chez les sujets bipolaires au regard des fréquences en population générale. Dans l'étude américaine de la National Comorbidity Survey (NCS), la comorbidité vie entière avoisine les 90 %. Deux études cliniques françaises récentes montrent l'existence d'au moins un trouble anxieux chez environ 25 % des sujets bipolaires (24 % et 27,2 %). La comorbidité anxieuse doit donc être recherchée attentivement. Les troubles anxieux ne sont pas sans conséquence sur le cours évolutif du trouble de l'humeur, avec notamment une réduction significative du temps

d'euthymie, une moindre sensibilité aux thérapeutiques médicamenteuses classiques et une majoration conséquente du risque suicidaire[19].

I.3.Comorbidités et schizophrénie.

I.3.1.Les schizophrénies:

E. Bleuler crée le terme de schizophrénie en 1911, il ne fait que reprendre les descriptions cliniques des auteurs anciens. Mais, en même temps, il crée ce néologisme pour marquer la rupture de sa conception avec celle d'E.Kraepelin qui considérait que le diagnostic de « démence précoce » ne pouvait être établi que sur la base d'une évolution chronique et déficitaire. H.EY, définit la schizophrénie comme une psychose chronique altérant profondément la personnalité.

Elle affecte plus de 0,8 à 1,2%[1] de la population; c'est une pathologie de l'adulte jeune et d'évolution chronique. Le sex-ratio est égal à un, le premier accès survient entre 15 et 25 ans chez l'homme, un peu plus tardivement chez la femme. Quarante-vingt-dix pour cent des patients traités pour schizophrénie sont âgés de 15 à 55 ans. L'évolution à court terme est marquée par un taux de rechute, après le premier accès, estimé entre 20 et 40 %. A long terme, l'évolution est marquée par une forte surmortalité avec un taux de suicide évalué entre 10 et 20 % et une espérance de vie abaissée globalement d'environ 10%[20].

Depuis l'introduction du concept de schizophrénie, de nombreuses hypothèses ont été avancées pour tenter de cerner l'étiopathogénie de cette affection. Les premières hypothèses formulées étaient essentiellement mono factorielles, c'est-à-dire envisageaient une seule cause à l'origine de la schizophrénie ; ce type de modèle paraît aujourd'hui trop réductionniste pour rendre compte de la complexité de la maladie [21]. La plupart des auteurs s'accordent sur un modèle neuro-développemental de la schizophrénie; qui postule une vulnérabilité à la survenue de troubles schizophréniques avérés. Selon ce modèle, des gènes impliqués dans le neuro-développement et/ou des phénomènes environnementaux survenant dans les phases précoces du développement de l'individu induisent des troubles du développement cérébral qui, à leur tour,

prédisposent à l'apparition ultérieure de psychose. Intervenant dans un second temps, des facteurs sociaux, comme le fait de grandir en milieu urbain, d'être migrant, ou l'isolement social, se combinent à ces facteurs neuro-développementaux pour constituer une cascade d'interactions entre facteurs biologiques et psychosociaux qui contribue à la complexité du modèle [22].

La plupart des travaux de recherche récents, insistent sur la précocité du diagnostic et de la prise en charge qui conditionne l'évolution de cette pathologie. Le début est insidieux dans la majorité des cas, avec manifestation de prodromes non spécifiques qui peuvent durer plusieurs mois, voire des années. Il apparaît également que la durée de psychose non traitée (ou duration of untreated psychosis [DUP]) joue un rôle sur le pronostic évolutif de la maladie. De nombreux travaux ont cherché à mieux caractériser ces prodromes de façon à identifier les sujets à risque de développer des symptômes psychotiques caractérisés. Ces recherches sont menées de façon très active dans différents centres à travers le monde ; elles comportent à la fois des dispositifs permettant d'améliorer l'accès aux soins et des programmes de recherche visant à mieux définir les caractéristiques cliniques, psychopathologiques et biologiques des sujets à risque, ainsi que les approches thérapeutiques les plus adaptées[22].

Le DSMIV.TR [12] caractérise cette phase prodromique par le développement lent et graduel de signes et de symptômes variés (p. ex., retrait social, perte de l'intérêt pour l'école ou le travail, détérioration de l'hygiène et de la présentation, comportements inhabituels, accès de colère). Les membres de la famille peuvent éprouver des difficultés à interpréter ce comportement et déclarent que la personne « traverse une crise ».

Plusieurs systèmes diagnostiques dits « opérationnels » ont successivement été proposés pour améliorer la reproductivité des diagnostics. Parmi ceux-ci, on note les critères de Kurt Schneider, les critères de Saint Louis, les « research Diagnostic Criteria » et enfin les différentes versions du « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders » (DSM) de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) et de la « Classification Internationale des Maladies » (CIM) de l'Organisation Mondiale de la

Santé (OMS). Ces deux derniers systèmes diagnostiques, (DSM dans sa 4^{ème} version révisée, DSM-IV-TR et CIM dans sa 10^{ème} version, CIM-10), sont actuellement les plus utilisés.

Pour le DSMIV-TR le diagnostic est basé sur un ensemble de signes jugés caractéristiques (critères A) qui doivent avoir été présents pendant au moins un mois (mais moins que cela, si le patient a reçu un traitement) ; certains signes devant persister au moins 6 mois (critères C). Ces signes et symptômes doivent être associés avec des perturbations fonctionnelles sociales ou occupationnelles marquées (critères B). On doit aussi s'assurer que ces perturbations ne sont pas liées à un épisode thymique concomitant ni à un traitement médicamenteux ou à des problèmes intercurrents (critères D et E). Chez les sujets qui relevaient auparavant d'un diagnostic de trouble autistique ou d'un trouble envahissant du développement, le diagnostic de schizophrénie ne peut être porté qu'en présence d'un délire ou d'hallucinations manifestes qui doivent être présents pendant plus d'un mois (critère F). (annexe7).

On retrouve dans le DSMIV-TR cinq sous-types. Ils sont définis par la symptomatologie prédominante au moment de l'évaluation. Le type paranoïde est le plus fréquent et représente le sous-type le moins sévère, caractérisé par la présence d'idées délirantes et hallucinations qui sont au premier plan. Le sous-type désorganisé est le plus sévère, caractérisé par un discours et un comportement désorganisé et un affect abrasé ou inapproprié qui sont au premier plan. Le sous-type catatonique est caractérisé surtout par une perturbation psychomotrice importante, pouvant comporter une immobilité motrice, une activité motrice excessive, un négativisme extrême, un mutisme, des singularités des mouvements volontaires, une écholalie, ou une échopraxie. Le type indifférencié est une catégorie résiduelle décrivant des tableaux cliniques comportant des symptômes de phase active prononcés qui ne répondent pas aux critères du type catatonique, du type désorganisé, ou du type paranoïde ; et le type résiduel correspond à des tableaux cliniques où on peut mettre en évidence que l'affection est toujours présente, mais où les critères des symptômes de la phase active ne sont plus remplis.

Le DSMIV-TR permet aussi de spécifier l'évolution des symptômes de la schizophrénie qui ne peuvent s'appliquer qu'après un délai d'un an à partir de la survenue des symptômes de la phase active initiale:

- Episodique avec symptômes résiduels entre les épisodes.
- Episodique sans symptômes résiduels entre les épisodes.
- Continue.
- Episode isolé en rémission partielle.
- Episode isolé en rémission complète.
- Autre cours évolutif ou cours évolutif non spécifié.
- Moins d'une année depuis la survenue des symptômes de la phase active initiale.

La thérapeutique des schizophrénies a connu depuis une dizaine d'années de grands progrès, tant au niveau des approches psychosociales que médicamenteuses. La chimiothérapie reste la pierre angulaire du traitement d'attaque et d'entretien des schizophrénies mais ne peut et ne doit pas être dissociée des autres thérapies. Les nouveaux antipsychotiques ont apporté une meilleure qualité de vie par leur meilleure tolérance et meilleure efficacité sur les symptômes négatifs de la maladie[23]. Le modèle de prise en charge dominant actuellement, notamment aux États-Unis, est un modèle psychosocial qui utilise le traitement médicamenteux, une psychothérapie familiale et des techniques psychothérapeutiques de type TCC (thérapie cognitivo-comportementale). L'objectif de cette prise en charge est de limiter les rechutes et les conséquences des symptômes négatifs qui entraînent isolement et désinsertion [24].

La présence d'un autre trouble somatique ou psychiatrique en comorbidité avec la schizophrénie rend difficile la prise en charge de ces patients.

I.3.2. comorbidités somatiques.

Les comorbidités somatiques chez les patients atteints de schizophrénie sont en général peu reconnues et sous diagnostiquées. Le retentissement de ces comorbidités participe à la diminution de l'espérance de vie de 20 % par rapport à la population générale [25], d'où l'intérêt d'une recherche systématique de ces troubles somatiques.

Le dépistage des maladies cardiovasculaires, de l'obésité, du diabète type 2, des dyslipidémies et du syndrome métabolique, doivent faire partie du suivi de ces patients.

Le diabète est l'une des affections les plus fréquentes retrouvées chez ces patients, Le risque d'apparition d'un diabète est plus élevé chez les schizophrènes par rapport à la population générale. Souvent, on incrimine les antipsychotiques à l'origine de cette affection ; certaines études ont retrouvé des taux de diabète plus élevés chez les schizophrènes que dans la population générale, même avant l'introduction d'un antipsychotique [26]. Ce qui signifierait qu'il existe une vulnérabilité spécifique à l'apparition du diabète (anomalies intrinsèques du métabolisme du glucose) chez les patients atteints de schizophrénie. Les antipsychotiques et les habitudes de vie (régime alimentaire, sédentarité) seraient des facteurs de risque supplémentaires.

Pour les maladies cardiovasculaires, les études épidémiologiques ont montré une surmortalité cardiovasculaire chez les patients souffrant de schizophrénie par rapport à la population générale, Dans une méta-analyse de 37 études conduites dans 25 pays, pour un total estimé de presque 23000 décès, le risque relatif correspondant pour la maladie cardio-vasculaire était de 1,79 [quantiles 90% ; 1,11-3.60]. Les patients atteints de schizophrénie ont un risque deux fois plus important de mourir précocement d'une affection cardiovasculaire (infarctus du myocarde, accident vasculaire[27]. Cette surmortalité cardiovasculaire est en partie attribuée à une majoration des facteurs de risque coronarien modifiables : obésité, tabagisme, diabète, hypertension artérielle et dyslipidémie. Les antipsychotiques, et peut-être d'autres psychotropes, les antidépresseurs par exemple, peuvent induire une prise de poids ou aggraver divers facteurs métaboliques de risque cardiovasculaire[28].

Pour les affections métaboliques, les psychiatres leur portent un intérêt relativement récent ; ceci est en grande partie lié à l'introduction des antipsychotiques atypiques, ou de seconde génération, qui sont associés à une prise de poids/obésité, un diabète et une dyslipidémie[27]. Sous le terme de syndrome métabolique sont regroupées des anomalies du métabolisme glucido-lipidique, une obésité et une HTA. Chez les

patients atteints de schizophrénie, la prévalence est de 29 à 51 % selon l'étude CATIE (Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness) [29] ; cependant c'est une étude réalisée sur des patients traités, ce qui dans une perspective étiopathologique, peut constituer un biais. Les antipsychotiques peuvent contribuer au développement d'un syndrome métabolique via une prise de poids ou par une action directe sur le métabolisme glucidolipidiques ; mais il semblerait que certaines composantes du syndrome métabolique (notamment l'altération du métabolisme du glucose) soient déjà présentes avant toute initiation thérapeutique, voire avant l'apparition de la pathologie psychiatrique. On se pose alors la question de savoir si les anomalies métaboliques partagent un socle physiopathologique commun avec la schizophrénie, ou sont la conséquence de facteurs de risques liés au style de vie (alimentation déséquilibrée, tabagisme, sédentarité et manque d'exercice physique) ou résultent d'une vulnérabilité exacerbée par certains antipsychotiques atypiques[27].

I.3.3. Schizophrénies et troubles addictifs.

Les pathologies addictives associées aux troubles schizophréniques sont des facteurs de gravité de la pathologie psychotique, et souvent de résistance à la prise en charge ; ces sujets présentent, d'une façon générale, plus d'abandons du traitement, plus de rechutes, plus d'hospitalisations, plus de tentatives de suicide, une moins bonne observance et une socialisation de moins bonne qualité[30].

La fréquence de la consommation de tabac chez les patients schizophrènes varie entre 60 et 90% des sujets, selon les études, contre 23 à 30 % en population générale. Les patients schizophrènes inhalent la fumée plus profondément, leur taux d'extraction de nicotine par cigarette est plus élevé que celui des sujets témoins[31]. La consommation du tabac augmente le risque de survenue de coronaropathie et constitue un autre facteur de risque cardiovasculaire à côté du syndrome métabolique, la sédentarité, l'obésité et les troubles du métabolisme lipidiques, fréquents chez le patient atteint de schizophrénie.

La consommation excessive de cannabis touche plus du quart des patients atteints de schizophrénie sur la vie entière[30]. On sait actuellement que la prise de cannabis

expose le patient à des rechutes plus fréquentes, un effet délétère sur les fonctions cognitives déjà altérées par la schizophrénie, et une résistance aux thérapeutiques.

L'addiction à l'alcool toucherait des sujets atteints de schizophrénie, plus âgés que ceux qui consomment du cannabis. La prévalence de l'alcool-dépendance chez ces patients est de 40% alors qu'elle est de 5% dans la population générale[30]. Cette addiction pourrait être due à une automédication pour contrôler les symptômes déficitaires ; au début, elle peut avoir un effet anxiolytique puis euphorisant, et à la longue un effet délétère aussi bien sur les signes déficitaires que les fonctions cognitives.

Dans la comorbidité spécifique schizophrénie–toxicomanie aux opiacés, les prévalences varient de 0 à 13% d'abus ou de dépendance aux opiacés, sur la vie entière. Chez les schizophrènes consommateurs, on note une accélération des rechutes et des hospitalisations, une augmentation des délits criminels et du risque suicidaire, et une faible compliance aux traitements[32].

I.3.4.Schizophrénies et troubles de l'humeur.

L'importance du recouvrement symptomatique des deux troubles, rend difficile, la distinction entre symptômes schizophréniques d'une part, et symptômes dépressifs d'autre part, et l'anamnèse d'un sujet psychotique reste évidemment source de difficultés, notamment sur le contenu émotionnel.

La grande majorité des études épidémiologiques retrouvent une association fréquente et élevée (entre 10 et 70%) entre schizophrénie et troubles anxio-dépressifs ; une prévalence de 30% peut être considérée comme une médiane raisonnable. Plusieurs arguments peuvent être avancés pour expliquer cet écart, notamment la confusion entre dépression et dysphorie, instruments variables d'une étude à l'autre, manque de spécificité des outils de mesures et inclusions des patients à différentes phases de la maladie (phase processuelle, phase chronique, etc.)[33].

Les données concernant la prévalence ponctuelle de dépression chez le psychotique, confirment l'importance de la dépression dans la schizophrénie. En effet, elle est évaluée à plus de 50 % lors d'un premier épisode psychotique, à 33 % lors d'une rechute psychotique[34,35]. L'apparition d'une dépression post-psychotique précoce est évaluée à 5-15 % des cas. La présence d'un trouble dépressif au début d'une schizophrénie constitue un facteur de mauvais pronostic. Les patients avec dépression post-psychotique présentent plus de risque de rechute, une mauvaise observance aux soins, une plus grande utilisation des services d'urgence, plus de comportements violents auto et hétéro-agressifs (risque suicidaire important), un usage plus important des substances psycho-actives, un plus faible état psychique et physique, une plus grande morbidité et une mortalité plus élevée[36].

I.4.Comorbidité schizophrénies et troubles anxieux.

I.4.1.Les troubles anxieux:

Ils ont souvent été regroupés par les termes: anxiété névrotique, troubles névrotiques, états névrotiques. Ce sont les troubles les plus fréquents et ceux dont les critères ont été les plus profondément bouleversés aux cours de ces vingt dernières années[37].

Les troubles anxieux sont des états pathologiques dont la caractéristique la plus frappante est la survenue de symptômes physiques ou psychiques d'anxiété, en l'absence d'affection cérébrale organique[38].

Le DSMV-TR classe ces troubles en:

- Trouble panique avec ou sans agoraphobie.
- Agoraphobie sans antécédent de trouble panique.
- Phobie spécifique.
- Phobie sociale.
- Trouble obsessionnel-compulsif.
- Etat de stress post-traumatique.
- Etat de stress aigu.
- Anxiété généralisée (trouble).

I.4.2. Anxiété et schizophrénies:

L'anxiété n'est pas, en considérant les données critériologiques, un symptôme diagnostique des troubles schizophréniques. Au plan historique, l'anxiété n'appartient ni aux symptômes fondamentaux "de Bleuler", ni aux symptômes de premier rang" de Schneider et l'anxiété lorsqu'elle est mentionnée, c'est seulement comme conséquence du délire paranoïde et de la dépersonnalisation[3]. Les critères diagnostiques les plus utilisés actuellement (DSMIV-TR et CIM10), ne retiennent pas l'anxiété comme un critère diagnostique. Dans le DSMIV-TR, on retrouve l'anxiété comme symptôme de dysphorie ; les auteurs signalent aussi la fréquence de l'anxiété et des phobies et insistent sur la comorbidité : trouble anxieux, schizophrénie et particulièrement la fréquence des troubles paniques et des troubles obsessionnels compulsifs chez les patients atteints de schizophrénie par rapport à la population générale[12].

Des études épidémiologiques ont montré une forte prévalence, allant jusqu'à 60 % de l'anxiété chez les patients atteints de schizophrénie ; elle est un symptôme clinique dominant dans la phase prodromique "indice de progression vers la « décompensation psychotique »", et accompagne souvent le premier épisode de schizophrénie. Suite au premier épisode, l'anxiété et le stress associé sont des indicateurs de rechute[39].

Les troubles de la communication inhérents à la schizophrénie, comme la symptomatologie dissociative et délirante, le contact souvent difficile avec ces patients, masquent souvent la présence des symptômes anxieux ; en plus, il n'existe pas d'outils spécifiquement développés pour l'évaluation de l'anxiété dans la schizophrénie. Par ailleurs, aucun élément ne permet actuellement de dire s'il existe une différence de nature ou d'intensité entre l'angoisse psychotique et l'angoisse névrotique. Néanmoins, l'angoisse psychotique est souvent opposée à l'angoisse névrotique.

L'angoisse psychotique fait référence à :

- une approche psychopathologique complexe, où la symptomatologie schizophrénique pourrait être une réponse anormale à des états d'angoisse extrême, de sorte qu'une « méga-anxiété » constituerait le trouble de base du processus schizophrénique ;

- des arguments cliniques qui la distinguent de l'anxiété névrotique ; Allilaire évoque quatre éléments primordiaux qui lui confèrent son originalité clinique :

Elle est intense, massive et le plus souvent perçue d'emblée par l'observateur comme une douleur intolérable,

- ✓ elle est hermétique, non-verbalisée ou bien mise en mots avec imprécision, cette incommunicabilité contribuant peut-être à lui donner un aspect davantage pathologique,
- ✓ Elle a une traduction psychique prévalente ; à l'inverse de l'anxiété névrotique, elle est peu somatisée, comporte peu de symptômes physiques et conduit à peu d'élaborations hypochondriaques en dehors du contexte délirant,
- ✓ Elle s'accompagne d'un retentissement psychomoteur particulier, à type d'agitation ou de sidération qui, à l'inverse, reste exceptionnel dans les névroses. L'existence de crises d'angoisses paroxystiques n'est pas rare chez le patient souffrant de schizophrénie. Cliniquement, ces attaques sont proches de celles observées chez les sujets souffrant de troubles psychotiques primaires[39,40,41].

En plus de cette difficultés de distinguer l'anxiété psychotique de l'anxiété névrotique, s'ajoute le principe d'hierarchisation et d'exclusion diagnostique inhérent aux critères opérationnels de diagnostic en psychiatrie, ce qui rend la tâche difficile pour le clinicien de poser un diagnostic de comorbidité "schizophrénies et troubles anxieux" et par conséquent un retard dans la prise en charge spécifique de cette comorbidité, ce qui expose le patient à des risques de rechutes et une altération de sa qualité de vie.

L'anxiété dans la schizophrénie peut être abordée par deux approches distinctes:

- Approche dimensionnelle (l'anxiété considérée par certains comme un symptôme majeur de la dimension « dysphorie »).
- Approche catégorielle (troubles anxieux comme des entités propres, en comorbidité avec la schizophrénie) et c'est ce qu'on va essayer de développer.

I.4.3.Schizophrénies et troubles paniques.

Beaucoup de patients souffrant de schizophrénie rapportent avoir présentés au moins une attaque de panique avant le début de la symptomatologie psychotique, 45% des patients atteints de schizophrénie ont présentés au cours de leur vie une attaque de panique selon les données de "Epidemiologic Catchment Area"[42].

Argyle[43] était le premier à décrire la présence du trouble panique dans une population de patients atteints de schizophrénie. Vingt individus ont été évalués en utilisant le SCID (The Structured Clinical Interview for DSM) pour DSMIII-TR. 35% des patients ont eu des attaques de panique, et 20% ont répondu à tous les critères de trouble panique. On retrouve dans six autres études des résultats variant entre 7.1% – 63% (Higuchi et autres, 1999 ; Labbate et autres, 1999 ; Lancement et autres, 2001 ; Goodwin et autres 2002 ; Goodwin et autres, 2003 ; Ulas et autres, 2007) [44]. Cette différence est due probablement à la petite taille des échantillons et le fait d'évaluer les patients à différents stades de la maladie (premier épisode ou trouble chronique). Dans une étude récente, Buckley et autres (2009) ont estimé la prédominance moyenne des attaques de panique et du trouble panique chez des patients présentant une schizophrénie ; leurs résultats ont été obtenus par l'analyse de 27 études publiées ; la majorité de ces études ont été réalisées sur des patients atteints de schizophrénie chronique ; cinq de ces études ont analysé les données venant de la "Epidemiologic Catchment Area survey" et deux ont étudié la prédominance de l'attaque de panique et le trouble panique chez des patients présentant un premier épisode psychotique. Buckley et autres ont trouvé une prédominance de 25% des attaques de panique et 15% de trouble panique[45]. Plus récemment, Achim et al. (2011) ont conduit une méta-analyse qui a combiné des données de 52 études avec un total de plus de 4000 patients, ils ont retrouvé un taux de 9,8% de trouble panique[46].

Plus récemment, un nombre restreint d'études cliniques ont prouvé que les attaques de panique augmentent le risque d'inefficacité d'un traitement psychothérapeutique, une mauvaise réhabilitation et un risque d'abus d'alcool et d'autres substances. Une étude réalisée en 2010 par Halis Ulaş [45] a démontré que la comorbidité schizophrénie, trouble panique, avait un impact négatif sur la qualité de vie de ces patients, une forte

associations avec des symptômes dépressifs, un risque suicidaire plus élevé et une forte utilisation des services de soins en psychiatrie par rapport aux autres patients.

Une étude réalisée par Kahn et al. [47] a montré que le traitement des troubles paniques chez les patients atteints de schizophrénie, améliore les symptômes positifs et négatifs ainsi que la resocialisation. Cette amélioration de la symptomatologie psychotique, la cooccurrence des attaques de panique avec la schizophrénie et la fréquence élevée du trouble panique chez les parents de premier degré des patients atteints de schizophrénie, suggèrent une physiopathologie commune aux deux troubles.

I.4.4.Schizophrénies et anxiété sociale.

L'anxiété sociale à côté du trouble panique constituent les troubles anxieux les plus fréquents chez les patients atteints de schizophrénie[48]. L'anxiété sociale est souvent méconnue et sous diagnostiquée chez ces patients alors qu'elle retentit négativement sur l'évolution et le pronostic ; d'où l'intérêt de rechercher systématiquement ce trouble et de mettre en place une prise en charge adéquate.

Les symptômes de l'anxiété sociale dans la schizophrénie ont été décrits pour la première fois par Pilkonis et al en 1980. Ils ont démontré que ces patients ont un taux plus élevé de symptômes d'anxiété sociale par rapport à un groupe contrôle. Argyle (1990) a considéré les troubles d'anxiétés sociales comme une catégorie diagnostique, et a trouvé une fréquence de 20% chez des patients atteints de schizophrénie. Une méta-analyse récente a montré que la fréquence de l'anxiété sociale dans la schizophrénie était approximativement de 15% avec une variation de 7% à 39% entre les différentes études[46]. Dans l'étude Cosoff et al, l'anxiété sociale était présente chez 17% des patients atteints de schizophrénie. Tibbo et al. ont trouvés une fréquence de 13.3%, Goodwin et al. 8.2%, et Pallanti et al. 36.3%[44]. Plus récemment, Achim et al. (2011) ont retrouvé un taux de 14.9%[46]. Cette différence de résultats peut être due à l'absence d'un outil spécifique de diagnostic de l'anxiété sociale destiné aux patients atteints de schizophrénie et à la difficulté de distinguer les symptômes d'anxiété sociale des signes négatifs de la schizophrénie.

La présence de l'anxiété sociale chez ces patients expose au risque accru de tentative de suicide, d'une qualité de vie altérée, d'un fonctionnement social perturbé et d'une faible estime de soi.

I.4.5. Schizophrénies et troubles obsessionnels compulsifs (TOC).

Le concept clinique de schizophrénie pseudo obsessionnelle a été largement utilisé pour distinguer certains états psychopathologiques. Des formes graves de troubles obsessionnels compulsifs (TOC) posent un difficile problème de diagnostic différentiel avec la schizophrénie[49]. Les symptômes obsessionnels peuvent être des idées de contamination : sexuels, religieux ou somatiques, avec ou sans rituels tels que le lavage et la vérification.

À peu près depuis une centaine d'années, on définit la coexistence des symptômes obsessionnels compulsifs (SOC) et/ou du trouble obsessionnel compulsif (TOC) chez les patients atteints de schizophrénie. Westphal, en 1878 a défini le syndrome obsessionnel compulsif comme une variété ou un précédent de la schizophrénie. Bleuler prétend que le vrai diagnostic de certains malades obsessionnels chroniques est la schizophrénie. En particulier, au début de la première moitié du XXe siècle, des articles ont attiré l'attention sur la possibilité de la transformation du trouble obsessionnel compulsif en schizophrénie. D'autres articles, de plus en plus nombreux aujourd'hui, prétendaient le contraire dès cette époque. Par exemple, en 1935, Lewis affirme que, malgré que le trouble obsessionnel compulsif soit une affection chronique et débilitante, le pourcentage de la transformation vers la schizophrénie est très faible. Stengel prétend que les symptômes névrotiques du trouble obsessionnel compulsif sont une partie des mécanismes de défense. Insel et Akiskal affirment que le degré de conscience des troubles obsessionnels compulsifs peut varier selon un large spectre et que les malades se trouvant à l'extrémité de ce spectre manifestent des psychoses obsessionnelles compulsives[50]. La présence de TOC chez les personnes souffrant de schizophrénie à longterm a été considérée comme un phénomène rare associé avec une évolution moins détériorante des troubles. Ces données historiques ne semblent toutefois pas confirmées par les travaux les plus récents. Les données issues de la neuro-imagerie ou de la

neuropsychologie sont trop parcellaires pour permettre de faire actuellement des hypothèses pertinentes sur cette association symptomatique[33].

La gravité de la présentation clinique et l'intensité de l'adhésion du malade à l'idée obsédante des formes sévères de troubles obsessionnels compulsifs (TOC) peuvent poser le problème du diagnostic différentiel avec des idées délirantes ou avec des hallucinations intrapsychiques évoluant dans le cadre d'un trouble schizophrénique. D'autre part, certaines formes de schizophrénies comportent des symptômes obsessionnels compulsifs (SOC) au premier rang du tableau clinique. La coexistence des deux pathologies est d'ailleurs aujourd'hui admise par les classifications internationales actuelles[49].

L'évaluation de la fréquence des symptômes obsessionnels compulsifs (SOC) chez les patients atteints de schizophrénie, selon les études, s'étend entre 3,5 % et 25 %. Rosen, en 1959[51], dans une étude rétrospective à partir des dossiers de 5467 patients admis en hôpital psychiatrique sur 4 ans, relevait 30 patients sur 848 cas de schizophrénie qui avaient présenté à un moment de l'évolution de leur maladie des symptômes obsessionnels, soit une prévalence à 3,5 %. Fenton et McGlashan[52] ont étudié une cohorte de 163 patients atteints de schizophrénie : des symptômes de la lignée obsessionnelle, persistant plus de 6 mois, ont été observés chez 21 patients : pour 13 patients les SOC étaient apparus avant les symptômes du registre schizophrénique ; selon cette étude, la prévalence des obsessions compulsions dans la schizophrénie est de 12,9 %. Dans l'enquête épidémiologique américaine ECA[53], 12,2 % des sujets atteints de TOC présentaient un trouble schizophrénique associé ; dans 60 % des cas la schizophrénie était apparue avant le TOC. Une étude publiée par Eisen et al.[47] en 1997, la première étude destinée à rechercher la présence de TOC chez les patients souffrant de schizophrénie, en utilisant un entretien semi-structuré pour le diagnostic de schizophrénie et trouble schizoaffectif et de trouble obsessivo-compulsif, complété d'une évaluation psychopathologique quantitative par une échelle spécifique (échelle Yale Brown) ; elle a été utilisée pour les patients présentant des SOC ; 7,8% satisfaisaient à la fois aux critères de schizophrénie et de TOC. En revanche, le groupe de schizophrènes avec des troubles obsessionnels ne se distinguait pas du groupe ne présentant pas de tels

troubles pour l'âge de début de la psychose, le nombre des hospitalisations, le statut professionnel[3]. Dans une étude utilisant le DSM-IV et la Y-BOCS, Porto et al. en 1997[55], ont examiné la prévalence sur toute la vie, des phénomènes obsessionnels et compulsifs chez les patients atteints de schizophrène et trouble schizoaffectifs. Les auteurs ont évalué différents degrés de sévérité des phénomènes obsessionnels et compulsifs, et distinguent quatre groupes :

- patients avec tous les critères d'un TOC ;
- patients dont les SOC ont été définis en tant que symptômes psychotiques;
- patients présentant des symptômes d'intensité moyenne ;
- patients avec symptômes "légers",

Porto et al ont trouvé ainsi une prévalence de 38% des TOC chez les patients atteints de schizophrénie et de trouble schizoaffectif et une prévalence de 60% pour les SOC légers sur toute la vie. Rabe et Jablonska (2001) ont trouvé une prévalence de 13% chez les adolescents souffrant de schizophrénie. Chakraborty et al. (2004) ont trouvé une incidence nettement élevée des SOC chez les patients atteints de schizophrénie (environ 31.6%). Turkcan et al. (2007) ont signalé que 16% de patients schizophrènes ont des SOC[56]. Des études plus récentes utilisant des critères standardisés pour évaluer à la fois les TOC et les schizophrénies retrouvent des prévalences de 10 à 45% pour le TOC dans cette population. Plus récemment, Achim et al (2011) ont retrouvé un taux de 12,1% ; les raisons de cette association restent obscures[33,46].

La différence entre les proportions provient de la divergence des définitions et des méthodes. Par exemple, dans les recherches basées sur l'exploration des dossiers, la fréquence des symptômes obsessionnels compulsifs est plus faible. Dans une recherche épidémiologique de champ aux États-Unis, la fréquence de la coexistence du trouble obsessionnel compulsif chez les schizophrènes est de 12,8 % tandis que, dans l'étude réalisée par Eisen et al., en utilisant un entretien structuré et des critères standardisés, la fréquence constatée est de 7,8 %[50].

Les troubles schizophréniques s'accompagnant de manifestations obsessionnelles et compulsives ont longtemps été considérés comme étant de meilleur pronostic que d'autres catégories de schizophrénie. Stengel, en 1945 [57], a cité 7 cas de patients obsessionnels chez qui étaient survenus des symptômes du registre schizophrénique ; cette réaction psychotique avait tendance à la rémission, et l'évolution vers une détérioration progressive était rare. Rosen a suivi 30 patients sur 5ans, présentant cette comorbidité ; il a remarqué que ceux ayant une comorbidité sont de meilleur pronostic[51]. Les publications les plus récentes sont d'ailleurs en désaccord avec les constatations de Stengel et Rosen. Fenton et McGlashan[52] ont présenté une étude rétrospective de 21 patients schizophrènes avec des SOC, âgés de 16 à 55 ans, sans pathologie neurologique, comparés à un groupe de 42 patients atteints de schizophrénie sans SOC. Les patients des 2 groupes, qui ne différaient pas dans leur fonctionnement prémorbide sur le plan professionnel et social, ont été suivis sur une moyenne de 16 ans. Les résultats ont montré que la durée des hospitalisations chez les patients schizophrènes avec SOC correspondait à deux fois celle des patients sans SOC ; 7 % des patients atteints de schizophrénie avec SOC avaient un emploi, contre 33 % des autres patients sans SOC; les patients atteints de schizophrénie avec SOC étaient plus souvent isolés et davantage dépendants. Berman et al.[58] ont sélectionné, à partir de 108 patients atteints de schizophrénie, 27 patients présentant des symptômes obsessionnels et/ou compulsifs en utilisant les critères proposés par Fenton et McGlashan en 1986, ils ont constaté que les patients avec SOC avaient passés plus de temps à l'hôpital, qu'ils étaient trois fois plus souvent décrits comme invalides par rapport aux patients sans SOC.

Plusieurs études ont montré que les TOC étaient plus fréquents chez le sous-type paranoïde des patients atteints de schizophrénie[59].

Depuis 1992, diverses publications ont rapporté l'apparition de SOC chez des patients atteints de schizophrénie traités par les neuroleptiques dits « atypiques », notamment la clozapine et plus récemment la rispéridone. Ceci est décrit chez des patients n'ayant jamais présenté ce type de symptôme auparavant[49].

Dans le cas de TOC ou de SOC associés à une schizophrénie, le traitement par les neuroleptiques classiques ne permet certainement pas de soulager la symptomatologie obsessionnelle. Lorsque les symptômes obsessionnels sont invalidants et sans rapport avec une activité délirante, les patients peuvent être améliorés par les IRS (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine), et notamment par la clomipramine pour laquelle les études sont les plus nombreuses et les résultats les moins inconstants. Une faible posologie apparaît le plus souvent suffisante. L'association IRS-neuroleptique est une option thérapeutique capable d'améliorer globalement ces patients[49].

I.4.6. Schizophrénies et état de stress post-traumatique (ESPT):

La co-occurrence entre symptômes post-traumatiques et symptômes psychotiques est classiquement décrite dans les suites immédiates d'un traumatisme psychique. Cette comorbidité peut également devenir chronique, à distance de l'événement traumatisant aigu. Une telle co-occurrence symptomatique est le plus souvent abordée sous l'angle unique de l'état de stress post-traumatique ou de la psychose sans volonté de faire le lien entre les deux entités nosographiques[60].

L'état de stress post-traumatique, comme les autres troubles comorbides, est très largement sous-diagnostiqué chez les patients souffrant de schizophrénie. D'un point de vue clinique, il n'est toutefois pas toujours facile de distinguer ces deux troubles; les flashbacks peuvent être facilement interprétés comme des manifestations hallucinatoires de la schizophrénie par exemple[33].

Calhoun et al. retrouvent un ESPT chez près de 50 % des soldats vétérans présentant une schizophrénie primaire[61]. Bien qu'il constitue un facteur de gravité, l'ESPT était sous-diagnostiqué dans cette population de patients psychotiques. L'absence d'études ayant permis l'émergence de recommandations thérapeutiques n'incite pas les cliniciens à rechercher un syndrome de répétition traumatique chez les patients psychotiques[62]. Strauss et al. comparent un groupe de vétérans souffrant d'un diagnostic initial de schizophrénie secondairement associée à un ESPT avec des sujets témoins psychotiques sans ESPT comorbide [63]. La présence d'une pathologie psychotique initiale secondairement enrichie d'ESPT augmenterait les idées et les

actes suicidaires. D'autres auteurs ont caractérisé le post-traumatic stress disorder post-psychotic (PTSD-PP), le traumatisme psychique est ici causé par le déclenchement de la pathologie mentale où l'expérience du sujet au monde et à lui-même est radicalement bouleversée de part la survenue du délire et des hallucinations. La prise en charge médicale est parfois traumatisante de par la non-compliance du sujet aux soins alors que son état clinique nécessite une hospitalisation[64]. La rupture avec la réalité, la tendance à la persécution et les altérations cognitives peuvent rendre les soins particulièrement traumatisants.

La prévalence de l'ESPT chez les patients souffrant d'une affection mentale sévère serait comprise entre 30 et 40 % alors qu'elle est de 8 à 9% dans la population générale[62]. Plus récemment, Achim et al. (2011) ont retrouvé un taux de 12,4%[46].

Les patients atteints de schizophrénie rapportent davantage de traumatismes et d'agressions que la population générale. Entre un tiers et un quart des sujets souffrant d'une affection mentale grave rapportent des abus physiques ou sexuels dans l'enfance[55].

L'exposition aux événements traumatiques dans la population générale est élevée, s'étendant de 40% à 80%. Il est évident que l'exposition aux traumatismes chez les patients atteints de schizophrénie ou souffrant de maladie mentale grave peut être encore plus élevée, avec des taux rapportés jusqu'à 98%[65]. Une étude de la littérature des traumatismes de l'enfance chez les personnes atteintes de psychose a montré que 69 pour cent de femmes et 59 pour cent des hommes souffrant de psychose ont été maltraités sexuellement ou physiquement pendant l'enfance[66]. Dans une étude à grande échelle, Janssen et al.[67] ont rapporté que l'abus d'enfant avant l'âge de 16 ans était un facteur de risque significatif pour des symptômes psychotiques. Dans une analyse récente du deuxième aperçu national britannique de la morbidité psychiatrique[68], des expériences traumatiques ont été associées à la présence d'une maladie psychotique plutôt qu'à d'autres types de difficulté psychiatrique. Switzer et al ont démontré que les patients souffrant de schizophrénie sont plus vulnérables aux traumatismes et à développer un ESPT[69].

Les patients souffrant de schizophrénie ayant un ESPT ont en général des manifestations psychotiques plus sévères, un risque suicidaire élevé, une plus mauvaise santé, une moins bonne estime de soi, une qualité de vie subjective faible et un recours plus important au système de soins. Au niveau cognitif, il apparaît que ces patients présentent davantage de déficits cognitifs au niveau attentionnel, de la mémoire de travail et des fonctions exécutives[33].

I.4.7.Schizophrénies et troubles anxieux généralisés (TAG).

Le trouble anxieux généralisé constitue un des troubles comorbides qui peut être lié à la schizophrénie. Peu d'études se sont intéressées à cette comorbidité ; une recherche sur Pub Med en utilisant l'expression "generalized anxiety disorder AND schizophrenia", ne retrouve pas d'articles qui traitent exclusivement de cette comorbidité. Sur le plan clinique, il est souvent difficile de distinguer entre les idées délirantes présentes dans la schizophrénie (délire de référence, de télépathie, de projection de pensée, d'influence ou de contrôle), des idées anxiogènes dont la structure est celle de la projection d'un événement futur négatif[70].

La fréquence de cette comorbidité est variable selon les études ; ceci est dû à l'absence d'instruments spécifiques de diagnostic du trouble anxieux généralisé pour la schizophrénie, ainsi qu'à la variabilité de la taille des échantillons. Cosoff et al. ont trouvé des taux de 12%, Pallini et al ont rapporté des taux de 2,5%, Tibbo et al. (2003) parle d'une fréquence de 16,5%[44]. Plus récemment, Achim et al. (2011) ont retrouvé un taux de 10.9%[46,71]

Cette comorbidité expose à un risque d'hospitalisation plus fréquente et un retentissement négatif sur la qualité de vie de ces patients.

La prise en charge thérapeutique du TAG repose essentiellement sur la thérapie cognitivo-comportementale ; la présence d'une comorbidité avec la schizophrénie rend complexe et difficile cette prise en charge due à une certaine confusion entre les idées délirantes du patient qui sont souvent inextricablement mêlées aux idées qui résultent du TAG.

I.4.8.Schizophrénies et agoraphobie.

On ne retrouve pas dans la littérature, d'études qui traitent spécifiquement de cette comorbidité. Les agoraphobes sont anxieux quand ils sont en dehors de chez eux, au sein d'une foule ou dans des situations d'où ils ne peuvent pas s'extraire facilement ; les patients souffrant d'idées délirantes paranoïdes (dans les phases initiales d'une schizophrénie) évitent parfois de sortir et de rencontrer des gens dans les magasins ou ailleurs[38], d'où la difficulté de poser le diagnostic d'agoraphobie chez les patients souffrant de schizophrénie.

Comme pour les autres troubles anxieux, la fréquence de l'agoraphobie chez les patients atteints de schizophrénie est variable d'une étude à l'autre. Tibbo en 2003 retrouve un taux de 16.70%, Goodwin dans la même année a trouvé un taux de 8,20% et Pallanti en 2004 rapporte un taux de 3.8% [44], Braga et al. parle d'un taux de 1.9% [4].

I.4.9.Schizophrénies et phobies spécifiques.

Des pseudo-phobies peuvent inaugurer une schizophrénie ou ponctuer son cours. La bizarrerie des explications données à ces peurs ou au contraire l'absence de raisons avancées, l'absence de conscience de leur caractère absurde, la fluctuation dans le temps de leur intensité sont un faisceau d'arguments en faveur de leur nature schizophrénique ; néanmoins on retrouve chez les patients souffrant de schizophrénie des phobies spécifiques évoluant à leur propre compte constituant une réel comorbidité.

Les phobies spécifiques sont présentes dans 13.6% des patients atteints de schizophrénie, évaluées par Goodwin et al, 5% par Cosoff, 2.5% par Pallanti et al.[44]. Achim et al. en 2011 retrouvent un taux de 7,9% [46].

Le retentissement des phobies spécifiques sur la symptomatologie psychotique et la qualité de vie des patients atteints de schizophrénie paraît mineur.

I.5.Aspects physiopathologiques

La notion d'une comorbidité élevée entre deux pathologies psychiatriques soulève

classiquement trois types d'hypothèses quant à leur lien physiopathologique : l'existence d'un artefact statistique associant fictivement deux pathologies de forte prévalence en population générale et pourtant indépendantes à tout point de vue, la possibilité d'une parenté physiopathologique reposant entre autres sur des facteurs de vulnérabilité génétique, biologique ou psychologique communs, ou enfin l'hypothèse d'une identité physiopathologique, conçue à travers l'existence d'un « spectre » unique dont chaque trouble décline une des formes cliniques possibles.

La possibilité d'une parenté physiopathologique entre les schizophrénies et les troubles anxieux est difficile à établir du fait de l'hétérogénéité de ces troubles. Plusieurs théories ont été avancées, mais aucune ne donne une explication plausible aux troubles. Les auteurs se sont intéressés essentiellement aux aspects biologiques (surtout sérotoninergique) et génétiques concernant surtout la comorbidité avec les troubles paniques et les troubles obsessionnels compulsifs.

Plusieurs études de familles et de jumeaux concernant cette comorbidité schizophrénies et troubles anxieux n'ont pas conclu à un risque élevé[72]. Otsad et al.[73] ont retrouvé un taux élevé de troubles paniques chez les co-jumeaux de jumeaux atteints de schizophrénie. Lyon et al.[74] ont retrouvé un taux plus élevé de troubles anxieux chez les jumeaux souffrant de schizophrénie mais pas pour leurs co-jumeaux non atteints de schizophrénie.

Une étude publiée en 2005 par Huppert JD[75] conclut qu'il existe un risque élevé de trouble panique chez les parents de patients souffrant de schizophrénie alors que les patients présentant des troubles paniques ne constituent pas un risque élevé de schizophrénie.

Les modèles d'interactions gènes/environnement sont largement argumentés dans la schizophrénie ; une vulnérabilité génétique soumise à un stress psychosocial (migration, événements de vie stressants, ou les effets de certaines substances, etc.) prédispose à l'apparition de symptomatologie psychotique type schizophrénique. Le même modèle a été proposé pour expliquer les troubles anxieux[76], ce qui peut

suggérer une origine commune des deux troubles.

Les anomalies de transmission sérotoninergique semblent constituer l'explication la plus plausible de cette comorbidité. Aussi bien dans la schizophrénie que dans les troubles anxieux, la perturbation de la transmission sérotoninergique est bien établie. L'intérêt pour le rôle éventuel de la sérotonine (5-HT) dans la schizophrénie est ancien, car l'acide lysergique diéthylamide (LSD), hallucinogène connu, est un agoniste des récepteurs 5-HT₂. On a montré plus récemment que le blocage des récepteurs 5-HT₂ peut compléter l'effet thérapeutique des antagonistes D2 et que des variations alléliques du gène du récepteur 5-HT_{2A} sont un facteur de risque pour la schizophrénie. Des arguments supplémentaires en faveur du rôle des voies sérotoninergiques dans la physiopathologie de la schizophrénie sont fournis par une diminution de l'expression des récepteurs 5-HT_{2A} dans le cortex préfrontal dans les études post-mortem, ainsi que par une baisse de la liaison des récepteurs 5-HT_{2A} dans le cortex de patients non traités. Ces résultats sont intéressants en raison du rôle des neurones sérotoninergiques dans le développement cérébral. Il existe d'autre part des interactions bien connues entre les voies sérotoninergiques, dopaminergiques et glutamatergiques[38]. L'efficacité des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et des benzodiazépines qui agissent respectivement sur les récepteurs sérotoninergiques et glutamatergiques, sur la plupart des troubles anxieux, suggère une perturbation du fonctionnement de ces récepteurs à l'origine de ces troubles.

I.6.Prise en charge thérapeutique.

La notion d'une aggravation pronostique significative, une accentuation de l'altération de la qualité de vie et le risque suicidaire élevé, incitent à traiter efficacement les troubles anxieux chez ces patients souffrant de schizophrénie.

Les antidépresseurs qui sont les molécules les plus utilisées dans le traitement des troubles anxieux sont à utiliser avec précaution chez ces patients du fait du risque d'accentuation de la symptomatologie psychotique. L'utilisation des benzodiazépines expose au risque de dépendance chez ces patients fragilisés par leurs troubles psychotiques. Les thérapies cognitivo-comportementales indiquées en première

intention dans les troubles anxieux, sont rendues difficiles par les troubles cognitifs rencontrés chez ces patients. Autant de difficultés qui peuvent rendre difficile la prise en charge de cette comorbidité.

Le traitement de l'anxiété chez les patients atteints de schizophrénie est empirique, du fait de l'absence d'études contrôlées et d'échantillons suffisamment larges. Par ailleurs, il n'y a pas d'approche spécifique pour la prise en charge de l'anxiété chez le schizophrène dans les recommandations professionnelles.

I.6.1. Les moyens thérapeutiques:

I.6.1.1. les benzodiazépines:

De nombreux travaux sur l'activité des anxiolytiques, de type benzodiazépines, chez les patients atteints de schizophrénie ont montré une efficacité modérée. Une seule étude a évalué l'efficacité des benzodiazépines (alprazolam) chez les patients atteints de schizophrénie ayant des attaques de panique[77]. Les mêmes auteurs en 1987 suggèrent que l'anxiété panique contribuerait à l'exacerbation des symptômes schizophréniques, ce qui pourrait expliquer et prédire l'efficacité de l'alprazolam sur ceux-ci. Au cours d'une étude en ouvert, ces auteurs ont traité sept patients répondants aux critères du DSM III pour la schizophrénie et pour le trouble panique. Les résultats montrent une amélioration significative de la symptomatologie positive et négative et une disparition des attaques de panique, mais une recrudescence de la symptomatologie après l'arrêt de l'alprazolam. Ces résultats doivent être rapprochés de ceux que Siris et al[78] ont obtenus en traitant par l'imipramine deux patients atteints de schizophrénie présentant des attaques de panique[79].

I.6.1.2. Les Antidépresseurs:

Il est connu que les antidépresseurs prescrits chez les patients souffrant de schizophrénie sont responsables d'une exacerbation de la symptomatologie psychotique ; néanmoins ils restent largement utilisés surtout dans le traitement des épisodes dépressifs survenant chez les patients souffrant de trouble psychotique et en cas de symptômes négatifs persistants.

Des études pilotes ont montré que certains patients souffrant de schizophrénie peuvent bénéficier de la coprescription d'un antipsychotique avec un inhibiteur du recaptage de la sérotonine (IRS) [44]. Les auteurs se sont plus particulièrement intéressés à la symptomatologie obsessionnelle compulsive chez ces patients. Berman et al. [80] ont conduit une petite étude en double insu, comparant la clomipramine au placebo (ajoutés aux médicaments psychotropes) chez six patients souffrant de schizophrénie et présentant des troubles obsessionnels compulsifs. La clomipramine s'est avérée significativement supérieure au placebo pour réduire les symptômes obsessionnels compulsifs. Des résultats similaires ont été obtenus par Reznik et Sirota[81] dans une étude randomisée de fluvoxamine ajoutée ou non aux antipsychotiques, chez 30 patients souffrant de schizophrénie et présentant des troubles obsessionnels compulsifs. La plupart des études confirment l'amélioration de la symptomatologie obsessionnelle compulsive des patients mis sous clomipramine, fluoxétine, fluvoxamine, paroxétine et sertraline mais avec un faible niveau de confiance[44].

En France, une conférence de consensus de l'ANDEM en 1994 sur les psychoses schizophréniques, était assez réticente vis-à-vis de l'association antipsychotique /antidépresseur.

Les recommandations au Québec sont plus favorables aux antidépresseurs. Ils sont indiqués en première intention à faible dose en cas de symptômes dépressifs, avec une préférence pour les ISRS. Les recommandations soulignent la nécessité de surveiller les interactions médicamenteuses et le risque d'une augmentation des concentrations d'antipsychotiques entraînant une majoration des effets extrapyramidaux ou une accentuation, voire l'apparition de dyskinésies tardives. Les interactions entre antipsychotiques et antidépresseurs nécessitent une vigilance clinique accrue, à la recherche de surdosage et d'effets secondaires. Il peut être judicieux, pour certains antipsychotiques et dans le cas d'antidépresseurs tricycliques, de s'aider de dosages sériques réguliers lors de l'instauration du traitement[81].

I.6.1.3. Les antipsychotiques.

L'idéal dans la prise en charge de cette comorbidité est de trouver une molécule qui soit aussi efficace sur la schizophrénie que sur les troubles anxieux. Il est connu que

les antipsychotiques classiques ne sont pas efficaces sur les troubles anxieux, au contraire ils peuvent les aggraver.

Une récente méta-analyse d'essais contrôlés randomisés rapporte un effet bénéfique des antipsychotiques atypiques en traitement adjuvant du TOC (OR = 3,31, IC [1,40—7,84])[82]. Une autre méta-analyse conclut à l'efficacité des antipsychotiques atypiques en monothérapie, comme en association, dans le traitement de l'ESPT[83]. Les données s'avèrent particulièrement robustes concernant l'olanzapine et la rispéridone. L'olanzapine serait en outre un traitement adjuvant efficace du TAG résistant à la fluoxétine[84]. À un niveau de preuve moindre, ces deux molécules auraient également un effet bénéfique dans la phobie sociale et le trouble panique[81,85,86]. Il n'y a eu aucune étude randomisée qui recommande l'utilisation de l'aripiprazole dans le traitement des troubles anxieux, mais les données actuellement disponibles suggèrent que l'aripiprazole est aussi efficace que les autres antipsychotiques dans le traitement des troubles anxieux[87]. La quétiapine a fait aussi l'objet d'études sur son efficacité sur les troubles anxieux et essentiellement sur les troubles anxieux généralisés[88] ; elle est largement prescrite dans plusieurs pays comme l'Australie et le Canada.

L'efficacité de ces antipsychotiques sur les troubles anxieux et les schizophrénies est due à l'action de ces molécules sur les neurotransmetteurs sérotoninergiques et dopaminergiques impliqués dans ces troubles.

1.6.1.4. Les thyomorégulateurs.

Certains thyomorégulateurs peuvent être utilisés chez les patients souffrant de troubles anxieux sans risque d'aggravation de la symptomatologie psychotique.

Dans une étude préliminaire contrôlée versus placebo, Hertzberg et al. mettent en évidence l'efficacité de la lamotrigine dans la prise en charge de l'ESPT[89]. On ne retrouve pas d'étude ayant répliqué ce résultat. En revanche une série de cas conclut négativement quant à l'efficacité de la lamotrigine en traitement adjuvant du TOC[90]. Une publication récentes[91] de deux cas de patient résistants aux antidépresseurs

pendant plusieurs années , et ayant bien répondu à l'utilisation de la lamotrigine mais ces observations nécessitent des essais cliniques prospectifs randomisés plus robustes.

Un essai croisé contrôlé de petite taille chez 12 patients a pu mettre en évidence l'effet thérapeutique du valproate dans le trouble panique, confirmant les données antérieures d'un niveau de preuve moindre[92]. Un autre essai contrôlé randomisé conclut en faveur du valproate dans le traitement du TAG[93]. Deux études récentes menées versus placebo ne montrent pas de supériorité du divalproate dans l'ESPT [19,94,95].

Marks et al. ont récemment passé en revue les données concernant les indications psychiatriques de la prégabaline, au sein desquelles les troubles anxieux figurent en bonne place[96]. Cinq essais contrôlés ont établi son efficacité dans le TAG ; l'un d'entre eux rapportant en outre une supériorité sur la venlafaxine. Il existerait par ailleurs un effet préventif de la rechute à long terme[97]. Un autre essai contrôlé est en faveur de l'efficacité de la prégabaline sur la phobie sociale. Plus récemment encore, un essai ouvert conclut à l'effet bénéfique dans l'ESPT de la prégabaline en adjonction à un traitement antidépresseur[19].

La carbamazépine n'a à ce jour pas fait la preuve de sa supériorité sur le placebo dans le traitement du trouble panique. Plusieurs essais ouverts suggèrent en revanche une efficacité de la carbamazépine sur certains symptômes de l'ESPT[98].

I.6.1.5. Psychothérapies.

La place des approches psychothérapeutiques est certainement à revaloriser dans ce contexte. L'intérêt des thérapies cognitivo-comportementales dans la prise en charge des troubles anxieux est reconnu, de même que leurs efficacités sur l'amélioration du comportement social, des croyances liées aux hallucinations et idées délirantes et les déficits cognitifs rencontrés chez les patient souffrant de schizophrénie.

La comorbidité de la schizophrénie avec d'autres troubles psychiatriques ne manque pas de poser certains problèmes spécifiques, qui présentent une importance pour la thérapie cognitive et comportementale de la schizophrénie. Ainsi, la fréquente

comorbidité de la schizophrénie avec d'autres troubles, suggère qu'il pourrait être utile d'adapter, en conséquence, la thérapie cognitive correspondante. En ce sens, il pourrait s'avérer utile de dissocier la thérapie cognitive portant sur les délires polythématiques, de la thérapie des troubles comorbides rencontrés chez le patient. En tout état de cause, la mise en place d'une thérapie différentielle de la schizophrénie et des troubles comorbides présente des aspects spécifiques qui méritent d'être soulignés. Une telle thérapie différentielle nécessite, pour le thérapeute, que les différents troubles soient bien définis et surtout que celui-ci puisse bien distinguer, dans le discours du patient, ce qui relève du trouble spécifique qu'il a pour mission de traiter[70].

Une étude pilote publiée en 2012 par David P.G[99] conclut à la possibilité de traiter par l'EMDR l'état de stress post-traumatique chez des patients souffrant de schizophrénie alors que auparavant la présence de troubles psychotiques contre-indiquait une telle technique.

I.6.2.Traitements des TOC.

C'est la comorbidité qui a fait l'objet du plus grand nombre d'études. L'utilisation des antidépresseurs, inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS), est bien codifiée dans le TOC ; l'effet thérapeutique apparaissant après 8 à 12 semaines à des posologies supérieures à celles utilisées dans le traitement de la dépression. Leur utilisation chez les patients atteints de schizophrénie ayant des TOC en comorbidité est peu documentée[49].

Un certain nombre de traitements ont été décrits pour le TOC chez les patients souffrant de schizophrénie ; l'efficacité est démontrée des antidépresseurs tricycliques, des inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine et l'électroconvulsivothérapie, sans effets secondaires importants. Quelques études avec des petits échantillons ont montré l'efficacité supérieure de la clomipramine, fluvoxamine et la lamotrigine par rapport au placebo, mais ces résultats nécessitent des études avec des échantillons plus importants [58,91,100].

Le rôle des antipsychotiques atypiques chez les patients atteints de schizophrénie et de trouble obsessionnel-compulsif demeure controversé, avec les premiers rapports

indiquant que la clozapine, l'olanzapine et la rispéridone peuvent induire ou aggraver des symptômes obsessionnels et compulsifs chez les patients souffrant de schizophrénie[101,102]. En même temps, les résultats préliminaires indiquent que la clozapine et l'olanzapine, seules ou en combinaison avec les ISRS, peuvent soulager les symptômes de la schizophrénie, les obsessions et compulsions chez ces patients atteints de schizophrénie et de TOC[103,104]. Il faut noter que le nombre limité d'études et la petites tailles des échantillons ne permettent pas d'affirmer ces constatations[105]. Une récente méta-analyse d'essais contrôlés randomisés rapporte un effet bénéfique des antipsychotiques atypiques en traitement adjuvant du TOC[82].

La psychothérapie a été utilisée dans une étude de cas, ce qui suggère que la thérapie comportementale peut aussi être un succès dans le traitement des symptômes obsessionnels et compulsifs chez les patients atteints de schizophrénie[106]. Il a été démontré que l'utilisation de la technique de l'exposition et prévention de la réponse (ERP) diminue de manière significative les comportements compulsifs et améliore le fonctionnement de ces patients. Il convient de noter que les données disponibles consistent en des essais ouverts et rapports de cas ; ces données doivent être renforcées par des études plus robuste[107].

I.6.3.Traitements des phobies sociales.

Peu d'études se sont intéressées au traitement de la phobie sociale dans la schizophrénie. Dans une petite étude ouverte réalisée par Stern et al. publiée en 2009[108], ils ont changé l'antipsychotique par de l'aripiprazol de 16 patients souffrant de schizophrénie et présentant des symptômes d'anxiété sociale en comorbidité ; ces sujets ont été suivis pendant 2 mois . Les résultats ont montré que l'aripiprazole était sensiblement efficace en réduisant des symptômes d'anxiété sociale et en améliorant la qualité de vie. l'amélioration a été notée après seulement 8 semaines de traitement. Quatre-vingts pour cent des sujets avaient bénéficié d'un traitement à base d'antidépresseurs. L'efficacité supérieure de l'aripiprazol par rapport aux autres antipsychotiques, dans le traitement de la schizophrénie avec phobie sociale en comorbidité est due probablement à son action agoniste partielle sur les récepteurs A1 sérotoninergiques[108].

Peu d'études se sont intéressées à la psychothérapie de la phobie sociale chez les patients souffrant de schizophrénie. Deux essais cliniques randomisés [109,110] ont utilisé la thérapie cognitivo-comportementale sur un groupe de patients atteints de schizophrénie et phobie sociale en comorbidité. Les patients étaient randomisés en groupe bénéficiant du traitement et un groupe de liste d'attente. Les résultats ont conclu à une amélioration des symptômes de l'anxiété sociale, de la qualité de vie et de la psychopathologie générale, des patients ayant bénéficié du traitement par rapport au groupe de liste d'attente.

I.6.4.Traitements des ESPT

Les données actuelles basées sur les résultats des études témoins randomisées en double insu suggèrent que les traitements médicamenteux de première ligne en monothérapie dans l'ESPT sont les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine[111].

Une méta-analyse réalisée en 2008, conclut à l'efficacité des antipsychotiques atypiques en monothérapie, comme en association, dans le traitement de l'ESPT[83]. Les données s'avèrent particulièrement robustes concernant l'olanzapine et la rispéridone. Un article publié en 2010 qui a passé en revue 18 études concernant l'efficacité des antipsychotiques dans le traitement de l'ESPT, conclut à l'efficacité de la rispéridone et la quétiapine, ces données doivent être renforcées par des études plus robustes[112].

La Lamotrigine peut être efficace dans le traitement de l'ESPT et pourrait également être utilisée en association avec les antidépresseurs [89]. Ces résultats prometteurs justifient davantage de grand échantillon dans les études.

L'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale sur le ESPT chez les patients souffrants de schizophrénie est actuellement reconnue ; une étude publiée en 2009 [113] démontre que l'utilisation de cette technique chez 13 patients durant 11 semaines était efficace sur les symptômes de l'ESPT, douze des 13 patients n'ont plus répondu à des critères diagnostiques de l'ESPT. Deux autres études publiées en 2007 et

2008[114,115] démontrent l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales dans le traitement de l'ESPT chez les patients souffrant de schizophrénie.

L'EMDR est une technique qui a fait ses preuves dans le traitement de l'ESPT. Une étude pilote publiée en 2012[99] démontre qu'une thérapie courte par EMDR est efficace dans le traitement de l'ESPT des sujets avec des troubles psychotiques. Cette intervention a un effet positif sur les hallucinations, les illusions, l'anxiété, les symptômes de dépression et l'estime de soi. L'EMDR peut être appliqué à ce groupe de patients sans adapter le protocole mais nécessitent des interventions de stabilisation avant d'entamer le traitement proprement dit.

I.6.5.Traitements des troubles paniques.

On ne retrouve pas beaucoup d'études publiées concernant le traitement du trouble panique chez les patients souffrant de schizophrénie. Les quelques auteurs qui se sont intéressés à cette comorbidité s'accordent sur l'efficacité de l'alprazolam, diazépam et l'imipramine [43, 47,116]. Une amélioration du trouble panique aurait été constatée suite au switch d'un antipsychotique classique type haldol vers un antipsychotique atypique type rispéridone selon la publication d'un cas par Takahashi et al. en 2001[117], mais il n'existe pas d'autres études qui démontrent l'efficacité des antipsychotiques sur cette comorbidité. Certains auteurs insistent sur le fait que ces antipsychotiques peuvent aggraver ou induire des attaques de panique.

Il existe des preuves scientifiques que la thérapie cognitivo-comportementale est efficace sur le trouble panique survenant chez les patients souffrant de schizophrénie ; la technique permet à ces patients de maîtriser et de réduire la récurrence des attaques de panique et d'améliorer le déficit fonctionnel engendré par ce trouble[118].

I.6.6.Traitements des troubles anxieux généralisés.

Il existe peu d'études dans la littérature, qui proposent des stratégies thérapeutiques de cette comorbidité schizophrénie-TAG. L'utilisation d'un antipsychotique type Quétiapine comme adjuvant dans le traitement du TAG résistant a été décrite par M.A. Katzman[119] Dans un essai clinique comportant le suivi sur 12 semaines de 40

patients souffrant de TAG résistant, l'utilisation de la Quétiapine associée aux antidépresseurs s'est avérée efficace. D'autres études sont nécessaires pour renforcer cette observation. L'idéal est de trouver un antipsychotique qui soit efficace aussi bien sur la schizophrénie que sur le TAG.

La thérapie cognitivo-comportementale constitue une bonne alternative dans le traitement du TAG. L'utilisation de telles techniques peut poser quelques problèmes chez les patients souffrant de schizophrénie et de TAG. Une telle comorbidité est de nature à rendre plus complexe et plus difficile la thérapie cognitive correspondante. Les auteurs proposent une méthodologie destinée à permettre un traitement différentiel des délires polythématiques inhérents à la schizophrénie lorsqu'ils sont associés au trouble anxieux généralisé. En fonction du contenu des délires correspondants, une analyse permet, sous certaines conditions, de dissocier le contenu relatif aux délires polythématiques et celui concernant le trouble anxieux généralisé, afin de faciliter la mise en œuvre des thérapies cognitives correspondantes[70].

II. La qualité de vie.

Bien avant les médecins, les politiques se sont intéressés à cette notion de qualité de vie, et le concept est passé par plusieurs étapes avant son utilisation en pratique courante dans l'évaluation de nos patients.

Le concept moderne de qualité de vie est de plus en plus étudié au sein de la recherche médicale portant sur les pathologies évoluant au long cours comme les troubles schizophréniques dont les symptômes psychiques et comportementaux ont des conséquences dans tous les domaines de la vie des sujets. L'amélioration de la qualité de vie de ces patients pourrait se révéler un objectif de soin plus approprié, et plus global, que celui de soins traditionnels (diminution de la symptomatologie, des rechutes, des hospitalisations, etc.)[33].

II.1.Historique.

Après la Deuxième Guerre Mondiale, au début des années 60, les « buts nationaux » de la Commission créée par le président Eisenhower étaient d'améliorer les conditions de vie des citoyens. En utilisant à bon escient les fonds publics, on devait pouvoir améliorer le taux de productivité, de vaccination, de scolarisation, de médicalisation, etc. et, par là même, diminuer celui des suicides, du chômage, de la mortalité ou de la criminalité. Il s'agissait d'augmenter à la fois la qualité de vie et le niveau de vie[120]. Un certain nombre d'auteurs s'accordent pour dire qu'à l'origine le terme de Qualité de la vie est un slogan, un slogan politique, un slogan américain, un slogan lancé par Lyndon B. Johnson en 1964 dans son message à la nation intitulé "The Great Society" : « Nos objectifs ne sont pas seulement de mesurer la taille de nos comptes bancaires mais de mesurer la qualité de vie de notre peuple. La qualité vient se confronter à la quantité : vivre ne suffit pas, l'abondance ne suffit pas, le progrès ne suffit pas, il s'agit aussi de bien vivre ». Ce Slogan s'inscrit dans le cœur même de la constitution américaine de Jefferson qui fait du bonheur, un droit inaliénable de tout citoyen américain. L'intérêt politique du vocable était d'être suffisamment flou pour englober tant les éléments de la Qualité de Vie Objective que Subjective, mais surtout de donner à "l'American Way of life" une dimension morale, un but[121].

Pour l'ensemble des auteurs de cette époque, bonheur et qualité de vie se situaient dans des univers conceptuels proches l'un de l'autre: le bonheur était éminemment

subjectif, composé essentiellement d'affects positifs, de l'ordre de la complétude, avec pour antonyme le malheur évoquant, en anglais, tant la souffrance que la malchance. La qualité de la vie, elle, avait une connotation plus réaliste et ouvrait l'espoir de pouvoir établir des indicateurs ou standards objectivables (opérationnels)[121]. C'est dans ce contexte de changements culturels importants dans la société prenant en compte le bien-être de la population que le concept de qualité de vie s'est développé dans le domaine de la santé. En effet, le concept est plus ancien dans ce domaine, en 1940, des auteurs s'étaient intéressés, au-delà de l'étude clinique des maladies, à leur impact sur la vie des patients. Ainsi dès 1948, Karnofsky avait élaboré une échelle de performance pour évaluer l'état physique des patients cancéreux. En 1963, Kartz et Lyerly réalisent un instrument qui permettait avant tout d'évaluer les « fonctions » et les handicaps dans le contexte de la vie quotidienne où la maladie n'était plus le facteur unique, mais devait être prise en compte, en fonction du vécu du patient[122].

Dans le domaine médical, ce sont surtout les pathologies cancéreuses et cardiovasculaires qui ont le plus bénéficié des premiers développements de la notion de qualité de vie et de la mise au point des instruments de mesure destinés à son évaluation. Le coût et le retentissement social de ces pathologies expliquent probablement cela[122].

En 1990, Spilker et al. proposent une bibliographie d'articles consacrés à la qualité de vie ne comportant pas moins de 579 références. En 1991, un éditorial du Lancet signale la croissance exponentielle des recherches dédiées à la qualité de vie : l'Index Medicus interrogé sur ce mot-clef qui recensait 207 articles en 1980, en propose 848 en 1990 (Lancet, 338, 1991). Medline fournit 1089 références pour ce mot-clef pour la période juin94-juin95. Comme le résumait avec humour Gill et al. (1994) "depuis les années 70, la mesure de la qualité de vie est passée de la petite entreprise rurale à l'échelon de l'industrie universitaire"[120].

L'intérêt pour l'évaluation de la qualité de vie dans le champ de la psychiatrie est grandissant depuis une vingtaine d'années. De nombreuses études ont évalué l'impact des troubles mentaux majeurs sur la qualité de la vie perçue par les patients. De ces

dernières, il ressort que les patients atteints de schizophrénie, anxieux et dépressifs péjorent leur qualité de vie comparativement aux personnes appartenant à la population générale. Leur qualité de vie est négativement associée à la chronicité de la pathologie et à la sévérité des symptômes[123].

A partir des années 80, et grâce aux

travaux de Lehman qui portait sur une population de trois cents patients chroniques dont plus de la moitié souffraient de schizophrénie, à l'aide d'une échelle de satisfaction-insatisfaction à sept degrés, l'auteur a exploré pour la première fois la satisfaction de ces patients dans les principaux domaines de la vie quotidienne que sont: les conditions de vie, les relations familiales, les relations sociales, les loisirs, le travail, les finances, la sécurité personnelle et la santé ; évaluation allant de pair avec la mesure globale de la qualité de vie en général. L'étude montre l'importance de la satisfaction ressentie par les patients atteints de schizophrénie dans le domaine social, notamment pour ce qui est de l'emploi, des finances, de la sécurité et des relations sociales[124].

Le travail de Lehman montrait alors qu'il était désormais envisageable de réaliser une évaluation quantitative dans des domaines habituellement jugés périphériques ou secondaires dans le registre médical, mais d'une importance cruciale en psychiatrie. Une autre conséquence de ses travaux était de rendre possible, du seul fait de la quantification, une évaluation de l'impact d'une mesure thérapeutique sur la qualité de vie. Le développement de nouveaux psychotropes, en particulier dans les domaines des psychoses et de la schizophrénie, a pu justifier l'intérêt croissant qui s'est manifesté à l'égard de tels instruments de mesure dans les années qui ont suivi[122].

Cependant, grâce à un travail multidisciplinaire, de nombreux instruments de mesure, empreints de rigueur scientifique, sont maintenant disponibles. Il s'agit d'échelles, présentées sous la forme d'auto-questionnaire, qui complètent utilement l'évaluation médicale[125].

II.2.Définitions:

Proposer une définition du concept de qualité de vie reste un exercice difficile.

Intuitivement, la notion de qualité de vie est dotée d'un sens commun mais variable d'un individu à l'autre, et difficilement communicable, reflétant l'expérience, le cadre culturel et les valeurs individuelles. Cependant, plusieurs auteurs proposent des définitions du concept de qualité de vie qui varient selon les écoles et selon les objectifs.

Il n'existe pas actuellement de consensus sur une définition réaliste et précise de la qualité de vie, d'autant que ce concept se situe au carrefour des sciences sociales et économiques, de la médecine et de la psychologie[122].

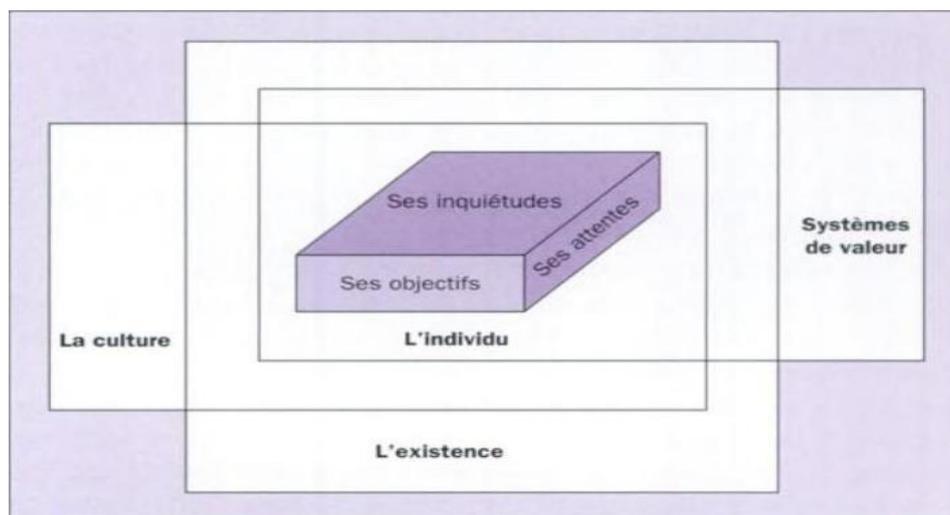
La première tentative de conceptualisation de la notion de qualité de vie a eu comme point de départ la définition de la santé faite par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1947 : « un état complet de bien-être physique, mental et social et non pas seulement l'absence de maladie et d'infirmité »[126]. Il s'agit là d'un état de santé théorique qu'il est impossible d'atteindre (du moins pendant une longue durée) et qui ne peut pas servir de référence[127]. Jusqu'aux années 80, on considérait la santé et la qualité de vie comme équivalents[128].

Bech (1987) définit clairement le concept de qualité de vie comme une dimension négative (un manque de bien-être plutôt qu'un bien-être). Cette idée suit les modèles médicaux traditionnels tournés vers la maladie plutôt que vers la santé totale[129].

En 1993 l'Organisation Mondiale de la Santé a défini le concept de qualité de vie liée à la santé en tenant compte des aspects objectifs et subjectifs qu'il comporte. La qualité de vie est donc définie comme "La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes" (figure1). C'est un concept complexe, largement influencé par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement[123]. Le fait de mettre l'accent sur la culture est caractéristique de la démarche de l'OMS, qui vise à développer une mesure transculturelle, valable pour un grand nombre de pays, voire de

façon universelle.

Figure1: la qualité de vie inspirée de l'approche OMS, d'après Martin (2004)



D'autres auteurs définissent la qualité de vie comme la capacité à satisfaire les besoins perçus (needs-based model) par les individus. Selon cette hypothèse avancée par Hunt et Mac Kenna (1993)(figure2), chaque situation pathologique interfère de façon particulière avec la capacité des individus à satisfaire leurs besoins. Si les besoins perçus sont satisfaits, la qualité de vie est augmentée ou n'est pas détériorée; s'ils sont peu satisfaits, la qualité de vie est diminuée. L'élément majeur est alors de comprendre l'importance des besoins perçus par les patients, et non pas les besoins identifiés par les médecins et autres acteurs de santé, voire la famille[122].

Calman, en 1995, introduit le terme de notion d'écart ; la qualité de vie est assimilable à l'écart entre les attentes de la personne et ses réalisations effectives, plus l'écart est grand, plus la qualité de vie est altérée[130].

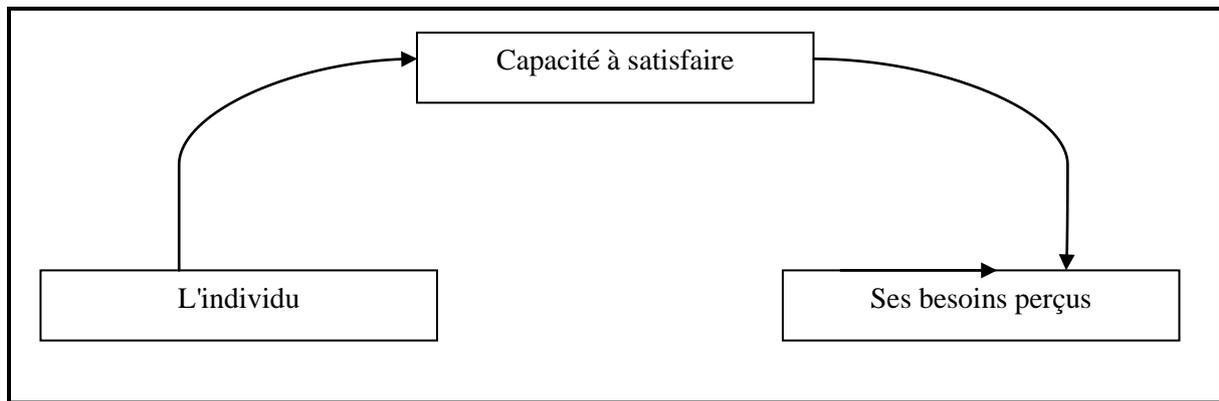


Figure 2: La qualité de vie selon Hunt Kenna

Si en médecine physique, l'évaluation objective paraît indispensable, en psychiatrie l'évaluation du patient par une autre personne (personnels soignants ou la famille...) ne pourra pas refléter la réalité de cette qualité de vie. Cette évaluation subjective peut être difficile du fait du mauvais insight et des troubles cognitifs dont souffrent ces patients.

II.3.Évaluation de la qualité de vie.

L'évaluation de la qualité de vie dans le domaine de la santé et en particulier dans les études cliniques constitue actuellement une aide substantielle à la décision dans les choix des traitements curatifs ou palliatifs ou des interventions nécessaires à la réinsertion sociale du malade [127].

La complexité de la définition de ce concept et son caractère multidisciplinaire, rend difficile cette évaluation. Plusieurs interrogations sont posées: qui doit évaluer, comment et quel instrument utiliser ?

II.3.1.Qui doit évaluer la qualité de vie?

Il s'avère que c'est l'individu ou le patient qui est le mieux placé pour exprimer la perception qu'il a de sa qualité de vie. Il est le seul qui puisse parler de lui. Il doit être le seul à éprouver la ou sa mauvaise qualité de vie, et il est aussi le seul à pouvoir apprécier une insatisfaction que personne ne peut dire à sa place[131]. Cette méthode de mesure comporte des limites et des biais, notamment du fait de l'existence d'éventuels écarts entre le vécu du patient et ce qu'il exprime lors de l'évaluation. En effet, un individu peut, du fait de mécanismes de défense psychique en réponse à sa

maladie (le déni par exemple) avoir tendance à se présenter favorablement lors de la passation d'un test, ou, à l'inverse, à exprimer de manière plus intense des sentiments réellement éprouvés[33].

Il arrive cependant que dans des conditions précises, il soit plus avantageux de recueillir de l'information auprès des personnes qui connaissent les patients sur le plan personnel ou professionnel. C'est le cas, notamment, lorsque le sujet manque de lucidité ou de jugement et que l'expression de son vécu peut être trop altérée pour que cette source d'information soit suffisante et n'introduise pas de biais[132]. L'exemple type en est l'expression de la perception de la qualité de vie du sujet souffrant de schizophrénie ou du patient souffrant de la maladie d'Alzheimer. Il devient alors important de savoir qui est à même d'évaluer la qualité de vie du patient: le médecin? la famille? un enquêteur? lui tout seul ?[122].

La comparaison entre auto et hétéro-évaluation a souvent été traitée afin de déterminer quelle méthode s'avère la plus fiable pour refléter fidèlement la qualité de vie d'un sujet. Doyel et al comparent les résultats obtenus après la réalisation d'une auto versus hétéro-évaluation et ne retrouvent pas de corrélation entre les deux méthodes[133]. Thapa et al, rapportent des différences significatives dans l'estimation de la qualité de vie selon qu'elle est réalisée par les sujets souffrants de schizophrénie ou par les cliniciens, à partir d'un même outil de mesure, et ce notamment dans le domaine des loisirs, de la sécurité et de la santé. Actuellement, il apparaît que la question de l'auto ou l'hétéro-évaluation en matière de qualité de vie soulève encore de nombreux débats au sein du corps médical[33,134].

L'évaluation de la qualité de vie d'un patient souffrant de schizophrénie ne peut se faire sans l'aide de la famille, dont les membres (parents, frères, enfants, conjoints etc.) représentent des tiers entre le personnel soignant et le patient. Il est important d'évaluer aussi la qualité de vie des parents, des proches ou des personnes qui s'occupent au quotidien du patient, qui parfois ont une qualité de vie plus altérée que le patient lui-même.

II.3.2. Dimensions de la qualité de vie.

La qualité de vie peut être conceptualisée comme englobant deux dimensions, le fonctionnement adaptatif (incluant la prise en charge de soi et les rôles sociaux) et la satisfaction de vie et le bien être subjectif. Certains auteurs ajoutent une troisième dimension, les ressources externes, qui incluent les variables matérielles, comme le confort de vie et le support social[135].

D'autres auteurs subdivisent la qualité de vie en trois dimensions principales: physique, psychologique et sociale (figure3). Ces trois dimensions du vécu d'un sujet sont évaluées à l'aide d'items par des critères à la fois objectifs et subjectifs, pour que la qualité de vie ne soit pas uniquement réduite à la simple appréciation d'un degré de bien être. Ces principaux critères peuvent être ainsi résumés: la vie fonctionnelle, la vie sociale, et la dimension émotionnelle[122].

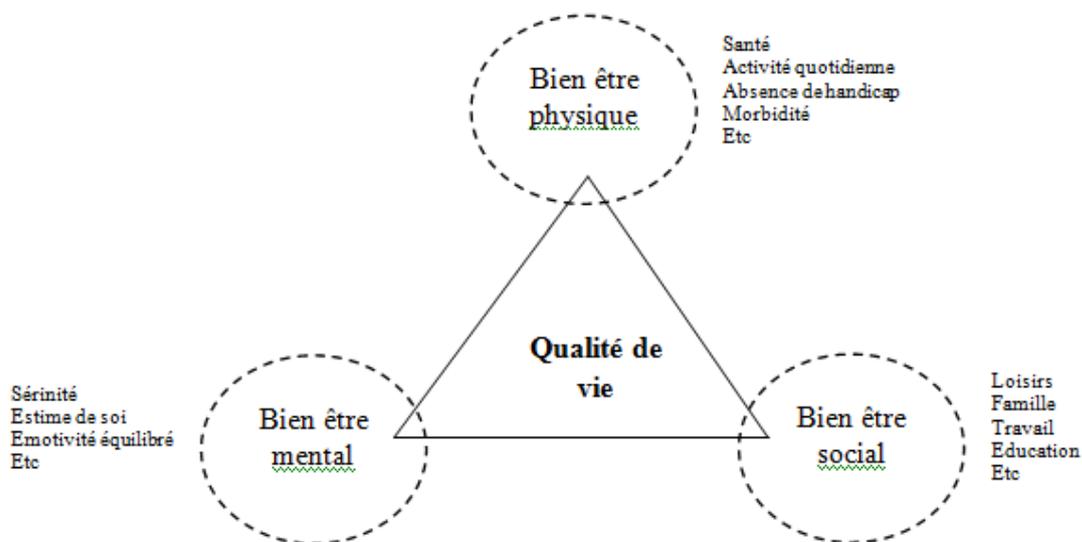


Figure3: Le concept de qualité de vie.

II.3.2.1. La vie fonctionnelle.

Dans une perspective fonctionnaliste, on choisit des indicateurs de qualité de vie reflétant la capacité d'un individu à réaliser des activités quotidiennes correspondant à son âge et à ce que la société attend de lui.

Suivant cette approche, la qualité de vie se mesure à partir d'échelles qui évaluent les performances physiques et occupationnelles, l'accomplissement des rôles, le bien être émotionnel et les plaintes somatiques. C'est dans cette rubrique qu'entrent bon nombre d'items des échelles d'évaluation, avec des dimensions comme la fatigabilité, le ralentissement, la difficulté à fixer l'attention, les troubles du sommeil ou de l'appétit, le plaisir, etc.[122].

II.3.2.2.La vie sociale.

L'exploration de la vie sociale est retrouvée dans plusieurs échelles évaluant la qualité de vie. Différents domaines sont explorés par des questions concernant la relation du patient avec sa famille, ses amis, ses relations amoureuses, les gens en général, etc. ; cette exploration ne doit pas se limiter aux relations, mais doit s'intéresser à l'intérêt que porte le sujet pour la société et les activités de groupe.

II.3.2.3.La dimension émotionnelle.

Elle représente la composante psychologique de la qualité de vie et fait référence essentiellement au bien être subjectif qui est souvent associé à la psychologie, et plus particulièrement à la santé mentale et aux états émotionnels.

Les travaux de Campbell(1976) montrent qu'il existe plusieurs façons de concevoir le bien-être subjectif : la différence affects positifs / affects négatifs, la satisfaction, l'absence de détresse émotionnelle (stress, désespoir, etc.), pour chacune l'importance des facteurs affectifs ou cognitifs entrant dans leur composition varie, ce qui explique leur inter-corrélation modérée et variable selon, notamment, le sexe, l'âge, l'état civil[136].

Dans cette dimension, plusieurs points peuvent être évalués, comme le degré de satisfaction/insatisfaction, le regard du sujet sur lui-même, l'évaluation de la dimension cognitive et comportementale, ainsi que l'appréciation des buts et des objectifs fixés par le sujet.

II.3.3.Modalités d'évaluation de la qualité de vie.

Les questionnaires ou échelles d'autoévaluation permettent le plus souvent une approche subjective de la qualité de vie. Ils sont remplis par le sujet après lecture des consignes et dans des conditions aussi standardisées que possible. Ce type d'évaluation présente l'avantage d'une utilisation simple, répétée si besoin, sans distorsion des réponses dues au jugement d'un tiers comme dans les échelles d'hétéro-évaluation. Cependant, ce type d'approche pose le problème de la fiabilité des réponses chez des patients présentant parfois des troubles graves dans lesquels le rapport à la réalité est perturbé, comme des idées délirantes ou des hallucinations. Dans les échelles d'hétéro-évaluation où l'approche est parfois plus objective, l'instrument est rempli par un évaluateur à l'issue d'un entretien. Ce type d'échelle est certes plus aisé à employer pour les études cliniques, mais il ne peut qu'incomplètement représenter le patient concernant la qualité de vie. Il existe différentes stratégies d'évaluation de la qualité de vie des patients psychiatriques. Les instruments de mesure varient de l'évaluation la plus simple qui consiste à appréhender de façon générale et globale la qualité de vie à des instruments spécialisés, parfois même construits spécifiquement pour des sujets malades mentaux chroniques, qu'il s'agisse de questionnaires ou d'échelles[137].

II.3.4.Différents type d'instruments d'évaluation de la qualité de vie.

Les premières échelles de qualité de vie en santé sont fortement inspirées des méthodes utilisées en sociologie, et le concept de qualité de vie est souvent décrit en termes quantitatifs. La principale dimension explorée par la plupart des outils concerne les conditions objectives de vie auxquelles sont associées les capacités fonctionnelles et physiques, ainsi que leurs conséquences sur l'adaptation sociale des individus. L'évaluation est ainsi souvent faite en référence à une norme et toute modification s'en écartant est considérée comme un dysfonctionnement. Cependant des outils plus subjectifs sont développés depuis une vingtaine d'années. Ils tentent de mieux prendre en compte les niveaux de satisfaction et le degré d'importance que chaque individu accorde aux différents domaines de la vie[33].

Pour appréhender la qualité de vie d'un individu, plusieurs dimensions (décrites dans le chapitre précédent) sont explorées, chaque dimension est décomposée en plusieurs

objets internes. Ces derniers sont évalués à l'aide d'objets externes, nommés indicateurs. Pour mesurer ces indicateurs, plusieurs items (ou questions) sont proposés dans une première version de l'échelle, après avis d'experts et/ou une revue de la littérature et des entretiens avec la population à laquelle est destiné l'outil d'évaluation. Une étude préclinique, permet après une analyse statistique de sélectionner les items les plus fiables, les plus sensibles au changement et les plus discriminants.

La plupart des outils évaluant la qualité de vie dans le domaine de la santé, qui sont disponibles actuellement, se présentent sous la forme d'un questionnaire ou plusieurs réponses fermes sont proposées:

- Réponse dichotomique (oui/non ou présent/absent ou vrai/faux). Les échelles dichotomiques sont les plus simples, mais risquent de négliger des situations intermédiaires.
- Réponses à plusieurs degrés ou réponses qualitatives ordonnées: dans les items rédigés sous formes de questions à choix multiples, les niveaux qu'ils sont supposés représenter sont hiérarchisés de manière égale. Les réponses peuvent être sous formes de score de 1 à 5, ou bien sous forme de proposition de réponse par exemple (très souvent–souvent–parfois–rarement–jamais, ou excellent–très bon–bon–moyen–mauvais). Les niveaux des échelles doivent être déterminés avec soin pour écarter les nuances trop subtiles et proposer un nombre pair pour éviter que le sujet choisisse la réponse médiane.
- Echelle graphique ou «visuelles analogiques»: dans ces échelles, l'item est représenté par une ligne d'un seul tenant, généralement de dix centimètres. A ses deux extrémités, elle est limitée par deux notions sémantiquement opposées. Le patient doit se situer entre ces deux extrêmes en traçant un trait coupant la ligne.

Pour qu'une mesure de la qualité de vie ou de l'une de ses dimensions soit valide, elle doit être pertinente, fiable, sensible et recevable. Classiquement, parmi les propriétés nécessaires lors de la validation d'une échelle de qualité de vie, se trouvent l'acceptabilité du questionnaire, la fiabilité de la mesure, c'est-à-dire son absence de

dispersion, la validité de la mesure, c'est-à-dire le degré avec lequel un instrument particulier mesure la variable ou avec lequel le phénomène est indépendant de la mesure, et sa sensibilité au changement, en terme de scores de qualité de vie[138,139].

On distingue deux types de questionnaires:

- Les questionnaires génériques sont construits pour évaluer une population générale sans particularité. Ils permettent de comparer des groupes de sujets aux pathologies différentes.
- Les questionnaires spécifiques sont orientés sur une pathologie : psychiatrique par exemple. Ils sont plus sensibles que les premiers à détecter une modification de l'état de santé, elles en permettent une étude approfondie mais, à la différence des échelles génériques, elles excluent toute comparaison avec d'autres pathologies et toute référence à une population en bonne santé.

On abordera dans un premier temps les outils génériques puis spécifiques et enfin les instruments qui évaluent spécifiquement la qualité de vie des patients souffrant de schizophrénie.

II.3.4.1.Instruments génériques de qualité de vie.

Certains instruments génériques sont parfois utilisés comme des instruments évaluant la qualité de vie.

Ils sont élaborés à partir de questionnaires qui sont évalués dans une population générale. Selon l'objectif qu'elles se donnent, elles ont une sensibilité différente et, même si ces échelles génériques mesurent globalement la même chose, elles ont chacune leurs propres caractéristiques. Ces instruments ne peuvent souvent pas rendre compte avec détails de la spécificité de chaque pathologie abordée. A l'inverse, ce type d'instrument autorise des approches plus larges, permettant de comparer les résultats de manière trans-nosographique, sur des groupes de patients différents, voire dans des pays différents[122].

Les principaux instruments de mesures génériques qui ont fait la preuve de leur intérêts en psychiatrie sont soit:

- des indicateurs de bien être et de santé: comme le psychological general well-being schedule (PGWB) de Dupuy (1984) ou the general health questionnaire (GHQ) de Goldberg en 1978.
- des profils comme le profil des états affectifs de McNair (profil of mood states [POMS]), le profil d'impact de la pathologie (SIP) de Bergner et al. (1982), profil de santé de Nottingham (Nottingham Health profile (NHP) de Hunt ou le profil de qualité de vie subjective (PQVS) de Gérin et al. (1992)[137].

II.3.4.1.1. Le psychological general well-being schedule (PGWB).

De Dupuy (1984), cet instrument a été développé en Grande-Bretagne depuis la fin des années 1977. Il permet d'évaluer de façon subjective la sensation de bien-être ou le sentiment de détresse général, que l'on soit dans un milieu médical général ou psychiatrique. Ce questionnaire comportant vingt-deux items qui s'expriment sous la forme d'un score global et six sous-scores explorant: l'anxiété (5items); la dépression (3items); le bien-être (4items); le self-control (3items); la santé générale (3items) et la vitalité (4items).

Cet instrument n'est évidemment spécifique d'aucune pathologie particulière. Son intérêt a pu être montré aussi bien dans les troubles affectifs que dans la schizophrénie.

II.3.4.1.2. The general health questionnaire (GHQ).

De Goldberg en 1978 a été décrite dans le livre de Goldberg en 1972. La version GHQ28 est la plus utilisée actuellement ; ce questionnaire fournit un score global et quatre sous-scores: anxiété et insomnie, dépression sévère, symptômes somatiques et retentissement social.

II.3.4.1.3. Profil of mood states (POMS).

De McNair 1971. Cet instrument fournit un profil multidimensionnel limité à l'exploration des états émotionnels. Il n'a pas été développé initialement comme un instrument de qualité de vie mais il peut être employé dans cette perspective selon Bech 1993. Il se compose de soixante cinq adjectifs, coté de 0 à 4, qui explore des dimensions comme l'anxiété-tension, la thymie dépressive, la colère, l'agressivité, l'activité-forme ou la fatigue-inertie. Il s'est montré sensible au changement[137].

II.3.4.1.4.Le Sickness Impact Profile (SIP).

De Bergner et al. (1982). Le profil impact de la pathologie a été développé par Bergner et son équipe en 1975 aux Etats-Unis. Le questionnaire comporte 136 questions, regroupé en deux dimensions, fonctionnement physique et état psychique, et cinq catégories spécifiques indépendantes. Il explore douze domaines de catégories de dysfonctionnements couvrant les domaines de la "vie physique" et de "l'état psychosocial" au sein de dimensions spécifiques concernant l'aspect physique, intellectuel, moral et l'impact de la thérapie.

Cette échelle a été essentiellement utilisée dans les pathologies cardiovasculaires, rhumatismales ou dans des symptomatologies douloureuses.

II.3.4.1.5.Nottingham Health profile (NHP).

De Hunt. Cet instrument a été traduit en français par Bucquet (1988-1990). Il associe des items concernant une approche subjective à des questions portant sur des données objectives. Il est plus considéré comme une mesure de l'état de santé que de qualité de vie[140].

Il est constitué de deux parties: la première comporte trente-huit questions binaires (oui/non), qui explorent six domaines: le sommeil, la mobilité physique la douleur, l'énergie, l'isolement social, les réactions émotionnelles. La seconde partie comprend sept variables relativement indépendantes: travail rémunéré, travail domestique, relations interpersonnelles, vie sociale, vie familiale, vie sexuelle, loisirs et vacances.

L'inconvénient majeur de ce profil réside dans le fait qu'il ne permet pas d'étudier les conséquences spécifiques d'une pathologie donnée et que les résultats sont difficiles à interpréter dès lors qu'un secteur n'évolue pas de la même façon que les autres au cours d'un traitement.

II.3.4.1.6.Le profil de qualité de vie subjective (PQVS).

De Gérin et al (1992). C'est un instrument multidimensionnel qui explore quatre champs principaux de la vie, relatifs à la vie fonctionnelle, à la vie relationnelle, à la

vie intérieure et aux conditions matérielles de vie. Au total, seize domaines sont explorés, ce qui peut rendre son emploi difficile en pratique générale.

II.3.4.1.7. Le Medical outcome study short form-36 Health Survey (MOS SF-36).

C'est un questionnaire générique multidimensionnel destiné aux sujets atteints de pathologies chroniques variées et donc applicable aux patients souffrant de schizophrénie. Il est considéré parmi les instruments les plus utilisés.

Cette échelle peut être administrée en auto- ou hétéro-questionnaire, et ne requiert que 5 à 10 minutes. Ses 36 items évaluent 8 dimensions: activité physique; capacité physique; douleurs physiques; état de santé général; vitalité; fonctionnement social; état psychique; problèmes rencontrés du fait de difficultés émotionnelles. Certaines dimensions qui peuvent s'avérer primordiales en santé mentale, comme la dimension sociale, sont appréhendées par un nombre d'items insuffisant. En plus, pour certains auteurs, c'est un instrument qui présente quelques lacunes au niveau de la cohérence interne.

II.3.4.2. Outils de mesure de qualité de vie spécifiques des troubles psychiatriques chroniques.

Les questionnaires précédemment cités ont certes leurs indications dans la pathologie psychotique chronique. Ils se révèlent cependant insuffisants pour évaluer de façon exhaustive l'ensemble des secteurs de la qualité de vie. Ils n'accordent en effet pas assez d'importance aux facteurs d'adaptation sociale (ou de désinsertion-inadaptation). Par ailleurs, l'approche purement subjective de l'état de détresse et d'insatisfaction de ces patients doit impérativement être associée à une évaluation des performances sociales et de la symptomatologie psychotique elle-même, susceptible d'entraîner des distorsions importantes dans l'appréciation subjective de l'état de santé[137].

La majorité des instruments spécifiques ont été validés auprès de populations de patients souffrant de pathologies psychiatriques chroniques et sévères, incluant notamment des patients souffrant de schizophrénie, mais ne s'adressant pas spécifiquement à ceux-ci.

L'évaluation de la qualité de vie des patients souffrant de schizophrénie, par des instruments génériques est rare. Des instruments ont été développés en référence aux domaines affectés le plus par cette maladie mentale. Ces instruments sont supposés refléter sensiblement les variations de la qualité de vie spécifique à cette pathologie[135].

Sans vouloir dresser un inventaire exhaustif des instruments utilisés, sont exposés quelques-uns parmi les plus utilisés des outils.

II.3.4.2.1. The quality of life interview (QOLI).

Cet instrument a été créé par Anthony Lehman en 1982, qui est un spécialiste américain de la schizophrénie et de la réhabilitation psychosociale entre autres, pour les patients souffrant de troubles psychiatriques sévères. C'est une échelle qui évalue le fonctionnement quotidien (approche objective) et la satisfaction (approche subjective) ressentie par les individus qui présentent un trouble psychiatrique sévère. L'entretien est mené par un évaluateur entraîné. Cet instrument permet d'évaluer huit domaines de la qualité de vie: le mode de vie; les revenus financiers; les études et le travail; les activités quotidiennes et le fonctionnement; la famille; les relations sociales; le sentiment de sécurité; les soins et la religion. Cet instrument permet de comparer la qualité de vie des patients souffrant de schizophrénie, quelles que soient les structures de soins. Il semble que cet outil comporte une bonne validité interne malgré une faible sensibilité au changement. Aux cours des dernières années, cette échelle a subi de nombreuses révisions, principalement pour améliorer ses propriétés psychométriques ainsi que, en principe, son acceptabilité.

II.3.4.2.2. Lancashire quality of life profile (LQoLP).

De Oliver 1992. Ce questionnaire d'évaluation clinique s'inspire d'une version abrégée du questionnaire d'entrevue de Lehman sur la qualité de vie. Il a été élaboré pour évaluer la qualité de vie des personnes souffrant de troubles psychiatriques chroniques et éventuellement des patients souffrants de schizophrénie.

Le LQoLP est un instrument d'autoévaluation fondé sur un entretien structuré. Il est utilisé pour évaluer la qualité de vie en extrahospitalier. Il comprend 100 items et nécessite une heure environ pour sa passation.

Cet instrument évalue la qualité de vie objective et la satisfaction dans neuf domaines de la vie : travail/éducation, loisirs/participation, religion, hébergement, sécurité/loi, relations familiales, relations sociales, santé et finances. L'entretien permet d'établir un score global de bien-être de même que des scores relatifs à la qualité de vie, à l'aide d'échelles de Likert à sept degrés, dans un grand nombre de sphères de la vie.

II.3.4.2.3.The subjective quality of life analysis (SQUALA).

Développée par Zannotti et al 1994, c'est une échelle française spécifique pour les patients qui présentent des troubles psychotiques. Elle vise à éclairer et à orienter la prise en charge des patients en hiérarchisant leurs difficultés.

C'est un questionnaire multidimensionnel s'intéressant à vingt-deux domaines de vie, couvrant l'état de santé perçu, autonomie physique, les relations familiales et sociales, la sécurité et des conceptions générales (politique, justice, liberté, vérité, beauté, art). Pour chaque domaine, sont évalués conjointement l'état de satisfaction et l'importance du secteur concerné pour le sujet. Cet instrument, après une première étude de validation, reste à ce jour en cours de développement.

II.3.4.2.4.The quality of life index for mental health(QLI-MH).

Cet instrument a été développé par Becker et al. en 1993. Les auteurs définissent la qualité de vie comme «la sensation d'une personne qui découle de la satisfaction ou de l'insatisfaction dans les domaines de vie qui sont importants pour elle-même». Cette définition souligne l'importance du point de vue du patient dans l'évaluation de la qualité de vie. Cet auto-questionnaire intègre plusieurs perspectives car il peut être complété par la famille ou les soignants. Par ailleurs, il comprend quelques questions ouvertes, notamment les attentes du sujet vis-à-vis des traitements. Cet outil évalue le bien être psychologique, la santé physique, les activités quotidiennes, les relations sociales, les occupations, les finances et les symptômes. Il existe peu de données psychométriques [33,122].

II.3.4.2.5. The satisfaction with life domain scale(SLDS).

Il s'agit d'une échelle créée par Baker et Intagliata en 1981, pour évaluer l'impact d'un programme de prise en charge de patients souffrant de schizophrénie suivis en ambulatoire à New York. L'instrument mesure le degré de satisfaction éprouvée par un individu dans différents domaines de la vie dont il doit également définir l'importance. Il comprend seulement quinze items pourtant sur le logement, le voisinage, la nourriture, l'habillement, la santé, les relations sociales et familiales, la situation économique, les loisirs et l'accès aux soins. La somme des scores de satisfaction par items permet d'établir un score global de satisfaction.

II.3.4.3.Outils de mesure de qualité de vie spécifiques de la schizophrénie:

L'évaluation de la qualité de vie des patients souffrant de schizophrénie est un phénomène récent. Peu de questionnaires évaluant, chez ces patients, la qualité de vie dans ses aspects objectifs et subjectifs sont disponibles et validés.

Les premières applications de la notion de qualité de vie dans le champ de la santé mentale ont été marquées par les recherches de Lehman et al chez les patients présentant une schizophrénie, avec l'utilisation d'une échelle de satisfaction/insatisfaction concernant sept domaines de la vie quotidienne. Alors que la question de la faisabilité d'une évaluation de la qualité de vie subjective chez les patients souffrant de schizophrénie s'est longtemps posée, divers travaux ont montrés qu'une mesure adaptée était possible au sein de cette population.

Les questionnaires qui évaluent la qualité de vie des patients souffrant de schizophrénie sont essentiellement des hétéro-questionnaires qui présentent plus d'inconvénients que d'avantages. Ils apparaissent le plus souvent comme des échelles de santé, voire des index de performance appliqués parfois de manière abusive au concept de qualité de vie. Certains instruments de structure multidimensionnelle s'approchent du concept de qualité en incluant des items de satisfaction subjective, mais ils restent centrés sur les compétences ou l'adaptation sociale.

On essayera de présenter quelques outils spécifiques qui évaluent la qualité de vie des patients souffrant de schizophrénie.

II.3.4.3.1. The quality of life scale (QLS).

Il s'attache particulièrement à évaluer le syndrome déficitaire et ses conséquences sociales chez les patients ambulatoires souffrant de schizophrénie. Vingt et un items permettent de dégager trois scores se rapportant au fonctionnement intrapsychique, aux relations interpersonnelles, et aux capacités instrumentales ainsi qu'un score global. Il semble que ce questionnaire semi-structuré ne soit pas le plus pertinent pour évaluer la qualité de vie des patients souffrant de schizophrénie ; bien que certains auteurs, comme Simeoni et al, rapportent une bonne validité de l'instrument et précisent qu'il est particulièrement utilisé dans l'évaluation de l'efficacité du traitement neuroleptiques[33].

II.3.4.3.2. Quality of life check-list(QOL Check-list).

Cet outil a été élaboré aux Etats-Unis par Malm, May et Déncker en 1981, pour planifier la prise en charge et les thérapies des patients suivis en consultation. Il n'a pas été validé pour d'autres pathologies psychiatriques. Il est constitué de 93 items évalués par un cotateur entraîné après un entretien semi-structuré d'environ 1 heure. La cotation pour tous les domaines évalués est dichotomique : satisfait ou insatisfait. Les domaines évalués incluent : les loisirs, le travail, la réhabilitation, la dépendance économique, les relations sociales, l'éducation et la connaissance, la dépendance psychologique, l'expérience personnelle, le logement, les soins médicaux (psychiatriques et généraux) et la religion. Ses propriétés psychométriques ne sont pas rapportées de façon précise.

II.3.4.3.3. Le standardized social schedule(SSS).

C'est un instrument multidimensionnel créé par Clare et Cairns en 1978 pour évaluer le niveau d'inadaptation sociale de patients souffrant de schizophrénie, vivant en communauté et suivis seulement par leur médecin traitant. Selon Martin et Azorin, la stabilité des mesures n'est pas satisfaisante du fait de la structure même de l'échelle[122].

II.3.4.3.4. The satisfaction with living situation scale (SLSS).

C'est une échelle élaborée par Lehman, s'appliquant aussi aux patients souffrant de schizophrénie et vivant en communauté. Elle comprend dix items. Son analyse statistique n'est pas précise.

II.3.4.3.5. The schizophrenia quality of life scale (SQLS).

Elaboré par Wilkinson et al en 2000, c'est un auto-questionnaire, comportant trente items répartis en trois dimensions: une dimension psychosociale comportant quinze items, une dimension « motivation/énergie » avec sept items et une troisième de huit items « symptômes et effets secondaires ». La validité de structure de cet instrument serait moyenne.

II.3.4.3.6. The schizophrenia quality of life scale (SOL) .

C'est un questionnaire conçu par Martin et al en 2004 ; cet outil est constitué de 74 items répartis en 14 dimensions: vie professionnelle; vie affective et sexuelle; connaissance de la maladie; relations en général; satisfaction de vie; rapport aux médicaments; effet des médicaments sur le corps; vie quotidienne; relations familiales; avenir; sentiment de sécurité; loisirs; argent et autonomie. Le temps de passation est inférieur à 30mn.

L'échelle SOL, basée sur le point de vue du patient est un instrument valide, multidimensionnel, pertinent, de bonne acceptabilité, permettant d'évaluer les conséquences de la maladie sur la qualité de vie de patients souffrant de schizophrénie[141].

II.3.4.3.7. The quality of life self-report-100(QLS-100).

C'est un auto-questionnaire mesurant l'insatisfaction des sujets dans quatorze domaines de vie: le logement, l'environnement, les soins personnels et les tâches ménagères, l'accessibilité aux services publics, la culture et l'éducation, les contacts sociaux, la dépendance, les finances, les expériences intérieures, la religion, la santé psychique, la santé physique, le travail et les loisirs.

II.3.4.3.8. The schizophrenia quality of life (S-QoL).

C'est un auto-questionnaire développé par Auquier et al. En 2003 ; il permet d'évaluer la qualité de vie subjective des patients souffrant de schizophrénie : la S-QoL permet une mesure d'écart, en référence à l'approche de Calman selon laquelle la qualité de vie est la différence entre les attentes de la personne et ce qu'elle expérimente dans sa vie[142].

Cet instrument permet de mesurer l'impact de la schizophrénie sur la vie des individus par les individus eux-mêmes, et de suivre l'évolution de la maladie par sa capacité de sensibilité au changement.

Il s'agit d'un auto-questionnaire développé à partir d'entretiens réalisés auprès des patients avec un diagnostic de schizophrénie et qui présente de bonnes qualités métrologiques. L'échelle est un questionnaire de 41 items avec 08 sous-échelles (bien-être psychologique, l'estime de soi, la relation avec la famille, les relations avec les amis, la résilience, bien-être physique, l'autonomie et la vie sentimentale)[143].

Une autre échelle plus courte, la S-QoL -18 a été proposée par la même équipe, cette version est destinée à un usage plus répandu en pratique courante. L'échelle a été validée et présente de bonnes propriétés psychométriques. Le S-QoL 18 est constitué de 18 items qui évaluent huit dimensions : bien-être psychologique, estime de soi, relations avec la famille, relations avec les amis, résilience, bien-être physique, autonomie, vie sentimentale. Pour chaque domaine, un score est calculé variant de 0 (niveau le plus bas de qualité de vie) à 100 (niveau le plus élevé) ; un index global (calculé à partir d'une formule sur Excel) est disponible permettant une appréciation globale de la qualité de vie du patient[144].

C'est l'échelle que nous avons choisie pour réaliser notre étude ; les raisons de notre choix seront détaillées dans la partie pratique de notre travail.

II.3.5. Limites de l'évaluation de la qualité de vie.

Comme on vient de le voir, il existe de nombreux outils d'évaluation de la qualité de vie, certains génériques et d'autres spécifiques des troubles psychiatriques chroniques ou de la schizophrénie. Toutefois, plusieurs aspects de l'évaluation soulèvent des débats. Pour B.Falissard, c'est moins la subjectivité du paramètre évalué que son caractère multidimensionnel qui limite la validité scientifique de la mesure de la qualité de vie. La multitude d'éléments à prendre en compte pour estimer la qualité de vie d'un individu entraîne souvent une confusion quant au réel objet d'évaluation. En effet, à quel point les objets étudiés sont-ils représentatifs des buts, des valeurs existentielles et spirituelles d'un sujet ? En outre, cette imprécision est renforcée par le manque de cadre théorique sous-tendant le concept de qualité de vie[33].

Aussi est-il possible d'envisager la transcription d'une échelle déjà développée et validée dans un autre pays. Au-delà d'une simple traduction, il faut veiller cependant à une véritable adaptation culturelle. La traduction des questions doit s'efforcer d'obtenir une équivalence plus conceptuelle que littérale. Le travail d'adaptation culturelle est fondamental, tant il est évident que le contexte socioculturel conditionne en partie les valeurs accordées aux différentes dimensions explorées dans la qualité de vie.

II.4. Données actuelles sur la qualité de vie des patients souffrant de schizophrénie.

L'évaluation de la qualité de vie des patients représente actuellement un critère de jugement principal ou secondaire dans beaucoup d'essais cliniques ; il constitue un bon indicateur de l'efficacité d'un traitement.

L'objectif thérapeutique ne se limite pas actuellement à la réduction de la symptomatologie, mais aussi à améliorer la qualité de vie des patients.

Plusieurs études ont montré que la qualité de vie des patients souffrant de schizophrénie est abaissée par rapport à la population générale d'environ 6 à 24%. Elle serait équivalente à celle retrouvée chez les patients atteints de troubles bipolaires, et

supérieure à la qualité de vie des patients souffrant de dépression ou d'anxiété[133,145,146].

La littérature comprend de plus en plus, des publications s'intéressant aux corrélations existant entre la qualité de vie et les paramètres para-cliniques et cliniques.

II.4.1.Facteurs sociodémographiques.

La plupart des études ne retrouvent pas de corrélation entre les facteurs sociodémographiques et la qualité de vie des patients souffrant de schizophrénie. Ni le sexe[147,148], ni l'âge[145,147], ni le statut marital[145,148], ou le niveau d'éducation[149,150] ne sont liés à la qualité de vie. Seuls la situation financière et le niveau de ressources des sujets seraient corrélés positivement à leur qualité de vie[151,152]. Alors que pour le travail et le lieu de vie, les données divergent [145-151].

II.4.2.Facteurs cliniques.

La plupart des études ne retrouvent pas de corrélation entre l'âge et la qualité de vie. Par contre, le retard entre le début des troubles ou la durée longue des prodromes et le diagnostic, ainsi que la mise en place d'un traitement, seraient fortement liées à une qualité de vie abaissée. L'absence de personnalité prémorbide et une bonne adaptation avant l'apparition des troubles seraient liées à une meilleure qualité de vie[152-154]

Pour certains auteurs, la symptomatologie semble être positivement corrélée à la qualité de vie et au bien être[155]. Les patients souffrant de schizophrénie présentent fréquemment des symptômes dits négatifs (désintérêt, absence de motivation, etc.) ; l'intensité de cette symptomatologie est inversement corrélée à la qualité de vie [148,149,153,156]. Les symptômes positifs telles les idées délirantes, l'hostilité, l'agressivité, etc. interfèrent avec la qualité de vie. Très souvent, les signes psychotiques, notamment le délire, persistent sous une forme plus ou moins atténuée malgré les chimiothérapies. Ces symptômes délirants limitent les possibilités d'autonomie et d'interaction sociale de ces patients. Plusieurs auteurs sont d'accord, que les signes négatifs altèrent plus la qualité de vie que les signes positifs[147,148,152,157].

Les signes cognitifs, qu'ils soient liés à la pathologie schizophréniques ou secondaires aux traitements, n'interviennent pas de façon évidente sur la qualité de vie des patients souffrant de schizophrénie[146].

Les relations entre l'insight et la qualité de vie sont contradictoires dans la littérature. Ces différences peuvent s'expliquer par plusieurs facteurs, populations d'études différentes, instruments de mesures de l'insight et/ou de la qualité de vie très divers et souvent peu valides, facteurs de confusion. Les troubles des fonctions cognitives peuvent être aussi des facteurs de confusion[6]. Certains auteurs rapportent que les patients ayant un haut niveau d'insight ont une meilleure qualité de vie que les autres[133]. D'autres proposent que les patients ayant un faible insight surestiment leur qualité de vie en se considérant plus compétents sur le plan fonctionnel et social qu'ils ne le sont cliniquement, tandis que les patients présentant un fort insight auraient conscience des conséquences de leur maladie dans leur vie quotidienne[33].

L'impact des comorbidités somatiques, des troubles addictifs ainsi que les traits de personnalité sur la qualité de vie des patients atteints de schizophrénie restent peu connus[146].

Les troubles de l'humeur, notamment la symptomatologie dépressive qui s'avère être relativement prévalente chez les sujets souffrant de schizophrénie, peuvent avoir un retentissement important sur la qualité de vie de ces sujets. De part leur pathologie première et la symptomatologie dépressive, il est clair que ces deux facteurs peuvent renforcer une limitation du fonctionnement social et diminuer les capacités du patient à assumer son rôle au sein de la société, créant ainsi une majoration du handicap[122,157,158].

L'impact de la symptomatologie anxieuse sur la qualité de vie, des patients souffrants de schizophrénie, a fait l'objet de plusieurs études, qui ont affirmé la corrélation négative des symptômes anxieux avec la qualité de vie[5]. Mais dans la majorité des cas, ces études ont considéré l'anxiété comme symptôme et non pas comme un trouble comorbide avec la schizophrénie.

D'autres études se sont intéressées à la qualité de vie des patients souffrant de comorbidité schizophrénie et troubles anxieux. L'étude de Stefano Pallanti a montré des scores bas de qualité de vie chez les patients atteints de schizophrénie avec anxiété sociale par rapport à ceux sans anxiété sociale[159]. Goodwin [42] a retrouvé aussi des scores bas de qualité de vie chez les patients avec troubles paniques. Une autre étude réalisée en 2010 par Halis Ulaş [45] a montré que la comorbidité schizophrénie / trouble panique, avait un impact négatif sur la qualité de vie de ces patients. Fenton et McGlashan en 1986, ont constaté que les patients avec SOC étaient trois fois plus souvent décrits comme invalides par rapport aux patients sans SOC. Les patients souffrants d'une comorbidité avec un état de stress post-traumatique présentent une moins bonne estime de soi et une qualité de vie subjective faible[33].

Les paramètres cliniques les plus objectifs, comme le nombre d'hospitalisations [160], la durée d'hospitalisation ainsi que la durée de la maladie n'apparaissent pas clairement corrélés à la qualité de vie des malades[33,161].

II.5. Traitements.

Bien que l'amélioration de la qualité de vie des patients souffrant de schizophrénie constitue un bon outil d'évaluation de l'efficacité d'un traitement, on ne retrouve pas dans la littérature beaucoup d'études qui traitent de ce sujet.

Plusieurs publications rapportent que la qualité de vie des malades est améliorée après l'instauration d'un traitement neuroleptique ; cependant ni la posologie quotidienne ni la durée du traitement ne semblent clairement liées à la qualité de vie[148,149]. Les antipsychotiques atypiques, pour quelques auteurs, permettraient d'obtenir une meilleure habilité à participer à une réhabilitation psycho-sociale et amélioreraient ainsi la qualité de vie[153,162], alors que pour d'autres auteurs, le bénéfice obtenu par l'introduction d'un traitement par antipsychotique atypique de façon précoce dans l'évolution de la maladie et sa capacité à faciliter la réhabilitation restent encore à prouver[163]. Par contre, plusieurs études confirment que la présence d'effets secondaires indésirables et surtout extrapyramidaux, aurait un impact négatif sur la qualité de vie[148,149].

Il n'existe pas actuellement de preuves scientifiques de l'efficacité d'une intervention psychosociale sur l'amélioration de la qualité de vie des patients souffrant de schizophrénie, et ceci est dû à des difficultés méthodologiques. Seuls Atkinson et al. Retrouvent une amélioration supérieure de la qualité de vie chez les patients ayant bénéficiés d'un programme de psychoéducation par rapport à un groupe contrôle[33].

III.L'INSIGHT.

III.1.Introduction.

Le terme « Insight » définit, en anglais, la conscience du trouble. Or, ce terme n'a pas d'équivalent dans les langues latines et n'existe donc pas en tant que tel en français. Il est traduit en français de manière approximative tantôt par « conscience du trouble », tantôt par « introspection », « déni », « anosognosie ». Ces traductions dépendent du contexte dans lequel l'insight est utilisé, à savoir : « reconnaissance », « compréhension », « raison », « capacité », « jugement » ; « l'intelligence ». La signification de ces termes est différente selon les disciplines ; « déni » en psychanalyse, « la découverte soudaine de la solution d'un problème » en Gestalthérapie, « la capacité cognitive » et « théorie de l'esprit » en psychologie cognitive, l'anosognosie en neuropsychologie, ne représentent pas la même chose. Par exemple, l'anosognosie, introduite par Babinski, renvoie à une absence de connaissance de son hémicorps controlatéral à la lésion cérébrale alors que le déni et/ou l'introspection renvoient à des processus inconscients avec une connotation psycho-dynamique[164]. Le terme insight est réservé actuellement aux troubles mentaux et l'anosognosie à la pathologie neurologique.

Ce terme s'est généralisé depuis plusieurs années dans la littérature anglo-saxonne pour désigner la perception par le patient de sa maladie, sa clairvoyance au sujet de ses troubles. Il est aussi très utilisé aussi dans le monde du Marketing (black box) et fait référence à tous ces déterminants imperceptibles qui peuvent, entre autres, conditionner une vente. Le New Oxford English Dictionary donnera pour l'insight les équivalents suivants : une vue interne, avec les yeux de l'esprit, vision mentale, perception discernement, fait de pénétrer avec les yeux dans la compréhension de son caractère interne, nature cachée des choses, voir sous la surface, etc.

C'est un concept multidimensionnel utilisé initialement pour les pathologies psychotiques. Le manque d'insight est ainsi considéré comme faisant partie du tableau clinique de la schizophrénie, sans qu'il soit spécifique à cette pathologie. Cependant, on constate que certains patients atteints de schizophrénie peuvent avoir conscience de

la maladie, être capables d'analyser leurs symptômes et de comprendre la nécessité d'un traitement.

La prise en charge des patients souffrant de schizophrénie fait appel à l'amélioration de l'insight ; cela représente un enjeu majeur dans la mesure où l'inobservance, liée à un mauvais insight, augmente le risque de rechute et aggrave le pronostic de ces deux pathologies.

III.2. Evolution du concept de l'insight.

Dans les civilisations occidentales, le concept de l'insight, en tant que phénomène indépendant à explorer et à mesurer, semble s'être développé vers le milieu du XIXe siècle. Le climat intellectuel de l'époque explique en partie l'essor de ce concept. Effectivement, la pensée philosophique des XVIIIe et du XIXe siècle se recentre sur l'individu, ce qui permet d'avoir une certaine réflexion sur le Soi et sur les états mentaux subjectifs. Cette réflexion permet d'appréhender différemment la connaissance du Soi et donc son aspect pathologique qui est nommé « la folie ». Plusieurs écrits démontrent la naissance et l'évolution de ce concept en Allemagne. Pinel, rapporte des cas cliniques montrant que les patients conservent une certaine compréhension de leur maladie malgré un raisonnement altéré.

Au début du Xxe siècle, la conceptualisation de l'insight se poursuit et s'élargit, mais il subsiste une grande hétérogénéité des descriptions des différents aspects du « phénomène d'insight ». Par exemple, en Allemagne on parle de « Krankheitsbewusstsein » (conscience de la maladie), « Krankheitsgefühl » (sentiment d'être malade), et « Krankheitseinsicht » (conscience incluant des jugements plus complexes sur la maladie), d'autres classifications encore sont définies par Pick (1882), Arndt (1905), Aschaffenburg (1915) et Jaspers (1948). Jaspers, lui, distingue d'un côté la conscience d'un changement (krankheitsbewusstsein) et, de l'autre, les jugements portés sur ce changement (krankheitseinsicht)[164].

Le terme insight provient à l'origine de la clinique psychanalytique. Il a désigné dans un premier temps la prise de conscience des conflits et des mécanismes de défense à

l'œuvre dans la dynamique inconsciente de l'analysant, prise de conscience favorisée par les interprétations de l'analyste. Puis, ce terme insight a rendu compte plus généralement chez les patients de l'ensemble des processus de prise de conscience de ses propres états mentaux permettant secondairement une résolution du symptôme par associations libres. Il a été définitivement associé à la conscience qu'un patient pouvait avoir de son état pathologique[165].

Dans une conceptualisation plus récente de l'insight, Beck et al. Différencient l'insight cognitif de l'insight émotionnel. Le premier s'approcherait du rationalisme morbide mais rendrait compte aussi de processus internes qui agiraient afin de rendre cohérents des phénomènes internes vécus comme externes par les patients, comme les hallucinations. Le second correspondrait à l'opinion subjective qu'ils portent sur leurs troubles[165].

Les travaux récents sur l'insight (depuis une vingtaine d'années) sont allés chercher la conscience du trouble dans les populations de patients, essentiellement ceux atteints de troubles psychotiques, en essayant de mesurer cet élément essentiel au plus près de la clinique. Il s'agit d'études empiriques, qui ont nécessité la construction d'échelles pour la mesure de l'insight, ayant fait l'objet d'une analyse critique par I-S. Markova et G-E. Berrios. Ils soulignent également que l'insight n'est pas le même si on a affaire à des troubles psychotiques ou à des troubles obsessionnels compulsifs, à l'hystérie, la démence ou la dépression[166]. Ils différencient aussi l'insight en relation avec les symptômes et l'insight en relation avec la maladie. Des travaux plus récents, ceux de X.-F. Amador, ont élaboré une échelle de non-conscience du trouble, la SUMD (la scale to assess unawareness of mental disorder). Ces auteurs considèrent l'insight comme un phénomène multidimensionnel et distinguent plusieurs aspects :

- la conscience d'être malade.
- la conscience des différents symptômes.
- la conscience de nécessiter un traitement.
- la conscience des conséquences.
- l'attribution causale.

III.3. Les instruments d'évaluation de l'insight.

Différentes échelles ont été construites récemment. Nous rappelons ici les principaux instruments d'évaluation de l'insight et de la conscience du trouble mental :

- ITAQ : 11 items : conscience d'avoir une maladie mentale (cette maladie est nommée) et nécessité d'un traitement. Chaque item est coté 0 (absence d'insight) ; 1 (niveau moyen) ; 2 (bon insight). La validation est bonne, ainsi que la prédictivité, pour l'observance et le pronostic ;
- Insight Assessment Schedule (IAS) : conscience d'avoir une maladie mentale, observance thérapeutique, reconnaissance des idées délirantes et des hallucinations (dénomination des phénomènes pathologiques) ;
- SUMD : cette échelle a été la plus utilisée dans les recherches sur la schizophrénie et autres troubles psychopathologiques ;
- Insight Scale : autoévaluation avec 32 items. Réponses : oui/non, ne sait pas ; conscience d'avoir un trouble mental, intensité des symptômes psychotiques, connaissance de soi ;
- Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) : un seul item, le G12, évalue l'insight avec un score situé entre 1 et 7, un très faible niveau d'insight étant coté 7 ;
- Scale of Functioning (SOF) « 34 » : l'item 12, évalue l'insight en tant que conscience de soi ;
- Scale for Assessment for Negative Symptoms (SANS);
- Présent State Exam (PSE) de Wing : l'item 104 concerne l'insight, coté de 0 à 3, de bon niveau d'insight à absence totale ;
- Subjective Experience of Negative Symptoms (SENS)[167].
- Echelle de MARKOVA et al 2003. C'est l'échelle qu'on a choisi pour réaliser notre travail. Elle a été traduite en arabe par Pr A.Belaid et al[168] (voir chapitre partie pratique).

III.4. Insight et schizophrénie.

Les cliniciens confrontés aux patients souffrant de schizophrénie ont toujours considérés comme partie intégrante de la maladie, l'incapacité de certains patients de pouvoir reconnaître leurs troubles. Le DSMIV-TR considère désormais que le manque

d'insight dans cette pathologie est une manifestation de la maladie qui doit être considérée comme un symptôme propre du spectre schizophrénique. L'insight est inclus aussi dans les critères diagnostiques du trouble obsessionnel-compulsif (TOC), et la littérature récente a vu se développer des recherches sur des patients atteints de troubles mentaux aussi divers que la dysmorphophobie ou les troubles bipolaires. Donc, on ne peut pas considérer que l'insight est spécifique aux troubles schizophréniques.

L'insight est une dimension essentielle de la psychopathologie qu'il convient d'évaluer car elle est en lien direct avec l'alliance thérapeutique, l'observance du traitement, la probabilité de rechute et le pronostic.

Des auteurs se sont penchés sur les hypothèses d'altération de l'insight chez les patients atteints de schizophrénie. Selon Birchwood[169], il existerait au moins quatre modèles d'explication du déficit de l'insight chez ces patients :

- un modèle psycho-dynamique impliquant un déni de la maladie comme mécanisme de défense.
- un modèle neuropsychologique impliquant un déficit de la conscience du trouble comparable à l'anosognosie neurologique.
- l'hypothèse clinique : le trouble de l'insight est un symptôme primaire lié directement à la maladie mentale.
- le modèle cognitif : l'insight résume un ensemble d'attributions et de croyances concernant les symptômes mentaux.

Le modèle d'Amador et al.[170,171] est considéré actuellement comme le modèle de référence en clinique et en recherche pour appréhender la notion de l'insight dans la schizophrénie et les troubles psychotiques en général. Ces auteurs ont proposé une approche continue et multidimensionnelle de l'insight où deux principales dimensions sont envisagées (figure4):

- la prise de conscience de la symptomatologie de la maladie: le trouble de prise de conscience de la maladie est défini par les auteurs comme un défaut d'agrément entre le jugement que le sujet porte à sa condition et celui qui est

émis par le praticien. Cette prise de conscience concerne quatre dimensions qui sont les suivantes:

- Le trouble mental.
 - Les effets du traitement.
 - Les conséquences sociales de la maladie.
 - Les signes et symptômes spécifiques (par exemple les hallucinations, l'émoussement affectif, etc.)
- Le déficit d'attribution des symptômes renvoie quant à lui au fait que le patient n'envisage pas un trouble mental comme étant à l'origine de ceux-ci.

Dans leur modèle, les auteurs ont également envisagé une dimension temporelle en dichotomisant l'insight de la symptomatologie actuelle de celui relatif à l'histoire passée de la maladie. Les auteurs pensent que l'insight peut évoluer dans le temps[165].

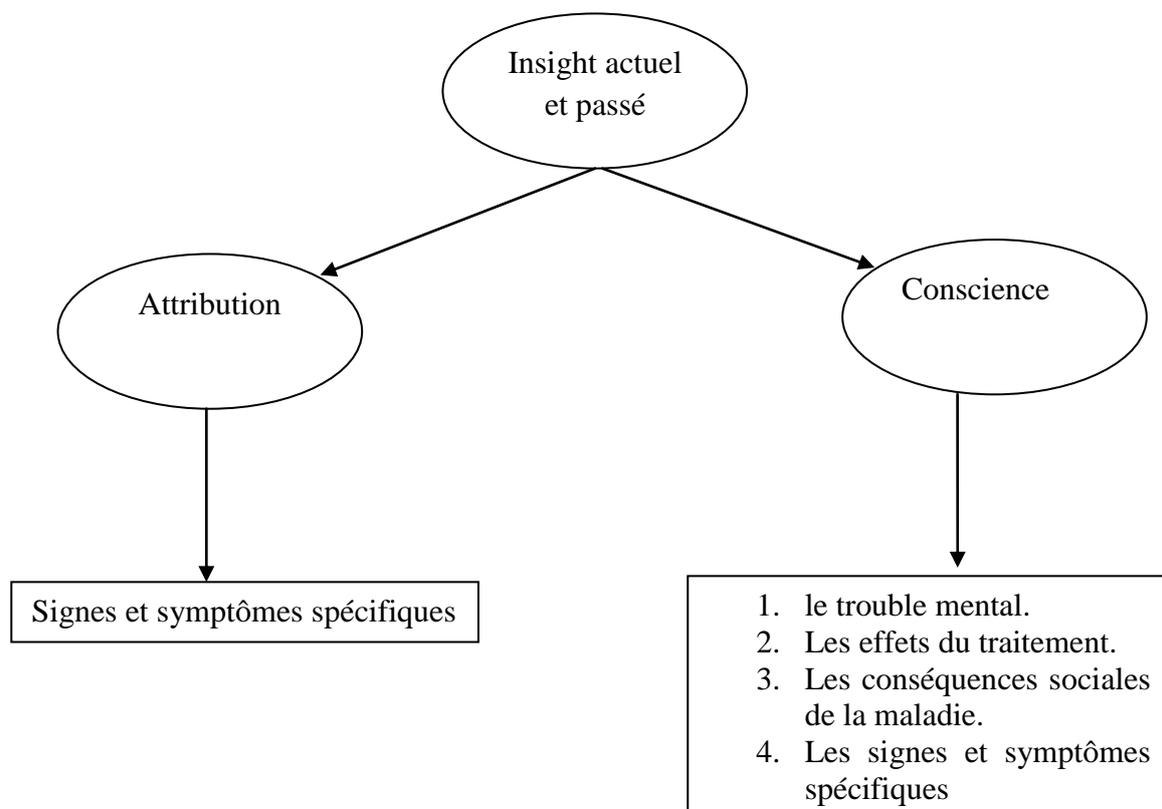


Figure 4: Modèle d'Amador et al.

La schizophrénie est l'entité psychiatrique dans laquelle la conscience des troubles (ou insight) est la plus fréquemment altérée. Entre 50 et 80% des sujets atteints de schizophrénie présentent un déficit dans la conscience de la maladie.

Parmi les études qui confirment cette hypothèse, est celle réalisée par l'organisation mondiale de la santé sur la schizophrénie (Carpenter)[172]: the international pilot study in schizophrenia), ainsi que l'étude de Wilson[173], qui ont conclu que le mauvais insight représentait la dimension la plus fréquente, la moins variable, stable et identifiable à travers les cultures, par rapport aux autres symptômes de la schizophrénie.

Une étude plus récente réalisée par Amador et al.[174] a objectivé que le mauvais insight est plus fréquent chez les patients souffrant de schizophrénie que ceux atteints de trouble schizo-affectif ou de dépression avec signes psychotiques. Les auteurs ont confirmé aussi partiellement que l'insight était associé à l'augmentation de la suicidalité. Un comportement ou des idéations suicidaires récurrentes étaient le fait de patients atteints de schizophrénie plus conscients de leurs symptômes négatifs.

Selon Markova et al., qui ont réalisé une analyse de la littérature concernant les études sur l'insight, les données sont extrêmement contradictoires et ne peuvent aboutir à des résultats fiables[175]. Plus particulièrement, ils ont retrouvé des contradictions concernant la corrélation entre l'insight et le pronostic, la sévérité, l'observance thérapeutique, le quotient intellectuel, l'âge de début, les troubles neuropsychologiques et la dilatation ventriculaire.

Schwartz[176] a montré dans une étude ouverte qu'un bon insight est corrélé à l'observance, aux résultats thérapeutiques, à la brièveté des hospitalisations, à une meilleure adaptation, à un meilleur fonctionnement global, à une meilleure conscience de soi et à moins de symptômes psychiatriques. Pour ce qui est des symptômes, l'insight était significativement corrélé avec la symptomatologie positive (plus les symptômes positifs présentent des scores élevés à la PANSS, plus l'insight est pauvre à la SUMD), et non à la symptomatologie négative, l'échelle de psychopathologie générale, ou le fonctionnement global[177].

Plusieurs auteurs ont émis l'hypothèse selon laquelle l'insight est relativement stable dans le temps. Cependant, d'autres auteurs ont infirmé cette hypothèse en montrant que les patients schizophrènes présentaient une amélioration de leur conscience des troubles dans le temps entre l'hospitalisation et la sortie en suivi ambulatoire.

III.5. Insight, qualité de vie et schizophrénie.

Les données de la littérature concernant la relation entre ces deux variables, l'insight et la qualité de vie chez les patients souffrant de schizophrénie sont contradictoires. Certains auteurs postulent qu'un niveau de conscience altéré nuirait au fonctionnement psychosocial du sujet, appauvrissant sa qualité de vie. À l'opposé, d'autres études montrent que la non-conscience de la pathologie serait à l'origine d'une surestimation du niveau de qualité de vie auto-rapportée malgré l'appauvrissement manifeste des conditions de vie. Enfin, quelques travaux concluent à une absence de relation entre conscience de la maladie et niveau de qualité de vie[177]. Ces discordances peuvent être expliquées par plusieurs facteurs, entre autres, les populations d'études différentes, la difficulté d'évaluer ces deux variables, aussi bien dans le choix de l'instrument que le moment d'évaluer ces patients et la présence de troubles des fonctions cognitives qui peuvent représenter des biais de confusion.

Une étude récente a été réalisée par C.Lancon et al.[6] qui ont évalué l'insight et la qualité de vie d'une population de patients souffrant de schizophrénie, en utilisant la SUMD pour la première variable et la SQoL pour la seconde. Ils ont conclu que la conscience du trouble est l'aspect de l'insight le plus spécifiquement associé avec une mauvaise qualité de vie subjective. Les patients ayant une conscience du trouble schizophrénique plus élevée se sentent moins autonomes, moins indépendants, moins libres d'agir et de prendre des décisions, que ceux qui ont un niveau de conscience plus faible.

MATERIELS ET METHODES

I.1 Objectifs.

I.1.1. Objectif principal.

Déterminer la fréquence des troubles anxieux dans une population de patients atteints de schizophrénie, suivis au niveau du service de psychiatrie du CHU Tlemcen.

I.1.2. Objectifs secondaires.

1. Comparer les caractéristiques cliniques et sociodémographiques, des patients souffrant de comorbidité schizophrénie et troubles anxieux avec ceux sans troubles anxieux.
2. Evaluer la qualité de vie et l'insight des patients atteints de cette comorbidité.
3. Déterminer les facteurs pouvant influencer la qualité de vie et l'insight des patients souffrant de cette comorbidité
4. Rechercher la corrélation entre la qualité de vie et l'insight.

I.2. Méthode.

I.2.1 Design de l'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive transversale, évaluant les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des patients souffrant de comorbidité " schizophrénie et trouble anxieux ", suivis en consultation, au niveau du CHU.Tlemcen entre 2010 et 2012.

I.2.2. Population.

Cent patients remplissant les critères DSMIV-TR de schizophrénie sont inclus dans l'étude après avoir donné leur consentement.

Critères d'inclusion :

- Les patients répondant aux critères du DSMIV-TR de schizophrénie.
- Agés entre 17 et 65ans.

- Suivis au niveau du service de psychiatrie du C.H.U depuis au moins une année et habitant à TLEMCEN.

Critères de non inclusion:

La présence d'une pathologie organique ou neurologique, une déficience mentale, ou présence de signes déficitaires (cognitifs) importants pouvant gêner l'évaluation de ces patients (capacités cognitives du patient laissées à l'appréciation de l'investigateur).

I.3.Outils d'évaluation.

I.3.1. Outil d'évaluation principal.

Notre objectif principal est d'évaluer la fréquence des troubles anxieux dans la population décrite précédemment. Pour réaliser cet objectif, on a choisi d'utiliser le MINI (MiniInternational Neuropsychiatric Interview, French Version 5.0.0). qui nous permet à la fois de confirmer le diagnostic de schizophrénie et de rechercher l'existence de troubles anxieux dans cette population.

Le MINI est un entretien structuré d'une durée de passation brève (moyenne 18.7min) s'appuyant sur un questionnaire permettant au clinicien d'élaborer les diagnostics des principaux troubles psychiatriques selon l'axe I du DSM-IV. Il a été construit en 1992 par Lecrubier et al. pour la version française puis validé en langue anglaise par Sheehan et al. en 1998. Il est composé de plusieurs modules, chaque module correspond à une catégorie diagnostique. Les principaux diagnostics psychiatriques sont évalués, nous nous sommes intéressés en particulier aux modules E ,F,G,H,I,O pour les troubles anxieux et le module L pour les troubles psychotiques. Ces informations permettent une évaluation catégorielle standardisée.

Sachant que c'est un questionnaire basé sur un entretien structuré, nous n'avons pas jugé nécessaire la traduction de cet outil en langue arabe. Cependant afin d'éviter des biais de mesure, les entretiens ont été réalisés par le même évaluateur.

I.3.2. Outils d'évaluation secondaires.

I.3.2.1.Echelle de qualité de vie S-QoL18.

La qualité de vie des patients souffrant de schizophrénie est évaluée par un auto-questionnaire Schizophrenia-Quality of Life (S-QoL). La S-QoL est une mesure d'écart par rapport aux attentes du patient selon le point de vue de Calman selon laquelle la qualité de vie est la différence entre les attentes de la personne et ce qu'elle expérimente dans sa vie.

Une première version de 97 items a été validée, puis des versions plus courtes ont été élaborées.

La S-QoL18 est une version courte de la S-QoL41. La version courte a été validée par Laurent Boyer et al[144]. Il s'agit d'un questionnaire développé à partir d'entretiens réalisés auprès de patients avec un diagnostic de schizophrénie. L'échelle présente de bonnes qualités métrologiques.

La S-QoL18 comporte 18 questions, réparties en huit domaines : bien-être psychologique (items 16,17 et 18), estime de soi (items 1 et 4), relations avec la famille (items 10 et 11), relations avec les amis (12 et 13), résilience(items 2,3 et 7), bien-être physique (8 et 9), autonomie (items 5 et 6), vie sentimentale (items 14 et 15). Pour chaque domaine, un score est calculé (à partir d'une formule sur Excel), variant de 0 (niveau le plus bas de qualité de vie) à 100 (niveau le plus élevé). Un index global (calculé à partir d'une formule sur Excel) est disponible permettant une appréciation globale de la qualité de vie du patient. Plus le score est élevé, meilleure est la qualité de vie.

L'échelle a été traduite et corrigée en arabe littéraire par des professeurs en psychologie de la faculté des sciences humaines, département de psychologie de Tlemcen. A notre connaissance l'échelle n'est pas encore validée en langue arabe.

Notre choix s'est porté sur cette échelle à version courte, dont le temps de passation ne dépasse pas les 30mn, ce qui permet d'éviter les biais dans les réponses des patients causés par les troubles de la concentration et de l'attention.

I.3.2.2. La Positive And Negative Syndrome Scale de Kay et al.(PANSS).

L'échelle a été initialement conçue comme une adaptation de deux instruments d'évaluation : la BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) et la Psychopathology Rating Schedule (Singh et Kay, 1975).

La PANSS a été traduite en 1989 par Lépine. C'est une échelle à 30 items, cotés de 1 (absent) à 7 (extrême), qui évaluent les symptômes psychopathologiques observés chez des patients présentant des états psychotiques, particulièrement la schizophrénie. Elle permet de calculer les scores de trois dimensions : symptômes positifs (7 items), symptômes négatifs (7 items) et psychopathologie générale (16 items). Outre cette cotation dimensionnelle, il est possible également d'évaluer le patient selon une typologie catégorielle (diagnostics de sous-types) qui permet ainsi de distinguer les formes positives, négatives et mixtes de la schizophrénie. Son utilisation est particulièrement indiquée pour déterminer un profil psychopathologique, rechercher les éléments pronostiques d'une évolution et évaluer l'efficacité de diverses stratégies thérapeutiques. Elle a fait l'objet de nombreuses études et sa validité et sa fiabilité ont été démontrées.

La cotation des items repose, selon les symptômes, sur les éléments verbaux rapportés durant l'entretien, les manifestations physiques et comportementales observées, ainsi que les éléments de fonctionnement rapportés par l'équipe soignante ou la famille. Un entretien semi-structuré (SCI-PANSS), utilisable avec le manuel de cotation, assure une meilleure fiabilité du recueil des éléments cliniques.

Les scores correspondant aux trois échelles sont obtenus en additionnant les scores des différents items constitutifs de ces échelles. L'étendue des scores possibles est donc de 7 à 49, pour l'échelle Positive ainsi que pour l'échelle Négative, et de 16 à 112 pour l'échelle de Psychopathologie Générale. Une échelle Composite peut également être cotée en soustrayant le score négatif du score positif et l'on obtient ainsi un indice bipolaire pouvant aller de - 42 à + 42. Il est également possible de convertir ces scores bruts en percentiles selon les normes provisoires données par les auteurs de cette échelle. Le système le plus largement utilisable de cotation fait appel au score

différentiel de l'échelle Composite. Les patients dont le score à cette échelle est positif appartiennent au "sous-type Positif", et ceux dont le score est négatif au "sous-type Négatif".

I.3.2.3. Echelle "IS de Markova".

L'Insight Scale "IS de Markova et al. est un questionnaire d'autoévaluation comportant 30 affirmations pour lesquelles le sujet doit indiquer s'il est d'accord ou non. Il s'agit d'une évaluation multidimensionnelle de l'insight, qui explore les aspects symptomatologiques, l'observance thérapeutique ainsi que la dimension psychosociale. Révisée et validée par ses auteurs en 2003, aucun score-seuil n'a été établi. Un score de 30 indique un insight complet alors qu'un score de 0, une absence totale d'insight[178].

L'échelle a été validée en langue arabe par le Pr A.BELAID de l'EHS Cheraga Mahfoud Boucebci.

I.4. Collecte et exploitation.

Le recrutement des patients s'est effectué au niveau de la consultation psychiatrique, par les médecins résidents et spécialistes. La collecte des informations a été réalisée grâce à un questionnaire conçu pour cette étude. Les questionnaires ont été remplis par les médecins qui recrutaient les patients, et par l'investigateur principal.

Le codage des maladies a été fait selon la classification internationale des maladies CIM10, pour les affections somatiques et DSMIV-TR pour les troubles psychiatriques. Le logiciel SPSS17, a été utilisé pour la saisie, la correction et l'analyse des données.

I.4.1. Questionnaire de l'étude.

Un questionnaire a été élaboré visant à rechercher les informations suivantes dans notre population d'étude:

1. Identification du patient: initiale du nom et du prénom, âge, sexe, domicile, etc.
2. Situation sociale et familiale: statut marital, nombre d'enfants, profession etc.
3. Antécédents: familiaux et personnels (somatiques, psychiatriques et toxiques).
4. Troubles psychiatriques:

- Schizophrénie: âge et mode de début, première consultation, nombre d'hospitalisations, nombre de rechutes, sous-type de schizophrénie, nombre de tentatives de suicide, traitements reçus.
- Troubles anxieux: type du trouble selon le DSMIV, âge et mode de début, facteurs déclenchant, traitements reçus.

I.5. Déroulement de l'étude.

L'étude a été réalisée au niveau du service de psychiatrie du centre hospitalo-universitaire de Tlemcen. Tlemcen est une wilaya située dans le Nord Ouest algérien, s'étend sur une superficie de plus de neuf mille (9000) km² répartie sur cinquante trois commune et compte une population d'environ un million trois cent trente deux habitants selon le dernier recensement. Elle dispose d'un seul service de psychiatrie situé au niveau du centre hospitalo-universitaire, d'une capacité de 35 lits, il est constitué d'une unité d'hospitalisation (22 lits pour les hommes et 13 lits pour les femmes) ; une unité de consultation avec quatre bureaux, recevant une moyenne de quatre vingts patients par jour et une petite unité d'urgences psychiatriques avec un bureau et une salle de soins.

Les patients inclus dans l'étude ont été recrutés (tous venant) au niveau de l'unité de consultation du service de psychiatrie du CHU. Tlemcen entre 2010 et 2012. Le recrutement a été fait par les médecins qui assurent la consultation, après une première évaluation par le MINI version 5.00, pour confirmer le diagnostic de schizophrénie.

Tous les patients ont bénéficié d'une information précise concernant l'étude, ses buts, la garantie de leur anonymat, ainsi que la possibilité d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Les médecins qui ont fait les recrutements étaient tenus de remplir les questionnaires conçus pour cette étude.

Une deuxième évaluation est faite par l'investigateur principal qui a fait passer à tous les patients inclus dans l'étude le MINI (à la recherche de troubles anxieux) et la PANSS. La procédure de passation a été identique pour chaque patient et l'évaluateur a toujours été le même (l'investigateur principal : l'auteur de la thèse).

Dans un troisième temps les patients ont rempli les deux auto-questionnaires traduits en arabe: échelles S-QoL et IS de Markova. Les patients ont eu la possibilité de se faire aider pour répondre aux questions, par leurs accompagnateurs ou une personne du service (infirmier ou psychologue) qui ne font pas partie de l'équipe qui a réalisé ce travail. (tous les questionnaires ont été remplis le même jour).

I.6. Analyse des données statistiques.

Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS17. Les résultats ont été exprimés en pourcentages pour les variables qualitatives et exprimés en Moyennes \pm écarts-types de la moyenne pour les variables quantitatives.

Pour la comparaison, nous avons utilisé le test du Chi Deux [χ^2] et en cas de besoin, le test exact bilatéral de Fisher pour la comparaison des pourcentages et le test de Student [t] et l'ANOVA pour la comparaison des moyennes. Le coefficient de corrélation R de Pearson a été utilisé pour le croisement de deux variables quantitatives.

Dans un premier temps on a procédé à une analyse descriptive de notre échantillon. Puis on a comparé les variables des deux groupes de patients, ceux avec trouble anxieux et ceux sans trouble anxieux en comorbidité. Les variables ayant une signification \leq à 0,25 dans l'analyse bi-variée ont été inclus dans un modèle d'analyse multi-variée type régression logistique, à la recherche des facteurs exposants aux risques de développer un trouble anxieux.

Dans un deuxième temps on s'est intéressé aux patients avec troubles anxieux. Une analyse a été effectuée, dans laquelle les scores moyens des dimensions de la S-QoL ont fait l'objet d'une analyse bi-variée, par croisement avec les variables sociodémographiques et cliniques. Une corrélation bi-variée entre la qualité de vie et les scores obtenus à la PANSS a aussi été réalisée. Ensuite, nous avons effectué une analyse multi-variée type régression logistique, en incluant les variables ayant une signification \leq à 0,25 en analyse bi-variée. Cette analyse, visait à déterminer les facteurs les plus incriminés dans l'altération de la qualité de vie de ces patients.

Les mêmes analyses de la qualité de vie (S-QoL), ont été effectuées pour l'insight (l'échelle IS de Markova).

Puis on a étudié la corrélation entre ces deux variables qualité de vie(S-Qol) et insight (IS de Markova) (Figure 5).

Le seuil de signification a été fixé, pour toutes les analyses, à une valeur de p inférieure à 0,05.

Figure 5 schémas d'analyse statistiques des données

Echantillon de 100 patients atteints de schizophrénie

Description de la population



Deux groupes de patients

SX avec troubles anxieux

SX sans troubles anxieux

Comparaison entre les deux groupes

Analyse bi-varié

- Sociodémographiques
- Facteurs cliniques
- PANSS
- Qualité de vie(SQol)
- Insight (IS Markova)

Analyse multi variée

Patients avec troubles anxieux en comorbidité

Facteurs influençant la qualité de vie

Analyse bi-variée  Facteurs sociodémographiques
Facteurs cliniques
PANSS

Analyse multi variée

Facteurs influençant l'insight

Analyse bi-variée  Facteurs sociodémographiques
Facteurs cliniques
PANSS

Analyse multi-variée

Corrélation entre la qualité de vie et l'insight

RESULTATS.

I.Description de la population.

Notre échantillon est constitué de cent patients suivis pour schizophrénie, depuis plus d'une année. Il nous a semblé intéressant de faire une description sociodémographique et clinique de notre échantillon avant de comparer les deux groupes.

I.1.Caractéristiques sociodémographiques.

Tableau 1 :

Données sociodémographiques des patients (inclus dans l'étude) suivis pour schizophrénie "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".

		Effectifs (N=100)	Pourcentage (%)
Sexe	Homme	86	86
	Femme	14	14
Tranche d'âge	15 à 25ans	13	13
	26 à 35ans	47	47
	36 à 45ans	29	29
	46 à 55ans	9	9
	56 à 65ans	2	2
Statut marital	Célibataire	69	69
	Marié(e)	25	25
	Divorcé(e)	5	5
	Veuf(ve)	1	1
Nombre d'enfants	0	76	76
	1Enfant	10	10
	2 Enfants	7	7
	3 Enfants	2	2
	4 Enfants	2	2
	5 Enfants	2	2
	6 Enfants	1	1
Vie familiale	Seul(e)	3	3
	Avec époux (se) et/ou enfants	11	11
	Chez les parents	78	78
	Avec des frères ou sœurs	7	8
	Autres	1	1
Zone d'habitat	Commune de Tlemcen	67	67
	Hors commune	33	33

La moyenne d'âge de nos patients est de 34,7ans, l'écart type est de 8,9, le plus jeune est âgé de 20ans, le plus vieux est âgé de 59ans.

La répartition selon les tranches d'âge, montre que 47% des patients sont âgés entre 26 et 45ans (tranche d'âge majoritaire) suivis par les 36-45 ans (29%), et seul 2% sont âgés de plus de 56ans et 13% ont moins de 25ans (Tableau.1).

86% des sujets sont de sexe masculin et 14% sont des femmes. Une nette prédominance masculine avec un sexe ratio de 6,14. 67% sont originaires de la commune de Tlemcen et 23% sont originaires des autres communes. Environ 70% sont célibataires, seuls 25% sont mariés et le reste sont soit divorcés ou veuf (ve)s. La plupart (85%) vivent toujours avec leur parents ou leur frères et sœurs, seuls 11% vivent avec leurs époux (ses) et/ou avec leurs enfants et 3% seulement vivent seuls (tableau1).

Tableau 2 :
Situation professionnelle et niveau d'instruction des patients (inclus dans l'étude) suivis pour schizophrénie "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".

		Effectifs (N=100)	Pourcentage (%)
Niveau d'instruction	Jamais scolarisé	4	4
	Élémentaire	16	16
	Moyen	38	38
	Secondaire	27	27
	Universitaire	13	13
	Formation professionnelle	2	2
Situation professionnelle	Function libérale	39	39
	Fonction publique	14	14
	Étudiants	3	3
	Sans profession	34	34
	MLD	9	9
	Autres	1	1
Est ce qu'il travaille toujours	Oui	35	35
	Non	65	65
Revenu mensuel en DA	< 10000	20	20
	10000 - 20000	18	18
	20000 et 30000	9	9
	Entre 30.000 et 40.000	8	8
	Aucun	38	38
	inconnu	7	7

MLD: maladie longue durée. DA: Dinar Algérien

Seuls 34% n'ont aucune activité professionnelle, 14% travaillent dans la fonction publique comme enseignant, agent de bureau ou agent de sécurité. 39% sont des commerçants ou travaillent chez des particuliers. 9% sont en maladie longue durée et 3% sont des étudiants. Seuls 1/3 des patients travaillent toujours, le reste est soit au chômage ou en maladie longue durée. Plus du 1/3 des patients ne perçoivent aucun salaire et seulement 17% ont un salaire compris entre 20000 et 40000DA qui est considéré comme un salaire moyen. 13% sont des universitaires, 4% n'ont jamais été à l'école et plus du 1/3 ont dépassé l'école élémentaire sans pouvoir atteindre l'école secondaire (tableau 2).

I.2. Caractéristiques cliniques.

Tableau 3:

Répartition en fonction des antécédents et nombre d'hospitalisations des patients (inclus dans l'étude) suivis pour schizophrénie "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".

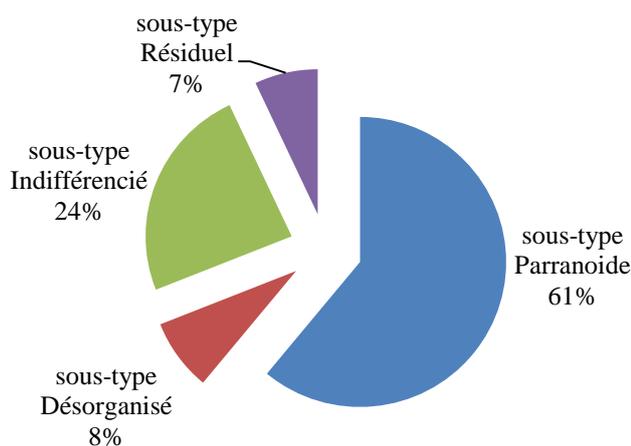
		Effectifs (N=100)	Pourcentage (%)
Antécédents familiaux somatiques	Oui	69	69
	Non	31	31
Antécédents familiaux psychiatriques	Troubles psychotiques	28	28
	Troubles d'allure dépressive	1	1
	Troubles dépressifs récurrents	4	4
	Déficiência mentale moyenne	2	2
	Sans antécédents.	65	65
Antécédents personnels médicaux	Oui	11	11
	Non	89	89
Antécédents personnels chirurgicaux	Oui	06	06
	Non	94	94
Habitudes toxiques	Oui	64	64
	Non	36	36
	Prise occasionnelle	3	3
	Dépendance	47	47
	Abus	14	14
Age de la première consultation (ans)	< 10 ans	2	2
	10- 20	27	27
	20- 30	60	60
	30- 40	11	11
Nombre d'hospitalisation	0	24	24
	1	30	30
	2	21	21
	Plus de 2	25	25

La plupart des patients (70%) ont des antécédents familiaux d'affections somatiques ou psychiatriques. Dans notre étude on a recherché les antécédents familiaux chez les parents de premier degré. 28% souffraient de diabète dont 23% non insulino-dépendant. 16% sont suivis pour hypertension artérielle. 1/3 des patients ont des antécédents psychiatriques chez les parents du premier degré. 28% de troubles psychotiques, 5% de troubles d'allure dépressive. Ces informations sont recueillies auprès des patients et de leurs accompagnateurs qui sont souvent des parents ou conjoints (tableau 3).

11% des patients souffraient de pathologies somatiques en plus de leur problème psychiatrique. Seul 6% de nos patients présentaient des antécédents chirurgicaux. Plus du 2/3 présentaient des habitudes toxiques. Plus de la moitié fumaient du tabac, 25% utilisaient d'autres drogues dont 14% ont consommé au moins une fois du cannabis. Par contre on n'a pas retrouvé dans notre échantillon l'utilisation de drogues dures ; ceci est probablement dû au prix très élevé et au manque de disponibilité de ces produits. Presque la moitié des patients présentaient une dépendance essentiellement au tabac et au cannabis (tableau 3).

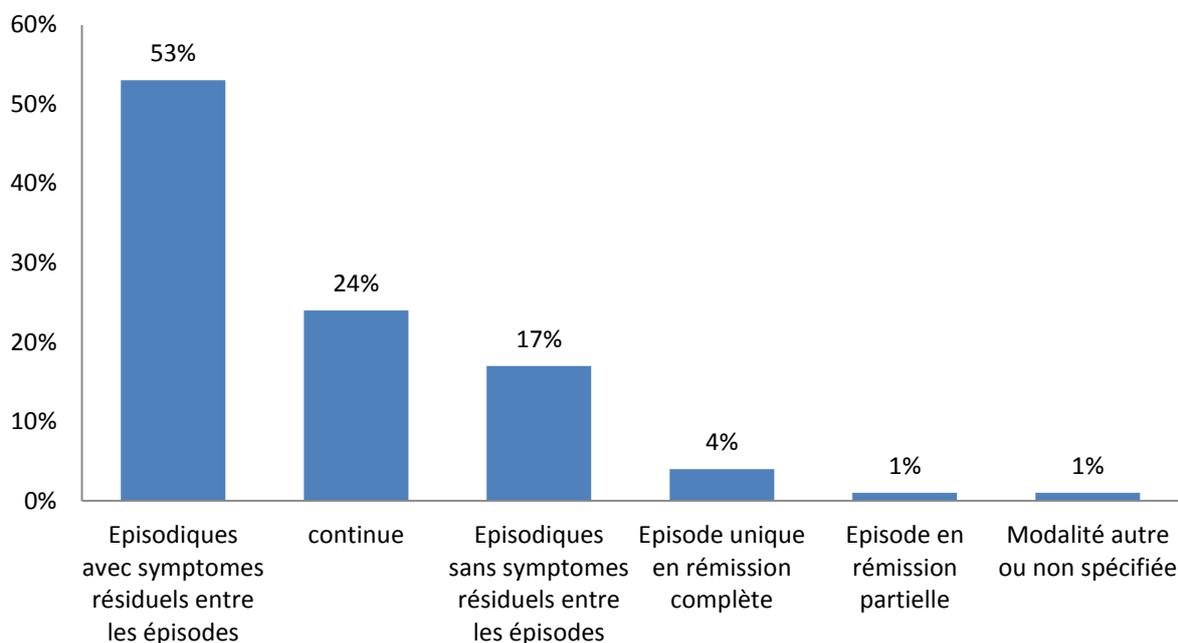
1/4 de nos patients ont bénéficié d'une première consultation en psychiatrie avant l'âge de 20ans et plus de 60% entre 20-30 ans et environ 10% ont eu un premier contact avec la psychiatrie après l'âge de 30ans. 1/4 n'ont jamais été hospitalisés et 1/4 comptent plus de deux hospitalisations ; le reste est répartie entre une à deux hospitalisations (tableau3).

Figure 6 Répartition en fonction du sous-type de schizophrénie des patients inclus dans l'étude "service de psychiatrie CHUT 2010-2012"



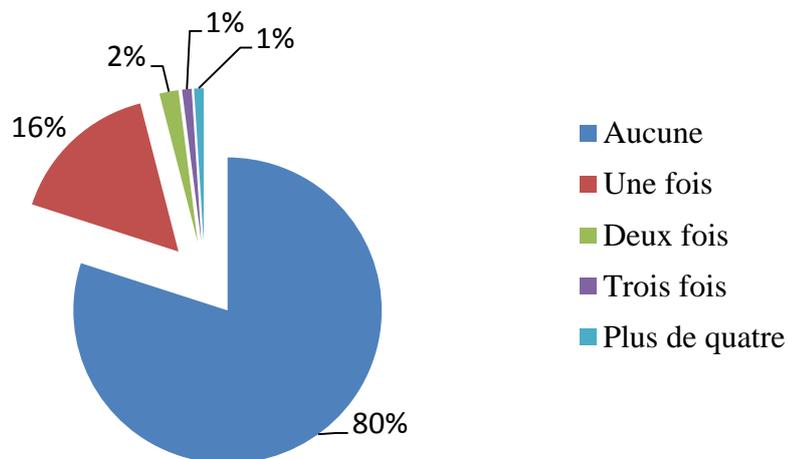
On note dans notre échantillon une nette prédominance du sous-type paranoïde avec 61%, vient en deuxième position le sous-type Indifférencié avec 24%, puis 8% et 7% pour le sous-type désorganisés et résiduelle (Figure 6).

Figure 7 Répartition en fonction de l'évolution des troubles des patients atteints de schizophrénie "service de psychiatrie CHUT 2010-2012"



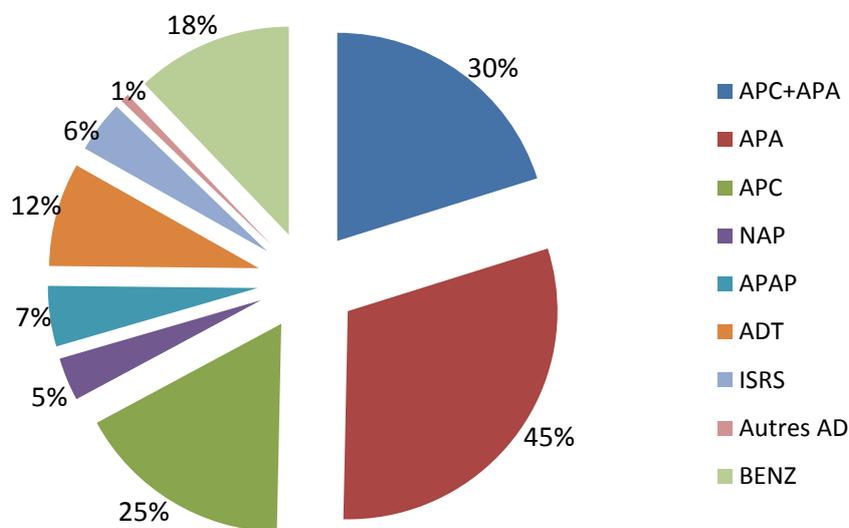
Plus de la moitié de nos patients présentaient une évolution épisodique avec symptômes résiduels entre les épisodes, 24% présentaient une évolution continue, 17% sous forme épisodique sans symptômes résiduels entre les épisodes, 4% ont présenté un épisode unique en rémission complète et un seul cas d'évolution épisodique en rémission partielle (Figure 7).

Figure 8 Répartition selon le nombre de tentative de suicide des patients atteints de schizophrénie "service de psychiatrie CHUT 2010-2012"



20% des patients ont fait au moins une tentative de suicide au cours de l'évolution de leur trouble (figure 8).

Figure 9 Répartition en fonction du traitement des patients suivis pour schizophrénie "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".



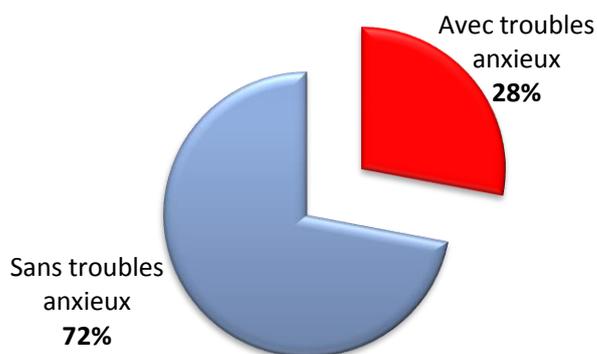
APC: antipsychotique classique; APA: antipsychotique atypique; NAP: neuroleptique d'action prolongé; APAP: antipsychotique d'action prolongé; ADT: antidépresseur tricyclique; ISRS: inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine. AD: antidépresseur; Benz : benzodiazépine

Les deux tiers des patients étaient soit sous antipsychotiques classiques ou atypiques (25% sous antipsychotiques classiques et 45% sous atypiques) et le 1/3 est sous l'association des deux. Seuls 7% des patients étaient sous antipsychotiques atypiques à action prolongée et 5% sous neuroleptiques à action prolongée.

18% des patients étaient sous antidépresseurs, dont 18 sous tricycliques et 6 sous ISRS. Les benzodiazépines étaient prescrites chez 18% des patients (Figure 9).

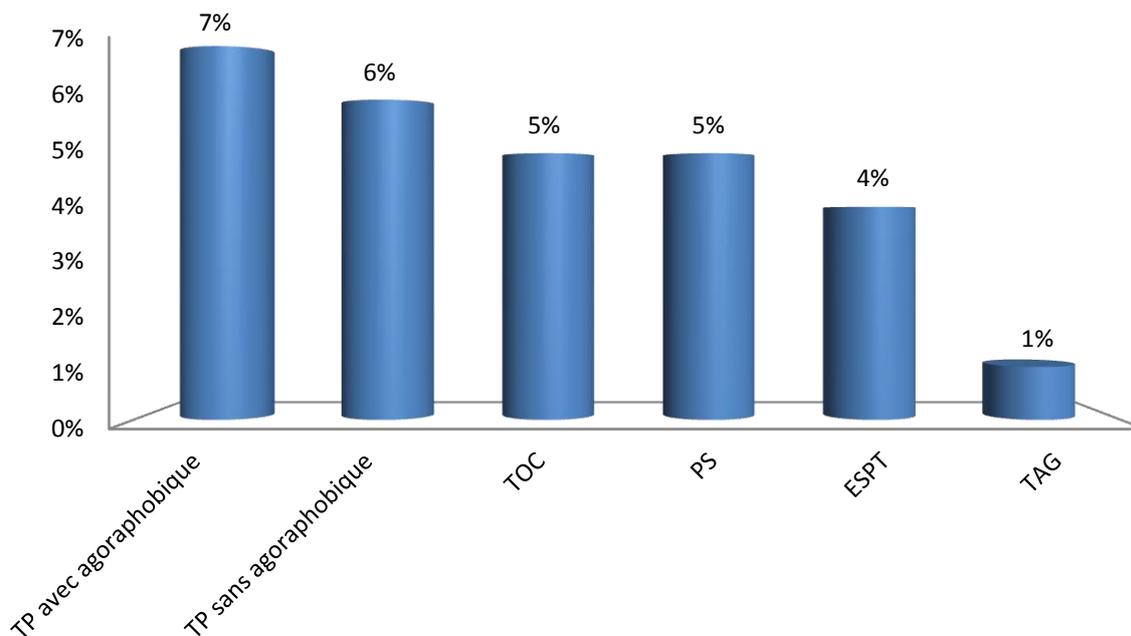
II. Fréquence des troubles anxieux chez les patients atteints de schizophrénie.

Figure 10 Fréquence des troubles anxieux chez les patients atteints de schizophrénie "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".



Les troubles anxieux ont été retrouvés chez 28% de nos patients suivis pour schizophrénie.

Figure 11 Répartition des différents troubles anxieux chez les patients atteints de schizophrénie "service de psychiatrie CHUT 2010-2012"



TP: trouble panique; TOC: trouble obsessionnel compulsif; PS: phobie sociale (anxiété sociale); TAG: trouble anxieux généralisé; ESPT: état de stress post-traumatique.

7% Des patients présentaient un trouble panique avec agoraphobie, 6% souffraient de trouble panique sans agoraphobie, 5% de trouble obsessionnel-compulsif, 5% d'anxiété sociale; 4% d'état de stress post-traumatique et 1% de trouble anxieux généralisé (Figure 11).

III. Comparaison entre les deux groupes de patients (avec et sans troubles anxieux).

Dans ce chapitre on exposera les résultats, comparant nos deux groupes de patients. Dans une première partie on a comparé les données sociodémographiques et cliniques, puis les scores de la PANSS ainsi que ceux de la qualité de vie et l'insight.

III.1. Analyse bi-variée.

III.1.1. Comparaison des caractéristiques sociodémographiques.

Tableau4:

Comparaison des données sociodémographiques des sujets atteints de schizophrénie avec et sans troubles anxieux en comorbidité "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".

	Troubles anxieux (-) (N=72)	troubles anxieux (+) (N=28)	Total (N)	Test t/ χ^2	p-valeur	Signification	OR	IC: 95%
Age \pmDS	34,35(8,57)	35,14(7,68)		-,429*	0,669	NS		
Sexe								
Homme	61	25	86	0,349	0,555	NS	0,665	0,17 - 2,59
Femme	11	3	14					
Age								
<30ans	25	7	32	0,88	0,349	NS	1,60	0,60 - 4,30
>30ans	47	21	68					
Statut marital								
Marié	17	8	25	0,265	0,607	NS	1,294	0,48 - 3,46
Non marié	55	20	75					
Enfant à charge								
Oui	16	8	24	0,446	0,504	NS	1,40	0,52 - 3,77
non	56	20	76					
Activité prof								
Oui	24	11	35	0,314	0,575	NS	1,294	0,52 - 3,19
Non	48	17	65					
Revenu mensuel								
<20000	58	25	83	1,089	0,297	NS	0,497	0,13 - 1,88
>20000	14	3	17					
Niveau d'instruct								
Jamais scolarisé	3	1	4					
Elémentaire/moyen	40	16	56	2,973	0,704	NS		
Secondaire/université	29	11	40					

Prof: professionnelle; Instruct: instruction; DS: dérivation standard; NS: non significatif (p>0.05); S: significatif (p<0.05); OR odds ratio; IC: interval de confiance. (*):test de student

Le tableau 4 est un tableau comparatif entre les sujets atteints de schizophrénie sans troubles anxieux et ceux avec troubles anxieux en comorbidité. Notre échantillon se composait de cent patients dont 28 (28%) présentent un trouble anxieux et 72 (72%) n'ayant pas de troubles anxieux en comorbidité. Les deux groupes ne différaient pas

quant à la répartition des sexes ni en âge. La moyenne d'âge des patients avec troubles anxieux était de 35,14ans (7,68), ce groupe était constitué de 25 hommes et de 3 femmes. 61 hommes et 11 femmes constituaient le groupe sans troubles anxieux et leur moyenne d'âge était de 34.35ans (8,57). L'analyse des données concernant le statut marital a retrouvé que 17 sujets étaient mariés et 55 étaient soit célibataires, soit divorcés soit veufs dans le groupe sans troubles anxieux en comorbidité. Dans l'autre groupe, seuls 8 étaient mariés et 20 ne se sont jamais mariés ou ont perdu leur conjoint. Le fait d'avoir ou non des enfants, l'activité professionnelle, le revenu mensuel, ainsi que le niveau d'instruction n'était pas différemment représenté entre les deux groupes (tableau4).

III.1.2. Comparaison des données cliniques des patients (avec et sans troubles anxieux).

Tableau 5 :

Comparaison des données cliniques (antécédents et habitudes toxiques) des sujets atteints de schizophrénie avec et sans troubles anxieux en comorbidité "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".

	Troubles anxieux (-) (N=72)	troubles anxieux (+) (N=28)	Total (N)	Test χ^2	p-valeur	Signification	OR	IC: 95%
Atcd F								
Oui	50	19	69	0,024	0,878	NS	0,929	0,363-2,374
Non	22	9	31					
Atcd soma								
Oui	37	15	52	0,038	0,544	NS	1,091	0,455-2,628
Non	35	13	48					
Atcd psy								
Oui	27	9	36	0,251	0,616	NS	0,789	0,313-1,992
Non	45	19	64					
Atcd P								
Oui	10	7	17	1,764	0,184	NS	2,067	0,698-6,118
Non	62	21	83					
Atcd med								
Oui	6	5	11	1,868	0,172	NS	2,391	0,666-8,585
Non	66	23	89					
Hab toxiq								
Oui	44	20	64	0,931	0,334	NS	1,591	0,617-4,101
Non	28	8	36					
Tabac								
Oui	39	17	56	0,351	0,554	NS	1,308	0,538-3,181
Non	33	11	44					
Tabac chiq								
Oui	5	6	11	4,32	0,03	S	3,655	1,02-1316
Non	67	22	89					
Cannabis								
Oui	8	6	14	1,782	0,182	NS	2,182	0,681-6,988
Non	64	22	86					
Alcool								
Oui	4	5	9	3,725	0,05	S	3,696	0,914 - 14,945
Non	68	23	91					
Benzo								
Oui	2	4	6	4,734	0,03	S	5,833	1,004 - 33,891
Non	70	24	94					
Prise occas								
Oui	12	2	14	1,52	0,22	NS	0,385	0,08 - 1,84
Non	60	26	86					
Abus subs								
Oui	1	2	3	2,294	0,13	NS	5,462	0,475 - 62,795
Non	71	26	97					
Dep subs								
Oui	31	16	47	1,606	0,205	NS	1,763	0,73 - 4,26
Non	41	12	53					

ATCD F: antécédents familiaux; Atcd soma: antécédents somatiques; Atcd psy: antécédents psychiatriques; Atcd P: antécédents personnels; Atcd med: antécédents médicaux; Hab toxiq: habitudes toxiques; chiq: chiquer; Benzo: benzodiazépine; occas: occasionnelle; subs: substance; Dep: dépendance. DS: dérivation standard; NS: non significatif (p>0.05); S: significatif (p<0.05); OR odds ratio; IC: interval de confiance.

On ne retrouve pas de différence significative entre les deux groupes concernant les antécédents familiaux et personnels.

11% des patients de notre échantillon avaient consommé du tabac à chiquer, 5% n'avaient pas de comorbidité avec un troubles anxieux et 6% en avaient ($\chi^2=4,32$ et un $p=0,038<0.05$; IC=3,65). 9% avaient consommé de l'alcool, 4% des patients sans troubles anxieux versus 5% de l'autre groupe ($\chi^2=3,72$; $p=0,05$; IC=3,69). Pour la

consommation des benzodiazépines, 6% avaient consommé, avec 4% pour les sujets avec troubles anxieux et 2% pour les autres ($\chi^2=4,73$; $p=0,03$ et IC=5,83).

Pour le tabac et le cannabis on ne retrouve aucune différence entre les deux groupes.

On ne retrouve pas dans notre échantillon de différence significative entre les deux groupes concernant le risque de dépendance, abus ou de la prise de substances (tableau 5).

Tableau 6 :

Comparaison des données cliniques des sujets atteints de schizophrénie avec et sans troubles anxieux en comorbidité "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".

	Troubles anxieux (-) (N=72)	troubles anxieux (+) (N=28)	Total (N)	Test t/ χ^2	p-valeur	Signification	OR	IC: 95%
Début tble								
<2ans	9	1	10	1,786	0,181	NS	3,857	0,465 - 31,96
>2ans	63	27	90					
Mode déb								
Aigu	31	10	41	0,449	0,503	NS	1,361	0,552 – 3,357
Prog	41	18	59					
Age 1^e cons								
<30ans	66	23	89	1,868	0,172	NS	2,391	0,666 – 8,585
>30ans	6	5	11					
Nbre H								
<2 H	35	19	54	3,006	0,083	NS	0,448	0,179 – 1,112
>2H	37	9	46					
Sous-type								
paranoïde	47	14	61					
désorganisé	5	3	8	4,006	0,261	NS		
indifférencié	14	10	24					
Résiduel	6	1	7					
Evolution								
continue	26	8	24	0,446	0,504	NS	0,714	0,265 – 1,923
autres	56	20	76					
T.S								
Oui	12	8	20	1,786	0,181	NS	2	0,716 – 5,59
Non	60	20	80					

Tble: troubles; déb: début; prog: progressif; age 1^e cons: age de la première consultation; Nbre H: nombre d'hospitalisation; T.S: tentative de suicide; DS: dérivation standard; NS: non significatif ($p>0,05$); S: significatif ($p<0,05$); OR odds ratio; IC: interval de confiance.

Le début des troubles, le mode de début, l'âge de la première consultation, le nombre d'hospitalisations, le sous-type, l'évolution, la présence ou non de tentative de suicide, ne semblent pas influencer la présence ou non de cette comorbidité (tableau 6).

Tableau 7 :

Répartition en fonction du traitement des sujets atteints de schizophrénie avec et sans troubles anxieux en comorbidité "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".

traitement	Troubles anxieux (-) (N=72)	troubles anxieux (+) (N=28)	Total (N)	Test t/ χ^2	p-valeur	Signification	OR	IC: 95%
APC								
Oui	36	19	55	2,597	0,107	NS	2,111	0,843 – 5,286
Non	36	9	45					
AP A								
Oui	55	19	74	0,763	0,382	NS	0,653	0,249 – 1,707
Non	17	9	26					
NAP								
Oui	3	2	5	0,376	0,54	NS	1,769	0,28 – 11,2
Non	69	26	95					
APAP								
Oui	4	3	7	0,824	0,364	NS	2,04	0,426 – 9,762
Non	68	25	93					
Antipark								
Oui	11	10	21	5,075	0,024	S	3,081	1,128 – 8,415
non	61	18	97					
ADT								
Oui	7	5	12	1,263	0,261	NS	2,019	0,583 – 6,991
Non	65	23	88					
ISRS								
Oui	2	4	6	4,734	0,03	S	5,833	1,004 – 33,89
Non	70	24	96					
benzod								
Oui	8	10	18	8,268	0,004	S	4,444	1,53 – 19,91
Non	64	18	82					
Thymor								
Oui	6	3	9	0,14	0,709	NS	1,32	0,306 – 5,686
Non	66	25	96					

APC: antipsychotique classique; APA: antipsychotique atypique; NAP: neuroleptique d'action prolongée; APAP: antipsychotique d'action prolongée;
Antipark: antiparkinsonien de synthèse; ADT: antidépresseur tricyclique; ISRS: inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine; benzod: benzodiazépine;
thymor: thymorégulateur; DS: dérivation standard; NS: non significatif (p>0.05); S: significatif (p<0.05); OR odds ratio; IC: interval de confiance.

Le tableau 7 compare les différents traitements pris par les patients des deux groupes. Il n'existe pas de différence significative concernant l'utilisation d'antipsychotiques classiques ($\text{Chi}^2=2,60$; $p=0,18$; $\text{OR}=2,11$) ou atypiques ($\text{Chi}^2=0,76$; $p=0,38$; $\text{OR}=0,65$). L'utilisation des antipsychotiques classiques ou atypiques d'action prolongée n'est pas différemment représentée entre les deux groupes. Alors que la prise d'antiparkinsoniens de synthèse est différemment représentée ($\text{Chi}^2=5,07$; $p=0,024$; $\text{OR}=3,08$)

Nos résultats ne montrent pas de différence entre les deux groupes concernant la prise d'antidépresseurs tricycliques ($\text{Chi}^2=1,26$; $p=0,26$; $\text{OR}=2,02$). Par contre l'utilisation

d'antidépresseurs inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine est différemment représentée entre les deux groupes ($\text{Chi}^2=4,73$; $p=0.03$; $\text{OR}=5,83$), il en est de même pour les benzodiazépines ($\text{Chi}^2=8,27$; $p=0.004$; $\text{OR}=4,44$).

L'utilisation d'un stabilisateur de l'humeur n'est pas différente entre les deux groupes ($\text{Chi}^2=0,14$; $p=0,71$; $\text{OR}=1,32$) (tableau 7).

III.1.3. Comparaison des scores de la PANSS entre les deux groupes de patients avec et sans troubles anxieux en comorbidité.

Tableau 8 :

Comparaison des moyennes des scores de l'échelle PANSS des sujets atteints de schizophrénie avec et sans troubles anxieux en comorbidité "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".

PANSS	troubles anxieux(-) (N=72)	DS	troubles anxieux(+) (N=28)	DS	F	Valeur de p	Signification
Echel(+)	13,56	4,678	16,50	5,897	6,871	0,01	S
Echel(-)	17,46	6,736	18,57	7,089	0,535	0,466	NS
Psyp gen	29,32	8,195	32,32	9,177	2,528	0,466	NS
Score GL	60,33	17,10	67,39	19,56	3,165	0,078	NS

PANSS: positive and négative syndrome scale; Echel(+): echelle positive; Echel(-): echelle négative; psyp gen: psychopathologie générale; Score GL: score global; DS: déviation de standard; F: test F anova; S: significatif; NS: non significatif

On a comparé les moyennes de la PANSS dans les deux groupes, les résultats ont montré que les valeurs de l'échelle positive sont fortement liées à la présence ou non de troubles anxieux, une moyenne de $13,56 \pm 4,68$ dans le groupe sans troubles anxieux versus $16,50 \pm 5,90$ dans le groupe avec troubles anxieux, la différence est significative entre les deux groupes ($F= 6,87$ et $p= 0,01$). Les valeurs de l'échelle négative ne semblent pas être influencées par la présence ou non de trouble anxieux ($F=0,53$; $ddl=1$; $p=0.47$). De même pour les scores de la psychopathologie générale ($F=2,53$; $ddl=1$; $p=0,47$) et les scores globaux ($F=3,16$; $ddl=1$; $p=0.078$) (tableau 8).

III.1.4. Comparaison de la qualité de vie des patients (avec et sans troubles anxieux).

Tableau 9 :

Comparaison de la qualité de vie (S-QoL) des sujets atteints de schizophrénie avec et sans troubles anxieux en comorbidité "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".

SQoL	troubles anxieux(-) (N=72)	DS	troubles anxieux(+) (N=28)	DS	F	Valeur de p	Signification
Index	61,99	13,99	51,08	18,89	10,00	0,002	S
SQoL1	61,98	27,39	54,46	25,05	1,589	0,210	NS
SQoL2	67,36	20,61	49,53	30,73	11,28	0,001	S
SQoL3	68,58	25,09	58,04	31,41	3,078	0,082	NS
SQoL4	47,13	30,38	42,41	26,64	0,520	0,473	NS
SQoL5	62,85	20,23	60,27	28,27	0,261	0,611	NS
SQoL6	63,70	23,06	44,22	23,16	14,35	0,000	S
SQoL7	62,67	20,92	49,55	26,24	6,846	0,010	S
SQoL8	62,81	20,24	50,30	28,20	6,125	0,015	S

Sqol subjective quality of life; index: score global; Sqol1: Vie sentimentale; Sqol2: Estime de soi; Sqol3: Relation famille; Sqol4: Relation amis; Sqol5: Autonomie; Sqol6: Bien être psychologique, Sqol7: Bien être physique; Sqol8: Resilience; DS: déviation de standard; F: test F anova. S: significatif; NS: non significatif.

La qualité de vie a été évaluée par la S-QoL qui est considérée dans notre étude comme variable quantitative ; on a comparé les moyennes de ces scores par l'analyse de variance (ANOVA).

La comparaison entre les deux groupes a concerné le score index et les scores obtenus aux différentes dimensions (vie sentimentale, estime de soi, relation avec la famille, relation avec les amis, autonomie, bien être psychologique, bien être physique et résilience).

Les résultats de notre étude ont montré une différence significative entre les moyennes du score index des deux groupes, une moyenne de $61,99 \pm 13,99$ chez les patients sans troubles anxieux versus $51,08 \pm 18,89$ chez les patients avec troubles anxieux ($F=10,00$; $ddl=1$; $p=0,002$).

Plusieurs dimensions de la qualité de vie sont significativement différentes, entre les deux groupes. La moyenne des scores de l'estime de soi qui est exprimée par la valeur de S-QoL2, est de $67,36 \pm 20,61$ chez les patients sans troubles anxieux versus

49,53±30,73 chez les patients avec troubles anxieux (F=11,28; ddl=1;p=0,001). Pour la dimension bien être psychologique exprimée par les scores S-QoL6, la moyenne est de 63,70±23,06 dans le groupe sans troubles anxieux et 44,22±23,16 dans le groupe avec troubles anxieux (F=14,35;ddl=1; p<0,05). Le bien être physique exprimé par les scores de S-QoL7, la moyenne chez les patients sans troubles anxieux est de 62,67±20,92 versus 49,55±26,24 chez la patients avec troubles anxieux (F=6,846; ddl=1;p=0,001). La résilience est exprimée par les scores S-QoL8, la moyenne est de 62,81±20,24 dans le groupe sans trouble anxieux et de 50,30±20,24 dans l'autre groupe (F=6,125; ddl=1; p=0,015).

La différence entre les deux groupes est significative concernant les dimensions estime de soi, bien être psychologique, bien être physique et résilience.

Les dimensions: vie sentimentale (F=1,589; ddl=1; p=0,21), relation avec la famille (F=3,078; ddl=1; p=0,082; p=0,473), relation avec les amis(F=0,520; ddl=1; p=0,473), et autonomie(F=0,261; ddl=1; p=0,611), ne sont pas significativement différentes.

III.1.5. Comparaison de l'insight des deux groupes de patients, avec et sans troubles anxieux en comorbidité.

On a évalué l'insight des patients avec l'échelle IS de Markova. Une analyse de variance Anova a été effectuée.

Tableau 10:

Comparaison de l'insight des sujets atteints de schizophrénie avec et sans troubles anxieux en comorbidité "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".

	Troubles anxieux(-) (N=72)	DS	Troubles anxieux(+) (N=28)	DS	F	Valeur de p	Signification
INSIGHT	12,31	5,04	19,29	6,63	32,162	0,00	S

DS: dérivation standard; NS: non significatif(p>0.05); S: significatif (p<0.05); F: test F anova;

Les résultats de notre étude ont montré une différence significative de l'insight entre les deux groupes, une moyenne des scores de l'IS de 12,31±5,04 chez les patients sans

troubles anxieux et de $19,29 \pm 6,63$ chez les patients avec troubles anxieux en comorbidité ($F=32,162$; $ddl=1$; $p=0,00$) (tableau 10).

III.2. Analyse multi-variée.

Les variables ayant une précision $< 0,25$ sont incluses dans une analyse multi-variée type régression logistique (antécédents personnels; antécédents familiaux; tabac à chiquer; cannabis; alcool; benzodiazépines; prise occasionnelle; abus de substance; dépendances à une substances; débuts des troubles; âge de la première consultation; nombre d'hospitalisations; tentative de suicide; utilisation d'antipsychotiques classiques; et utilisation d'antiparkinsoniens de synthèse). On a exclu de cette analyse les variables (utilisation d'inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, et utilisation de benzodiazépines) sachant que ces deux produits sont des traitements prescrits en cas d'anxiété ou de troubles anxieux. les variables PANSS, SQol, insight n'ont pas été incluses dans cette analyse.

Tableau 11:

Résultats de l'analyse multi-variée par régression logistique des facteurs liées à la présence d'un trouble anxieux chez des sujets atteints de schizophrénie "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".

variables	p	OR	IC
Alcool	0,05	5,874	0,95- 36,27
Antipark	0,003	7,265	1,99 - 26,49
debuttpsy	0,014	34,414	2,04 - 578,69
nobrehosp2	0,026	0,278	0,09 - 0,85

Antipark: antiparkinsonien de synthèse; debuttpsy: début des troubles psychiatriques;
Nobrehosp2: nombre d'hospitalisation.

On a retrouvé trois facteurs qui sont associés significativement au risque de développer un trouble anxieux, le début des troubles ($p=0,014$); le nombre d'hospitalisations ($p=0,026$), l'utilisation d'antiparkinsoniens de synthèse ($p=0,03$) et la consommation de l'alcool ($p=0,05$).

IV. Facteurs influençant la qualité de vie des patients avec troubles anxieux en comorbidité:

IV.1. analyse bi-variée.

Une analyse de variance Anova a été effectuée, la S-QoL index a été considérée comme variable dépendante, et les variables sociodémographiques et cliniques comme des variables indépendantes. La recherche des facteurs pouvant influencer la qualité de vie des patients souffrant de schizophrénie et ayant un troubles anxieux en comorbidité sont :

Tableau 12 :

Facteurs sociodémographiques influençant la qualité de vie des patients atteints de comorbidité schizophrénie troubles anxieux "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".

Variables	(N=28)	Moyennes	DS	F	p	Signification
Sexe						
Homme	25	52,60	18,97	1,55	0,22	NS
Femme	3	38,36	15,31			
Age						
<30ans	7	61,54	21,84	3,08	0,09	NS
>30ans	21	47,59	16,98			
Statut marital						
Marié	8	53,28	19,91	0,95	0,34	NS
Non marié	20	45,57	15,93			
Enfants à charge						
Oui	8	41,66	11,08	2,98	0,09	NS
Non	20	54,84	20,26			
Activité prof						
Oui	11	63,22	12,06	9,96	0,004	S
Non	17	43,22	18,57			
Revenu mensuel						
<20000	25	49,08	18,53	2,77	0,11	NS
>20000	3	67,71	15,53			
Niveau d'instruct						
Jamais scolarisé	1	52,08		0,009	0,99	NS
Elémentaire/moyen	16	50,66	16,56			
Secondaire/université	11	51,60	23,52			

Prof: professionnelle; Instruct: instruction; DS: déviation de standard; NS: non significatif (p>0.05); S: significatif (p<0.05)

Pour les facteurs sociodémographiques, le sexe, le statut marital, le fait d'avoir des enfants à charge, le revenu mensuel, le niveau d'instruction ne semble pas influencer significativement la qualité de vie des patients avec troubles anxieux en comorbidité.

Les patients qui sont en activité professionnelle ont une moyenne du score index de la SQoL de $63,22 \pm 12,06$, comparativement à $43,22 \pm 18,57$ pour ceux qui ne travaillent plus, la différence entre les deux groupes est significative ($F=9,96$; $ddl=1$; $p=0,004$) (tableau 12).

Une analyse de corrélation bi-variée entre l'âge et la qualité de vie a été réalisée. Les scores de la SQuL index sont inversement corrélés à l'âge ($r=-0,42$; $p=0,025$) (figure 12).

Figure 12 Corrélation entre l'âge et la qualité de vie des patients atteints de comorbidité schizophrénie et troubles anxieux "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".

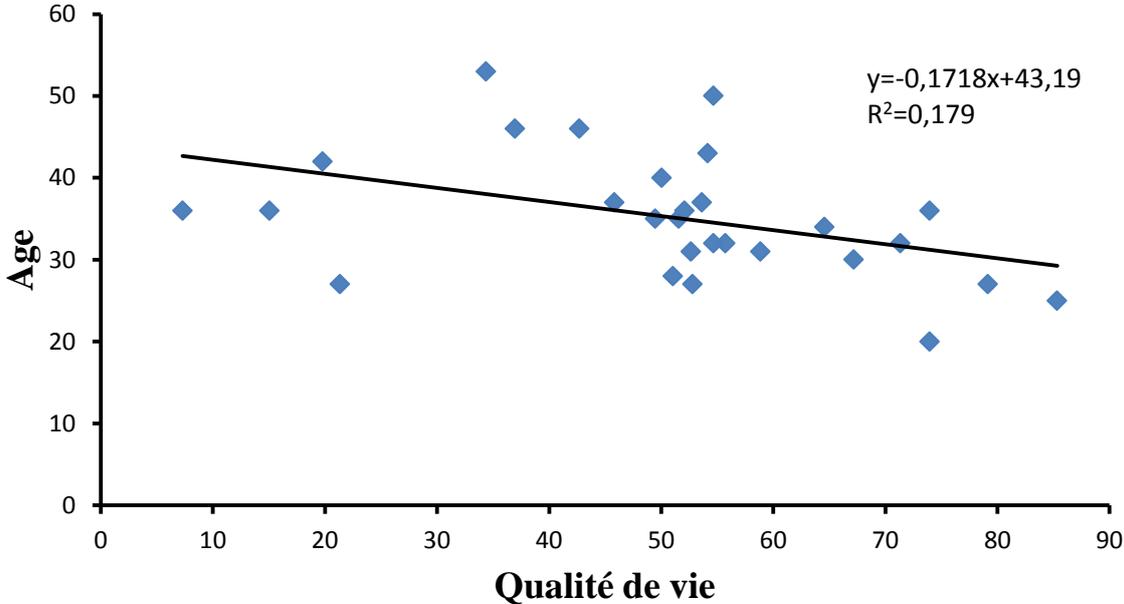


Tableau 13 :

Facteurs cliniques (antécédents et habitudes toxiques) influençant la qualité de vie des patients avec troubles anxieux en comorbidité "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".

Variables	Nombres	Moyennes	DS	F	P	Signification
Atcd P						
Oui	7	50,66	13,00	0,004	0,95	NS
Non	21	51,22	20,78			
Atcd med						
Oui	5	45,93	9,49	0,44	0,51	NS
Non	23	52,20	20,37			
Hab toxiq						
Oui	20	51,22	20,63	0,004	0,95	NS
Non	8	50,72	14,93			
Tabac						
Oui	17	53,89	20,44	0,96	0,34	NS
Non	11	46,73	16,19			
Tabac chiq						
Oui	6	53,71	25,26	0,14	0,79	NS
Non	22	50,36	17,47			
Cannabis						
Oui	6	60,82	25,64	2,11	0,16	NS
Non	22	48,42	16,39			
Alcool						
Oui	5	72,49	12,31	10,57	0,003	S
Non	23	46,42	16,86			
Benzo						
Oui	4	71,33	15,65	6,43	0,018	S
Non	24	47,70	17,45			
Prise occas						
Oui	2	69,27	6,63	2,07	0,16	NS
Non	26	49,68	18,86			
Abus subs						
Oui	2	62,00	13,22	0,71	0,41	NS
Non	26	50,24	19,20			
Dep subs						
Oui	16	47,62	21,26	1,26	0,27	NS
Non	12	55,69	14,85			

Atcd P: antécédents personnels; Atcd med: antécédents médicaux; Hab toxiq: habitudes toxiques; chiq: chiquer; Benzo: benzodiazépine; occas: occasionnelle; subs: substance; Dep: dépendance.;NS: DS: déviation de standard non significatif (p>0.05); S: significatif (p<0.05).

Les patients qui consommaient de l'alcool avaient une moyenne du score index de la SQoL à $72,49 \pm 12,31$ versus $40,42 \pm 16,86$ pour les patients qui n'en consommaient pas, la différence entre les deux groupes est significative ($F=10,57$;ddl=1;p=0,003). Pour les patients qui consommaient des benzodiazépines (dans un cadres de troubles addictifs) ont une moyenne de score index à $71,33 \pm 15,65$, comparativement à $49,68 \pm 17,45$ pour ceux qui n'en consommaient pas, la différence est significative ($F=6,43$;ddl=1;p=0,018)(tableau13).

Le lien entre les antécédents de pathologie médicale ou chirurgicale et qualité de vie n'est pas statistiquement significatif.

Tableau 14:
Facteurs cliniques influençant la qualité de vie des patients avec troubles anxieux en comorbidité "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".

Variables	(N=28)	Moyennes	DS	F	P	Signification
Début tble						
<2ans	1	79,16	-	2,41	0,13	NS
>2ans	27	50,03	18,43			
Mode déb						
Aigu	10	44,79	19,68	1,77	0,19	NS
prog	18	54,57	18,07			
Age 1^e cons						
<30ans	23	53,03	19,41	0,40	0,25	NS
>30ans	5	42,09	14,71			
Nbre H						
<2 H	19	52,58	19,41	0,37	0,55	NS
>2H	9	47,91	18,49			
Sous-type						
paranoïde	14	56,80	17,20	1,14	0,35	NS
désorganisé	3	36,80	16,80			
indifférencié	10	47,45	21,18			
Résiduel	1	50,04	-			
Evolution						
continue	8	44,27	20,85	1,49	0,24	NS
autres	20	53,80	17,90			
T.S						
Oui	8	47,78	20,33	0,33	0,57	NS
non	20	52,40	18,69			

Tble: troubles; déb: début; prog: progressif; age 1^e cons: age de la première consultation; Nbre H: nombre d'hospitalisation; T.S: tentative de suicide; DS: déviation de standard; NS: non significatif (p>0.05); S: significatif (p<0.05).

Le début du trouble schizophrénique, le mode de début, le nombre d'hospitalisations, le sous-type de schizophrénie, l'évolution continue ou épisodique et la présence ou non de tentatives de suicide n'influencent pas la qualité de vie de nos patients.

Tableaux 15:

Les traitements pouvant influencer la qualité de vie des patients avec troubles anxieux en comorbidité "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".

Variables	(N=28)	Moyennes	DS	F	P	Signification
APC						
Oui	19	47,51	19,68	2,20	0,15	NS
Non	9	58,61	15,51			
AP A						
Oui	19	56,56	12,60	5,86	0,02	S
Non	9	39,51	25,05			
NAP						
Oui	2	59,63	7,00	0,43	0,52	NS
Non	26	50,42	19,44			
APAP						
Oui	3	60,38	24,22	0,81	0,38	NS
Non	25	49,96	18,47			
Antipark						
Oui	10	43,50	23,70	2,65	0,12	NS
non	18	55,29	14,76			
ADT						
Oui	5	41,35	18,50	1,65	0,21	NS
Non	23	53,19	18,71			
ISRS						
Oui	4	51,56	2,36	0,003	0,96	NS
Non	24	50,99	20,46			
Benzod						
Oui	10	54,00	19,35	0,36	0,55	NS
Non	18	49,46	19,01			
Thymor						
Oui	3	68,20	15,64	2,95	0,98	NS
Non	25	49,03	18,46			

APC: antipsychotique classique; APA: antipsychotique atypique; NAP: neuroleptique d'action prolongée; APAP: antipsychotique d'action prolongée; Antipark: antiparkinsonien de synthèse; ADT: antidépresseur tricyclique; ISRS: inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine; Anxiolyt: anxiolytique; thymor: thymorégulateur; DS: dérivation standard; NS: non significatif (p>0.05); S: significatif (p<0.05); OR odds ratio; IC: interval de confiance.

La moyenne des scores index de la SQoI est de $56,55 \pm 12,60$ chez les patients qui sont sous antipsychotiques atypiques, versus $39,51 \pm 25,05$ pour ceux qui ne sont pas sous antipsychotiques atypiques, la différence est significative (F=5,86; ddl=1; p=0,02).

IV.2. Analyse multi-variée par régression logistique.

Les variables ayant une précision < 0,25 sont incluses dans une analyse multi-variée type régression logistique (sexe; âge; enfants à charge; activité professionnelle; revenu mensuel, cannabis, alcool, benzodiazépine, début des troubles, mode de début,

évolution, antipsychotique classique, antipsychotique atypique, et antiparkinsonien de synthèse).

Tableau16 :

Résultats de l'analyse multi-variée par régression logistique des facteurs influençant la qualité de vie des sujets atteints de comorbidité schizophrénie et troubles anxieux "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".

Variables	Beta	t	p	Signification
Alcool	,399	2,837	.009	S
Ap-atypiq	,382	2,957	.007	S
Est ce qu'il travaille tjrs	,332	2,386	.026	S
Evolution continue/non continue	,308	2,380	.026	S

Ap-atypique: antipsychotique atypique

Après régression logistique, quatre variables sont fortement corrélées aux variations des scores de la qualité de vie: la consommation d'alcool, l'utilisation d'antipsychotiques atypiques, le fait d'être toujours en activité professionnelle et les modalités évolutives du trouble schizophrénique

IV.3. Corrélation entre la qualité de vie et la PANSS.

Une analyse de corrélation bi-variée entre la qualité de vie et la symptomatologie évaluée par la PANSS a été réalisée.

Tableau 17:

Corrélation entre la S-QoL et la PANSS des patients souffrant de comorbidité schizophrénie et troubles anxieux "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".

Sqol index	echpositif	echneg	echepsygen	Score
Corrélation de Pearson	,077	-,267	-,292	-,210
Sig. (bilatérale)	,699	,170	,132	,282
N	28	28	28	28

Echpositif. Echelle positif, echneg. Echelle négative; echepsygen: echelle psychopathologies générales; Sig : signification

On n'a pas trouvé de corrélation statistiquement significative entre la qualité de vie et les scores de la PANSS.

V.Facteurs influençant l'insight des patients avec troubles anxieux en comorbidité:

V.1. Analyse bi-variée.

Une analyse de variance Anova a été effectuée, l'insight a été considéré comme variable dépendante et les variables sociodémographiques et cliniques comme des variables indépendantes. On a recherché les facteurs pouvant influencer l'insight des patients souffrant de schizophrénie et ayant un trouble anxieux en comorbidité.

Tableau 18:

Facteurs sociodémographiques influençant l'insight des patients avec troubles anxieux en comorbidité "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".

Variables	(N=28)	Moyennes	DS	F	p	Signification
Sexe						
Homme	25	18,84	6,78	1,06	0,31	NS
Femme	3	23,00	4,36			
Age						
<30ans	7	17,86	6,04	0,42	0,52	NS
>30ans	21	19,76	6,90			
Statut marital						
Marié	8	23,13	5,49	4,20	0,05	S
Non marié	20	17,75	6,54			
Enfants à charge						
Oui	8	24,87	2,47	10,86	0,003	S
Non	20	17,05	6,47			
Activité prof						
Oui	11	15,27	6,71	8,48	0,007	S
Non	17	21,82	5,28			
Revenu mensuel						
<20000	25	19,84	6,18	1,67	0,21	NS
>20000	3	14,67	10,02			
Niveau d'instruct						
Jamais scolarisé	1	8,00	-			
Elémentaire/moyen	16	20,63	6,08	2,02	0,15	NS
Secondaire/université	11	18,36	6,85			

Prof: professionnelle; Instruct: instruction; DS: déviation de standard NS: non significatif (p>0.05); S: significatif (p<0.05)

La moyenne des scores de l'IS (insight scale) de Markova est de $23,13 \pm 5,49$ chez les patients mariés versus $17,75 \pm 6,54$ chez les patients non mariés, la différence est significative ($F=4,20$; $ddl=1$; $p=0,05$). Les patients ayant des enfants à charge ont une moyenne de $24,87 \pm 2,47$ comparativement à $17,05 \pm 6,47$ pour ceux qui n'ont pas d'enfants à charge, la différence est significative ($F=10,86$; $ddl=1$; $p=0,003$). La moyenne des scores de l'IS est de $15,27 \pm 6,71$ chez les patients qui sont toujours en activité professionnelle et de $21,8 \pm 5,28$ chez les patients qui ont cessé de travailler, la différence est significative ($F=8,48$; $ddl=1$; $p=0,007$). Le reste des facteurs sociodémographiques ne sont pas significativement liés à l'insight des patients inclus dans notre étude.

Une analyse de corrélation bivariée entre l'âge et les scores de l'IS a été réalisée. On ne retrouve pas de corrélation ($r=0,32$, $p=0,10$) entre l'âge et l'insight chez les patients souffrant de schizophrénie et de troubles anxieux.

Tableau 19 :

Facteurs cliniques (antécédents et habitudes toxiques) influençant l'insight des patients avec troubles anxieux en comorbidité "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".

Variables	Nombres	Moyennes	DS	F	P	Signification
Atcd P						
Oui	7	15,57	6,75	3,16	0,08	NS
Non	21	20,52	6,27			
Atcd med						
Oui	5	16,00	7,84	1,52	0,23	NS
Non	23	20,00	6,31			
Hab toxiq						
Oui	20	19,15	6,71	0,03	0,87	NS
Non	8	19,61	6,86			
Tabac						
Oui	17	18,35	6,85	0,85	0,36	NS
Non	11	20,72	6,33			
Tabac chiq						
Oui	6	20,33	7,34	0,18	0,67	NS
Non	22	19,00	6,58			
Cannabis						
Oui	6	17,67	9,07	0,45	0,51	NS
Non	22	19,73	6,00			
Alcool						
Oui	5	11,80	5,36	10,47	0,003	S
Non	23	20,91	5,77			
Benzo						
Oui	4	14,25	9,29	2,88	0,10	NS
Non	24	20,13	5,94			
Prise occas						
Oui	2	18,00	5,66	0,08	0,78	NS
Non	26	19,37	6,79			
Abus subs						
Oui	2	9,50	4,95	5,46	0,03	S
Non	26	20,04	6,19			
Dep subs						
Oui	16	20,50	6,23	1,26	0,27	NS
Non	12	17,68	7,08			

Atcd P: antécédents personnels; Atcd med: antécédents médicaux; Hab toxiq: habitudes toxiques; chiq: chiquer; Benzo: benzodiazépine; Occas: occasionnelle; subs: substance; Dep: dépendance; DS: déviation de standard NS: non significatif ($p>0,05$); S: significatif ($p<0,05$).

La moyenne des scores de l'IS des patients qui consommaient de l'alcool est de $11,80 \pm 5,36$ comparativement à $20,91 \pm 5,77$ pour ceux qui n'en consommaient pas. La différence est significative ($F=10,47$; $ddl=1$; $p=0,003$). Les patients qui souffrent d'abus de substance ont des scores à l'IS plus bas par rapport à ceux qui ne souffrent pas d'abus ($F=1,26$; $ddl=1$; $p=0,03$).

Les antécédents personnels et la consommation de tabac, tabac à chiquer, et de benzodiazépine ne semblent pas être significativement liés à l'insight de nos patients avec troubles anxieux en comorbidité.

Tableau 20:

Facteurs cliniques influençant l'insight des patients avec troubles anxieux en comorbidité "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".

Variables	(N=28)	Moyennes	DS	F	P	Signification
Début tble						
<2ans	1	7,00	-	3,95	0,06	NS
>2ans	27	19,74	6,30			
Mode déb						
Aigu	10	21,40	5,87	1,62	0,22	NS
prog	18	18,11	6,89			
Age 1^e cons						
<30ans	23	18,91	4,47	0,40	0,53	NS
>30ans	5	21,00	7,91			
Nbre H						
<2 H	19	18,63	7,02	0,57	0,46	NS
>2H	9	20,67	5,87			
Sous-type						
paranoïde	14	19,21	7,22	0,52	0,68	NS
désorganisé	3	21,33	4,04			
indifférencié	10	18,10	6,71			
Résiduel	1	26,00	-			
Evolution						
continue	8	19,25	6,96	0,00	0,97	NS
autres	20	19,30	6,68			
T.S						
Oui	8	20,50	7,07	0,38	0,55	NS
non	20	18,80	6,57			

Tble: troubles; déb: début; prog: progressif; age 1^e cons: age de la première consultation; Nbre H: nombre d'hospitalisation; T.S: tentative de suicide; DS: déviation standard NS: non significatif (p>0.05); S: significatif (p<0.05);

Le début des troubles, le mode de début, l'âge de la première consultation, le nombre d'hospitalisations, le sous-type de schizophrénie, l'évolution continue ou épisodique et la présence ou non d'antécédents de tentatives de suicide ne semblent pas avoir un impact sur l'insight des patients souffrant de schizophrénie et ayant une comorbidité avec un trouble anxieux.

Tableaux 21:

Les traitements pouvant influencer l'insight des patients avec troubles anxieux en comorbidité "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".

Variables	(N=28)	Moyennes	DS	F	P	Signification
APC						
Oui	19	19,74	6,81	0,27	0,61	NS
Non	9	18,33	6,54			
AP A						
Oui	19	18,37	6,71	0,55	0,47	NS
Non	9	21,22	6,40			
NAP						
Oui	2	20,50	2,12	0,07	0,79	NS
Non	26	19,19	6,87			
APAP						
Oui	3	22,00	3,61	0,55	0,47	NS
Non	25	18,96	6,88			
Antipark						
Oui	10	20,90	5,84	0,92	0,35	NS
non	18	18,39	7,03			
ADT						
Oui	5	20,40	8,56	0,17	0,69	NS
Non	23	19,04	6,35			
ISRS						
Oui	4	19,25	8,30	0,00	0,99	NS
Non	24	19,29	6,53			
Benzod						
Oui	10	19,60	6,70	0,03	0,86	NS
Non	18	19,11	6,78			
Thymor						
Oui	3	20,00	1,73	0,04	0,85	NS
Non	25	19,20	7,01			

APC: antipsychotique classique; APA: antipsychotique atypique; NAP: neuroleptique d'action prolongée; APAP: antipsychotique d'action prolongée; Antipark: antiparkinsonien de synthèse; ADT: antidépresseur tricyclique; ISRS: inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine; Anxiolyt: anxiolytique; thymor: thymorégulateur; DS: dérivation standard; NS: non significatif (p>0.05); S: significatif (p<0.05); OR odds ratio; IC: interval de confiance.

Aucun traitement pris par nos patients avec troubles anxieux en comorbidité n'est significativement liée à l'insight.

V.2. Analyse multi-variée par régression logistique.

Les variables ayant une précision<0,25 sont inclus dans une analyse multi-variée type régression logistique (statut marital, enfants à charge, activité professionnelle, revenu

mensuel, niveau d'instruction, antécédents personnels de pathologies médicales, alcool, benzodiazépine et début des troubles).

Tableau 22 :

Résultats de l'analyse multi-variée par régression logistique des facteurs influençant l'insight des sujets atteints de comorbidité schizophrénie et troubles anxieux "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".

Variables	beta	t	p	IC
Avec ou sans enfants à charge	0,38	3,04	,006	1,75 - 9,20
Alcool	-0,55	-4,25	,000	-13,96 - -4,83
Atcdpers	-0,48	-3,85	,001	-11,04 - -3,34

Atcdpers: antécédents personnels

Après régression logistique, trois facteurs semblent être corrélés aux variations des scores de l'insight, le fait d'avoir des enfants à charge, la consommation d'alcool, et la présence d'antécédents personnels médico-chirurgicaux.

V.3. Corrélation entre l'insight et la PANSS.

Une analyse de corrélation bi-variée entre l'insight et la symptomatologie évaluée par la PANSS a été réalisée.

Tableau 23 :

Corrélation entre l'IS et la PANSS des patients atteints de comorbidité schizophrénie et troubles anxieux "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".

IS	echpositif	echneg	echepsygen	score
Corrélation de Pearson	,211	,205	,289	,273
Sig. (bilatérale)	,281	,295	,136	,159
N	28	28	28	28

IS: insight scale; Echpositif. Echelle positif, echneg. Echelle négatif; echepsygen: échelle psychopathologies générales;

On n'a pas retrouvé de corrélation statistiquement significative entre l'insight et les scores de la PANSS évaluant la symptomatologie de nos patients souffrant de comorbidité schizophrénie et trouble anxieux.

VI. Corrélation entre l'insight et la qualité de vie des patients.

Tableau 24:

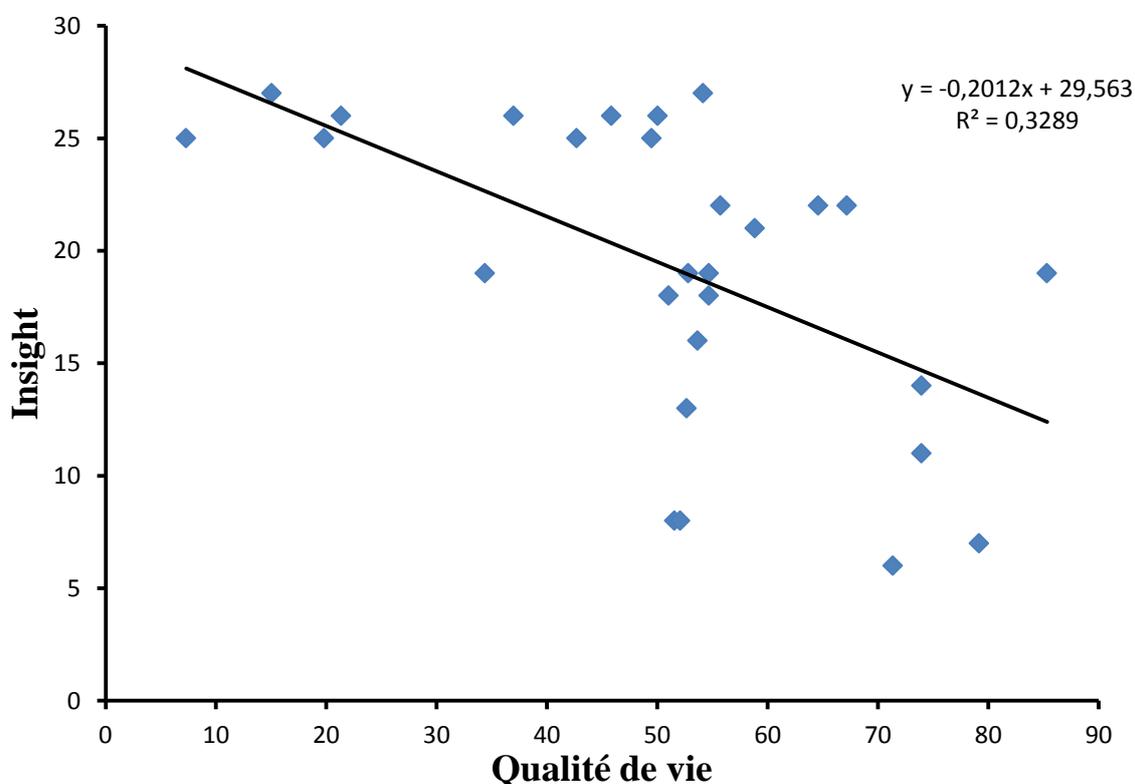
Corrélation entre l'insight et la qualité de vie des patients atteints de comorbidité schizophrénie et troubles anxieux "service de psychiatrie CHUT 2010-2012".

Insight	Sqolindex	Sqol1	Sqol2	Sqol3	Sqol4	Sqol5	Sqol6	Sqol7	Sqol8
Corrélation de Pearson	-,573	-,105	-,695	-,254	-,323	-,229	-,357	-,542	-,603
Sig. (bilateral)	,001	,593	,000	,193	,094	,242	,062	,003	,001
N	28	28	28	28	28	28	28	28	28

Sqol index: score global; Sqol1: Vie sentimentale; Sqol2: Estime de soi; Sqol3: Relation famille; Sqol4: Relation amis; Sqol5: Autonomie; Sqol6: Bien être psychologique, Sqol7: Bien être physique; Sqol8: Resilience; sig: signification.

Le tableau 24 montre une corrélation négative entre l'insight et la qualité de vie, aux scores globaux ($r=-0,573$; $p=0,001$) et aux différentes dimensions. Certaines dimensions sont significativement liées: l'estime de soi ($r=-0,695$; $p<0,005$), le bien être physique ($r=-0,542$; $p=0,003$); et résilience ($r=-0,603$; $p=0,001$).

Figure 13 corrélation entre la qualité de vie et l'insight des patients atteints de comorbidité schizophrénie et troubles anxieux "service de psychiatrie CHUT 2010-2012



Cette corrélation entre les deux variables (S-QoL et IS) est négative, plus la conscience du trouble est bonne moins bonne est la qualité de vie de nos patients présentant une comorbidité schizophrénies et troubles anxieux (Figure 13).

DISCUSSION

I. Fréquence des troubles anxieux dans notre échantillon:

Plus d'un tiers des sujets atteints de schizophrénie (28%) souffraient d'un trouble anxieux dans notre échantillon, 13% présentaient un trouble panique (7% avec agoraphobie et 6% sans agoraphobie), 5% un trouble obsessionnel-compulsif, 5% une anxiété sociale, 4% un état de stress post-traumatique, et 1% un trouble anxieux généralisé.

Les chiffres retrouvés dans la littérature concernant la fréquence des troubles anxieux sont très divergents, ceci est probablement dû à des différences méthodologiques et de recrutement, à la petite taille des échantillons et la variabilité des outils de mesures utilisés dans les études. La plupart des auteurs évaluaient la prévalence d'un type de trouble anxieux (trouble obsessionnel compulsif, trouble panique ou phobie sociale etc.) chez des patients atteints de schizophrénie. Les quelques rares méta-analyses réalisées dans ce domaine se sont basées sur des recherches effectuées sur Medline en utilisant les termes de schizophrénie et un type de trouble anxieux (schizophrénie/troubles obsessionnel compulsif ou schizophrénie/phobie sociale etc.)

L'étude de Cosoff et Hafner[179] a concerné 60 sujets atteints de schizophrénie hospitalisés, 43% ont présenté un trouble anxieux. Une autre étude réalisée[44] à Rio de Janeiro dans deux hôpitaux psychiatriques (the Institute Philippe Pinel and the Institute of Psychiatry of the Federal University of Rio de Janeiro); entre mars 2001 et février 2002. L'étude a montré que 41.5% des patients atteints de schizophrénie présentaient un trouble anxieux. Seedat et al.(2007)[180] ont retrouvé dans un échantillon de patients hospitalisés, 25% de troubles anxieux. Une étude plus récente réalisée par Young et al.[181] publiée en 2013, en utilisant les critères diagnostiques du DSM, Young a retrouvé un taux de 16,7%. Nos résultats se rapprochent de ceux retrouvés par Seedat et al.

Tableau 25 :

Fréquences des différents troubles anxieux chez les patients atteints de schizophrénie selon plusieurs études.

Etudes	N	TP (%)	TOC (%)	PS (%)	PTSD (%)	TAG (%)	PSP (%)
Argyl(1990)	20	20	NV	20	NV	NV	NV
Pallanti(2004)	80	13,8	22,5	36,3	1,3	2,5	2,5
Cosff(1998)	60	13	5	17	NV	12	5
Goodwin (2003)	184	7,1	5,4	8,2	NV	NV	13,6
Tibbo (2003)77	32	3,3	0	13,3	0	16,70	NV
Raphael JBraga(2004)	53	5,7	15,1	17	3,8	9,7	5,7
Amelie M. Achim(2011)	MA	9,8	12,1	14,9	12,4	10,9	7,9

TP: trouble panique; TOC: trouble obsessionnel compulsif; PS: phobie sociale; PTSD: état de stress post-traumatique; TAG: trouble anxieté généralisé; PSp: phobie spécifique; NV :non validé. MA : méta-analyse

Le tableau 25, montre des chiffres très variables sur la fréquence des différents troubles anxieux chez les patients atteints de schizophrénie.

Une méta-analyse récente réalisée par Amelie M. Achim et al.[46], publiée en 2009 dans Schizophrenia Bulletin, a retrouvé des taux très divergents de la prévalence du trouble anxieux chez les patients souffrant de schizophrénie. 52 études furent retenues dans cette méta-analyse. La prévalence du trouble obsessionnel compulsif est entre 7% et 17,1% ; entre 8,1% et 21,8% pour la phobie sociale ; pour le trouble panique entre 4,3% et 15,4 ; 4% et 20,8% pour l'état de stress post-traumatique et pour le trouble anxieux généralisé entre 2,9% et 18,8%. Les résultats obtenus dans notre étude sont cohérents avec ces données.

Nos résultats rejoignent les données de la littérature sur la fréquence du trouble anxieux chez les patients souffrant de schizophrénie. La phobie sociale, le trouble obsessionnel compulsif et le trouble panique, semblent être les troubles anxieux les plus fréquents, et les résultats corroborent avec les données de notre travail, avec une prédominance du trouble panique dans notre échantillon.

II. Méthodologie:

Notre étude est de type transversal descriptive, réalisée sur un échantillon de patients suivi au niveau de la consultation de psychiatrie. Ce type d'étude est relativement

facile à réaliser, mais ne permet pas d'avoir des chiffres exacts sur la prévalence du trouble anxieux chez une population de patients souffrant de schizophrénie et ne permet pas aussi une vision longitudinal de l'impact du troubles anxieux sur la psychopathologie, l'évolution du trouble et la qualité de vie de ces patients.

Il est évident qu'on peut retrouver plusieurs comorbidités et il est difficile de relever la prépondérance d'un trouble par rapport aux autres, mais cela doit faire partie d'une évaluation encore plus importante et cela montre la complexité de notre travail. Nous n'avons abordé qu'un aspect dans notre étude celui des troubles anxieux qui ont suscité notre attention.

Souvent la symptomatologie anxieuse est attribuée aux troubles psychotiques, d'où la difficulté diagnostique d'une telle comorbidité. La recherche d'un trouble anxieux chez cette population de patients n'est pas facile. Le DSM-IV nous a offert un cadre utile, précis et pragmatique et l'utilisation du MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview, French Version 5.0.0), nous a permis à la fois de confirmer le diagnostic de schizophrénie et de rechercher la présence ou non d'un trouble anxieux. Il aurait été plus intéressant l'utilisation d'échelles spécifiques pour chaque trouble anxieux, mais le temps de passation de ces échelles est très long et il est difficile de maintenir l'attention et la concentration de ces patients dont les fonctions cognitives sont altérés.

La plupart des études réalisées dans ce domaine, recherchaient un troubles anxieux spécifique, par exemple le trouble obsessionnel-compulsif ou phobie sociale chez les patients présentant une schizophrénie. Nous avons choisi de rechercher tous les troubles anxieux dans le but d'une évaluation globale de la fréquence et l'impact de ces troubles sur la schizophrénie et sur la qualité de vie de ces patients.

Pour la mesure de la qualité de vie, on a choisi un instrument spécifique à la schizophrénie qui est la S-QoL, contrairement à la plupart des études qui ont utilisé des échelles génériques ne reflétant pas la réalité de la qualité de vie d'une population assez particulière. La S-QoL est un auto-questionnaire devant être rempli par le sujet

lui-même, après lecture des consignes, dans des conditions aussi standardisées que possible, permettant une utilisation simple, sans distorsion des réponses dues au jugement d'un tiers comme les échelles d'hétéro-évaluations. Certains patients ont eu des difficultés dans la compréhension des questions ; ils se sont fait aider, soit par leurs accompagnateurs ou par une personne du service qui ne fait pas partie de l'équipe de recherche (interne, infirmier, psychologue) pour éviter les biais de mesures.

Pour l'évaluation de l'insight, on a choisi un auto-questionnaire facile à utiliser "IS de Markova" constituée de 30 questions et des réponses dichotomiques par oui ou non, l'échelle est traduite en arabe littéraire et validée par Pr A.Belaid et son équipe de l'EHS Mahfoud Boucebci de Cheraga. Certains patients ont eu des difficultés de compréhensions des questions, comme pour le questionnaire de qualité de vie, ils se sont fait aider par leurs accompagnateurs ou par une personne du service qui ne fait pas partie de l'équipe de recherche.

Certains biais et limites devraient être pris en considération quant à l'utilisation de ces instruments : leur adaptation à notre contexte socioculturel, l'état émotionnel du patient durant la passation. Quand on procède à l'interprétation des résultats, surgit la difficulté de la référence à la norme, autrement dit la note seuil utilisée à partir de laquelle on peut estimer qu'une personne présente ou non une altération de sa qualité de vie ou le degré de sévérité de son insight (bon ou mauvais). Certains auteurs considèrent que l'une des raisons pour refuser la norme est sa prétention uniformisante et négatrice des diversités alors que le concept de la qualité de vie par exemple implique une approche singularisée, sans référence extérieure et multidimensionnelle[182].

La passation du MINI et la PANSS a été réalisées par l'investigateur principal pour tous les patients pour éviter les biais de mesures.

Notre échantillon est constitué de cent patients atteints de schizophrénie et suivis au niveau de notre service. N'ont pas été inclus dans notre étude les patients souffrant de troubles cognitifs sévères et de déficience mentale, car les échelles évaluant la qualité

de vie et l'insight utilisées dans notre étude sont des auto-questionnaires, ce qui pénalise une partie de notre population.

Malgré la petite taille de notre échantillon, nous pensons qu'il est représentatif de la population, sachant qu'il n'existe qu'un seul service de psychiatrie dans la willaya et la plupart des patients atteints de schizophrénie sont suivis au niveau de notre structure. Soulignons un biais de recrutement du fait que les patients n'ont pas été tirés au sort et ils répondaient à des critères d'inclusions, car ces derniers représentaient les cas ayant fait l'objet de suivi et de prise en charge au niveau de notre service.

III. Caractéristiques de la population de l'étude.

L'étude a concerné cent patients, dont la moyenne d'âge est de $34,7 \pm 8,9$ ans, avec des extrêmes allant de 20 ans à 59 ans, dont 86% sont de sexe masculin et 14% sont des femmes, le nombre réduit de femmes par rapport aux hommes, est probablement expliqué par un mécanisme de protection mis en place par la famille Algérienne pour protéger la femme souffrant de pathologie mentale; souvent la famille préfère consulter chez des médecins privés ou font plusieurs kilomètres pour consulter chez des psychiatres exerçant hors willaya.

70% de nos patients sont célibataires, 25% sont mariés et 9% ont aux moins deux enfants à charge. 13% étaient des universitaires et 65 % ont au moins le niveau de première année moyenne et seuls 4% n'ont jamais été scolarisés. Ces chiffres sont expliqués par un biais de sélection, nous n'avons inclus dans notre étude que les patients qui pouvaient répondre à des auto-questionnaires.

65% sont toujours en activité professionnelle et seule 1/5^{ème} de nos patients perçoivent un salaire mensuel supérieur au SNMG (salaire nationale minimum garantie).

Plus d'un dixième de nos patients présentent une comorbidité somatique. 14% ont fumé aux moins une fois du cannabis, plus de la moitié sont dépendants au tabac. 61 % présentaient un sous-type paranoïde et plus de la moitié ont une évolution de type

épisode avec symptômes résiduels entre les épisodes. 20% ont tenté au moins une fois de mettre fin à leurs vies.

25% sont sous antipsychotiques classiques et 45% sous atypiques. Seuls 7% des patients sont sous antipsychotiques atypiques à action prolongée et 5% sous neuroleptiques à action prolongée. Ces chiffres sont en relation avec une rupture de stock de ces produits (antipsychotiques à action prolongée) au cours de la période de notre étude. 18% des patients sont sous antidépresseurs, dont 18 sous tricycliques et 6 sous ISRS. Les benzodiazépines sont retrouvées chez 18% des patients. L'indication des antidépresseurs et benzodiazépines était surtout la présence d'anxiété, mais on ne retrouve pas dans les dossiers des patients de diagnostic précis de trouble anxieux. Ceci est expliqué par la difficulté de poser un autre diagnostic psychiatrique quand on est face à un patient qui souffre de schizophrénie.

IV. Comparaison entre les deux groupes de patients, avec et sans troubles anxieux en comorbidité.

On ne retrouve pas de différence entre les deux groupes concernant l'âge, le sexe, le statut marital, le nombre d'enfants et le niveau d'instruction, ce qui nous permet de faire une comparaison entre les deux groupes.

Aucune différence concernant les caractéristiques sociodémographiques entre les deux groupes, ces résultats sont cohérents avec ceux retrouvés dans la littérature qui ne retrouvent pas de différence chez les patients avec et sans troubles anxieux en comorbidité[4,44,63].

Sur le plan clinique on retrouve une consommation plus élevée de tabac chiqué, d'alcool et de benzodiazépines dans le groupe avec trouble anxieux par rapport au groupe sans troubles anxieux. Ces résultats sont retrouvés dans plusieurs études[4,71]. D'où l'intérêt de rechercher systématiquement cette comorbidité afin d'éviter l'apparition de ces addictions.

L'ancienneté, le mode de début et le type d'évolution de la schizophrénie ne semblent pas être différents entre les deux groupes. Ce qui rejoint les résultats de la plupart des études [44,45,49].

La présence ou non de d'antécédent de tentative de suicide ne semble pas être différente entre les deux groupes dans notre échantillon. Plusieurs études montrent un risque suicidaire plus élevé chez les patients avec troubles anxieux en comorbidité, essentiellement la phobie sociale et le trouble obsessionnel compulsif[4,45,50,159].

Le nombre d'hospitalisations ne semble pas être différent entre les deux groupes dans notre étude en analyse bi-varié, alors qu'après régression logistique il s'est avéré que cette variable est fortement liée à la présence ou non de troubles anxieux ; ce qui rejoint les données de la littérature qui rapporte un nombre plus élevé d'hospitalisations chez les patients avec troubles anxieux en comorbidités[49].

Plusieurs auteurs ont retrouvé une fréquence élevée du sous-type paranoïde chez les patients avec troubles anxieux en comorbidité et surtout avec le trouble obsessionnel compulsif [4,59]. Dans notre étude, on n'a pas retrouvé de sous-type plus fréquent que d'autres. La petite taille de notre échantillon et la méthodologie utilisée pourraient expliquer cette différence.

Il n'existe pas de différence entre les deux groupes concernant l'utilisation des antipsychotiques classiques ou atypiques. Certaines études retrouvent un lien étroit entre l'utilisation de certains antipsychotiques atypiques et l'apparition ou l'aggravation des troubles anxieux chez les patients souffrant de schizophrénie[101,102]. L'utilisation d'antiparkinsoniens de synthèse est différente entre les deux groupes, on ne retrouve pas dans la littérature d'études qui ont retrouvé les mêmes résultats.

L'utilisation des antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et des benzodiazépines est différente entre les deux groupes. On retrouve plus de patients avec troubles anxieux en comorbidité, sous antidépresseurs que les patients sans

comorbidité. Cette différence est probablement due à l'utilisation de ces molécules chez les patients qui souffrent d'anxiété ou de troubles anxieux. Bien que ces patients aient été mis sous traitement, on ne retrouve pas dans leurs dossiers de traces de diagnostic précis de troubles anxieux.

Une analyse par régression logistique a été réalisée, concernant les variables ayant une précision < 0,25 (antécédents personnels; antécédents familiaux; tabac à chiquer; cannabis; alcool; benzodiazépines; prise occasionnelle; abus de substance; dépendances à une substance; débuts des troubles; âge de la première consultation; nombre d'hospitalisations; tentative de suicide; utilisation d'antipsychotiques classiques; antiparkinsoniens de synthèse); trois facteurs sont liés à la présence ou non de troubles anxieux :

- Le début des troubles.
- Le nombre élevé d'hospitalisations.
- La consommation de cannabis et d'antiparkinsonien de synthèse.

Il apparaît de cette régression que les patients souffrant de cette comorbidité, sont sujets à plus de rechutes et par conséquent à plus d'hospitalisations par rapport aux autres patients, ils sont plus exposés aux risques de dépendances au cannabis et à une surconsommation d'antiparkinsoniens de synthèse. Ce qui rejoint les résultats de la plupart des études [4,71, 183].

On a comparé les scores obtenus à la PANSS entre les deux groupes de patients. Nos résultats montrent que les scores moyens des symptômes positifs sont plus élevés chez les patients avec troubles anxieux en comorbidité. Les études sont divergentes, mais la plupart retrouvent des scores élevés à la PANSS (score global) [183]. Pour le trouble obsessionnel compulsif, Lysaker et al. (2000) and Rajkumar et al. (2008) ont retrouvé des scores des symptômes positifs élevés, Nechmand et al. (2003) retrouvent des scores des symptômes négatifs élevés, Berman et al. (1998) and Chakraborty et al. (2004) ne retrouvent pas de corrélation entre les symptômes positifs et négatifs de la schizophrénie et le trouble obsessionnel compulsif [184]. Une étude publiée en 2012, retrouve les scores des symptômes négatifs de la PANSS plus élevés chez les patients

avec phobie sociale[185]. HALIS Ulas et al. ont retrouvé des scores des symptômes positifs à la PANSS plus élevés chez les patients souffrant de schizophrénie et qui présentent des attaques de paniques.[186].

Nos résultats révèlent que nos patients avec troubles anxieux en comorbidité sont à haut risque de surconsommation de benzodiazépines, d'alcool et d'antiparkinsonien de synthèse, qu'ils sont sujets à plus d'hospitalisations et qu'ils présentent plus de symptômes positifs que les patients sans troubles anxieux. Autant d'arguments qui nous incitent à intégrer dans notre pratique quotidienne la recherche systématique de cette comorbidité et la mise en place d'un traitement adéquat précocement.

V. Qualité de vie des patients, avec et sans troubles anxieux en comorbidité.

V.1.Mesure de la qualité de vie.

De notre étude ressort que la qualité de vie subjective des patients souffrant de schizophrénie et ayant en comorbidité un trouble anxieux, est plus altérée que celle des patients qui ne souffrent pas de cette comorbidité. Les dimensions les plus touchées sont essentiellement l'estime de soi, bien être psychologique, bien être physique et résilience.

Nous avons évalué la qualité de vie subjective de nos patients avec un auto-questionnaire (S-QoL), On ne retrouve pas beaucoup d'études dans la littérature qui ont utilisé ce type de questionnaire, souvent ils avaient recours à des questionnaires génériques, alors qu'on a utilisé un auto-questionnaire spécifique à la schizophrénie, d'où l'originalité de notre travail et en même temps la difficulté de comparer nos résultats avec ceux retrouvés dans la littérature.

L'analyse des scores des huit dimensions de la S-QoL a montré que les dimensions les plus touchées étaient, l'estime de soi, bien être psychologique, bien être physique et résilience. Alors que les autres dimensions, vie sentimentale, relation avec la famille, relation avec les amis, autonomie, ne sont pas significativement différentes entre les deux groupes.

La qualité de vie est altérée et de manière significative surtout dans l'estime de soi et l'on comprend la fréquence des troubles de l'humeur retrouvée dans certaines études[186] et le risque de passage à l'acte suicidaire chez cette catégories de patients. L'altération du bien être psychologique, physique et la résilience peuvent expliquer la désinsertion sociale et la fréquence des rechutes de ces patients.

Nos résultats rejoignent ceux de la littérature [4,5,45,159,183] et montrent bien l'altération de la qualité de vie des patients avec troubles anxieux en comorbidité par rapport à ceux sans troubles anxieux.

Les études retrouvées dans la littérature comparaient la qualité de vie des patients avec un trouble anxieux précis à ceux sans ce trouble anxieux en comorbidité. Alors que dans notre étude on n'a pas spécifié le type de troubles anxieux, du fait de la petitesse de notre échantillon, et le temps de passation des échelles relativement long, difficiles à réaliser chez cette catégorie de patients. Ce qui a rendu la comparaison de nos résultats avec d'autres études difficiles.

Pallanti et al.[159], ont évalué la qualité de vie subjective des patients souffrant de schizophrénie et d'anxiété sociale en comorbidité ; leurs résultats montrent que la dimension psychologique était la plus altérée et à un degré moindre les dimensions émotionnelles, santé générale, la vitalité et le fonctionnement social.

Halis Ulaş et al.[45], retrouvent une altération de la dimension psychologique de la qualité de vie des patients souffrant de schizophrénie et troubles panique en comorbidité.

Braga et al.[4] retrouvent un déficit dans le fonctionnement global et surtout dans le domaine du travail et de la vie sociale chez les patients avec troubles anxieux en comorbidité versus ceux sans troubles anxieux.

V.2.Facteurs corrélés à une bonne qualité de vie:

La petite taille de notre échantillon (28 patients souffrant de schizophrénie et trouble anxieux en comorbidité), a rendu l'interprétation de nos résultats difficile. L'identification des facteurs de risques prédictifs d'une qualité de vie altérée nécessite un échantillon plus important. Notre objectif principal était d'évaluer la fréquence de cette comorbidité, chez 100 patients suivis pour schizophrénie, puis dans un deuxième temps, évaluer la qualité de vie des patients souffrant de comorbidité, on ne pouvait pas prévoir le nombre de patients avec troubles anxieux en comorbidité.

L'absence d'un seuil à la S-QoL, à partir duquel on peut dire que la qualité de vie est altérée ou non, a rendu notre analyse statistique difficile.

Après régression logistique, quatre facteurs sont corrélés à la qualité de vie des patients avec troubles anxieux en comorbidité dans notre étude:

- Le fait d'être toujours en activité professionnelle.
- La consommation d'alcool.
- L'évolution du trouble schizophrénique.
- L'utilisation d'antipsychotique.

Le fait d'être toujours en activité professionnelle est corrélé à la qualité de vie. Les patients qui travaillent ont une qualité de vie meilleure par rapport à ceux qui ne travaillent plus ou qui n'ont jamais travaillé. Halis Ulaş et al. [45], Pallanti et al.[159], ont aussi retrouvé une corrélation entre l'inactivité professionnelle et la qualité de vie. L'étude de Braga et al.[4], ne retrouve pas de corrélation entre le fait de travailler ou pas, et la qualité de vie.

La consommation d'alcool est corrélée à une bonne qualité de vie des patients avec troubles anxieux en comorbidité. Pallanti et al. [159] retrouvent les mêmes résultats. Cette corrélation peut être expliquée par l'effet anxiolytique de l'alcool, qui procure au patient une sensation subjective de bien être.

Les modalités évolutives des troubles psychotiques, sont corrélées à la qualité de vie. Les patients dont l'évolution est continue, ont une qualité de vie plus altérée que ceux dont l'évolution est épisodique. Nos patients ont été évalués en dehors des périodes de rechutes. Ces résultats ne corroborent pas avec ceux retrouvés par Braga et al.[4] ainsi que par Halis Ulaş [45], qui ne retrouve aucun lien entre l'évolution du trouble schizophrénique et la qualité de vie des patients avec troubles anxieux en comorbidité. Nos résultats montrent une corrélation significative entre l'utilisation des antipsychotiques atypiques et la qualité de vie. L'amélioration de la qualité de vie des patients par les antipsychotiques atypiques est connue chez les patients souffrant de schizophrénie[187]. Les antipsychotiques atypiques provoquent moins d'effets secondaires, surtout les dyskinésies qui sont fortement impliquées dans l'altération de la qualité de vie.

Dans le chapitre "traitement des troubles anxieux des patients souffrant de comorbidité" on a exposé l'efficacité des antipsychotiques atypiques sur différents troubles anxieux. Notre hypothèse est que les antipsychotiques atypiques améliorent aussi bien les troubles anxieux chez les patients souffrant de schizophrénie, que la qualité de vie de ces patients. Ces observations doivent être confirmées par des essais cliniques, qui peuvent être une continuité du travail qu'on a effectué.

L'analyse bi-variée a montré une corrélation négative entre l'âge et la qualité de vie, plus nos patients vieillissent plus leur qualité de vie se détériore, Nos résultats corroborent avec ceux d'une étude réalisée par Seishu Nakagawa et Naoki Hayashi[188]. Alors que l'avancée en âge ne semble pas avoir un impact plus négatif sur la qualité de vie chez le sujet âgé avec une schizophrénie que chez les sujets de même âge en population générale.

Plusieurs études ont démontré un lien étroit entre la qualité de vie altérée et des scores élevés de dépression chez les patients souffrants de comorbidité schizophrénie et troubles anxieux[186]. Dans notre étude on n'a pas évalué la dimension dépressive chez nos patients, en dehors de quelques items explorés par la PANSS, ces évaluations n'ont pas été analysées dans notre travail.

V.3.Corrélation entre la qualité de vie et la PANSS.

On ne retrouve pas de corrélation significative entre la qualité de vie (S-QoL index et les différentes dimensions) avec les différents scores de la PANSS (positifs, négatifs, psychopathologie générale, score total).

Nos résultats ne corroborent pas avec ceux retrouvés par Halis Ulaş et al.[45] qui ont retrouvé une corrélation significative entre les scores de la PANSS et la qualité de vie des patients souffrant de schizophrénie et troubles paniques. Halis Ulaş et al. ont utilisé un outil générique WHOQOL (The World Health Organization Quality of Life Instrument) pour évaluer la qualité de vie. Ils ont retrouvé une corrélation entre les scores de l'échelle positive et psychopathologie générale, avec les dimensions physiques et environnementales de la WHOQOL.

Jonathan D et al. [189], retrouvent une corrélation significative entre les symptômes positifs et négatifs et la qualité de vie subjectives des patients souffrant de schizophrénie et d'anxiété (dans cette étude il n'a pas été précisé la nature de cette anxiété si elle est liée à la schizophrénie ou un trouble anxieux comorbide).

VI.L'insight des patients, avec et sans troubles anxieux en comorbidité.

On a évalué l'insight de tous les patients inclus dans notre étude avec l'IS de Markova. Puis on a comparé les deux groupes de patients, avec et sans troubles anxieux en comorbidité. Il ressort de nos résultats, une différence statistiquement significative entre les deux groupes. Les patients souffrant de comorbidité anxieuse sont plus conscients de leur trouble, que les patients sans troubles anxieux en comorbidité. Nos résultats corroborent avec ceux constatés par Oya GÜÇLÜ et al.[185] qui ont comparé l'insight des patients souffrant de schizophrénie et anxiété sociale en comorbidité ; ainsi que les travaux de Birchwood M [190].

Les patients atteints de schizophrénie ont souvent un mauvais insight, alors que ceux souffrant de troubles anxieux ont au contraire un bon niveau d'insight (sauf pour le trouble obsessionnel compulsif) dans la majorité des cas. Notre hypothèse est que la présence d'une comorbidité anxieuse améliore l'insight chez des patients souffrant de

schizophrénie. Cette hypothèse doit être vérifiée sur un plus grand échantillon de patients et nécessite une méthodologie plus rigoureuse.

VI.1.Facteurs influençant l'insight des patients avec troubles anxieux en comorbidité:

On a recherché les facteurs pouvant influencer l'insight des patients avec comorbidité anxieuse. On n'a pas retrouvé d'études dans la littérature traitant le même sujet, ce qui donne une originalité à notre travail et en même temps une difficulté à comparer nos résultats avec d'autres travaux.

Après régression logistique, trois facteurs sont corrélés à l'insight des patients avec troubles anxieux en comorbidité dans notre étude:

- Avoir des enfants ou non à charge.
- La consommation d'alcool.
- La présence d'antécédents médicaux personnels

Le fait d'avoir des enfants à charge semble être corrélé à la sévérité de l'insight. Les patients qui ont des enfants à charge ont un bon insight par rapport à ceux qui n'en ont pas. On ne retrouve pas une explication clinique à cette corrélation, il pourrait s'agir d'une simple signification statistique et non clinique.

La consommation d'alcool est inversement corrélée à l'insight. Les patients qui consomment de l'alcool ont un mauvais insight par rapport à ceux qui n'en consomment pas. Notre hypothèse est que la présence de troubles anxieux favorise la consommation d'alcool, qui à son tour altère la conscience du trouble ; ce qui a un effet négatif sur l'évolution de la maladie et rend difficile la prise en charge de ce type de comorbidité, du fait de la non observance thérapeutique connue chez les patients avec un mauvais insight[166].

Le fait de souffrir d'une comorbidité somatique est inversement corrélé à l'insight. Ceci peut être expliqué par la focalisation des patients sur la pathologie somatique, à qui, est attribuée toute la souffrance du sujet, ce qui réduit la conscience du trouble mental.

On retrouve dans la littérature une forte corrélation entre l'insight et suicidalité chez les patients souffrant de schizophrénie. Bourgeois et al.[191] ont analysé les données des 980 patients inclus dans une cohorte : « l'International Suicide Prevention Trial » (InterSePT). Ils montrent que lorsqu'il est considéré indépendamment des autres variables, l'insight est associé au risque suicidaire. Plus la conscience des troubles est bonne, plus grand est le risque de suicide. Ils montrent que la relation entre insight et risque suicidaire est liée par l'intensité de la symptomatologie dépressive et le sentiment de désespoir.

Dans notre étude on n'a pas retrouvé de corrélation significative entre les antécédents de tentative de suicide et l'insight. Existe-t-ils des facteurs propres à notre population comme la religion, qui a un effet protecteur contre l'idéation suicidaire?

VI.2. Corrélation entre l'insight et la PANSS.

On ne retrouve pas de corrélation statistiquement significative entre les scores de la PANSS et l'insight chez les patients avec troubles anxieux en comorbidité.

La plupart des études ne retrouvent pas de corrélation entre les symptômes positifs et négatifs de la schizophrénie et l'insight chez les patients souffrant de schizophrénie[192].

VII. Corrélation entre l'insight et la qualité de vie.

Nos résultats montrent une corrélation négative entre l'insight et la qualité de vie subjective de nos patients. Plus la conscience du trouble est élevée moins bonne est la qualité de vie de nos patients souffrants de cette comorbidité.

Cette corrélation négative touche le score global de la S-QoL ainsi que les dimensions "estime de soi", "bien être physique" et "résilience".

Les patients les plus conscients de leurs troubles ont des niveaux d'« estime de soi » plus détériorés, renvoyant à ce qui a déjà été décrit par d'autres auteurs[177,193] et reprenant l'hypothèse qu'au fur et à mesure de l'augmentation de l'insight, le mode

d'attribution des pensées puisse redevenir de plus en plus interne. Ce qui était au départ vécu comme une expérience d'étrangeté, attribuée à des événements ou à des circonstances externes, pourrait progressivement être compris et intégré à un processus pathologique de longue durée qui conduirait à une baisse de l'estime de soi.

Notre étude montre que la conscience du trouble mental est associée à une mauvaise qualité de vie subjective auto-évaluée par nos patients. Nos résultats rejoignent ceux retrouvés dans la certaines études[6,177] et peuvent renforcer l'hypothèse selon laquelle un niveau de conscience bas constituerait une stratégie de défense face à la stigmatisation et aux handicaps liés au diagnostic de schizophrénie. D'autres études concluent à l'absence de lien entre le niveau d'insight et la qualité de vie[133].

CONCLUSION

Les professionnels de la santé mentale sont plus préoccupés chez les patients atteints de schizophrénie par la prise en charge des symptômes positifs, négatifs et des troubles cognitifs, que par la recherche de comorbidités. Celles-ci peuvent jouer un rôle déterminant dans l'évolution, le pronostic et la prise en charge du trouble. La recherche d'un trouble anxieux chez ces patients est rendue difficile par la présence de la dimension anxieuse dans la schizophrénie et la difficulté d'attribuer cette anxiété à une pathologie autre que la schizophrénie.

Notre étude a montré que les troubles anxieux sont fréquents chez ces patients, que ce diagnostic est souvent négligé malgré la constatation par les praticiens de la présence de cette anxiété et parfois même la prescription de traitement spécifique, par ailleurs on ne retrouve pas de diagnostic additionnel de troubles anxieux dans les dossiers des patients.

Plus d'un tiers des sujets atteints de schizophrénie (28%) souffraient d'un trouble anxieux dans notre échantillon, 13% présentaient un trouble panique, 5% un trouble obsessionnel-compulsif, 5% une anxiété sociale; 4% un état de stress post-traumatique, et 1% un trouble anxieux généralisé. La présence de troubles anxieux a un impact négatif sur la schizophrénie, en augmentant le nombre d'hospitalisations, en induisant une surconsommation d'alcool et de benzodiazépines, et en accentuant la symptomatologie positive.

La qualité de vie est plus altérée chez les patients avec troubles anxieux en comorbidité, les dimensions les plus touchées sont: estime de soi, bien être psychologique, bien être physique et résilience. Les facteurs qui sont fortement corrélés à la qualité de vie sont : Le fait d'être toujours en activité professionnelle, l'évolution épisodique du trouble schizophrénique et l'utilisation d'antipsychotiques atypiques.

Les patients avec troubles anxieux ont un meilleur insight par rapport à ceux sans troubles anxieux et plus l'insight est élevé plus la qualité de vie subjective (auto-évaluée) est altérée. Un bon insight favorise une bonne observance du traitement, facteur majeur impliqué dans les rechutes

Autant d'arguments qui nous incitent à rechercher systématiquement cette comorbidité et de mettre en place une prise en charge appropriée, ce qui permettrait sans doute de réduire la sévérité du trouble schizophrénique, la fréquence des hospitalisations, et d'améliorer la qualité de vie de ces patients et par conséquent une meilleure insertion sociale. Des essais cliniques avec une méthodologie rigoureuse permettront de confirmer ces observations.

Recommandations:

Inciter les professionnels de la santé mentale à rechercher de façon systématique les comorbidités (chez les patients souffrant de schizophrénie), aussi bien somatiques que psychiatriques et en particulier les troubles anxieux.

Inciter les psychiatres à poser un diagnostic précis de ces troubles anxieux afin d'élaborer un projet thérapeutique spécifique et personnalisé. Parmi les thérapeutiques utilisées, les antidépresseurs sont actuellement largement prescrits dans cette indication et notamment les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine. Remplacer les antipsychotiques classique par les atypiques, qui trouvent leur indication dans cette comorbidité et améliorent la qualité de vie de façon significative.

Les psychothérapies cognitivo-comportementales sont utilisées dans le traitement des troubles anxieux chez les patients atteints de schizophrénie.

L'EMDR peut être une bonne alternative thérapeutique chez les patients souffrant de schizophrénie et présentent un état de stress post-traumatique,

Nous recommandons le renforcement des formations de ces techniques et éventuellement de les adapter aux patients atteints de schizophrénie.

Faciliter l'utilisation des échelles comme la PANSS, MINI, S-QoL, par leurs traductions en langue arabe, leurs validations et leurs adaptations à notre culture et société.

Intégrer dans nos consultations l'utilisation des échelles d'évaluation de la qualité de vie (adaptées à notre contexte socioculturel), cette dernière étant un bon indicateur d'évaluation de l'état mental de nos patients et de l'efficacité des traitements.

Perspectives:

Notre étude a montré que les troubles anxieux sont fréquents chez les patients atteints de schizophrénie et qu'ils ont un impact négatif sur le pronostic et sur leur qualité de vie. Il serait intéressant de rechercher la prévalence de chaque trouble anxieux sur un plus grand échantillon de patients.

Un suivi de ces patients sur plusieurs années serait souhaitable, pour évaluer l'impact sur la sévérité des troubles psychotiques de façon plus pragmatique. Ceci nécessite des études prospectives et une méthodologie rigoureuse.

Nous n'avons pas abordé dans notre travail l'effet des médicaments antidépresseurs et antipsychotiques sur les troubles anxieux, du fait que notre étude est de type transversal et il est difficile de juger l'efficacité des traitements dans ce type d'étude. On n'a pas pu aussi comparer quelles classes d'antidépresseurs seraient plus efficace que d'autres pour les mêmes raisons.

Un essai clinique randomisé comparatif de l'effet d'un antidépresseur ISRS versus antidépresseur tricyclique, sur les troubles anxieux et la qualité de vie des patients atteints de schizophrénie, serait un bon sujet de recherche qui peut être une continuité de notre travail et apporterait plus de réponses aux questions que nous nous sommes posées.

Références bibliographiques

1. Odou P, Robert H. Traitement des schizophrénies. Pathologie neurologique et psychiatrique chap. 43. Pharmacie clinique et thérapeutique. Elsevier Masson 3^{ème} édition. paris: 2012.
2. Baylé FJ, Chignon JM, Bourgeois M. Comorbidité et co-occurrence symptomatique. Encycl Med chir. (Elsevier Masson, Paris), Psychiatrie, [37-878-A-15], 1998, 12p
3. Goudemand M, Thomas P, Rasclé C. comorbidité, trouble anxieux et schizophrénie: aspect épidémiologique et clinique. Enc. 1999;(SPIV-22).
4. Braga RJ, Mendlowicz MV, Marrocos RP, Figueira IL. Anxiety disorders in outpatients with schizophrenia: prevalence and impact on the subjective quality of life. Journal of Psychiatric Research. 2005 Jul;39(4):409–14.
5. Huppert JD, Smith TE. Longitudinal analysis of subjective quality of life in schizophrenia: anxiety as the best symptom predictor. The Journal of nervous and mental disease. 2001;189(10):669–75.
6. Lançon C, Aghababian V, Richieri R, Boyer L, Smenoni MC, P. Auquier P. insight et qualité de vie subjective chez les personnes souffrant de schizophrénie. Ann med-Psychol. 2011;(169):429–31.
7. Timotin L. Impact des comorbidités, de la qualité du sommeil et de la fragilité psychosociale sur la qualité de vie des personnes âgées [thèse]. Médecine: Grenoble; 2012. 106
8. Boyd JH, Burke JD Jr, Gruenberg E, Holzer CE 3rd, Rae DS, George LK, et al. Exclusion criteria of DSM-III. A study of co-occurrence of hierarchy-free syndromes. Arch Gen Psychiatry. 1984 Oct;41(10):983–9.
9. Maser JD, Cloninger CR. Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders. American Psychiatric Pub; 1990. 892 p.
10. De Groot V, Beckerman H, Lankhorst GJ, Bouter LM. How to measure comorbidity: a critical review of available methods. J Clin Epidemiol. 2003 Mar;56(3):221–9.
11. Holman CDJ, Preen DB, Baynham NJ, Finn JC, Semmens JB. A multipurpose comorbidity scoring system performed better than the Charlson index. J Clin Epidemiol. 2005 Oct;58(10):1006–14.
12. Guelfi JD. DSM-IV, Manuel de diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris: Elsevier Masson; 2003.
13. McElroy SL, Hudson JI, Pope H g Jr, Keck PE Jr, Aizley HG. The DSM-III-R impulse control disorders not elsewhere classified: clinical characteristics and relationship to other psychiatric disorders. Am J Psychiatry. 1992 Mar;149(3):318–27.
14. Olié JP, Lôo H, Poirier MF. Les maladies dépressives. 2^{ème} édition. Paris: Médecine-sciences Flammarion; 2003.
15. Lépine J-P, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Negre-Pages L, Nachbaur G, et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale

- française: résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/(ESEMeD). *L'encéphale*. 2005;31(2):182–94.
- 16 Schuckit MA. Low level of response to alcohol as a predictor of future alcoholism. *Am J Psychiatry*. 1994 Feb;151(2):184–9.
 17. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*. 1990 Nov 21;264(19):2511–8.
 18. Falcheri JP. Alcool et comorbidités psychiatriques pour le praticien. *Alcoologie*. 2011 Jul 13;Volume 302(26):1462–5.
 19. Cazard F, Ferreri F. Troubles bipolaires et troubles anxieux comorbides : impact pronostique et enjeux thérapeutiques. *L'Encéphale*. 2013 Feb;39(1):66–74.
 20. Haute couverture S, Limosin F, Rouillon F. *Épidémiologie des troubles schizophréniques*. Press Med. (Elsevier Masson, Paris), 2006; 35:461-8
 21. Dalery J, d'Aamato T. modèles de vulnérabilité à la schizophrénie: la schizophrénie recherche actuelles et perspectives. 2^{ème} édition. Paris: MASSON; 1999. p. 289.
 22. Petitjean F, Canceil O, Gozlan G, Coste E. Dépistage précoce des schizophrénies. *Encycl Med Chir. (Elsevier Masson, Paris), Psychiatrie*, [37-282-A-30], 2008, 12p.
 23. Vandell P, Haffen E, Sechter D. Traitement chimiothérapeutique des schizophrénies. *Encycl Med Chir. (Elsevier Masson, Paris), Psychiatrie*, [37-295-A-10], 2008, 17p
 24. De Luca M. Abord psychothérapeutique des psychoses. *Encycl Med Chir. (Elsevier Masson, Paris), Psychiatrie*, [37-819-A-10], 2009. 16p
 25. Lefebvre N, Chéreau I, Schmitt A, Llorca PM. Comorbidités somatiques chez les patients souffrant de schizophrénie. *Ann Med-Psych*. 2006; 164(2006):159-164
 26. Dixon L, Weiden P, Delahanty J, Goldberg R, Postrado L, Lucksted A, et al. Prevalence and correlates of diabetes in national schizophrenia samples. *Schizophrenia Bulletin*. 2000;26(4):903–12.
 27. Duval F. affection métabolique et psychiatrie. *Encycl Med Chir. (Elsevier Masson, Paris), Psychiatrie*, 37-640 B-10(10(2)), 2013, 17p.
 28. Scheen AJ, Gillain B, De Hert M. Maladie cardiovasculaire et diabète chez les personnes atteintes d'une maladie mentale sévère: 1^{re} partie. *Épidémiologie et influence des médicaments psychotropes**. *Médecine des maladies métaboliques*. 2010;4(1):93–102.
 29. Meyer JM, Henry A, Nasrallah. The Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Schizophrenia Trial Clinical comparison of subgroups with and without the metabolic syndrome. 2005;80(issu1):19–32.
 30. Laqueille X. conduite addictives chez les schizophrènes: quelle conduite à tenir. *l'encephale*. 2008;(supplément 1):S38–S39.
 31. Dervaux A, Laqueille X. Tabac et schizophrénie : aspects épidémiologiques et cliniques. *Encephale*. 2008;34:299–305.

32. Cartier M, Kanit M, Laqueille X. Comorbidité schizophrénie héroïnomanie et autres addictions : aspects cliniques et thérapeutiques. *Ann Med-Psych.* 2004;162(162):311–6.
33. Dalery J, d'Amato T, Saoud M. Pathologies schizophréniques. Paris: Médecine sciences publications-[Lavoisier]; 2012.
34. Johnson AD. Studies of depressive symptoms in schizophrenia: I. The prevalence of depression and its possible causes. *The British Journal of Psychiatry.* 1981;139:89–101.
35. Siris SG, Morgan V, Fagerstrom R, Rifkin A, Cooper TB. Adjunctive imipramine in the treatment of postpsychotic depression. A controlled trial. *Arch Gen Psychiatry.* 1987 Jun;44(6):533–9.
36. Conley R, Aschersvanum H, Zhu B, Faries D, Kinon B. The burden of depressive symptoms in the long-term treatment of patients with schizophrenia. *Schizophrenia Res.* 2007 Feb;90(1-3):186–97.
37. Kacha F. Psychiatrie et psychologie médicale. 2^{ème} édition. Alger: PUBLICOM; 2002. 382 p.
38. Gelder MG, Cowen P, Mayou R. *Traité de psychiatrie.* Paris: Médecine-Sciences Flammarion; 2005.
39. Baylé FJ, Blanc O, De Chazeron I, Lesturgeon J, Lançon C, Caci H, et al. Prise en charge médicamenteuse de l'anxiété chez le patient souffrant de schizophrénie. *L'Encéphale.* 2011 May;37:S83–S89.
40. Bayle F, Llorca PM, Olie JP. Anxiété et schizophrénie. *Ann Med-Psychol.* 2000;158(10):741–9.
41. Alliaire J.F. Angoisse psychotique et angoisse névrotique. Différence qualitative ou différence quantitative. *Encephale.* 1983;9 (suppl. 2)(211B-6B).
42. Goodwin R, Lyons JS, McNally RJ. Panic attacks in schizophrenia. *Schizophrenia res.* 2002;58(2):213–20.
43. Argyl.N. panic attacks in chronic schizophrénia. *Brit J Psychiatry.* 1990;(157):430–3.
44. Braga RJ, Petrides G, Figueira I. Anxiety disorders in schizophrenia. *Compr Psychiat.* 2004 Nov;45(6):460–8.
45. Ulaş H, Polat S, Akdede BB, Alptekin K. Impact of panic attacks on quality of life among patients with schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry.* 2010 Oct;34(7):1300–5.
46. Achim AM, Maziade M, Raymond E. How Prevalent Are Anxiety Disorders in Schizophrenia A Meta-Analysis and Critical Review on a Significant Association. *schizoph bull.* 2011;37(4):811–21.
47. JP K, Puertollano MA, Schane MD, Klein DF. Adjunctive alprazolam for schizophrenia with panic anxiety: clinical observation and pathogenic implications. *Am J Psychiatry.* 1988;145:742–4.

48. Pallanti S, Cantisani A, Grassi G. Anxiety as a core aspect of schizophrenia. *Curr Psychiatry Rep.* 2013 May;15(5):354.
49. Doubremelle C, Millet B, Olie JP. Schizophrénie avec troubles ou symptômes obsessionnels compulsifs. *Encephale.* 2000;XXIV:81–8.
50. Üçok A, Tukek R, Ozgen G, Saylan M, Uzuner G. Fréquence des symptômes et du trouble obsessionnel compulsif chez les personnes atteintes de schizophrénie et leur importance pour le pronostic. *Encephale.* 2006;32:41–4.
51. Rosen I. the clinical significance of obsessions in schizophrénia. *J Mental Sci.* 1959;(103):773–85.
52. Fenton WS, McGlashan TH. the prognostic significance of obsessive-compulsive in schizophrénia. *Am J Psychiatry.* 1986;(143):437–41.
53. Karon M, JM G, Sorenson SB. the epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry.* 1988;(45):1094–9.
54. Eissen JL, DA B, Pato MT et al. obsessive-compulsive disorder in patients with schizophrénia or schizo affective disorder. *Am J Psychiatry.* 1997;(154):271–3.
55. Porto L, PC B, Pollack S, R M, Siris SG. A profile of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. *CNS Spectrums.* 1997;(1):21–5.
56. Hemron S, D P, Jahan M, AR S, Kenswar DK. Prevalence of obsessive compulsive symptoms among patients with schizophrenia. *Ind psychiatry J.* 2009;(18):77–80.
57. Stengel E. A study on some clinical aspects of the relationship between obsessional neurosis and psychotic reaction types. *J Mental Sci.* 1945;(91):166–87.
58. Berman I, A K, Berman SM et al. obsessive and compulsive symptoms en chronic schizophrenia. *compr psychiatry.* 1995;(36):6–10.
59. Fabsch K, Fabisch H, Langs G, Huber HP, Zapotoczky HG. Incidence of obsessive-compulsive phenomena in the course of acute schizophrenia and schizoaffective disorder. *Eur Psychiatry.* 2001;(16):336–41.
60. Auxéméry Y, Fidelle G. Psychose et traumatisme psychique. Pour une articulation théorique des symptômes psycho-traumatiques et psychotiques chroniques. *L'Encéphale.* 2011;37:433-438
61. Calhoun PS, Stechuchak KM, Strauss J et al. Interpersonal trauma, war zone exposure, and posttraumatic stress disorder among veterans with schizophrenia. *Schizophr Res.* 2007;(91(1-3)):210–6.
62. Resnick S., Bond GR, Mueser KT. Trauma and posttraumatic stress disorder in people with schizophrenia. *Abnorm Psychol.* 2003;112(3):415–23.
63. Strauss IL, Calhaun PS, Marx CE, et al. Comorbid posttraumatic stress disorder is associated with suicidality in male veterans with schizophrenia or schizo affective disorder. *Schizophr Res.* 2006;84(1):165–9.

64. Shaw K, McFarlane A, C. Bookless. The phenomenology of traumatic reactions to psychotic illness. *J Nerv Ment Dis.* 1997;187(7):434–41.
65. Picken A, Tarrier N. Trauma and comorbid posttraumatic stress disorder in individuals with schizophrenia and substance abuse. *Compr Psychiat.* 2011 Sep;52(5):490–7.
66. Lu W, Mueser KT, Shami A, Siglag M, Petrides G, Schoepp E, et al. Post-traumatic reactions to psychosis in people with multiple psychotic episodes. *Schizophrenia Res.* 2011 Apr;127(1-3):66–75.
67. Janssen I, L K, Back M, M H, W V, de Graaf R, et al. Abus d'enfance comme facteur de risque pour des expériences psychotiques. *Acta Psychiatr Scand.* 2004;109:38–45.
68. PE B, Brugha T, Farrell M, Lewis G, H M, Jenkins R. Inconvénient de psychose, de victimisation et d'enfance. 2004;185:220–6.
69. Switzer GE, Dew MA, Thompson K, J.M Goycoolea JM, Derricott T, Mullins SD. Posttraumatic stress disorder and service utilization among urban mental health center clients. *J Trauma Stress.* 1999;12:25–39.
70. Franceschi P. Traitement cognitif différentiel des délires polythématiques et du trouble anxieux généralisé. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive.* 2011 Nov;21(4):121–5.
71. Braga RJ, Reynolds GP, Siris SG. Anxiety comorbidity in schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2013;210(1):1-7
72. KS K, McGuire M, Gruenberg AM, AM G, Spellman M, Walsh D. The Roscommon Family Study. IV. Affective illness, anxiety disorders, and alcoholism in relatives. *Arch Gen Psychiatry.* 1993;50:950–60.
73. Onstad S, Skre I, Edvardsen J, Torgersen S, Kringlen E. Mental disorders in first-degree relatives of schizophrenics. *Acta Psychiatr Scand.* 1991 Jun;83(6):463–7.
74. Lyons MJ, Huppert J, Toomey R, Harley R, Goldberg J, Eisen S, et al. Lifetime prevalence of mood and anxiety disorders in twin pairs discordant for schizophrenia. *Twin Res.* 2000 Mar;3(1):28–32.
75. Huppert JD, Smith TE. Anxiety and Schizophrenia: The Interaction of Subtypes of Anxiety and Psychotic Symptoms. *CNS Spectr.* 2005;10(9):721–31.
76. Gregory AM, Lau JYF, Eley TC. Finding gene-environment interactions for generalised anxiety disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2008 Mar;258(2):69–75.
77. JP K, Puertollano MA, Schane MD. schizophrenia,panic anxiety and alprazolam. *Am J Psychiatry.* 1987;(144):527–4.
78. Siris SG, Aronson A, Sellew AP. Imipramine-responsive panic-like symptomatology in schizophrenia/schizoaffective disorder. *Biol Psychiatry.* 1989 Feb 15;25(4):485–8.
79. Gaillard R, Ouanas A, Spadone C, Llorca PM, Loo H, Baylé FJ. Benzodiazépines et schizophrénie, revue de la littérature. *L'Encéphale.* 2006;32(6):1003–10.

80. Berman I, Sapers BL, Chang HH, Losonczy MF, Schmildler J, Green AI. Treatment of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenic patients with clomipramine. *J Clin Psychopharmacol*. 1995 Jun;15(3):206–10.
81. Micallef J, Fakra E, Blin O. Use of antidepressant drugs in schizophrenic patients with depression. *Encephale*. 2006 Apr;32(2 Pt 1):263–9.
82. Skapinakis P, Papatheodorou T, Mavreas V. Antipsychotic augmentation of serotonergic antidepressants in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of the randomized controlled trials. *Eur Neuropsychopharm*. 2007 Jan;17(2):79–93.
83. Pae CU, Lim HK, Peindl K, Ajwani N, Serretti A, Patkar AA, et al. The atypical antipsychotics olanzapine and risperidone in the treatment of posttraumatic stress disorder: a meta-analysis of randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trials. *Int Clin Psychopharmacol*. 2008 Jan;23(1):1–8.
84. Pollack MH, Simon NM, Zalta AK, Worthington JJ, Hoge EA, Mick E, et al. Olanzapine augmentation of fluoxetine for refractory generalized anxiety disorder: a placebo controlled study. *Biol Psychiatry*. 2006 Feb 1;59(3):211–5.
85. Barnett SD, Kramer ML, Casat CD, Connor KM, Davidson JRT. Efficacy of olanzapine in social anxiety disorder: a pilot study. *J Psychopharmacol (Oxford)*. 2002 Dec;16(4):365–8.
86. Simon NM, Hoge EA, Fischmann D, Worthington JJ, Christian KM, Kinrys G, et al. An open-label trial of risperidone augmentation for refractory anxiety disorders. *J Clin Psychiatry*. 2006 Mar;67(3):381–5.
87. Pae CU, Serretti A, Patkar AA, Masand PS. Aripiprazole in the treatment of depressive and anxiety disorders: a review of current evidence. *CNS Drugs*. 2008;22(5):367–88.
88. El-Khalili N, Joyce M, Atkinson S, Buynak RJ, Datto C, Lindgren P, et al. Extended-release quetiapine fumarate (quetiapine XR) as adjunctive therapy in major depressive disorder (MDD) in patients with an inadequate response to ongoing antidepressant treatment: a multicentre, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2010 Aug;13(7):917–32.
89. Hertzberg MA, Butterfield MI, Feldman ME, Beckham JC, Sutherland SM, Connor KM, et al. A preliminary study of lamotrigine for the treatment of posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*. 1999 May 1;45(9):1226–9.
90. Kumar TC, Khanna S. Lamotrigine augmentation of serotonin re-uptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder. *Aust N Z J Psychiatry*. 2000 Jun;34(3):527–8.
91. Arrojo RM, Tajés AM, de Leon J. Lamotrigine Augmentation of Serotonin Reuptake Inhibitors in Severe and Long-Term Treatment-Resistant Obsessive-Compulsive Disorder. *Case Reports in Psychiatry*. 2013;2013:1–4.
92. Lum M, Fontaine R, Elie R, Ontiveros A. Probable interaction of sodium divalproex with benzodiazepines. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 1991;15(2):269–73.

93. Aliyev NA, Aliyev ZN. Valproate (depakine-chrono) in the acute treatment of outpatients with generalized anxiety disorder without psychiatric comorbidity: randomized, double-blind placebo-controlled study. *Eur Psychiatry*. 2008 Mar;23(2):109–14.
94. Davis LL, Davidson JRT, Ward LC, Bartolucci A, Bowden CL, Petty F. Divalproex in the treatment of posttraumatic stress disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial in a veteran population. *J Clin Psychopharmacol*. 2008 Feb;28(1):84–8.
95. Hamner MB, Faldowski RA, Robert S, Ulmer HG, Horner MD, Lorberbaum JP. A preliminary controlled trial of divalproex in posttraumatic stress disorder. *Ann Clin Psychiatry*. 2009 Jun;21(2):89–94.
96. Marks DM, Patkar AA, Masand PS, Pae CU. Does pregabalin have neuropsychotropic effects?: a short perspective. *Psychiatry Investig*. 2009 Jun;6(2):55–8.
97. Feltner D, Wittchen HU, Kavoussi R, Brock J, Baldinetti F, Pande AC. Long-term efficacy of pregabalin in generalized anxiety disorder. *Int Clin Psychopharmacol*. 2008 Jan;23(1):18–28.
98. Uhde TW, Stein MB, Post RM. Lack of efficacy of carbamazepine in the treatment of panic disorder. *Am J Psychiatry*. 1988 Sep;145(9):1104–9.
99. Van den Berg DPG, van der Gaag M. Treating trauma in psychosis with EMDR: A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2012 Mar;43(1):664–71.
100. Reznik I, Sirota P. An open study of fluvoxamine augmentation of neuroleptics in schizophrenia with obsessive and compulsive symptoms. *Clin Neuropharmacol*. 2000;23:157–60.
101. Poyurovsky M, Kriss V, Weisman G, Faragian S, Kurs R, Schneidman M, et al. Comparison of clinical characteristics and comorbidity in schizophrenia patients with and without obsessive-compulsive disorder: schizophrenic and OC symptoms in schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2003 Nov;64(11):1300–7.
102. Alevizos B, Lykouras L, Zervas IM, Christodoulou GN. Risperidone-induced obsessive-compulsive symptoms: a series of six cases. *J Clin Psychopharmacol*. 2002 Oct;22(5):461–7.
103. Zohar J, Kaplan Z, Benjamin J. Clomipramine treatment of obsessive compulsive symptomatology in schizophrenic patients. *J Clin Psychiatry*. 1993 Oct;54(10):385–8.
104. Poyurovsky M, Kurs R, Weizman A. Olanzapine-sertraline combination in schizophrenia with obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2003 May;64(5):611.
105. Poyurovsky M, Koran LM. Obsessive-compulsive disorder (OCD) with schizotypy vs. schizophrenia with OCD: diagnostic dilemmas and therapeutic implications. *J Psychiatr Res*. 2005 Jul;39(4):399–408.
106. MacCabe JH, Marks IM, Murray RM. Behavior therapy attenuates clozapine-induced obsessions and compulsions. *J Clin Psychiatry*. 2002 Dec;63(12):1179–80.

107. Hagen K, Solem S, Hansen B. Cognitive Behavioural Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder with Comorbid Schizophrenia: A Case Report with Repetitive Measurements. *Behav Cogn Psychother*. 2013 Jul 30;1–5.
108. Stern RG, Petti TA, Bopp K, Tobia A. Aripiprazole for the treatment of schizophrenia with co-occurring social anxiety: an open-label cross-taper study. *J Clin Psychopharmacol*. 2009 Jun;29(3):206–9.
109. Halperin S, Nathan P, Drummond P, Castle D. A cognitive-behavioural, group-based intervention for social anxiety in schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry*. 2000 Oct;34(5):809–13.
110. Kingsep P, Nathan P, Castle D. Cognitive behavioural group treatment for social anxiety in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2003 Sep 1;63(1-2):121–9.
111. P C, Pull C. Les antidépresseurs dans le traitement de l'état de stress post-traumatique. *Ann Med Psychol*. 2008;166(9):747–54.
112. Ahearn EP, Juergens T, Cordes T, Becker T, Krahn D. A review of atypical antipsychotic medications for posttraumatic stress disorder. *Int Clin Psychopharmacol*. 2011 Jul;26(4):193–200.
113. Frueh BC, Grubaugh AL, Cusack KJ, Kimble MO, Elhai JD, Knapp RG. Exposure-based cognitive-behavioral treatment of PTSD in adults with schizophrenia or schizoaffective disorder: a pilot study. *J Anxiety Disord*. 2009 Jun;23(5):665–75.
114. Trappler B, Newville H. Trauma healing via cognitive behavior therapy in chronically hospitalized patients. *Psychiatr Q*. 2007 Dec;78(4):317–25.
115. Mueser KT, Rosenberg SD, Xie H, Jankowski MK, Bolton EE, Lu W, et al. A randomized controlled trial of cognitive-behavioral treatment for posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *J Consult Clin Psychol*. 2008 Apr;76(2):259–71.
116. Figueira I, M M, Nardi AE, Marques C, P V, Moraes A, et al. Social phobia and panic disorder in psychotic patients: psychopharmacology series 6. 1992;259–64.
117. Takahashi H, Higuchi H, Shimizu T. Full remission of panic attacks in a schizophrenic patient after switching from haloperidol to risperidone. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2001;13(1):113–4.
118. Arlow PB, Moran ME, Bermanzohn PC, Stronger R, Siris SG. Cognitive-behavioral treatment of panic attacks in chronic schizophrenia. *J Psychother Pract Res*. 1997;6(2):145–50.
119. Katzman MA, Vermani M, Jacobs L, Marcus M, Kong B, Lessard S, et al. Quetiapine as an adjunctive pharmacotherapy for the treatment of non-remitting generalized anxiety disorder: A flexible-dose, open-label pilot trial. *Journal of Anxiety Disorders*. 2008 Dec;22(8):1480–6.
120. Beaufils B. La qualité de vie -analyse bibliographique. 1995. GRIFS Université Paris 8. Diponible à l'URL: www.moteurline.apf.asso.fr/IMG/pdf/1995_QDV_Beaufils_AO_APF.pdf.

121. Corten Ph. Le concept de qualité de vie vu à travers la littérature anglo-saxonne. *l'Inform psychiat.* 1998;922–32.
122. Martin P, Azorin J-M. *Qualité de vie et schizophrénies.* Montrouge (Hauts-de-Seine): John Libbey Eurotext; 2004.
123. Saloppé X, Pham TH. Impact des troubles mentaux sur la qualité de vie perçue par des patients issus d'un hôpital psychiatrique sécuritaire. *L'Encéphale.* 2007 Dec;33(6):892–901.
124. Lehman A, N W, Linn L. Chronic mental patients: the quality of life issue. *Am J Psychiatry.* 1982;139:369–73.
125. Brousse C, Boisaubert B. La qualité de vie et ses mesures. *la revue de la médecine interne.* 2007 juillet;28(7):458–62.
126. OMS. the constitution of the world health organization. 1947;1:29.
127. Rodary C, Leplège A, Hill C. Evaluation of the quality of life in clinical research in cancerology. *Bull Cancer.* 1998 Feb;85(2):140–8.
128. Trzepizur M. Facteurs prédictifs de souffrance psychique et de qualité de vie a long terme chez des patients ayant été traitées pour un cancer du sein non métastatique [thèse]. *Médecine: Tours;* 2008. 177p.
129. Bell RG, Beauséjour P, Haddad J. Échantillon d'instruments de mesure de la qualité de vie et de théories pour évaluer des services de psychiatrie. *Rev Santé mentale au Québec.* 1993;18(2):87–108.
130. McCartney CF, Larson DB. Quality of life in patients with gynecologic cancer. *Cancer.* 1987 Oct 15;60(8 Suppl):2129–36.
131. Addington-Hall J, Kalra L. Who should measure quality of life?. *BMJ.* 2001 Jun 9;322(7299):1417–20.
132. Hanestad BR. Errors of measurement affecting the reliability and validity of data acquired from self-assessed quality of life. *Scand J Caring Sci.* 1990;4(1):29–34.
133. Doyle M, Flanagan S, Browne S, Clarke M, Lydon D, Larkin C, et al. Subjective and external assessments of quality of life in schizophrenia: relationship to insight. *Acta Psychiatr Scand.* 1999 Jun;99(6):466–72.
134. Thapa K, Rowland LA. Quality of life perspectives in long-term care: staff and patient perceptions. *Acta Psychiatr Scand.* 1989 Sep;80(3):267–71.
135. J.Robin et al. qualité de vie, schizophrénie et avancée en age. *Ann Med-Psychol.* 2009;167:392–6.
136. Terra JL. *Qualité de vie subjective et santé mentale: aspects conceptuels et méthodologiques.* Paris: Ellipses-Marketing; 1994.
137. Abbadi SR, Courevitch R, Guelfi JD. Outils d'évaluation de la qualité de vie. *Encycl Méd Chir.* 2000;(37-200-A-15).

138. Guelfi JD, Bobon D. échelle d'évaluation en psychiatrie. *Encycl Méd Chir*. 1989;37-200-A-10:1–10.
139. Falissard B. Mesurer la subjectivité en santé: perspective méthodologique et statistique. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2008.
140. Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Williams J, Papp E. The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations. *Soc Sci Med A*. 1981 May;15(3 Pt 1):221–9.
141. Martin P, Caci H, Azorin JM, Daléry J, Baylé MC, Etienne D, et al. Création et validation d'un autoquestionnaire mesurant la qualité de vie de patients souffrant de schizophrénie: l'échelle schizophrenia quality of life (SOL). *L'Encéphale*. 2005;31(5):559–66.
142. Auquier P, Simeoni M., Sapin C, Reine G, Aghababian V, Cramer J, et al. Development and validation of a patient-based health-related quality of life questionnaire in schizophrenia: the S-QoL. *Schizophrenia Res*. 2003 Sep;63(1-2):137–49.
143. Lançon C, Reine G, Simeoni MC, Aghababian V, Auquier P. Développement et validation d'un instrument d'auto-évaluation de la qualité de vie des patients souffrant de schizophrénie: la S-QoL. *L'Encéphale*. 2007;33(3):277–84.
144. Boyer L, Simeoni MC, Loundou A, D'Amato T, Reine G, Lancon C, et al. The development of the S-QoL 18: A shortened quality of life questionnaire for patients with schizophrenia. *Schizophrenia Res*. 2010 Aug;121(1-3):241–50.
145. Carpiello B, Lai GL, Pariante CM, Carta MG, Rudas N. Symptoms, standards of living and subjective quality of life: a comparative study of schizophrenic and depressed out-patients. *Acta Psychiatr Scand*. 1997 Oct;96(4):235–41.
146. Patterson TL, Kaplan RM, Grant I, Semple SJ, Moscona S, Koch WL, et al. Quality of well-being in late-life psychosis. *Psychiatry Res*. 1996 Jul 31;63(2-3):169–81.
147. Gaité L, Vázquez-Barquero JL, Borra C, Ballesteros J, Schene A, Welcher B, et al. Quality of life in patients with schizophrenia in five European countries: the EPSILON study. *Acta Psychiatr Scand*. 2002 Apr;105(4):283–92.
148. Hofer A, Kemmler G, Eder U, Edlinger M, Hummer M, Fleischhacker WW. Quality of life in schizophrenia: the impact of psychopathology, attitude toward medication, and side effects. *J Clin Psychiatry*. 2004 Jul;65(7):932–9.
149. Browne S, Roe M, Lane A, Gervin M, Morris M, Kinsella A, et al. Quality of life in schizophrenia: relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. *Acta Psychiatr Scand*. 1996 Aug;94(2):118–24.
150. Dickerson FB, Ringel NB, Parente F. Subjective quality of life in out-patients with schizophrenia: clinical and utilization correlates. *Acta Psychiatr Scand*. 1998 Aug;98(2):124–7.
151. Lehman AF. The well-being of chronic mental patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1983 Apr;40(4):369–73.

152. Malla AK, Norman RMG, McLean TS, MacDonald C, McIntosh E, Dean-Lashley F, et al. Determinants of quality of life in first-episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand.* 2004 Jan;109(1):46–54.
153. Browne S, Clarke M, Gervin M, Waddington JL, Larkin C, O’Callaghan E. Determinants of quality of life at first presentation with schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 2000 Feb;176:173–6.
154. MacBeth A, Gumley A. Premorbid adjustment, symptom development and quality of life in first episode psychosis: a systematic review and critical reappraisal. *Acta Psychiatr Scand.* 2008 Feb;117(2):85–99.
155. Lehman AF. The effects of psychiatric symptoms on quality of life assessments among the chronic mentally ill. *Eval Program Plann.* 1983;6(2):143–51.
156. Ho BC, Nopoulos P, Flaum M, Arndt S, Andreasen NC. Two-year outcome in first-episode schizophrenia: predictive value of symptoms for quality of life. *Am J Psychiatry.* 1998 Sep;155(9):1196–201.
157. Tollefson GD, Andersen SW. Should we consider mood disturbance in schizophrenia as an important determinant of quality of life? *J Clin Psychiatry.* 1999;60 Suppl 5:23–29; discussion 30.
158. Lançon C, Auquier P, Reine G, Bernard D, Addington D. Relationships between depression and psychotic symptoms of schizophrenia during an acute episode and stable period. *Schizophr Res.* 2001 Mar 1;47(2-3):135–40.
159. Pallanti S, Quercioli L, Hollander E. Social anxiety in outpatients with schizophrenia: a relevant cause of disability. *American J Psychiatry.* 2004;161(1):53–8.
160. Rössler W, Salize HJ, Cucchiaro G, Reinhard I, Kernig C. Does the place of treatment influence the quality of life of schizophrenics?. *Acta Psychiatr Scand.* 1999 Aug;100(2):142–8.
161. Gupta S, Kulhara P, Verma SK. Quality of life in schizophrenia and dysthymia. *Acta Psychiatr Scand.* 1998 Apr;97(4):290–6.
162. Ritsner M, Ponizovsky A, Endicott J, Nechamkin Y, Rauchverger B, Silver H, et al. The impact of side-effects of antipsychotic agents on life satisfaction of schizophrenia patients: a naturalistic study. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2002 Feb;12(1):31–8.
163. Karow A, Naber D. Subjective well-being and quality of life under atypical antipsychotic treatment. *Psychopharmacology (Berl).* 2002 Jun;162(1):3–10.
164. Jaafari N, Marková I. Le concept de l’insight en psychiatrie. *Ann Méd-Psychol.* 2011 Aug;169(7):409–15.
165. Raffard S, Bayard S, Capdevielle D, Garcia F, Boulenger J-P, Gely-Nargeot M-C. La conscience des troubles (insight) dans la schizophrénie : une revue critique. *L’Encéphale.* 2008 Dec;34(6):597–605.
166. Schmitt A, Lefebvre N, Chéreau I, Llorca PM. Insight et observance dans la schizophrénie. *Ann Méd-Psychol.* 2006; 164(2006); 154–8.

167. Bourgeois ML. Insight et conscience de la maladie en psychopathologie. *Encyclo Med Chir.* (Elsevier Masson, Paris), Psychiatrie, 37-032-A-20, 2010 9p
168. Belaid A, et al. Traduction en langue arabe de l'échelle "IS de Markova.". *Société Algérienne de Psychiatrie; 13ème journée national de psychiatrie; 2010 May 29; Hotel Aurassi Alger.*
169. Birchwood M, Smith J, Drury V, Healy J, Macmillan F, Slade M. A self-report Insight Scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatr Scand.* 1994 Jan;89(1):62–7.
170. Amador XF, DH S, Yale SA, et al. Awareness of Illness in Schizophrenia. *schizoph bull.* 1991;(17):113–32.
171. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Flaum MM, Endicott J, Gorman JM. Assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry.* 1993 Jun;150(6):873–9.
172. Carpenter WT, Strauss JS, Bartko JJ. Flexible system for the diagnosis of schizophrenia: report from the WHO International Pilot Study of Schizophrenia. *Science.* 1973 Dec 21;182(4118):1275–8.
173. Wilson WH, Ban TA, Guy W. Flexible system criteria in chronic schizophrenia. *Compr Psychiatry.* 1986 Jun;27(3):259–65.
174. Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, Strauss DH, Yale SA, Clark SC, et al. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 1994 Oct;51(10):826–36.
175. Marková IS, Berrios GE. Insight in clinical psychiatry revisited. *Compr Psychiatry.* 1995 Oct;36(5):367–76.
176. Schwartz RC. Insight and illness in chronic schizophrenia. *Compr Psychiatry.* 1998 Oct;39(5):249–54.
177. Aghababian V, Auquier P, Baumstarck-Barrau K, Lançon C. Influence des troubles de la conscience sur l'auto-évaluation de la qualité de vie des patients souffrant de schizophrénie. *L'Encéphale.* 2011 Jun;37(3):162–71.
178. Bouvet C, Ettaher N, Diot E. Insight, dépression, estime de soi et satisfaction de vie chez des personnes souffrant de schizophrénie. *Évol Psychiatr.* 2010 Jul;75(3):471–83.
179. Cosoff SJ, Julian Hafner R. The prevalence of comorbid anxiety in schizophrenia, schizoaffective disorder and bipolar disorder. *Aust Nz J Psychiat.* 1998;32(1):67–72.
180. Seedat S, Fritelli V, Oosthuizen P, Emsley RA, Stein DJ. Measuring anxiety in patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis.* 2007 Apr;195(4):320–4.
181. Young S, Pfaff D, Lewandowski KE, Ravichandran C, Cohen BM, Öngür D. Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder, schizophrenia and schizoaffective disorder. *Psychopathology.* 2013;46(3):176–85.
182. P M, Peretti CS, J D, Azorin JM. the schizophrenia quality of life scale: le conceptual framework and item section. *Euro Neuropharmacol.* 2004e;14(supp. 3)(283).

183. K V, Prasko J, D K, Cerna M, M O, Latalova K. Comorbid anxiety disorders in patients with schizophrenia. *Activitas Nervosa Superior Rediviva*. 2013;55(1-2).
184. Hemrom S, Pushpa, Prasad D, Jahan M, Singh AR, Kenswar DK. Prevalence of obsessive compulsive symptoms among patients with schizophrenia. *Ind Psychiatry J*. 2009 Jul;18(2):77–80.
185. Güçlü O, Erkıran M, Aksu EE, Aksu H. Clinical correlates of social anxiety disorder comorbidity in schizophrenia. *Turk Psikiyatri Derg*. 2012;23(1):1–8.
186. Ulas H, Alptekin K, Akdede BB, Tumuklu M, Akvardar Y, Kitis A, et al. Panic symptoms in schizophrenia: Comorbidity and clinical correlates: Panic symptoms and schizophrenia. *Psychiat Clin Neuros*. 2007 Dec 7;61(6):678–80.
187. Guo X, Zhang Z, Zhai J, Fang M, Hu M, Wu R, et al. Effects of antipsychotic medications on quality of life and psychosocial functioning in patients with early-stage schizophrenia: 1-year follow-up naturalistic study. *Compr Psychiat*. 2012 Oct;53(7):1006–12.
188. Nakagawa S, Hayashi N. Clinical correlates of objective and subjective quality of life among middle-aged and elderly female inpatients with chronic schizophrenia. *Asian J Psychiatr*. 2013 Oct;6(5):389–93.
189. Huppert JD, Weiss KA, Lim R, Pratt S, Smith TE. Quality of life in schizophrenia: contributions of anxiety and depression. *Schizophrenia res*. 2001;51(2):171–80.
190. Birchwood M. Pathways to emotional dysfunction in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry*. 2003 May;182:373–5.
191. Bourgeois M, Swendsen J, Young F, Amador X, Pini S, Cassano GB, et al. Awareness of disorder and suicide risk in the treatment of schizophrenia: results of the international suicide prevention trial. *Am J Psychiatry*. 2004 Aug;161(8):1494–6.
192. Travers D, Levoyer D, Millet B. Insight in schizophrenia: assessment of 31 patients with different scales. *Encephale*. 2008 Jan;34(1):66–72.
193. Cooke MA, Peters ER, Greenwood KE, Fisher PL, Kumari V, Kuipers E. Insight in psychosis: influence of cognitive ability and self-esteem. *Br J Psychiatry*. 2007 Sep;191:234–7.

ANNEXES

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE POUR PROJET DE RECHERCHE INTITULE

« Schizophrénie et trouble anxieux :

Etude épidémiologique et clinique d'une population de schizophrènes suivi au niveau du service de psychiatrie du CHUT. »

N° de dossier :

Date de l'examen

Nom de l'examineur:

1-Patient : (3lettres du nom de famille et 2 du prénom)

2-Sexe : H (0), F(1)

3-Date de naissance :

4-Adresse :

5-Etat civil actuel : célibataire(0) ; marié(e) (1) ; divorcé(e) (2) ; séparé(3) ; veuf(4)

6- Nombre d'enfant :

7-vivez vous seul(e) ou avec quelqu'un d'autre

Seul(e) (0); avec époux (se) et/ou enfants(1) ; chez les parents (2) ; avec des frères ou des sœurs(3) ; autres(4).

8-Activité professionnelle : fonction libérale(1) ; fonction publique(2) ;

étudiant(3) ; autres(4)

9- Est ce que vous travaillez toujours

oui

non

10-Revenu mensuel : moins de 10.000D.A (0) ; 10.000-20000(1) ; 20000-30000(2) ;

30.000-40.000(3) ; plus(4) ; inconnu(9)

11-Niveau d'instruction : jamais scolarisé(0) ; élémentaire(1) ; moyen(2) ; secondaire(3) ; universitaire(4);formation professionnelle(5).

12- service militaire oui non

13--Antécédents familiaux : Si non passer à 14 oui non

13-a-affection somatique (Code selon la CIM10)

13-b-Affection psychiatrique: (Code selon le DSMIV)

14-Antécédents personnels: Si pas d'antécédents passez à 15. oui non

14.a/ Médicaux (code selon CIM10)

14.b/Chirurgicaux (code selon CIM10)

14.c/Habitudes toxiques ; Si pas d'antécédents passez à 15. oui non

14.c/1.tabac(1) ;

14.c/2.tabac à chiquer (2) ;

14.c/3.cannabis(3) ;

14.c/4.alcool(4) ;

14.c/5.benzodiazépines(5) ;

14.c/6.solvants volatiles(6) ;

14.c/7.drogues dures(7);

14.c/8. Autres;

TROUBLE PSYCHIATRIQUE (schizophrénie)

15-Début des troubles : 01an(0) ;02ans(1) ;03ans(2) ;plus(3) ;indéterminé(9).

16-Mode de début : aigu(0) ; progressif(1) ; Indéterminé (9).

17-Age de la première consultation :avant 10ans(0) ;entre 10ans et 15ans(1) ;entre 15ans et 20ans(2) ;entre 20ans et 25ans (3) ;entre 25ans et 30ans(4) ;entre 30ans et 35(5),entre 35ans et 40ans(6) ;plus de 40ans(7) ;indéterminé (9)

18-Nombre d'hospitalisation :00(0) ;01(01),02(2) ;plus de 02(3) ;indéterminé(9).

19-Nombre de rechute : 01(0) ;02(01),03(2) ;plus de 03(3) ;indéterminé(9).

20-Diagnostic selon le DSM IV :

21-Sous-type de schizophrénie :paranoïde(0) ;désorganisé(1) ;

Catatonique(2) ;indifférencié(3) ;résiduel(4)

22-Classification de l'évolution longitudinale :

Episodique avec symptômes résiduels entre les épisodes(0).

Episodique sans symptômes résiduels entre les épisodes(1).

Episodique en rémission partielle(2).

Continue(3)

Episode unique en rémission complète(4).

Modalité autre ou non spécifiée(5).

23-Tentative de suicide : oui non

24-nombre de tentative de suicide

25-Traitement:(actuel)

a-Antipsychotique classique : oui non

b-Antipsychotique atypique : oui non

c-Antiparkinsonien de synthèse : oui non

d-Antidépresseur tricyclique: oui non

e-IRSS : oui non

f- Autre antidépresseur oui non

g-Tranquillisant anxiolytique : oui non

h-Neuroleptique à action prolongé : oui non

i-Antipsychotique atypique à action prolongé oui non

j-Thymorégulateur : oui non

k-Electro convulsivothérapie : oui non

d-Tranquillisant anxiolytique :

oui non

e-Psychothérapie.

oui non

f- indéterminé

oui non

32-L'échelle PANSS :

Echelle positive

Echelle négative

Echelle psychopathologie générale

33-Echelle S-QoL :

33-a/sqol 1 "vie sentimentale"

33-b/sqol 2 "estime de soi".

33-c/sqol 3 "relation famille".

33-d/sqol 4 "relation amis".

33-e/sqol 5 "autonomie".

33-f/sqol 6 "bien être psychologique"

33-g/sqol 7 "bien être physique"

33-h/sqol 8 "RESILIENCE"

34-IS Markovà:

ANNEXE 2

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROME SCALE

PANSS

KAY S.R., OPLER L.A. et FISZBEIN A.

Traduction française : J.P. Lépine

NOM:

PRENOM:

SEXE:

AGE:

DATE:

EXAMINATEUR:

CONSIGNES

Entourer la cotation appropriée à chaque dimension, à la suite de l'entretien clinique spécifique. Se reporter au Manuel de Cotation pour la définition des items, la description des différents degrés et la procédure de cotation

Echelle positive

P 1	Idées délirantes.	1 2 3 4 5 6 7
P 2	Désorganisation conceptuelle.	1 2 3 4 5 6 7
P 3	Activité hallucinatoire.	1 2 3 4 5 6 7
P 4	Excitation.	1 2 3 4 5 6 7
P 5	Idées de grandeur.	1 2 3 4 5 6 7
P 6	Méfiance/Persécution.	1 2 3 4 5 6 7
P 7	Hostilité.	1 2 3 4 5 6 7

Echelle négative

N 1	Emoussement de l'expression des émotions	1 2 3 4 5 6 7
N 2	Retrait affectif.	1 2 3 4 5 6 7
N 3	Mauvais contact.	1 2 3 4 5 6 7
N 4	Repli social passif/apathique.	1 2 3 4 5 6 7
N 5	Difficultés d'abstraction.	1 2 3 4 5 6 7

N 6 Absence de spontanéité et de fluidité dans la conversation. 1 2 3 4 5 6 7

N 7 Pensée stéréotypée. 1 2 3 4 5 6 7

Echelle psychopathologique générale

G 1 Préoccupations somatiques. 1 2 3 4 5 6 7

G 2 Anxiété 1 2 3 4 5 6 7

G 3 Sentiments de culpabilité. 1 2 3 4 5 6 7

G 4 Tension 1 2 3 4 5 6 7

G 5 Maniérisme et troubles de la posture. 1 2 3 4 5 6 7

G 6 Dépression. 1 2 3 4 5 6 7

G 7 Ralentissement psychomoteur. 1 2 3 4 5 6 7

G 8 Manque de coopération. 1 2 3 4 5 6 7

G 9 Contenu inhabituel de la pensée. 1 2 3 4 5 6 7

G10 Désorientation. 1 2 3 4 5 6 7

G11 Manque d'attention. 1 2 3 4 5 6 7

G12 Manque de jugement et de prise de conscience de la maladie. 1 2 3 4 5 6 7

G13 Trouble de la volition. 1 2 3 4 5 6 7

G14 Mauvais contrôle pulsionnel. 1 2 3 4 5 6 7

G15 Préoccupation excessive de soi (tendances autistiques). 1 2 3 4 5 6 7

G16 Evitement social actif. 1 2 3 4 5 6 7

ANNEXE 3

Questionnaire de Qualité de Vie : S-QoL 18

Nous vous proposons de remplir ce questionnaire, qui a pour but de nous informer sur votre vie de tous les jours et votre santé. Nous souhaitons mieux connaître les conséquences de vos problèmes de santé dans votre vie quotidienne, afin d'améliorer votre prise en charge.

Les informations contenues dans ce questionnaire sont confidentielles.

Répondez à chaque question en cochant la case qui se rapproche le plus de ce que vous pensez ou ressentez actuellement. Certaines des questions posées peuvent toucher à votre vie privée. Elles sont nécessaires pour évaluer tous les aspects de votre santé. Cependant, si une question ne vous concerne pas, ou si vous ne souhaitez pas répondre à une question, passez à la suivante.

Si vous désirez nous communiquer des informations supplémentaires sur certains aspects de votre vie courante, vous pouvez le faire en fin de questionnaire.

EA 3279 Santé perçue - Evaluation systèmes de soins

Professeur Pascal Auquier, Docteur Laurent Boyer, Professeur Christophe Lançon

Faculté de Médecine de Marseille, Université de la Méditerranée

Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

27 bd Jean Moulin, 13005 Marseille

Tel. 04 91 38 47 44

Email : pascal.auquier@univmed.fr; laurent.boyer@ap-hm.fr; christophe.lancon@ap-hm.fr

Remplir l'heure exacte de début de remplissage du questionnaire : h mn

Cochez pour chaque question la case qui **correspond le plus à ce que vous ressentez actuellement**. Si vous n'êtes pas concerné(e) par une question, entourez le numéro de cette question.

<i>Actuellement,...</i>	Beaucoup Moins	Moins	Un peu moins	Autant	Plus
	... que souhaité				
1. j'ai confiance en la vie	<input type="checkbox"/>				
2. je me bats pour réussir dans la vie	<input type="checkbox"/>				
3. je fais des projets professionnels et/ou personnels pour l'avenir	<input type="checkbox"/>				
4. je suis bien dans ma tête	<input type="checkbox"/>				
5. je suis libre de prendre des décisions	<input type="checkbox"/>				
6. je suis libre d'agir	<input type="checkbox"/>				
7. je fais des efforts pour travailler	<input type="checkbox"/>				
8. je suis en bonne forme physique	<input type="checkbox"/>				
9. je suis plein(e) d'énergie	<input type="checkbox"/>				
10. je suis aidé(e) par ma famille	<input type="checkbox"/>				
11. je suis écouté(e) par ma famille	<input type="checkbox"/>				
12. je suis aidé(e) par mes amis (proches)	<input type="checkbox"/>				
13. j'ai des amis	<input type="checkbox"/>				
14. j'ai une vie sentimentale satisfaisante	<input type="checkbox"/>				
15. je réalise mes projets familiaux, sentimentaux	<input type="checkbox"/>				

<i>Actuellement,...</i>	Beaucoup Plus	Plus	Un peu plus	Autant	Moins
	... que prévu				
16. j'ai des difficultés à me concentrer, à réfléchir	<input type="checkbox"/>				

17. je suis coupé(e) du monde extérieur	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	
18. j'ai du mal à exprimer ce que je ressens	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	

Remplir l'heure exacte de fin de remplissage du questionnaire : h mn

Commentaires

.....

Merci de votre participation

SCORING

<i>Actuellement,...</i>	Beaucoup Moins	Moins	Un peu moins	Autant	Plus
	... que souhaité				
1. j'ai confiance en la vie	1	2	3	4	5
2. je me bats pour réussir dans la vie	1	2	3	4	5
3. je fais des projets professionnels et/ou personnels pour l'avenir	1	2	3	4	5
4. je suis bien dans ma tête	1	2	3	4	5
5. je suis libre de prendre des décisions	1	2	3	4	5
6. je suis libre d'agir	1	2	3	4	5
7. je fais des efforts pour travailler	1	2	3	4	5
8. je suis en bonne forme physique	1	2	3	4	5
9. je suis plein(e) d'énergie	1	2	3	4	5
10. je suis aidé(e) par ma famille	1	2	3	4	5
11. je suis écouté(e) par ma famille	1	2	3	4	5
12. je suis aidé(e) par mes amis (proches)	1	2	3	4	5
13. j'ai des amis	1	2	3	4	5
14. j'ai une vie sentimentale satisfaisante	1	2	3	4	5
15. je réalise mes projets familiaux, sentimentaux	1	2	3	4	5

<i>Actuellement,...</i>	Beaucoup Plus	Plus	Un peu plus	Autant	Moins
	... que prévu				
16. j'ai des difficultés à me concentrer, à réfléchir	1	2	3	4	5
17. je suis coupé(e) du monde extérieur	1	2	3	4	5
18. j'ai du mal à exprimer ce que je ressens	1	2	3	4	5

ANNEXE 5

IS Markova

	Non	Oui
1. Je ne me sens pas comme je me sens d'habitude		
2. Il n'y a rien d'anormal chez moi		
3. Je suis malade		
4. Les gens autour de moi semblent différents		
5. J'ai l'impression de ne pas avoir de place		
6. Tout semble désorganisé		
7. L'esprit ne peut pas être malade, seulement le corps		
8. Mes sentiments envers les gens semblent différents		
9. Je me sens mal à l'aise		
10. J'ai de la difficulté à réfléchir		
11. En ce moment, j'ai des problèmes avec mes nerfs		
12. Tout autour de moi est différent		
13. Je perds contact avec moi-même		
14. Je trouve difficile d'être à l'aise avec des gens que je connais		
15. Il m'arrive quelque chose d'étrange		
16. Je veux savoir pourquoi je me sens ainsi		
17. Je ne semble pas capable de fonctionner normalement		
18. La maladie mentale peut affecter plusieurs personnes dans la population		
19. J'ai l'impression de ne plus avoir autant de contrôle sur mes pensées		
20. Je ne suis pas malade, mais je suis fatigué		
21. J'ai l'impression de perdre la tête		
22. Je perds contact avec mon entourage		
23. Tout me semble beaucoup plus clair maintenant que jamais auparavant		
24. J'ai l'impression que des choses étranges se passent autour de moi		
25. Je sais que mes pensées sont étranges, mais je n'y peux rien		
26. J'ai l'impression que tout est différent autour de moi		
27. Les choses n'ont plus de sens		
28. Mon problème principal est ma santé physique		
29. Je sens que mon état actuel a été causé volontairement par quelque chose		
30. Je pense que j'ai besoin d'une aide quelconque		

ANNEXE 6

Echelle MARKOVA en arabe

NON	OUI	يرجي وضع علامة (x) تشير إذا ما كنت تتفق مع أو لا تتفق مع العبارات التالية.
0	1	*1 *أني أحس أنني مختلف عن العادة.
1	0	*2 *أني أحس أنني في حالة جيدة.
0	1	*3 *أني مريض.
0	1	*4 *يبدو لي أن الناس من حولي مختلفون.
0	1	*5 *أني لا أحس نفسي بخير أينما كنت.
1	0	*6 *كل شيء يبدو لي غامضا.
1	0	*7 *يمكن للجسد أن يمرض، لا العقل.
0	1	*8 *أحاسيسي تجاه الآخرين تبدو مختلفة.
0	1	*9 *أحس إنني غير مرتاح.
0	1	*10 *عندي صعوبة في التفكير.
0	1	*11 *الآن عندي مشاكل عصبية.
1	0	*12 *كل شيء من حولي قد تغير.
0	1	*13 *أفقد الاتصال مع نفسي.
0	1	*14 *أجد صعوبة لأكون مرتاحا مع الأشخاص الذين أعرفهم.
0	1	*15 *وقع لي شيء غريب .
0	1	*16 *أريد أن أعرف لماذا أحس نفسي هكذا.
0	1	*17 *أشعر أنني لا أستطيع أن أعيش بطريقة عادية.
0	1	*18 *قد يحدث المرض العقلي لأشخاص من بين الناس.
0	1	*19 *أشعر أن قدرة مراقبة تفكيري قد انخفضت.
1	0	*20 *أنا لست مريضا، أنا تعب.
0	1	*21 *أشعر أنني أفقد الصواب.
0	1	*22 *أحس أنني أفقد الاتصال مع محيطي الاجتماعي.
1	0	*23 *أجد الآن كل شيء جيدا وواضحا حسب ما كان عليه في الماضي
0	1	*24 *أشعر أن أشياء غريبة تحدث من حولي.
0	1	*25 *أعلم أن لدى أفكارا غريبة ولكن لا أستطيع أن افعل أي شيء.
0	1	*26 *أشعر أن كل ما يجري من حولي مختلف.
0	1	*27 *فقدت الأشياء معانيها .
1	0	*28 *مشكلي الرئيسي هو صحتي الجسدية.
1	0	*29 *أشعر أن وضعي الحالي ناتج عن حدوث شيء تم عمدا.
0	1	*30 *أشعر إنني في حاجة إلي مساعدة.

Score total : | | | / 30

ANNEXE 7

Critères diagnostiques DSM IV TR

Schizophrénie

Trouble panique avec agoraphobie

Trouble panique sans agoraphobie

Trouble obsessionnel compulsif

Trouble anxiété généralisé

Etat de stress post-traumatique

Phobie sociale

Phobie spécifique

Critères diagnostiques DSM IV TR

Schizophrénie

A. Symptômes caractéristiques: Deux (ou plus) des manifestations suivantes sont présentes, chacune pendant une partie significative du temps pendant une période d'un mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement) :

(1) idées délirantes

(2) hallucinations

(3) discours désorganisé (c.à.d., coqs à l'âne fréquents ou incohérence)

(4) comportement grossièrement désorganisé ou catatonique

(5) symptômes négatifs, p. ex., émoussement affectif, alogie ou perte de volonté.

N.B. Un seul symptôme du Critère A est requis si les idées délirantes sont bizarres ou si les hallucinations consistent en une voix commentant en permanence le comportement ou les pensées du sujet, ou si, dans les hallucinations, plusieurs voix conversent entre elles.

B. Dysfonctionnement social ou dans les activités: Pendant une partie significative du temps depuis la survenue de la perturbation, un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement tels que le travail, les relations interpersonnelles, ou les soins personnels sont nettement inférieurs au niveau atteint avant la survenue de la perturbation (ou, en cas de survenue dans l'enfance ou l'adolescence, incapacité à atteindre le niveau de réalisation interpersonnelle, scolaire, ou dans d'autres activités auquel on aurait pu s'attendre).

C. Durée: Des signes permanents de la perturbation persistent pendant au moins 6 mois. Cette période de 6 mois doit comprendre au moins 1 mois de symptômes (ou moins quand ils répondent favorablement au traitement) qui répondent au Critère A (c.à.d, symptômes de la phase active) et peut comprendre des périodes de symptômes prodromiques ou résiduels. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes de la perturbation peuvent se manifester uniquement par des symptômes négatifs ou par deux ou plus des symptômes

figurant dans le Critère A présents sous une forme atténuée (par exemple, croyances bizarres, perceptions inhabituelles).

D. Exclusion d'un trouble schizo-affectif et d'un Trouble de l'humeur: Un Trouble schizo-affectif et un Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques ont été éliminés soit (1) parce qu'aucun épisode dépressif majeur, maniaque ou mixte n'a été présent simultanément aux symptômes de la phase active ; soit (2) parce que si des épisodes thymiques ont été présents pendant les symptômes de la phase active, leur durée totale a été brève par rapport à la durée des périodes actives et résiduelles.

E. Exclusion d'une affection médicale générale due à une substance: La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (c.à.d une drogue donnant lieu à abus, un médicament) ou à une affection médicale générale.

F. Relation avec un Trouble envahissant du développement: En cas d'antécédent de trouble autistique ou d'un autre Trouble envahissant du développement, le diagnostic additionnel de Schizophrénie n'est fait que si des idées délirantes ou des hallucinations prononcées sont également présentes pendant au moins un mois ou moins quand elles répondent à un traitement.

Sous-types de la Schizophrénie

Les sous-types de la Schizophrénie sont définis par la symptomatologie prédominante au moment de l'évaluation. Bien que les implications pour le pronostic et le traitement soient variables pour chaque sous-type, le type paranoïde et le type désorganisé ont tendance à être respectivement le moins sévère et le plus sévère. Le diagnostic d'un sous-type donné repose sur le tableau clinique ayant conduit à l'évaluation ou à la prise en charge clinique la plus récente et peut de ce fait varier avec le temps. Il n'est pas rare que le tableau clinique comprenne des symptômes caractéristiques de plus d'un sous-type.

Le choix parmi les différents sous-types dépend de l'algorithme suivant :

- le **type catatonique** est attribué chaque fois que des symptômes catatoniques prononcés sont présents (abstraction faite de la présence d'autres symptômes) ;
- le **type désorganisé** est attribué chaque fois qu'un discours et un comportement désorganisé et qu'un affect abrasé ou inapproprié sont au premier plan (à moins qu'un type catatonique soit présent) ;

- le **type paranoïde** est attribué chaque fois qu'il existe une préoccupation par des idées délirantes ou que des hallucinations fréquentes sont au premier plan (à moins qu'un type catatonique ou qu'un type désorganisé soit présent) ;
- le **type indifférencié** est une catégorie résiduelle décrivant des tableaux cliniques comportant des symptômes de phase active prononcés qui ne répondent pas aux critères du type catatonique, du type désorganisé, ou du type paranoïde ;
- et le **type résiduel** correspond à des tableaux cliniques où on peut mettre en évidence que l'affection est toujours présente, mais où les critères des symptômes de la phase active ne sont plus remplis.

Critères diagnostiques DSM IV TR

Trouble Panique sans Agoraphobie

A. A la fois (1) et (2) :

(1). Attaques de panique récurrentes et inattendues.

(2). Au moins une des attaques s'est accompagnée pendant un mois « ou plus » de l'un « ou plus » des symptômes suivants :

(a) Crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique.

(b) Préoccupations à propos des implications possibles de l'attaque ou bien de ses conséquences.

(c) Changement de comportement important en relation avec les attaques.

B. Absence de l'Agoraphobie.

C. Les attaques de panique ne sont pas dues aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

D. Les attaques de panique ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental, tel une phobie sociale, une phobie spécifique, un TOC, un PTSD ou un trouble anxiété de séparation.

Critères diagnostiques DSM IV TR

Trouble Panique avec Agoraphobie

A. A la fois (1) et (2) :

(1). Attaques de panique récurrentes et inattendues.

(2). Au moins une des attaques s'est accompagnée pendant un mois « ou plus » de l'un « ou plus » des symptômes suivants :

a) Crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique.

b) Préoccupations à propos des implications possibles de l'attaque ou bien de ses conséquences.

c) Changement de comportement important en relation avec les attaques.

B. Présence d'Agoraphobie.

C. Les attaques de panique ne sont pas dues aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

D. Les attaques de panique ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental, tel une phobie sociale, une phobie spécifique, un TOC, un PTSD ou un trouble anxiété de séparation.

Critères diagnostiques DSM IV TR

Troubles Obsessionnels Compulsifs

A /. Existence soit d'obsessions soit des compulsions :

- Obsession définie par 1, 2, 3, et 4 :

1. Pensées, impulsions ou représentations récurrentes et persistantes qui, à un certain moment de l'affection, sont ressenties comme intrusives et inappropriées et qui entraînent une anxiété ou une détresse importante.

2. Les pensées, impulsions ou représentations ne sont pas simplement des préoccupations excessives concernant les problèmes de la vie réelle.

3. Le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées, impulsions ou représentations ou pour neutraliser celles-ci par d'autres pensées ou actions.

4. Le sujet reconnaît que les pensées, impulsions ou représentations obsédantes proviennent de sa propre activité mentale « elles ne sont pas imposées de l'extérieur comme dans le cas de pensées imposées ».

- Compulsions définies par 1 et 2 :

1. Comportements répétitifs ou actes mentaux que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon

certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible.

2. Les comportements ou les actes mentaux sont destinés à neutraliser ou à diminuer le sentiment de détresse ou à

empêcher un événement ou une situation redoutée, cependant ces comportements ou ces actes mentaux sont soit sans relation réaliste avec ce qu'ils se proposent de neutraliser ou de prévenir, soit manifestement excessifs.

B /. A un moment durant l'évolution du trouble, le sujet a reconnu que les obsessions étaient excessives ou irraisonnées.

NB. Ceci s'applique pas aux enfants.

C /. Les obsessions ou compulsions sont à l'origine de sentiments marqués de détresse, d'une perte de temps considérable « prennent plus d'une heure par jour » ou interfèrent de façon significative avec les activités habituelles du sujet, son fonctionnement professionnel « ou scolaire » ou ses activités ou relations sociales habituelles.

D / . Si un autre trouble de l'axe I est aussi présent, le thème des obsessions ou des compulsions n'est pas limité à ce dernier.

E / . La perturbation ne résulte pas des effets physiologiques directs d'une substance, ni d'une affection médicale générale.

- Spécifier : Avec peu de prise de conscience, si la plupart du temps durant l'épisode actuel, le sujet ne reconnaît pas que les obsessions et les compulsions sont excessives ou irraisonnées.

Critères diagnostiques DSM IV TR

Trouble Anxiété Généralisée

A. Anxiété et soucis excessifs « attente avec appréhension » survenant la plupart du temps durant

au moins 06 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités « tel le travail ou les performances scolaires ».

B. La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation.

C. L'anxiété et les soucis sont associés à trois « ou plus » des six symptômes suivants « dont au

moins certains symptômes présents la plupart du temps durant les 06 derniers mois ».

1) Agitation ou sensation d'être survolé ou à bout.

2) Fatigabilité.

3) Difficultés de concentration ou trous de la mémoire.

4) Irritabilité.

5) Tension musculaire.

6) Perturbation du sommeil « difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu agité et non satisfaisant ».

D. L'objet de l'anxiété et des soucis n'est pas limité aux manifestations d'un trouble de l'axe I, par exp ; l'anxiété ou la préoccupation n'est pas celle d'avoir une AP « TP », d'être gêné en public « PS », d'être contaminé « TOC », d'être loin de son domicile ou de ses proches « trouble anxiété de séparation », de prendre du poids « anorexie mentale », d'avoir des multiples plaintes somatiques « trouble somatisation », ou d'avoir une maladie grave « hypocondrie », et l'anxiété et les préoccupations ne surviennent pas exclusivement au cours d'un état de stress postromantique.

Critères diagnostiques DSM IV TR de l'état de stress post-traumatique

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents:

- (1) Le sujet a vécu, a été témoin, ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée;
- (2) La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

Note: Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes:

- (1) Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions;

Note: Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.

- (3) Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse:

Note: Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

- (4) Impression ou agissements soudains «comme si» l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication);

Note: Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir.

- (4) Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause;
- (5) Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause;

C. Evitement persistant des stimulus associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes;

- (1) Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme;
- (2) Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme;
- (3) Incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme;
- (4) Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités;
- (5) Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres;
- (6) Restriction des affects (par exemple incapacité à éprouver des sentiments tendres);
- (7) Sentiment d'avenir «bouché» (par exemple pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie).

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoignent deux des manifestations suivantes:

- (1) Difficulté d'endormissement au sommeil interrompu;
- (2) Irritabilité ou accès de colère;
- (3) Difficulté de concentration;
- (4) Hypervigilance;
- (5) Réaction de sursaut exagérée.

E.La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.

F.La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier si:

Aigu: Si la durée des symptômes est de moins de trois mois,

Chronique: Si la durée des symptômes est de trois mois ou plus.

Spécifier si:

Survenue différée: Si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress.»

Critères diagnostiques DSM IV

Phobie Sociale

A. Une peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales ou bien de situations de performance durant lesquelles le sujet est en contact avec des gens non familiers ou bien peut être exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. le sujet craint d'agir « ou de montrer de symptômes anxieux » de façon embarrassante ou humiliante.

B. L'exposition à la situation sociale redoutée provoque de façon quasi-systématique une anxiété qui peut prendre la forme d'une attaque de panique liée à la situation ou bien facilitée par la situation.

C. Le sujet reconnaît le caractère excessif ou irraisonné de la peur.

D. Les situations sociales ou de performance sont évitées ou vécues avec une anxiété et une détresse intense.

E. L'évitement, l'anticipation anxieuse ou la souffrance dans la « es » situation « s » redoutée « s » sociale « s » ou de performance perturbent, de façon importante, les habitudes de l'individu, ses activités professionnelles « scolaires », ou bien ses activités sociales ou ses relations avec autrui, ou bien le fait d'avoir cette phobie s'accompagne d'un sentiment de souffrance important.

F. Chez les individus de moins de 18 ans, la durée est d'au moins 06 mois.

G. La peur ou le comportement d'évitement n'est pas lié aux effets physiologiques directs d'une substance, ni à une affection médicale générale et n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental « TP avec ou sans agoraphobie, trouble anxiété de séparation, peur de dysmorphie corporelle, trouble envahissant du développement ou personnalité schizoïde ».

H. si une affection médicale générale ou un autre trouble mental est présent, la peur décrite en A est indépendante de ces troubles.

Spécifier :

Type généralisé si les peurs concernent la plupart des situations sociales « envisager également un diagnostic additionnel de personnalité évitante ».

Critères diagnostiques DSM IV Phobie Simple ou Spécifique

A. Peur persistante et intense à caractère irraisonné ou bien excessive, déclenchée par la présence ou l'anticipation de la confrontation à un objet ou une situation spécifique.

B. L'exposition au stimulus phobogène provoque de façon quasi-systématique une réaction anxieuse immédiate qui peut prendre la forme d'une attaque de panique liée ou facilitée par la situation.

C. Le sujet reconnaît le caractère excessif ou irrationnel de la peur.

D. La « les » situation « s » phobogène « s » est « sont » évitée « s » ou vécue « s » avec une anxiété ou détresse intense.

E. L'évitement, l'anticipation anxieuse ou la souffrance de la « les » situation « s » redoutée « s » perturbent, de façon importante les habitudes de l'individu, ses activités professionnelles « ou scolaires » ou bien ses activités sociales ou ses relations avec autrui, ou bien le fait d'avoir cette phobie s'accompagne d'un sentiment de souffrance important.

F. Chez les individus de moins de 18 ans, la durée est d'au moins de 06 mois.

G. L'anxiété, les attaques de panique ou l'évitement phobique associé à l'objet ou à la situation spécifique ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental tel un TOC, un PTSD, un trouble anxiété de séparation, une phobie sociale, un trouble panique avec agoraphobie ou une agoraphobie sans antécédents de TP.

Spécifier le type :

Type animal : ce sous type a généralement un début dans l'enfance.

Type environnement naturel : ce sous type a généralement un début dans l'enfance.

Type sang, injection accident : ce type est hautement familial et est souvent caractérisé après une réponse vaso-vagale intense.

Type situationnel : ce type a une distribution bimodale d'âge de début avec un pic dans l'enfance et un autre pic entre 20 et 30 ans. Ce sous type semble être identique au TP avec agoraphobie en ce qui concerne sa répartition selon le sexe, ses modalités d'agrégation familiale et son âge de début caractéristiques.

Résumé:

"Schizophrénies et troubles anxieux": Etude épidémiologique et clinique d'une population de schizophrènes suivis au niveau du service de psychiatrie du CHUTlemcen entre 2010-2012

Introduction: L'objectif de cette étude est de déterminer la fréquence des troubles anxieux chez les patients atteints de schizophrénie, et de comparer les caractéristiques sociodémographiques et cliniques (la qualité de vie et l'insight) des patients avec et sans troubles anxieux en comorbidité.

Méthode: C'est une étude descriptive transversale, réalisée sur un échantillon de 100 patients suivis au niveau de notre consultation de psychiatrie. Notre échantillon a été scindé en deux groupes, ceux avec un trouble anxieux et ceux sans trouble anxieux en comorbidité. Une comparaison entre les deux groupes a été réalisée, concernant les caractéristiques sociodémographiques, cliniques, qualité de vie (échelle SQoL) et insight (échelle de Markova).

Résultats : 28% des sujets atteints de schizophrénie présentaient un trouble anxieux en comorbidité, dont 13% un trouble panique, 5% un trouble obsessionnel-compulsif, 5% une anxiété sociale, 4% un état de stress post-traumatique, et 1% un trouble anxieux généralisé. Cette comorbidité expose à des risques d'hospitalisations plus fréquentes, à une symptomatologie positive plus importante et à une surconsommation d'alcool et de benzodiazépines.

La qualité de vie est plus altérée chez les patients avec troubles anxieux, avec des scores à la SQoL (score global) de 51 pour le premier groupe et de 62 pour le deuxième groupe ($p=0,002$). Les dimensions les plus touchées étaient l'estime de soi, le bien-être psychologique, le bien-être physique et la résilience.

Les patients avec troubles anxieux ont un meilleur insight par-rapport à ceux sans troubles anxieux, avec respectivement des scores de 19 et 12 ($p=0,05$).

Conclusion: La recherche systématique d'une telle comorbidité, permettrait un diagnostic précoce, et une prise en charge appropriée, ce qui améliorerait aussi bien la symptomatologie anxieuse que psychotique et la qualité de vie.

Mots clés : comorbidité - schizophrénie - troubles anxieux - qualité de vie - insight.