



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

**FONCTIONNEMENT SOCIAL CHEZ DES PATIENTS
ATTEINTS DE SCHIZOPHRÉNIE ET DE TROUBLE
BIPOLAIRE APRÈS DIX ANS D'ÉVOLUTION :
À PROPOS D'UNE ÉTUDE NANCÉIENNE**

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

Caroline NASALIK et Hakim BENIKENE

Le 3 Juin 2015

Examineurs de la thèse :

M. le Pr R. SCHWAN	Professeur	Président
M. le Pr J. PAYSANT	Professeur	Juge
M. le Pr B. KABUTH	Professeur	Juge
M. le Dr J. LEROND	Docteur	Juge et Directeur

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT
Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens :

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER
Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT
Vie Faculaire et SIDES : Dr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
Étudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission :

Bureau de docimologie : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Commission de prospective faculaire : Pr Pierre - Édouard BOLLAERT
Universitarisation des professions paramédicales : Pr Annick BARBAUD
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Chantal KOHLER
Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP
International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick
NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE -
Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY -
Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL -
Claude CHARDOT - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-
Pierre DELAGOUTTE - Émile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain
GAUCHER - Pierre GAUCHER
Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro
GUERCI - Claude HURIET
Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri
LAMBERT - Pierre LANDES
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre
LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe
MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-
VAUTRIN Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT -
Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD -
Michel PIERSON - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL Jean
PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel
RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel
SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON
Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT-
Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette
VIDAILHET - Michel VIDAILHET – Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WAYOFF -
Michel WEBER

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André
BIGARD – Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE -
Professeure Michèle KESSLER - Professeur Jacques LECLERE
Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD -
Professeur François PLENAT Professeur Jacques POUREL - Professeur Michel SCHMITT
- Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET
- Professeur Michel VIDAILHET - Professeur Michel WAYOFF

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET - Professeur Christo CHRISTOV

3ème sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1ère sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER - Professeur Pierre-Yves MARIE - Professeur Pierre OLIVIER

2ème sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Professeur Michel CLAUDON - Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD - Professeur Alain BLUM - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT - Professeur Jean-Luc OLIVIER - Professeur Bernard NAMOUR

2ème sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur Christian BEYAERT

3ème sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLOUL

4ème sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER - Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI - Professeure Évelyne SCHVOERER

2ème sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3ème sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY - Professeur Christian RABAUD - Professeure Céline PULCINI

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER - Professeur François ALLA

2ème sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3ème sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Éliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2ème sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN - Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT Professeur Frédéric MARCHAL

3ème sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE - Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4ème sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : (*Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Claude MEISTELMAN - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Thomas FUCHS-BUDER - Professeure Marie-Reine LOSSER

2ème sous-section : (*Réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY - Professeur Sébastien GIBOT

3ème sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Patrick NETTER - Professeur Pierre GILLET - Professeur J.Y. JOUZEAU (*pharmacien*)

4ème sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Professeur François PAILLE - Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1ère sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ - Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD - Professeure Louise TYVAERT

2ème sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean-Claude MARCHAL - Professeur Jean AUQUE - Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3ème sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Bernard KABUTH

5ème sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX - Professeur Laurent GALOIS

3ème sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ - Professeure Annick BARBAUD

4ème sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Étienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1ère sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Yves MARTINET - Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2ème sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Étienne ALIOT - Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3ème sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Thierry FOLLIGUET

4ème sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Denis WAHL - Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1ère sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3ème sous-section : (*Néphrologie*)

Professeure Dominique HESTIN - Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : (*Urologie*)

Professeur Jacques HUBERT - Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale; addictologie*)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY - Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2ème sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD - Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER - Professeur Emmanuel RAFFO - Professeure Rachel

VIEUX

2ème sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3ème sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4ème sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Georges WERYHA - Professeur Marc KLEIN - Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2ème sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeure Karine ANGIOI

3ème sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE - Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON - Docteure Manuela PEREZ

2ème sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Édouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI - Docteure Chantal KOHLER

3ème sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteure Aude MARCHAL - Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1ère sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2ème sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA (*stagiaire*)

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN - Docteur Marc MERTEN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA -
Docteur Abderrahim OUSSALAH (*stagiaire*)

2ème sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Mathias POUSSEL - Docteure Silvia VARECHOVA

3ème sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Véronique VENARD - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Corentine ALAUZET

2ème sous-section : (*Parasitologie et mycologie (type mixte : biologique)*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE (*sciences*)

3ème sous-section : (*Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales*)

Docteure Sandrine HENARD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Cédric BAUMANN –

Docteure Nelly AGRINIER (*stagiaire*)

2ème sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3ème sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : (*Hématologie ; transfusion : option hématologique (type mixte : clinique)*)

Docteur Aurore PERROT (*stagiaire*)

2ème sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteure Lina BOLOTINE

4ème sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE - Docteure Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3ème sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Nicolas GAMBIER - Docteur Julien SCALABERTOLA

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3ème sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4ème sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Lætitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3ème sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4ème sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Docteur Stéphane ZUILY

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1ère sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX (*stagiaire*)

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale; addictologie*)

Docteure Laure JOLY

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60ème Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Pascal REBOUL - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS - Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER - Madame Céline HUSELSTEIN

66ème Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

DOCTEURS	HONORIS	CAUSA	Professeure Maria DELIVORIA
Professeur Charles A. BERRY (1982)			PAPADOPOULOS (1996)
<i>Centre de Médecine Préventive, Houston</i>			Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
<i>(U.S.A)</i>			<i>Université d'Helsinki (FINLANDE)</i>
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)			Professeur James STEICHEN (1997)
<i>Brown University, Providence (U.S.A)</i>			<i>Université d'Indianapolis (U.S.A)</i>
Professeure Mildred T. STAHLMAN			Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
(1982)			<i>Université d'Hô Chi Minh-Ville</i>
<i>Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)</i>			<i>(VIÊTNAM)</i>
Professeur Théodore H. SCHIEBLER			Professeur Daniel G. BICHET (2001)
(1989)			<i>Université de Montréal (Canada)</i>
<i>Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)</i>			Professeur Marc LEVENSTON (2005)
<i>Université de Pennsylvanie (U.S.A)</i>			<i>Institute of Technology, Atlanta (USA)</i>
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)			
<i>Research Institute for Mathematical</i>			
<i>Sciences de Kyoto (JAPON)</i>			

REMERCIEMENTS

À notre Maître et Président du Jury, Monsieur le Professeur Raymund Schwan,

*Professeur de Psychiatrie d'Adultes,
Centre Psychothérapique de Nancy*

Merci de nous avoir fait l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse.

Pour vos enseignements et pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail, nous vous formulons ici nos sincères remerciements.

Veuillez trouver à travers ce travail l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

À Monsieur le Professeur Jean Paysant, Juge

*Professeur de Médecine Physique et de Réadaptation,
CHU de Nancy*

Nous vous remercions infiniment de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger à notre jury et de juger notre travail.

Nous espérons que vous trouverez ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

À Monsieur le Professeur Bernard Kabuth, Juge

*Professeur de Pédopsychiatrie,
Docteur en Psychologie,
Centre Psychothérapique de Nancy*

Nous vous sommes très reconnaissants de nous faire l'honneur de juger ce travail.

Nous vous remercions pour la qualité et la richesse de votre enseignement durant les séminaires de pédopsychiatrie auxquels nous avons assisté durant notre internat.

Veuillez trouver à travers ce modeste travail l'expression de nos sincères remerciements et de notre profond respect.

À Monsieur le Docteur Jérôme Lerond, Juge et Directeur de thèse

*Docteur en Psychiatrie d'Adultes,
Centre Psychothérapique de Nancy*

Pour avoir accepté de diriger ce travail, nous vous adressons nos plus chaleureux remerciements.

Pour nous avoir accompagnés durant les différentes étapes de l'élaboration de ce travail, pour votre patience et votre bienveillance qui nous auront permis d'avancer, nous vous adressons notre profonde gratitude.

Nous espérons que ce travail sera à la hauteur de vos attentes.

À Monsieur le Professeur Jean-Pierre Kahn

*Professeur de Psychiatrie d'Adultes,
CHU de Nancy*

Merci pour vos enseignements au cours de l'internat.

Merci également pour l'intérêt que vous avez porté à la formation des internes en
Psychiatrie.

À Monsieur le Professeur Daniel Sibertin-Blanc

Professeur de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

Merci pour vos cours, principalement autour de la question de la périnatalité, qui nous ont beaucoup apporté.

À nos familles

Merci à mes parents pour leur soutien inconditionnel, pour leur amour et pour la confiance qu'ils m'ont toujours accordés.

À ma soeur pour avoir su parfaitement tenir le rôle d'aînée, pour m'avoir appris le respect des autres et pour avoir porté son regard bienveillant sur ce travail.

À mon beau-frère pour ses chaleureux encouragements et ses conseils amicaux.

À toute ma famille en Pologne et en France pour leur affection et leurs encouragements.

Caroline

À mon père, toujours présent dans mon cœur.

À ma mère, sa présence et ses encouragements sont pour moi les piliers fondateurs de ce que je suis et de ce que je fais.

Je voudrais dire mon immense gratitude à celle qui m'a accompagné tout au long de mon internat et la rédaction de cette thèse ; mon épouse Meriem.

À ma fille Mayssa Amani, pour tout le bonheur qu'elle m'a apporté depuis sa naissance et qui m'a fait découvrir la joie d'être père.

À mon frère et mes deux sœurs qui ont participé à ma construction.

À ma belle-famille, pour qui j'ai tant d'admiration et de respect.

Hakim

À nos amis

D'abord, un grand merci à Hakim pour notre "binôme de choc". On l'a terminée tu vois !

Merci à tous mes co-internes et tous mes amis pour leur soutien et leurs encouragements.

Un remerciement particulier à Lucie, Valérie et Virginie qui m'ont été d'une aide précieuse et d'un soutien sans faille.

Merci simplement à ceux qui font partie de ma vie.

Caroline

Avant tout, à ma co-interne et amie Caroline qui m'a fait confiance. Sa contribution m'a beaucoup enrichie.

Un remerciement particulier à Ludovic, Guillaume, Elsa, Vanessa, Caroline Pham-Dinh, Baptiste, Nathalie, Marie, pour les bons moments passés ensemble.

À tous mes co-internes et amis.

Hakim

À nos collègues

Merci infiniment à toutes les équipes rémoises et lorraines qui m'ont accompagnée durant mon parcours et avec qui j'ai eu le plaisir d'apprendre mon métier.

Merci au service de psychiatrie de Saint-Nicolas-de-Port, au service de pédopsychiatrie de Lorquin, au centre hospitalier de Ravenel, au service de psychiatrie et de psychologie médicale de Brabois, au centre hospitalier de Jury-les-Metz, au service de pédopsychiatrie à Horizon, et à l'UPPAM. J'ai beaucoup appris à vos côtés.

Merci au Docteur François Laruelle qui m'a fait un immense honneur en me proposant d'intégrer son équipe. J'espère par mes efforts être à la hauteur de vos attentes.

Merci au Docteur Dorothée Crivelli et au Docteur François Laruelle qui m'ont soutenue dans cette dernière ligne droite.

Caroline

J'ai une grande reconnaissance pour toutes les équipes médicales et paramédicales qui m'ont fait découvrir cette belle spécialité et ont contribué à ma formation (le service de pédopsychiatrie de Lorquin, le centre hospitalier de Jury-les-Metz, le centre psychothérapique de Nancy).

Un remerciement particulier à l'équipe de la clinique Tivoli : les Docteurs Sandrine et Jean-Charles Rouchiche, le Docteur Jacques Henry, le Docteur Élise Rakotoarisoa-Maurice et l'équipe paramédicale. Nos échanges vivants ont été très stimulants. J'ai été profondément touché par votre disponibilité infaillible et votre bienveillante générosité.

Hakim

SERMENT

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque ».

TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION	24
II. JUSTIFICATIF DE L'ÉTUDE	30
III. OBJECTIFS ET HYPOTHÈSE	31
IV. MATÉRIEL ET MÉTHODES	32
1. <u>Type d'étude</u>	32
2. <u>Population étudiée</u>	32
3. <u>Méthodologie de recueil de données</u>	32
4. <u>Analyse statistique</u>	36
V. RÉSULTATS	38
1. <u>Analyse de la fidélité inter-juges</u>	38
2. <u>Caractéristiques générales</u>	38
a. <u>Effectif</u>	38
b. <u>Schizophrénie et trouble bipolaire en 2003</u>	39
> Données socio-démographiques	39
1. Sexe	39
2. Âge	39
3. Statut marital	40
> Données socio-économiques	41
1. Activité professionnelle	41
2. Revenus	42

3. Logement.....	43
4. Mesures de protection.....	43
> Données cliniques	43
1. Âge du premier contact avec la psychiatrie..	43
2. Suivi et traitement.....	43
3. Tentatives de suicide.....	44
4. Comorbidités.....	44
> Évaluation du fonctionnement global	45
c. <u>Schizophrénie et trouble bipolaire en 2013</u>	46
> Données socio-démographiques	46
1. Âge.....	46
2. Statut marital.....	46
> Données socio-économiques	47
1. Activité professionnelle.....	47
2. Revenus.....	48
3. Logement.....	49
4. Mesures de protection.....	49
> Données cliniques	50
1. Suivi et traitement.....	50
2. Tentatives de suicide.....	50
3. Comorbidités.....	51
> Évaluation du fonctionnement global	51

d. <u>Tableaux récapitulatifs</u>	53
VI. DISCUSSION	57
1) <u>Comparaison des données socio-démographiques</u>	57
a. <i>Sexe</i>	57
b. <i>Statut marital</i>	58
c. <i>Nombre d'enfants</i>	60
d. <i>Étayage familial</i>	60
2) <u>Comparaison des données socio-économiques</u>	61
a. <i>Activité professionnelle et revenus</i>	61
b. <i>Logement</i>	66
c. <i>Mesure de protection</i>	67
3) <u>Comparaison des caractéristiques cliniques</u>	69
a. <i>Âge du premier contact avec la psychiatrie</i>	69
b. <i>Tentatives de suicide</i>	71
c. <i>Comorbidités</i>	74
d. <i>Observance du traitement et suivi</i>	79
4) <u>Échelle Globale de Fonctionnement – EGF</u>	84
5) <u>Synthèse</u>	86
VII. LIMITES DE L'ÉTUDE	88
VIII. CONCLUSION	89
ANNEXES	91
BIBLIOGRAPHIE	97

I. INTRODUCTION

Au cours de notre cursus, notamment durant nos stages en psychiatrie adulte, nous avons été confrontés à la difficile question du devenir des patients présentant des symptômes psychotiques et de la lignée thymique.

La **schizophrénie** (SCZ) et le **trouble bipolaire** (TB) sont deux des troubles mentaux les plus graves et les plus invalidants. La prévalence de ces deux troubles est de 0,7 à 1 % dans le monde (1).

Le **trouble bipolaire** figure au 6ème rang mondial en termes de handicap (2). Cette maladie peut débuter lors de l'adolescence ou même lors de l'enfance. Ainsi, l'espérance de vie des patients qui en sont atteints sera réduite de plus de dix ans en raison des comorbidités, des taux élevés de suicide et de la fréquence des mises en danger.

Plusieurs gènes de vulnérabilité et des déclencheurs tels que les stimulants, le stress, le manque de sommeil sont impliqués dans la physiopathologie des TB.

L'objectif thérapeutique vise à obtenir la rémission des épisodes, stabiliser l'humeur en prévenant les décompensations et en évitant les récurrences, garantir également le fonctionnement optimal par la prise en compte des différents facteurs biopsychosociaux.

Le TB appartient à la catégorie des troubles de l'humeur dont la classification se base sur les définitions du DSM-5 (3) (cinquième édition révisée du *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux*) publiée le 18 Mai 2013, en cours de traduction en français. Nous reprenons la définition de l'épisode maniaque du DSM-IV R (4), à savoir :

- Période nettement délimitée dans le temps durant laquelle l'humeur est élevée de

façon anormale et persistante pendant au moins une semaine (ou toute autre durée si une hospitalisation est nécessaire).

- Au cours de cette période de perturbation de l'humeur, au moins trois des symptômes suivants ont été présents avec une intensité suffisante :
 1. augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur,
 2. réduction du besoin de sommeil,
 3. communicabilité plus importante que d'habitude ou désir de parler constamment,
 4. fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent,
 5. distractibilité,
 6. augmentation de l'activité ou agitation psycho-motrice,
 7. engagement excessif dans les activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables.
- Altération du fonctionnement social, professionnel ou des relations interpersonnelles ou hospitalisation nécessaire ou caractéristiques psychotiques.
- Les symptômes ne correspondent pas aux critères d'un épisode mixte.
- Les symptômes ne sont pas secondaires aux effets d'une substance ou d'une affection médicale.

Dans le DSM-5, la catégorie des « troubles de l'humeur » disparaît et les TB se distinguent désormais des troubles dépressifs.

La **schizophrénie** a une prévalence en population générale comprise entre 0,14 % et 0,46 % en fonction de la situation géographique selon Jablensky et al. (5). Parce qu'elle frappe précocement les malades et présente un retentissement fonctionnel préoccupant, elle

constitue, elle aussi, un important problème de santé publique.

La SCZ reste une maladie dont les facteurs étiopathogéniques sont mal connus mais un consensus plaide actuellement en faveur d'un modèle complexe selon lequel son expression pourrait être encouragée par une vulnérabilité génétique combinée à des facteurs environnementaux. Ainsi, on peut supposer que des individus avec une vulnérabilité génétique qui les amènerait à développer la SCZ peuvent, en fonction de leur environnement :

- développer effectivement la maladie,
- ne pas la développer,
- ou présenter un phénotype intermédiaire appartenant au spectre de la SCZ, tels que la schizotypie.

Des critères cliniques spécifiques posent le diagnostic de la SCZ dont la définition du DSM-IV R est la suivante :

- Symptômes caractéristiques : deux (ou plus) des manifestations suivantes sont présentes, chacune pendant une période d'un mois (ou moins dès lors qu'elles répondent favorablement au traitement) :
 1. idées délirantes,
 2. hallucinations,
 3. discours désorganisé,
 4. comportement désorganisé ou catatonique,
 5. symptômes négatifs.
- Dysfonctionnement social / des 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.

- Durée : des signes permanents de la perturbation persistent pendant six mois au minimum. Cette période de six mois doit comprendre au moins un mois de symptômes qui répondent au premier critère sus-cité 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 premier critère et présents sous une forme atténuée.

- Exclusion d'un trouble schizo-affectif ou d'un trouble de l'humeur : lorsqu'un trouble schizo-affectif ou un trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques ont été éliminés
 1. soit parce qu'aucun épisode dépressif majeur, maniaque ou mixte ne s'est produit simultanément aux symptômes de la phase active,
 2. soit parce que si des épisodes thymiques se sont produits pendant les symptômes de la phase active, leur durée totale a été brève par rapport à la durée des périodes actives et résiduelles.
- Exclusion d'une affection médicale générale ou due à une substance : la perturbation n'est pas causée par les effets physiologiques directs d'une substance ni par une affection médicale générale.
- 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 apporté que si des idées délirantes ou des hallucinations prononcées sont également présentes pendant un mois au

minimum, ou moins lorsqu'elles répondent favorablement au traitement.

Ces deux pathologies génèrent des difficultés d'adaptation dans la vie quotidienne et sociale. Il est important de préciser qu'un patient stabilisé au niveau clinique ne l'est pas forcément au niveau fonctionnel. Cela signifie qu'**une récupération symptomatique après la mise en place d'un traitement médicamenteux n'équivaut pas à une récupération du fonctionnement global**. Seuls un tiers des patients atteints de bipolarité bénéficient d'une récupération socio-professionnelle complète en début de maladie par rapport à leur niveau de fonctionnement antérieur.

La maladie psychiatrique doit donc être appréhendée tant au **niveau médical** qu'en termes de **handicap** mettant en avant une limitation d'activité et/ou une restriction de participation à la vie en société.

La classification de P. Wood (*Classification Internationale des Handicaps* - Organisation Mondiale de la Santé – 1976/1980) (6) a instauré un point de vue dynamique de la maladie et de ses conséquences. Trois plans sont considérés pour réunir les informations nécessaires à décrire une situation :

- le plan des organes et des fonctions où se situe la **déficience**,
- le plan des activités intentionnelles de la personne où se définissent les **incapacités**,
- le plan des rôles sociaux où se retrouve le **désavantage social** (7).

Le terme de **handicap psychique** est récent. Il présente des particularités :

- une fluctuation évolutive liée aux décompensations des maladies psychiatriques, ce qui contraste avec l'aspect stable du plus grand nombre des handicaps,
- une préservation des capacités intellectuelles contrairement au handicap mental, qui

s'accompagne cependant de troubles cognitifs plus ou moins exprimés et souvent difficilement repérables, perturbant l'organisation de l'activité et les relations sociales,

- une faible demande d'aide des personnes (conséquences des troubles cognitifs, de l'anosognosie et de l'isolement) majorée par la stigmatisation dont souffrent les malades atteints de pathologies psychiatriques.

Dans le domaine de la santé mentale, nos objectifs portent actuellement sur le caractère précoce de l'intervention, sur la prévention des rechutes, sur le maintien au domicile, sur l'insertion sociale et/ou professionnelle et la déstigmatisation.

Le travail que nous allons vous présenter est une étude rétrospective menée sur 50 patients souffrant de trouble bipolaire et sur 100 patients souffrant de schizophrénie, dont l'évolution du fonctionnement a été évaluée sur une période de dix ans.

Nous nous proposons de montrer que le fonctionnement social se détériore entre 2003 et 2013 chez ces deux groupes de patients et de détailler les facteurs susceptibles d'influer sur son évolution. Nous tenterons également de discuter du degré d'évolution dans le temps de ces deux troubles.

Après avoir présenté les résultats de notre étude, nous évoquerons les données récentes de la littérature dans notre discussion.

II. JUSTIFICATIF DE L'ÉTUDE

Notre réflexion a pour point de départ l'observation des patients atteints de troubles mentaux au long cours dans notre pratique ambulatoire. En dépit de leur rémission symptomatique après l'instauration d'un traitement médicamenteux, nous avons été sensibles à l'affaiblissement de leur fonctionnement affectif et socio-professionnel et à l'altération de leur qualité de vie.

Les études prospectives représentent un choix méthodologique idéal pour l'étude du fonctionnement socio-professionnel de la SCZ ou du TB car elles permettent de spécifier la validité prédictive des données socio-démographiques, socio-économiques et des caractéristiques cliniques, mais la faible incidence de la SCZ et du TB rend cette méthodologie difficile. Elles nécessitent en effet des échantillons considérables et d'importantes périodes de suivi, en plus de présenter un coût élevé.

Les études rétrospectives décrivant la prévalence du retentissement socio-professionnel constituent donc une alternative reconnue dans la littérature scientifique.

Une enquête sur l'incapacité fonctionnelle chez ces patients adultes atteints de SCZ et de TB viendra compléter les études antérieures et fournira une image plus claire du handicap subi par ces deux groupes de patients.

III. OBJECTIFS ET HYPOTHÈSE

L'objectif principal de notre étude est de **comparer l'évolution du fonctionnement socio-professionnel chez des patients cliniquement stables souffrant de trouble bipolaire et de schizophrénie sur une durée de dix ans.**

L'objectif secondaire est de décrire les facteurs susceptibles d'influer sur l'évolution du fonctionnement dans les deux groupes de patients.

L'hypothèse principale posée est : **il existe une différence dans l'évolution du fonctionnement entre les patients bipolaires et les patients schizophrènes.**

IV. MATÉRIEL ET MÉTHODES

1) Type d'étude

Il s'agit d'**une étude épidémiologique longitudinale rétrospective descriptive et analytique** réalisée à partir de la consultation minutieuse des dossiers de psychiatrie informatisés d'une population de patients adultes présentant soit un trouble bipolaire, soit une schizophrénie, suivis au Centre Psychothérapique de Nancy (CPN).

2) Population étudiée

Les **critères d'inclusion** sont résumés dans le tableau ci-dessous :

<i>Suivi en psychiatrie adulte</i>	Suivi ambulatoire au CPN figurant dans les dossiers du logiciel CIMAISE de 2003 à 2013
<i>Diagnostics</i>	1) Trouble bipolaire F30, F31 selon la CIM-10 2) Schizophrénie paranoïde F20.0 selon la CIM-10
<i>Âge au moment du suivi</i>	Adultes ayant entre 35 et 40 ans en 2013

Le recrutement des patients a été effectué à l'aide de dossiers informatisés par le biais du logiciel CIMAISE. Le Centre Psychothérapique de Nancy fait partie des premières institutions à avoir informatisé le dossier médical depuis les années 2000.

Parmi la population analysée, les patients ayant bénéficié d'un suivi psychiatrique de 2003 à 2013 ont été inclus dans l'étude.

Nous avons étudié des patients d'**une seule et même tranche d'âge** afin que leurs profils soient comparables. Cette tranche d'âge (25 - 30 ans en 2003) correspond à une période charnière dans l'apparition de troubles psychiatriques et le délai de dix ans dans le

suivi psychiatrique nous permettait de bénéficier d'un plus grand recul dans l'évolution du fonctionnement social des patients.

Nous avons décidé d'inclure des patients suivis uniquement en ambulatoire en 2013 dans les Centres Médico-Psychologiques des différents secteurs rattachés au CPN. Le choix du recrutement ambulatoire nous permettait d'évaluer des **patients stabilisés** afin d'obtenir une évaluation fonctionnelle objective **en dehors d'une décompensation**.

Les **critères de non-inclusion** dans notre étude sont résumés ci-dessous :

- patients n'ayant consulté qu'une seule fois au cours de l'année 2003 et/ou de l'année 2013,
- patients dont les observations cliniques consignées dans le logiciel étaient trop succinctes pour que nous puissions en déterminer leur fonctionnement social et l'étudier.

En effet, un suivi à long terme nous a été indispensable pour permettre une évaluation plus précise.

3) Méthodologie de recueil des données

a. Origine des données

Les données ont été recueillies après examen conjoint des dossiers psychiatriques adultes informatisés, disponibles via le logiciel CIMAISE.

La liste des patients qui apparaissent dans notre étude a été recueillie au Département d'Information Médicale (DIM) du CPN.

La consultation de leurs dossiers informatisés s'est déroulée dans l'Unité de Psychiatrie de

Pont-à-Mousson, l'un des trois secteurs du CPN.

b. Données étudiées

Les données recueillies dans les dossiers médicaux psychiatriques sont constituées des éléments suivants (**cf annexe 1 et 2** - recueil des données cliniques et fonctionnelles, données rétrospectives et actuelles) :

<u>Données étudiées</u>	<u>Détails</u>
I) <i>Numéro d'identification</i>	
II) <i>Diagnostic psychiatrique</i>	- trouble bipolaire - schizophrénie
III) <i>Caractéristiques démographiques</i>	- date de naissance, - sexe, - statut marital, - mention des parents, - nombre d'enfants
IV) <i>Fonctionnement psycho-social</i>	- activité professionnelle, - milieu de travail, - revenus, - logement, - mesure de protection
V) <i>Caractéristiques cliniques</i>	- âge du premier contact avec la psychiatrie, - nombre d'hospitalisations, - traitement, - existence d'un suivi ambulatoire, - antécédents de tentatives de suicide, - présence de comorbidités addictives
VI) <i>Échelle d'évaluation du fonctionnement</i>	EGF

c. Recueil des données

Pour chaque patient, les grilles de recueil des données ont directement été remplies par saisie informatique, avec un **masque de saisie** mis au point à l'aide du **logiciel ÉpiData** afin de limiter la perte de données entre la première lecture des dossiers et la saisie informatique.

Le recueil des données s'est déroulé en deux étapes :

Première étape :

Les items de I à V ont été trouvés par le biais d'une part d'observations médicales, infirmières et sociales, d'autre part de courriers adressés aux différents intervenants médicaux.

La sélection des patients schizophrènes et bipolaires s'est faite au hasard parmi la liste des patients que le DIM nous a fournie.

Deuxième étape :

Une autre donnée essentielle a été étudiée, à savoir le fonctionnement social de nos patients. Pour ce faire, il nous a fallu trouver une échelle adaptée qui permettait la comparaison la plus précise possible du fonctionnement social. Des échelles, telles que la PSP (Personal and Social Performance scale), étaient pertinentes mais non traduites en français. Nous avons donc, après maintes difficultés, décidé d'avoir recours à l'**EGF (cf annexe 3 - Échelle Globale de Fonctionnement)**.

Cette échelle, dont les limites sont fixées notamment par sa subjectivité, repose sur l'appréciation clinique globale du praticien et ne se limite pas à une pathologie psychiatrique particulière.

Cette donnée a été mesurée en double cotation pour chaque dossier, saisie initialement sur papier libre. Puis nous avons réalisé une moyenne de nos deux scores qui a ensuite été enregistrée dans le logiciel ÉpiData.

La saisie informatique a été effectuée à l'aide du masque de saisie précédemment évoqué, afin de limiter les erreurs de retranscription informatique des données collectées.

4) Analyse statistique

La saisie des données a donc été réalisée à l'aide du logiciel ÉpiData version 3.1 et l'analyse statistique à l'aide du logiciel SAS 9.3.

La réalisation du masque de saisie des données, la saisie des données, l'analyse statistique, l'interprétation et la présentation des résultats ont été réalisées avec l'aide de Madame Lætitia Minary, épidémiologiste, du Service d'Épidémiologie et Évaluation Cliniques du CHU de Nancy.

Une première analyse univariée consistait à décrire les caractéristiques de l'échantillon investigué en 2003 et en 2013 : les variables quantitatives ont été exprimées par leur moyenne +/- l'écart-type, les variables qualitatives par leur fréquence et par leur pourcentage du total des répondants.

Une analyse bivariée a permis de comparer les caractéristiques des individus en fonction de leur pathologie à chaque temps de mesure 2003 et 2013. Cette comparaison a été réalisée à l'aide du test du Chi-2 pour les variables qualitatives et du test de Student pour les variables quantitatives.

Enfin une comparaison des patients entre 2003 et 2013 a été réalisée au moyen du test du Chi-2 de Mac Nemar et Cochran-Mantel-Haenszel en ce qui concerne les variables qualitatives et du T test apparié en ce qui concerne les variables quantitatives.

Le seuil de significativité était fixé à 0,05.

Le nombre de patients inclus a été fixé par le nombre de dossiers disponibles dans le logiciel CIMAISE : 50 patients bipolaires et 100 patients schizophrènes, soit 150 patients au total.

V. RÉSULTATS

1) Analyse de la fidélité inter-juges

La concordance entre les juges a été analysée à l'aide d'un coefficient de corrélation intra-classe (0,9390 pour le score en 2003 et 0,9663 pour le score en 2013).

Cela signifie que la concordance dans les jugements était très bonne (plus de 90 % dans les deux cas).

2) Caractéristiques générales

a. Effectif

Pour l'activité ambulatoire de 2013, 643 patients diagnostiqués schizophrènes (SCZ) F20 et 362 patients diagnostiqués bipolaires (BP) F30 et F31 figuraient dans les files actives du DIM. Nous avons sélectionné ceux dont l'âge était compris entre 35 et 40 ans, soit 142 patients schizophrènes et 81 patients bipolaires.

Parmi ces 223 patients, 150 patients ont été inclus dans l'étude. Nous avons choisi de travailler avec **50 patients bipolaires** et **100 patients schizophrènes** de la liste donnée par le DIM, dont le suivi en psychiatrie s'étalait sur dix ans au minimum et dont le dossier contenait suffisamment d'informations pour être exploitable.

Le choix de doubler le nombre de patients schizophrènes par rapport aux patients bipolaires nous a permis d'augmenter la puissance de l'étude.

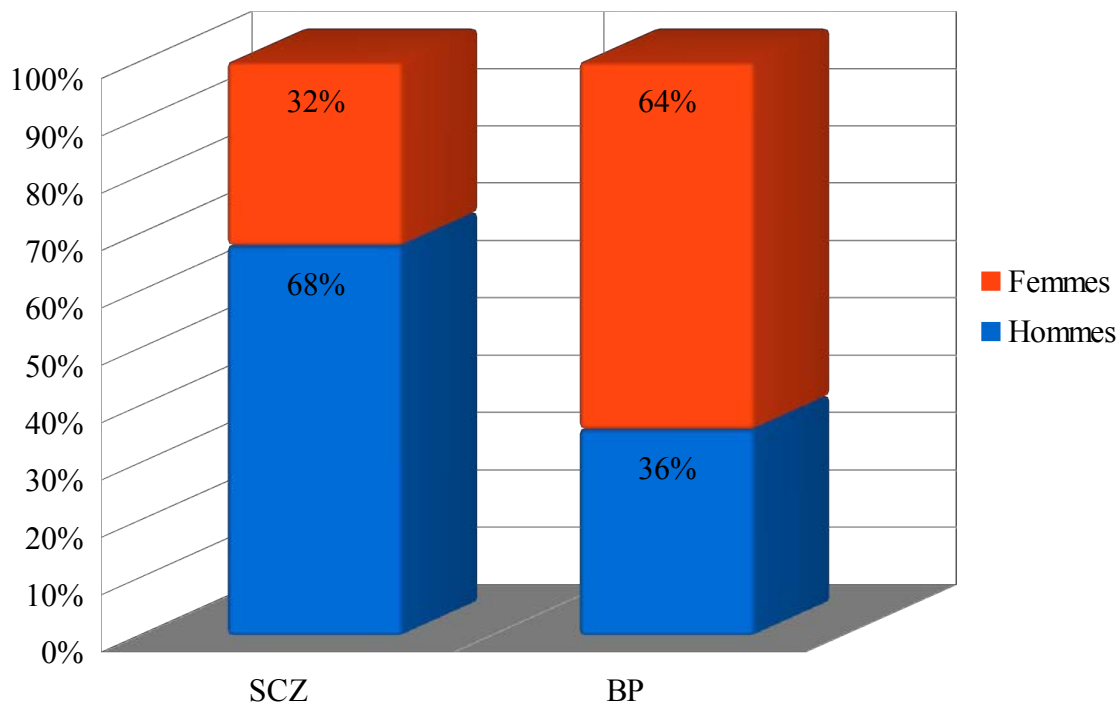
b. Schizophrénie et trouble bipolaire en 2003

> Données socio-démographiques en 2003

1) Sexe

Notre population est composée de :

- **68 %** d'hommes et **32 %** de femmes souffrant de SCZ,
- **36 %** d'hommes et **64 %** de femmes souffrant de TB.



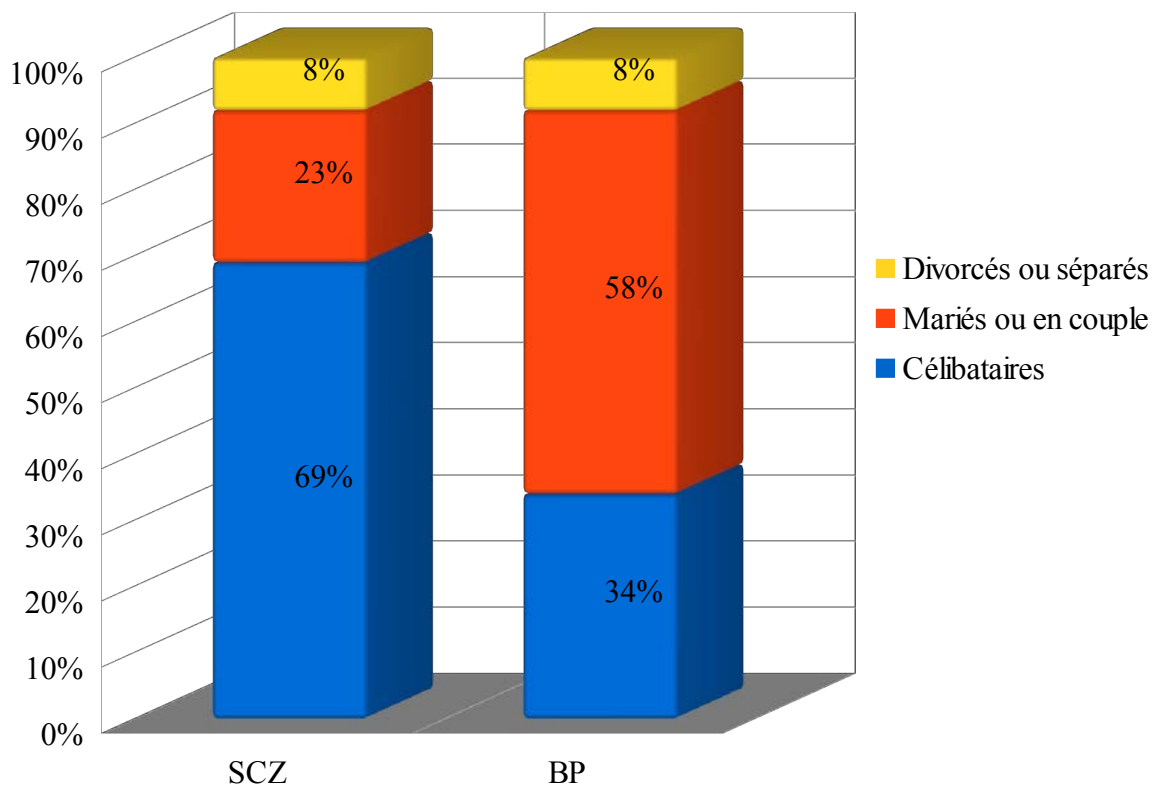
2) Âge

- L'âge moyen des patients atteints de SCZ était de **28,6 ans** (écart-type de 1,61 ; minimum de 25,7 ans et maximum de 31,6 ans).

- L'âge moyen des patients atteints de TB était de **27,9 ans** (écart-type de 1,76 ; minimum de 24,9 ans et maximum de 30,6 ans).

3) Statut marital

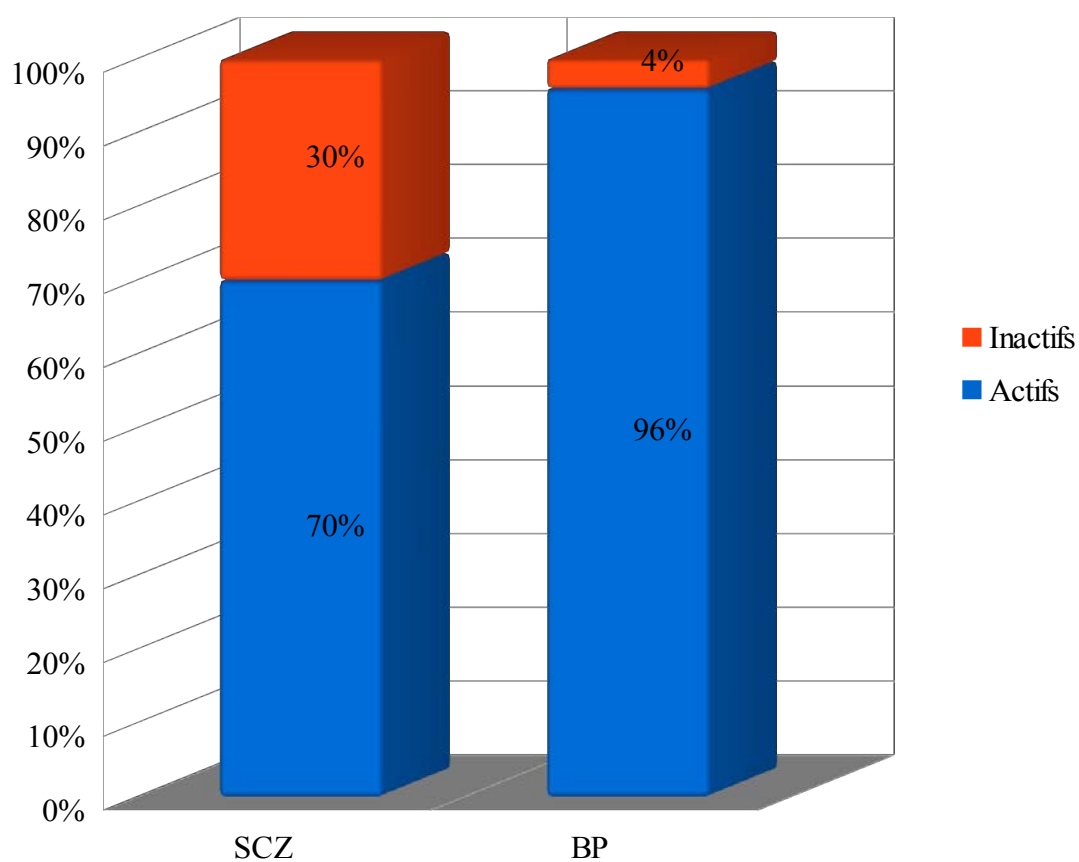
- **69 %** de la population atteinte de SCZ se composait de célibataires, contre **34 %** des patients souffrant de TB.
- **23 %** des patients SCZ et **58 %** des patients BP vivaient une relation de couple.
- **8 %** des patients SCZ et **8 %** des patients BP étaient divorcés ou séparés.



> **Données socio-économiques en 2003**

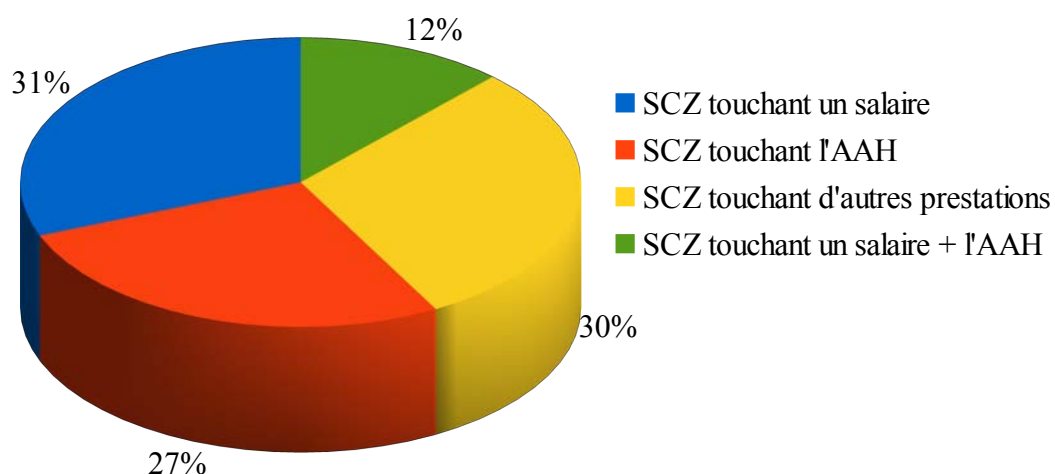
1) **Activité professionnelle**

- Chez les patients SCZ, **70 %** étaient considérés comme actifs et **30 %** comme inactifs. Parmi les actifs, 43 % exerçaient une activité professionnelle (dont 31 % en milieu ordinaire).
- Chez les patients BP, **96 %** étaient considérés comme actifs. Parmi eux, 70 % exerçaient une activité professionnelle, tous en milieu ordinaire. Seuls **4%** étaient inactifs.

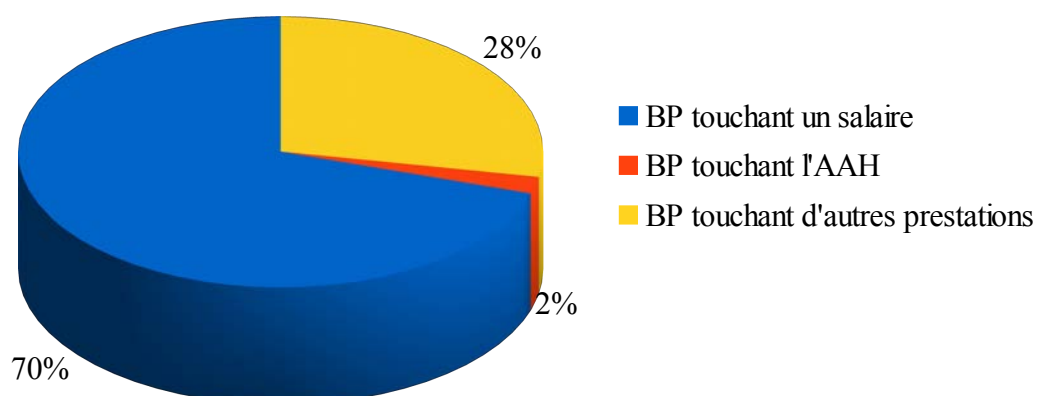


2) Revenus

- **31 %** des patients SCZ touchaient un salaire, **12 %** un salaire et l'Allocation Adulte Handicapé (AAH), **30 %** bénéficiaient d'autres prestations et **27 %** de l'AAH uniquement.



- **70 %** des patients BP touchaient un salaire, **28 %** d'autres prestations et **2 %** bénéficiaient de l'AAH.



3) Logement

- **95 %** des patients SCZ occupaient un logement ordinaire, **100 %** des BP.

4) Mesures de protection

- **Aucun** patient BP ne bénéficiait de mesure de protection, et chez les patients SCZ, seuls **10 %** étaient sous curatelle.

> **Données cliniques en 2003**

1) Âge du premier contact avec la psychiatrie

- L'âge moyen du premier contact avec la psychiatrie chez les patients souffrant de SCZ était de **23 ans** (écart-type de 3,1).
- L'âge moyen du premier contact avec la psychiatrie chez les patients souffrant de BP était de **23,6 ans** (écart-type de 3).

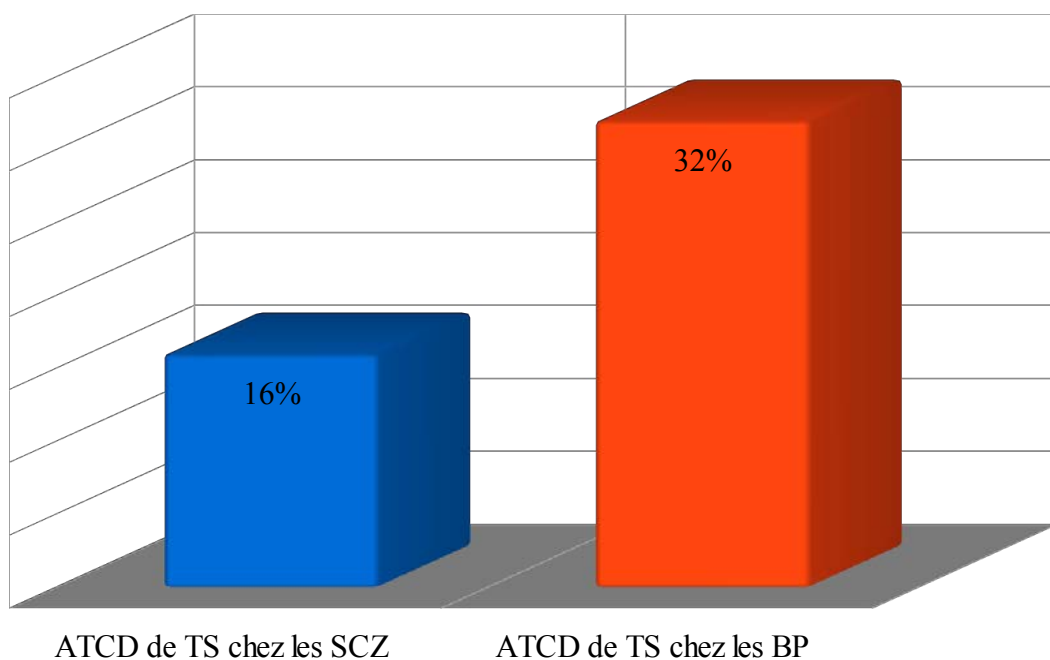
2) Suivi et traitement

- **83 %** des patients SCZ et **94 %** des BP bénéficiaient d'un suivi régulier au CMP de leur secteur.
- Un neuroleptique à action prolongée était prescrit à **14 %** des patients SCZ et à

2 % des patients BP.

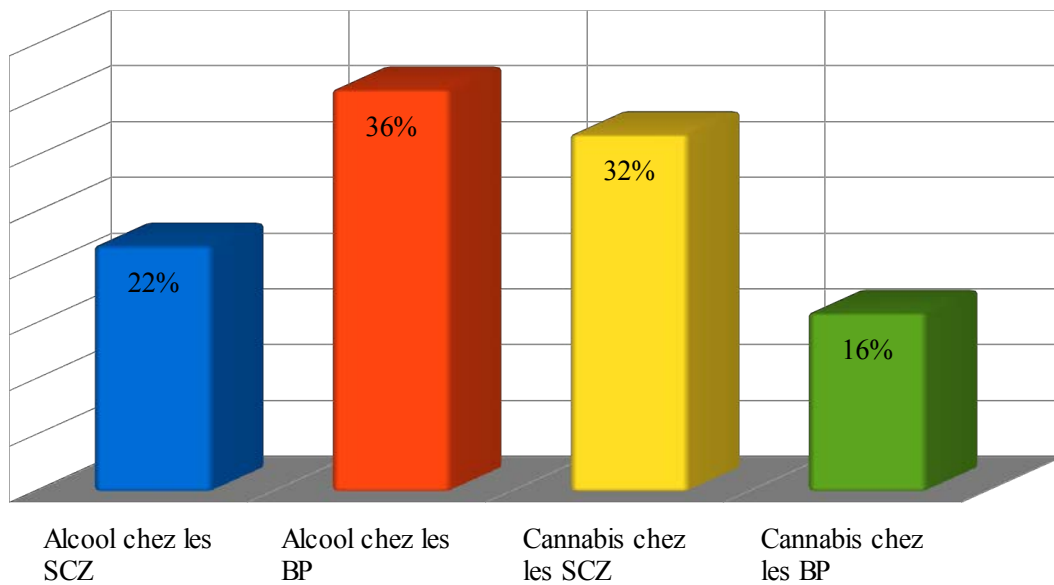
3) Tentatives de suicide

- Selon nos résultats, **16 %** des patients SCZ et **32 %** des patients BP ont déjà commis une ou plusieurs tentatives de suicide.



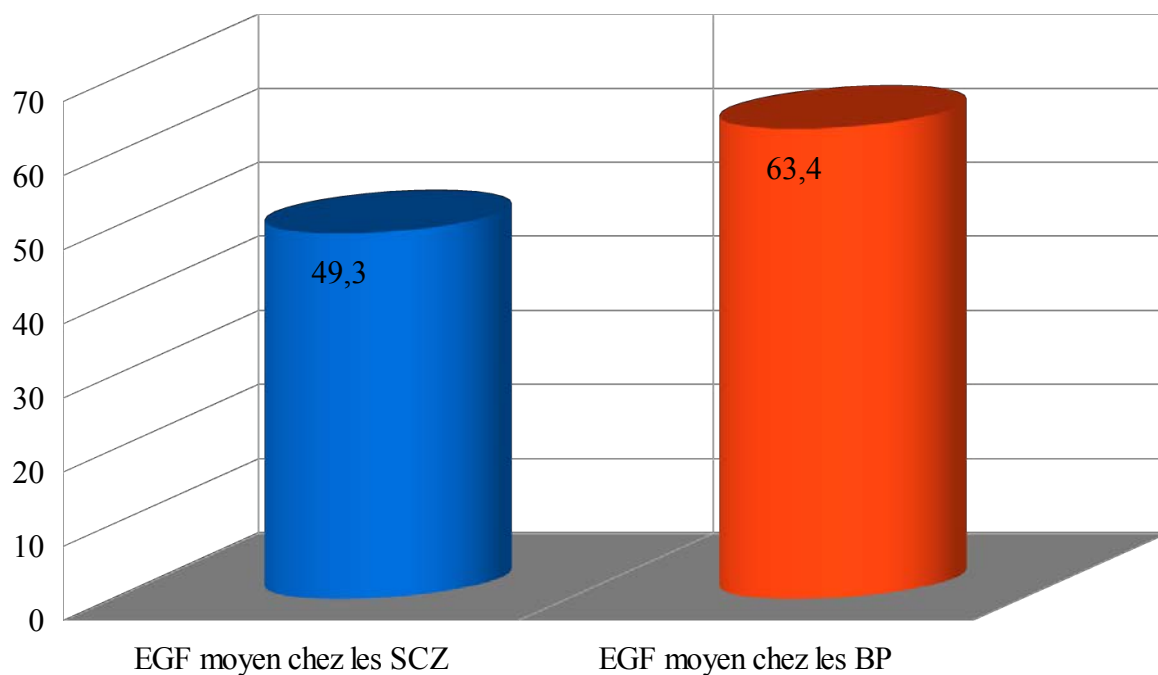
4) Comorbidités

- *Alcool* : **22%** des patients SCZ présentaient une problématique alcoolique, **36 %** des patients BP étaient concernés.
- *Cannabis* : **32 %** des patients SCZ et **16 %** des patients BP en abusaient ou en étaient dépendants.



> Évaluation du fonctionnement global en 2003

- Le fonctionnement psychologique, social et professionnel, mesuré par l'EGF, est en moyenne de **49,3** chez les patients atteints de SCZ (écart-type de 11,7) et de **63,4** chez les patients atteints de BP (écart-type de 10,3).



c. Schizophrénie et trouble bipolaire en 2013

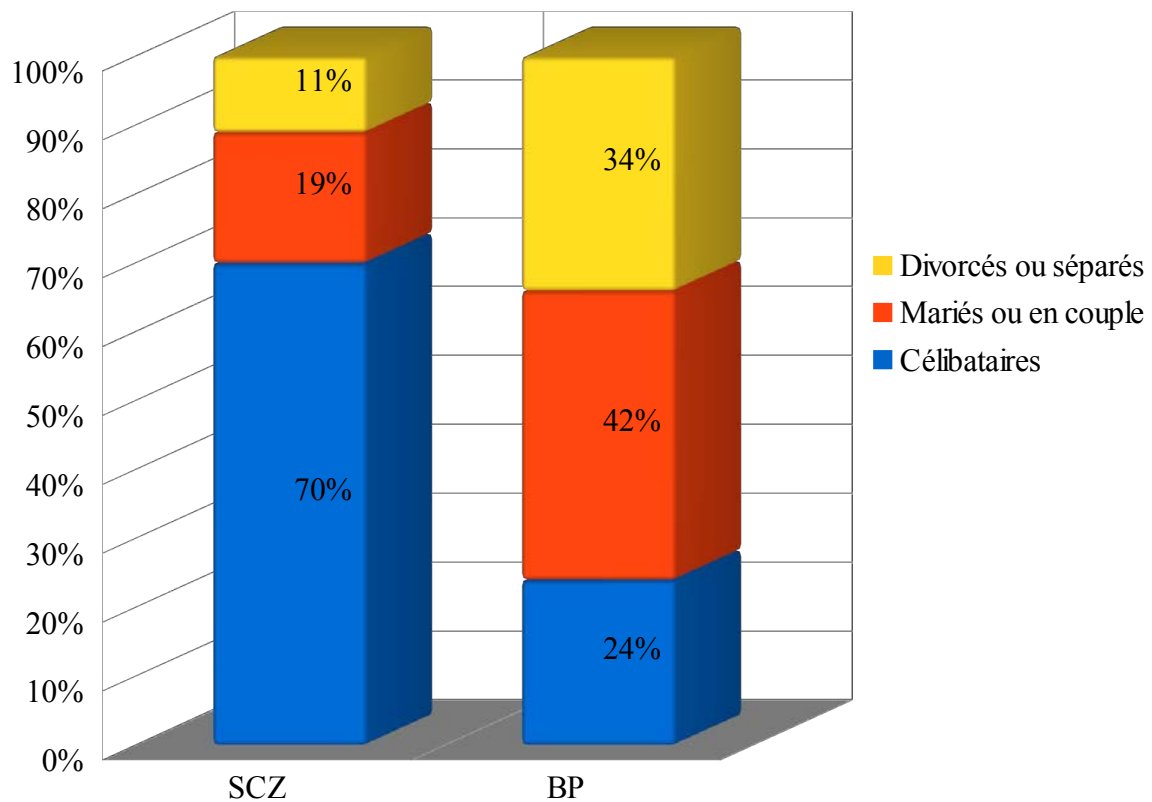
> Données socio-démographiques en 2013

1) Âge

- L'âge moyen des patients SCZ était de **38,6 ans** (écart-type de 1,61 ; minimum de 35,7 ans et maximum de 41,6 ans).
- L'âge moyen des patients BP était de **37,9 ans** (écart-type de 1,76 ; minimum de 34,9 ans et maximum de 40,6 ans).

2) Statut marital

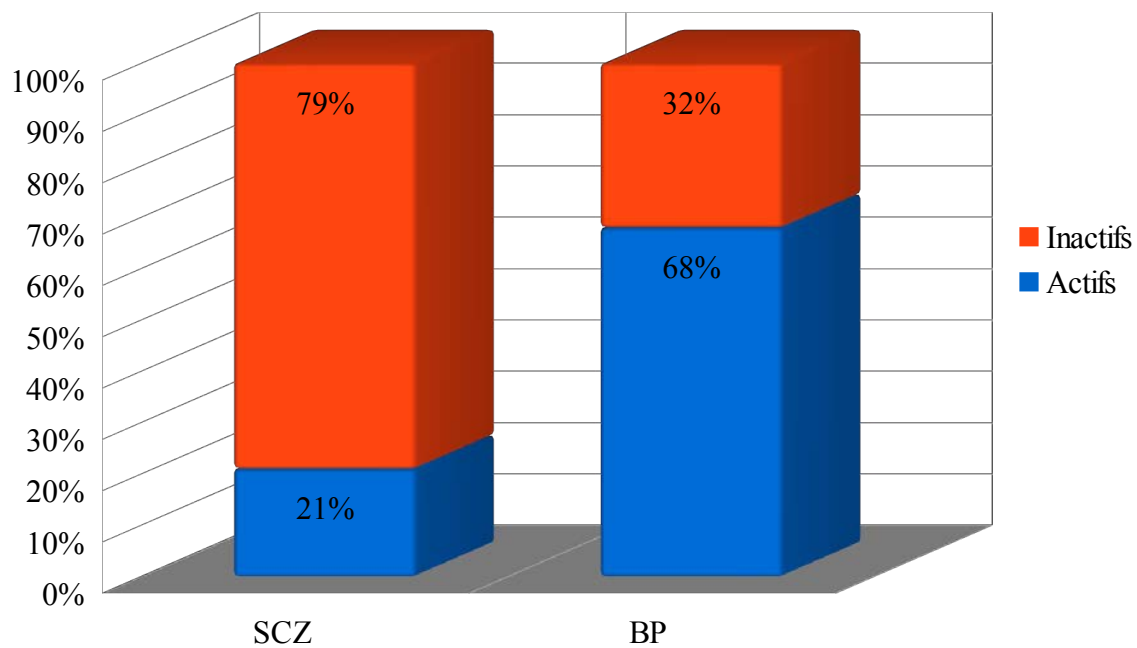
- **70 %** de la population atteinte de SCZ (contre 69 % en 2003, $p<0,001$) et **24 %** des patients souffrant de BP (contre 34 % en 2003, $p<0,001$) étaient célibataires.
- **19 %** des patients SCZ (23 % en 2003, $p<0,001$) contre **42 %** des patients BP vivent une relation de couple (58% en 2003, $p<0,001$).
- **11 %** des patients SCZ et **34 %** des patients BP divorcent ou se séparent (contre 8 % en 2003 pour les deux groupes, $p<0,001$).



> Données socio-économiques en 2013

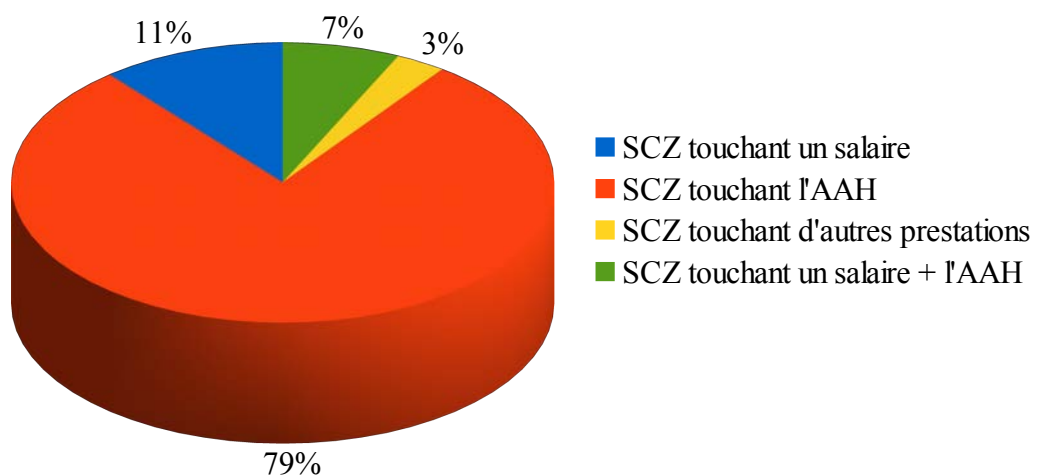
1) Activité professionnelle

- Chez les patients SCZ, **79 %** étaient considérés comme inactifs (contre 30 % en 2003, $p = 0,32$) et **21 %** comme actifs (contre 70 % en 2003).
- Chez les patients BP, **32 %** étaient considérés comme inactifs (contre 4 % en 2003, $p = 0,32$) et **68 %** comme actifs (contre 96 % en 2003).

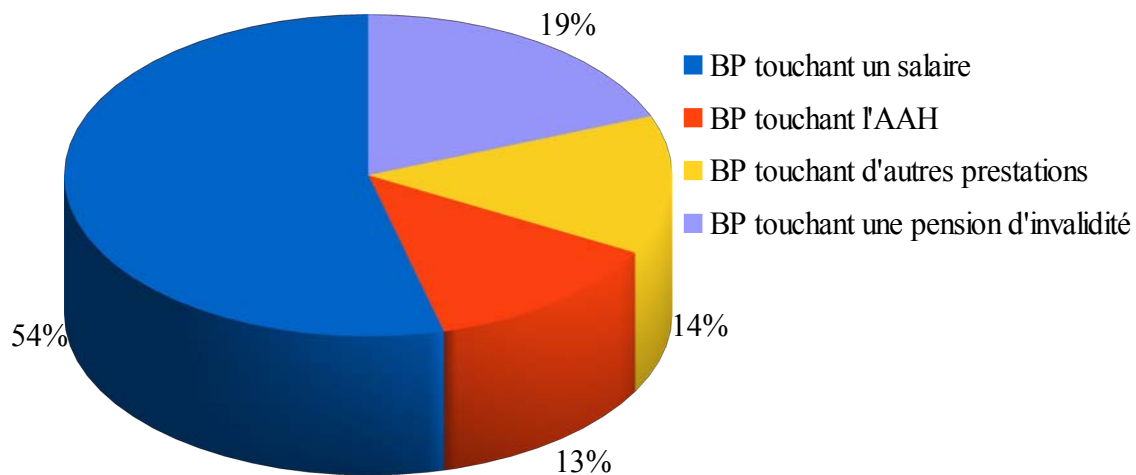


2) Revenus

- **79 %** des patients SCZ (contre 27 % en 2003, $p = 0,046$) touchaient l'AAH, **7 %** un salaire et l'AAH (contre 12 % en 2003), **3 %** d'autres prestations (contre 30 % en 2003). Seulement **11 %** des patients SCZ percevaient un salaire (contre 31 % en 2003, $p = 0,046$).



- **54 %** des patients BP touchaient un salaire (contre 70 % en 2003, $p = 0,0006$), **19 %** une pension d'invalidité (catégorie inexistante en 2003), **14 %** d'autres prestations (contre 28 % en 2003), **13 %** bénéficiaient de l'AAH (contre 2 % en 2003, $p = 0,0006$).



3) Logement

- **20 %** des patients SCZ (contre 5 % en 2003, $p = 0,0001$) et **4 %** des patients BP (contre 0 % en 2003, $p = 0,0001$) n'occupaient plus un logement ordinaire.

4) Mesures de protection

- **41 %** des patients SCZ (contre 10 % en 2003, $p = 0,0001$) et **12 %** des patients BP (contre 0 % en 2003, $p = 0,0001$) étaient sous mesure de protection.

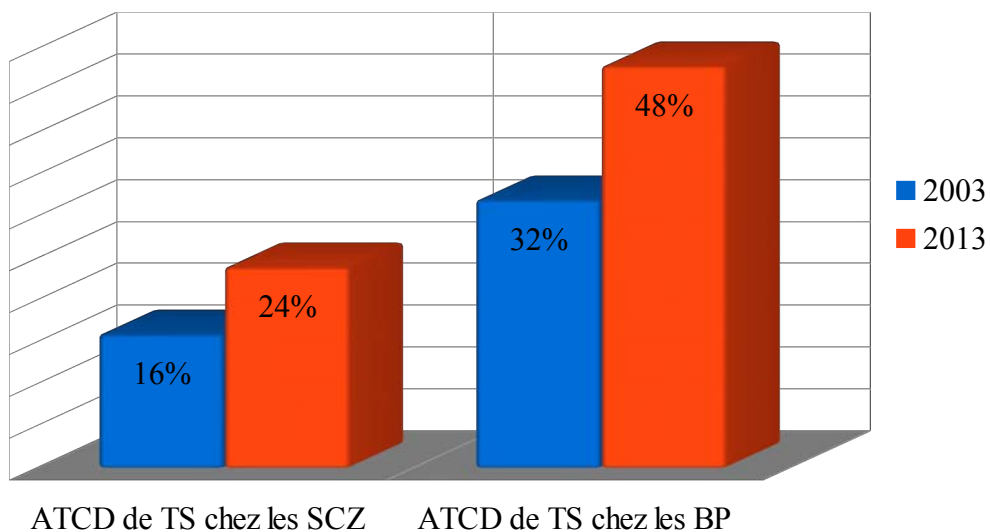
> Données cliniques en 2013

1) Suivi et traitement

- **87 %** des patients atteints de SCZ (contre 83 % en 2003, $p = 0,48$) et **90 %** des patients atteints de BP (contre 94 % en 2003, $p = 0,125$) bénéficiaient d'un suivi régulier au CMP de leur secteur.
- Un neuroleptique à action prolongée était prescrit à **38 %** des patients SCZ (contre 14 % en 2003, $p < 0,001$) et à **4,3 %** des patients BP (contre 2 % en 2003, $p = 1$).

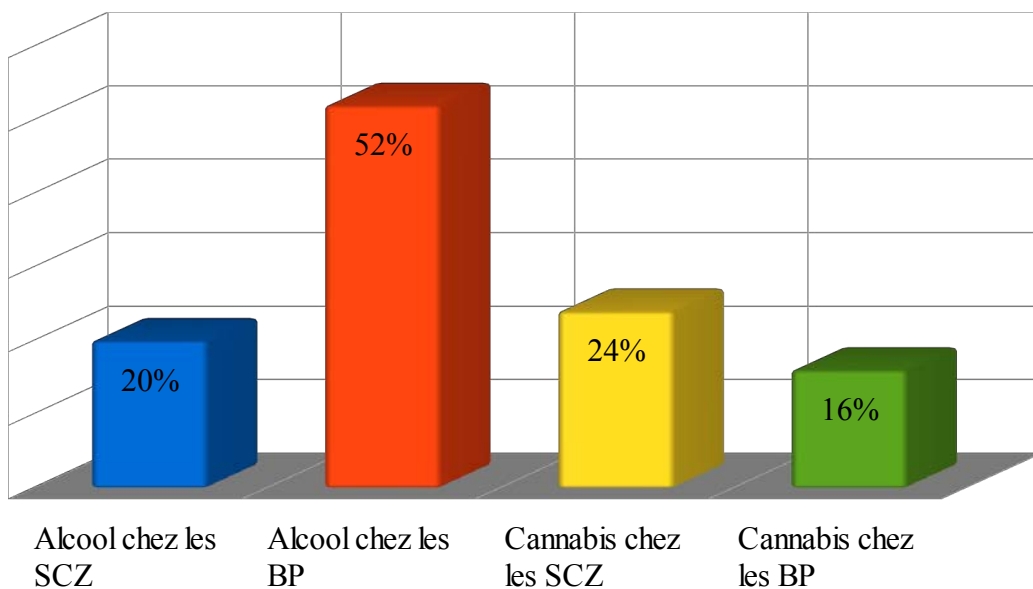
2) Tentatives de suicide

- **24 %** des patients SCZ (contre 16 % en 2003, $p = 0,0078$) et **48 %** des patients BP (contre 32 % en 2003, $p = 0,0078$) ont déjà commis une ou plusieurs tentatives de suicide.



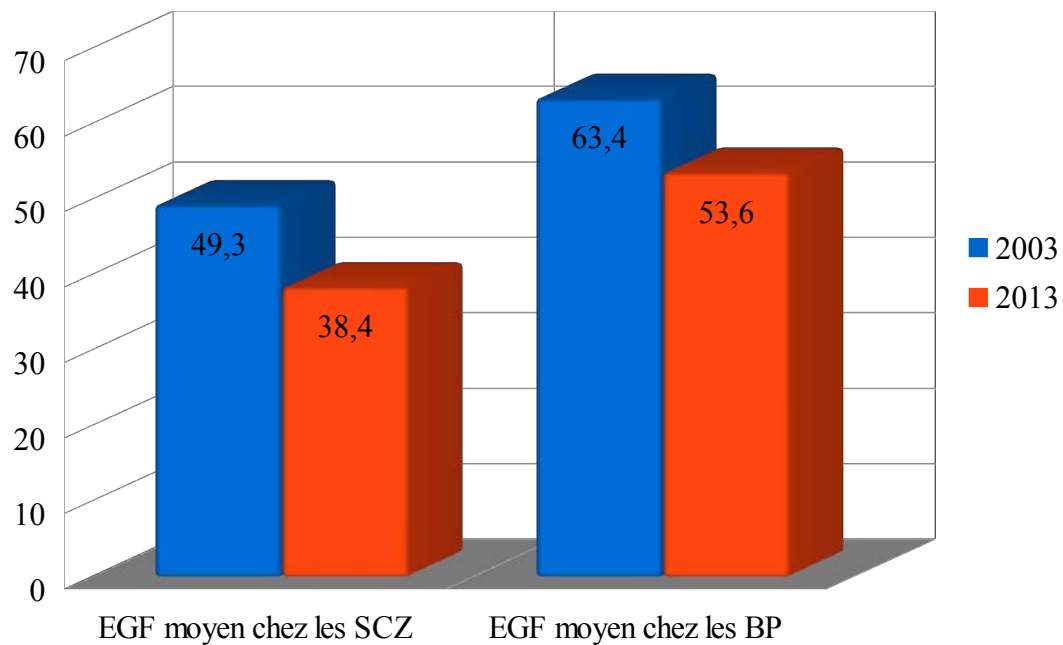
3) Comorbidités

- *Alcool* : **20 %** des patients SCZ (contre 22 % en 2003, $p = 0,77$) présentaient une problématique alcoolique et **52 %** des patients BP (contre 36 % en 2003, $p = 0,03$).
- *Cannabis* : **24 %** des patients SCZ (contre 32 % en 2003, $p = 0,11$) et **16 %** des patients BP (contre 16 % en 2003, $p = 1$) en consommaient régulièrement.

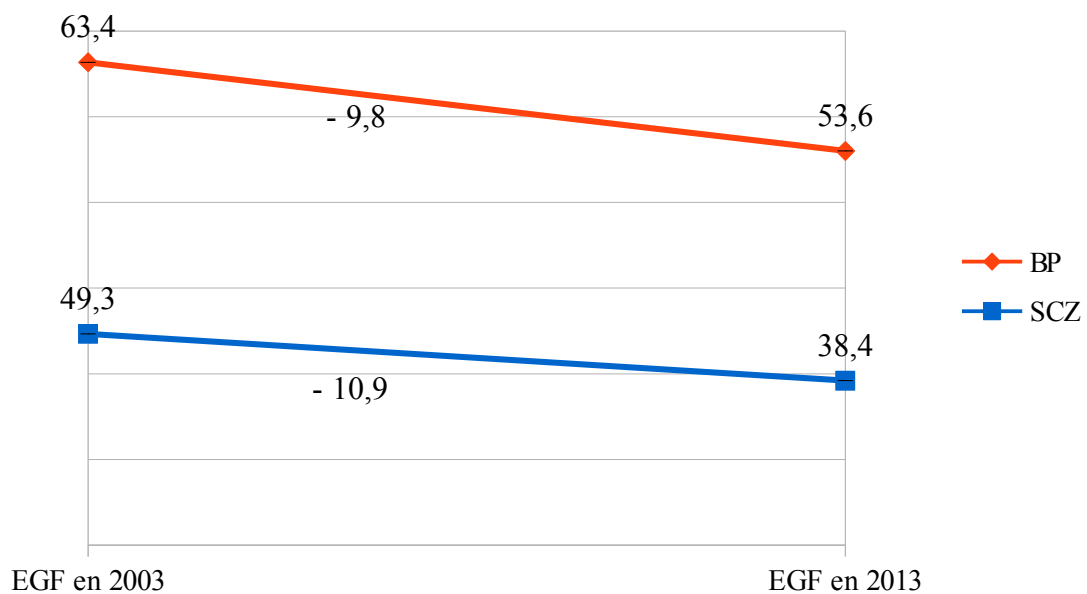


> Évaluation du fonctionnement global en 2013

- Le fonctionnement psychologique, social et professionnel, mesuré par l'EGF, est en moyenne de **38,4** chez les patients atteints de SCZ (écart-type de 12,2, contre 49,3 en 2003, $p < 0,0001$) et de **53,6** chez les patients atteints de BP (écart-type de 17,5, contre 63,4 en 2003, $p < 0,0001$).



- L'écart entre le score de l'EGF en 2003 et le score de l'EGF en 2013 a été comparé entre le groupe de patients SCZ (**moyenne : - 10,9**, IC 95 % = 8,77 - 13,03) et le groupe de patients BP (**moyenne : - 9,8**, IC 95 % = 6,64 - 12,96) ($p = 0,5644$).



d. Tableaux récapitulatifs

° Dans la schizophrénie

	2003	2013	<i>p</i>
ÂGE	28,6 ans	38,6 ans	
STATUT MARITAL			<i><0,0001</i>
• Célibataires • Vie de couple • Divorcés ou séparés	69 % 23 % 8 %	70 % 19 % 11 %	
NOMBRE D'ENFANTS en moyenne	0,3	0,5	<i><0,3213</i>
PARENTS			<i><0,0001</i>
• Présents • Absents	92,9 % 7,1 %	79,8 % 20,2 %	
ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE			<i>0,2202</i>
° ACTIFS	70 %	21 %	
• Personnes exerçant une activité professionnelle • Demandeurs d'emploi	43 % 27 %	18 % 3 %	
° INACTIFS	30 %	79 %	
• Étudiants • Personnes en incapacité de travailler	3 % 27 %	0 % 79 %	
ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE EN MILIEU			<i>0,0149</i>
• Ordinaire • Protégé	31 % 12 %	11 % 7 %	
REVENUS			<i>0,0462</i>
• Salaires • Salaires + AAH • AAH • Pension d'invalidité • Autres prestations (RSA, bourses, chômage)	31 % 12 % 27 % 0 % 30 %	11 % 7 % 79 % 0 % 3 %	

LOGEMENT			<i>0,0001</i>
• Logement ordinaire • Alternatives à l'hospitalisation • MAS, FAM	95 % 5 % 0 %	80 % 19 % 1 %	
MESURES DE PROTECTION			<i>0,0001</i>
• Absence • Sauvegarde de justice • Curatelle • Tutelle	90 % 0 % 10 % 0 %	59 % 0 % 26 % 15 %	
Âge du premier contact avec la psychiatrie	23 ans	23 ans	
NOMBRE D'HOSPITALISATIONS	3	8,1	<i><0,0001</i>
TRAITEMENT			<i><0,0001</i>
• NAP • <i>per os</i>	14 % 86 %	38 % 62 %	
SUIVI			<i>0,4807</i>
• Présence • Absence	83 % 17 %	87 % 13 %	
TENTATIVES DE SUICIDE			<i>0,0078</i>
• Présence • Absence	16 % 84 %	24 % 76 %	
COMORBIDITÉS			
• Alcool • Cannabis • Cocaïne • Héroïne	22 % 32 % 1 % 6 %	20 % 24 % 0 % 2 %	<i>0,7744</i> <i>0,1153</i> <i>1</i> <i>0,2188</i>
EGF	49,3	38,4	<i><0,0001</i>

° Dans le trouble bipolaire

	2003	2013	<i>p</i>
ÂGE	27,9 ans	37,9 ans	
STATUT MARITAL			<i><0,0001</i>
• Célibataires • Vie de couple • Divorcés ou séparés	34 % 58 % 8 %	24 % 42 % 34 %	
NOMBRE D'ENFANTS en moyenne	0,5	1,2	<i><0,0001</i>
PARENTS			<i>0,0001</i>
• Présents • Absents	84 % 16 %	66 % 34 %	
ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE			<i>0,3270</i>
° ACTIFS	96 %	68 %	
• Personnes exerçant une activité professionnelle • Demandeurs d'emploi	70 % 26 %	54 % 14 %	
° INACTIFS	4 %	32 %	
• Étudiants • Personnes en incapacité de travailler	2 % 2 %	0 % 32 %	
ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE EN MILIEU			<i><0,0001</i>
• Ordinaire • Protégé	70 % 0 %	54 % 0 %	
REVENUS			<i>0,0006</i>
• Salaires • Salaires + AAH • AAH • Pension d'invalidité • Autres prestations (RSA, bourses, chômage)	70 % 0 % 2 % 0 % 28 %	54 % 0 % 13 % 19 % 14 %	

LOGEMENT			<i>0,0001</i>
• Logement ordinaire • Alternatives à l'hospitalisation • MAS, FAM	100 % 0 % 0 %	96 % 4 % 0 %	
MESURES DE PROTECTION			<i>0,0001</i>
• Absence • Sauvegarde de justice • Curatelle • Tutelle	100 % 0 % 0 % 0 %	88 % 3 % 9 % 0 %	
Âge du premier contact avec la psychiatrie	23,6 ans	23,6 ans	
NOMBRE D'HOSPITALISATIONS	1	3,2	<i><0,0001</i>
TRAITEMENT			<i>1</i>
• NAP • <i>per os</i>	2 % 98 %	4,3 % 95,7 %	
SUIVI			<i>0,125</i>
• Présence • Absence	94 % 6 %	90 % 10 %	
TENTATIVES DE SUICIDE			<i>0,0078</i>
• Présence • Absence	32 % 68 %	48 % 52 %	
COMORBIDITÉS			
• Alcool • Cannabis • Cocaïne • Héroïne	36 % 16 % 6 % 8 %	52 % 16 % 4 % 12 %	<i>0,0386</i> <i>1</i> <i>1</i> <i>0,625</i>
EGF	63,4	53,6	<i><0,0001</i>

VI. DISCUSSION

Notre étude évalue de manière rétrospective puis compare le fonctionnement social d'un groupe de patients schizophrènes et celui d'un groupe de patients bipolaires en 2003 et en 2013.

Nous confronterons nos résultats aux données récentes de la littérature en abordant en premier lieu les données socio-démographiques, puis l'aspect socio-économique, enfin les caractéristiques cliniques.

1) Comparaison des données socio-démographiques

a. Sexe

Dans notre étude qui s'intéresse à des sujets choisis de manière aléatoire, nous sommes arrivés à la conclusion que les patients atteints de SCZ étaient pour leur grande majorité de **sex masculin** (68 %), tandis que dans les TB, les **femmes** étaient plus largement représentées (64 %).

° Dans la schizophrénie

Bien que la littérature ancienne décrive des troubles schizophréniques à la fois chez les hommes et chez les femmes avec une différence dans l'âge auquel les troubles apparaissent (plus tardivement chez les femmes), des découvertes récentes suggèrent une sur-représentation chez les hommes (8) (9).

Une des hypothèses susceptibles d'expliquer la raison pour laquelle la maladie est repérée plus tardivement chez la femme s'appuie sur le fait que les symptômes marquant le

début des troubles ont le plus souvent une tonalité affective, ce qui peut orienter le diagnostic initial vers un trouble de l'humeur.

Deux méta-analyses ont montré un risque relatif plus élevé (1,4) de développer une SCZ chez les hommes (10) (11).

° Dans le trouble bipolaire

Bien que la maladie touche habituellement de manière similaire les deux sexes, l'étude TEMPPPO (12) incluait un nombre supérieur de femmes ; ce qui se retrouve habituellement dans les études épidémiologiques menées chez des patients bipolaires. Cela peut s'expliquer par un meilleur suivi en général des femmes et donc une intégration plus facile dans ce type d'étude.

Les études sont contradictoires concernant le sexe le plus fréquemment représenté chez les patients BP (13).

b. Statut marital

° Dans la schizophrénie

Dans notre étude, nous constatons que la population de patients SCZ a peu évolué en dix ans et qu'elle est restée majoritairement **célibataire** ; ce qui prouve la **difficulté des patients à établir des liens** avec autrui, la SCZ étant ainsi marquée par un trouble majeur dans l'établissement des relations interpersonnelles.

La fréquence plus élevée des sujets célibataires parmi les sujets SCZ n'est pas surprenante et elle apparaît conforme aux conclusions des autres auteurs (1) (9).

Aucune étude n'a montré un rôle protecteur du mariage dans le développement de la SCZ.

° Dans le trouble bipolaire

Contrairement aux patients souffrant de SCZ, les patients BP arrivent à établir des liens affectifs. Dans notre étude, 58 % des patients BP vivaient une relation de couple. En revanche, leur difficulté se situe plus au niveau du **maintien de la relation avec autrui**, avec une plus grande probabilité de **se séparer** ou de **divorcer** (34 %).

Nos résultats sont comparables aux données de la littérature (14) (15) (16).

Cette augmentation dans les séparations et/ou dans les divorces est liée à une recrudescence des conflits familiaux et interpersonnels parmi cette population.

Selon Perlick et al. (17), 93 % des familles concernées rapportent une détresse moyenne voire majeure.

Les difficultés ressenties ont plusieurs origines : la rupture du comportement du patient par rapport à son état antérieur dans les moments de décompensation thymique, notamment lors des épisodes dépressifs, et les comorbidités associées (addictions par exemple).

Une étude de 2010 de Latalova et al. (18) qui compare la qualité de vie chez les patients BP et chez les patients SCZ a démontré que les patients BP étaient plus souvent mariés que les SCZ, ce que nous constatons également, comme il a été décrit plus haut.

c. Nombre d'enfants

° Dans la schizophrénie

Les patients SCZ ont eu en moyenne **peu d'enfants** (0,3 enfant en 2003), même après dix années d'évolution (0,5 enfant en 2013) ; ce qui n'est pas surprenant au vu des difficultés à établir un lien social.

Malgré notre résultat non significatif du fait d'un échantillon trop restreint, la probabilité pour les patients SCZ d'avoir un enfant reste limitée (1) (19).

° Dans le trouble bipolaire

Nous n'avons retrouvé que peu d'études ayant fait spécifiquement mention du nombre d'enfants chez les patients BP.

Une étude de Surja et al. (19) montrait qu'il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre le nombre d'enfants chez les patients SCZ et chez les patients BP. Ces résultats n'ont pas été retrouvés dans notre étude, dans laquelle les patients BP avaient en moyenne **plus d'enfants** (0,5 enfant en 2003 et 1,2 enfants en 2013) que les patients SCZ.

d. Étayage familial

Dans notre étude, nous avons remarqué une **diminution de l'étayage familial** dans les deux groupes de patients BP et SCZ en dix ans d'évolution.

En dehors de quelques cas où les parents des patients étaient décédés, cette baisse est probablement due au **retentissement néfaste** de la maladie sur la famille.

Le manque d'étayage familial a montré son importance dans l'altération de la qualité de vie avec le risque de développer une dépression ou des comportements suicidaires (20).

Les études sur les ruptures avec la famille restent rares, la plupart sont descriptives sans suivi à long terme.

2) Comparaison des données socio-économiques

a. Activité professionnelle et revenus

L'activité professionnelle est un bon marqueur de l'évolution du fonctionnement social.

Une étude médico-économique réalisée sous l'égide de la fondation FondaMental en 2009 (21) a montré que l'impact de la maladie mentale en terme de perte de productivité pour la société se chiffrait annuellement à 22,8 milliards d'euros.

Le rapport sur la santé dans le monde, publié en 2001 par l'OMS, place la psychose évolutive au troisième rang des maladies invalidantes dans la population générale après la paraplégie et la cécité (22).

° Dans la schizophrénie

En 2004, Marwaha et Johnson (23) ont publié un compte-rendu de vingt-six études (en Europe et aux États-Unis) portant sur le taux d'emploi et la SCZ. Ces différentes études démontraient que seuls 10 à 15 % des sujets souffrant de SCZ étaient insérés sur le marché du travail.

Nos résultats, quoique non significatifs, tendent également vers cette conclusion. En effet, au terme de dix années d'évolution de la SCZ, la part des patients SCZ qui assument une **activité professionnelle** n'est que de **18 %** (contre 43 % en 2003) avec une **baisse de l'activité en milieu ordinaire**.

79 % de la population se retrouve inactive et d'une manière inéluctable, finit par ne plus être capable de travailler ; sa source de revenus se limite alors à l'Allocation Adulte Handicapé (AAH).

Honkonen et al. (24) ont réalisé en Finlande une étude sur 2168 patients souffrant de SCZ suivis en ambulatoire. Ils ont constaté une diminution nette de l'emploi en milieu ordinaire. En revanche, l'emploi protégé restait stable.

Dans notre étude, malgré une diminution de la population active en dix ans, nous avons constaté de façon statistiquement significative une **augmentation de l'emploi en milieu protégé**.

Parmi les 18 % de la population étudiée exerçant une activité professionnelle en 2013, 11 % d'entre eux travaillent en milieu ordinaire et 7 % d'entre eux travaillent dans un milieu protégé, c'est-à-dire que **39 %** des patients SCZ qui exercent une activité professionnelle le font en milieu protégé.

En 2003, c'étaient 12 % qui travaillaient en milieu protégé, ce qui correspondait à **28 %** des SCZ exerçant une activité professionnelle.

Cette différence de résultats pourrait résulter d'une politique nationale et régionale liée à des dispositifs spécifiques de soutien au travail et d'emplois protégés mis en place localement.

Bouvet et al. (25), dans une étude évaluant l'évolution psychologique des travailleurs en milieu protégé, ont montré un **effet positif de l'emploi** sur la stabilisation des patients dans le sens où il renforce l'estime de soi, atténue la dimension dépressive (20) et en améliore les aptitudes relationnelles. En cela, l'insertion sur le marché du travail semble présenter des effets identiques à la réhabilitation psycho-sociale.

Les hypothèses qui expliqueraient les difficultés que rencontrent les patients SCZ dans le domaine de l'emploi sont :

- des *facteurs économiques* (23) : le chômage des travailleurs handicapés n'a jamais atteint des chiffres aussi élevés, du fait de la crise économique notamment,
- la *stigmatisation* (21) : une hypothèse non négligeable, 30 % des sujets interrogés dans une étude n'accepteraient pas de travailler avec un patient atteint de SCZ ; cela est dû à une représentation péjorative de la maladie qui diminue les possibilités d'insertion dans un milieu professionnel ordinaire,
- les *aspects cliniques* : l'abus de substances, la durée de la maladie, l'âge auquel elle apparaît chez le sujet étudié et la présence de symptômes positifs et négatifs sont autant de facteurs associés à un taux d'emploi plus faible dans la population SCZ.

Ainsi, le parcours professionnel dans ce groupe de patients SCZ n'est pas uniquement lié à la composante intrinsèque de la maladie mais est également lié à la **pression sociale et économique** à laquelle ces individus sont confrontés. L'absence d'activité professionnelle chez le sujet SCZ aura le même impact que sur un sujet ordinaire (un chômeur verra son estime de soi décliner, ses tendances dépressives se renforcer, sa qualité de vie diminuer et ses aptitudes sociales se fragiliser) et cela s'associe au risque d'engendrer une décompensation de sa pathologie sur un mode productif.

En ce qui concerne la prise en charge des patients atteints de SCZ, ces éléments prouvent l'intérêt d'un **soutien médico-social** participant à leur santé et à leur développement personnel, avec un impact positif sur leur qualité de vie.

° Dans le trouble bipolaire

La majorité des études se concentrent principalement sur l'évolution clinique au détriment d'autres domaines, en particulier dans le domaine professionnel. Le fonctionnement des patients bipolaires au travail a rarement été approfondi, et pourtant il a

d'immenses répercussions sur les dépenses de santé publique ainsi que sur le bien-être et la santé des patients concernés.

Il existe une grande **variabilité interindividuelle** en fonction de la sévérité du trouble, certaines formes mineures étant tout à fait compatibles avec une activité professionnelle quand d'autres entraînent un absentéisme répété et des répercussions lourdes sur le travail.

La plupart des patients BP ont une activité professionnelle (environ la moitié selon la littérature) (26) tout en luttant contre des obstacles majeurs qui compromettent sans cesse leur capacité à maintenir cette activité. Ils sont davantage susceptibles de signaler une dégradation dans leur situation professionnelle et de rencontrer des difficultés financières (27).

Dans notre étude, malgré des résultats non significatifs probablement dus au faible effectif de notre population, nous retrouvons des chiffres comparables aux données de la littérature avec **54 %** de la population étudiée assumant **une activité professionnelle** en 2013 (contre 70 % en 2003), malgré un **absentéisme** conséquent.

Des études ont démontré que l'absentéisme au travail n'est pas uniquement le résultat d'une incapacité à avoir une activité professionnelle ; il est également favorisé par les difficultés d'insertion rencontrées dans le monde du travail (stigmatisation, situations de stress auxquelles ils peuvent être exposés et auxquelles ils sont plus vulnérables).

En outre, parmi les patients qui occupent un emploi à temps plein ou à temps partiel, 13 à 34 % reconnaissent avoir des problèmes fréquents au travail (28).

Il est par ailleurs pertinent de relever dans cette même étude que le pourcentage de chômeurs chez les patients BP est nettement au-dessus du niveau moyen de la population générale. D'autres études longitudinales ont montré des résultats similaires (29) (30).

Notre étude fait, elle aussi, ressortir un **taux plus important de chômage** au-dessus de la moyenne avec 14 % de demandeurs d'emploi en 2013 (contre 26 % en 2003).

Il est également essentiel de noter que le pourcentage de patients qui se retrouvent en **incapacité définitive de travailler est passé de 2 à 32 %** en dix ans d'évolution, avec une baisse significative des revenus (19 % bénéficient d'une pension d'invalidité).

Ces résultats se rapprochent des conclusions d'une étude longitudinale qui montrait que 21 % des patients n'étaient plus capables de travailler (31).

° Conclusion

Les statistiques attestent donc que les patients BP se démarquent des patients SCZ par une capacité plus large à exercer une activité professionnelle en milieu ordinaire, mais leur fonctionnement est caractérisé par :

- un manque de continuité dans leur parcours,
- des difficultés de gestion de la maladie en milieu professionnel,
- une perte fréquente de leur emploi : suite à une démission, un licenciement par inaptitude médicale ou pour faute professionnelle.

En dehors des facteurs intrinsèques liés à la maladie, les facteurs environnementaux - y compris le **stress professionnel** - apparaissent comme des éléments susceptibles de fragiliser le patient et favoriser les rechutes de la maladie.

Les médecins du travail se retrouvent régulièrement face à ce type de problématiques qui nécessitent une coordination avec les psychiatres référents et les médecins traitants afin d'envisager la mise en place des **moyens de prévention secondaires** (inaptitude transitoire, reprise à mi-temps thérapeutique, aménagement de poste) (32) et ainsi éviter l'évolution vers une inaptitude médicale hautement préjudiciable pour le patient.

b. Logement

° Dans la schizophrénie

Les patients SCZ rencontrent les plus grandes difficultés quand il s'agit de trouver un logement. Les plus défavorisés d'entre eux se retrouvent à la rue et viennent grossir les rangs des sans domicile fixe.

Avant l'avènement des traitements modernes, au début des années 50, l'immense majorité d'entre eux résidaient à l'hôpital. Depuis l'atténuation des symptômes par l'approche médicamenteuse et l'accès à une certaine autonomie, les patients vivent à l'extérieur de la structure hospitalière. Ils peuvent également occuper divers types de logement pour lesquels ils sont susceptibles de recevoir des aides financières.

L'accès au logement privé offre une première solution mais les propriétaires montrent une très grande réticence à l'idée d'ouvrir leur logement aux patients atteints de troubles mentaux. L'accès au logement social est possible à ces patients comme à toute personne dont les ressources ne dépassent pas un certain plafond.

À côté de ces possibilités d'hébergement qui s'adressent à toute la population, on trouve des hébergements plus spécialement conçus pour les patients concernés : les foyers

d'hébergement et les foyers de vie accueillant les personnes les moins autonomes.

Enfin, en ce qui concerne les personnes gravement handicapées dépourvues d'autonomie nécessitant une surveillance médicale et des soins constants, il existe des institutions telles que les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS).

Dans notre étude, 80 % des patients SCZ occupent toujours un logement ordinaire, souvent à la charge de leur famille et 20 % bénéficient de structures adaptées à leur handicap avec un accompagnement social et/ou médico-social. Parmi ces 20 %, seul 1 % est en MAS et nécessite une surveillance médicale et des soins constants.

° Dans le trouble bipolaire

Contrairement aux patients SCZ, la part des patients BP qui utilisent les services d'hébergement spécifiques au handicap psychique est plus faible que chez les patients SCZ : elle s'élève à 4 %.

c. Mesures de protection

Selon l'article 425 du Code Civil, les personnes bénéficiant de mesures de protection sont définies comme « dans l'impossibilité de pourvoir seules à leurs intérêts en raison d'une altération médicalement constatée, soit de leurs facultés mentales, soit de leurs facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de leur volonté ».

Est définie comme mesure de protection « une mesure destinée à la protection tant de la personne que des intérêts patrimoniaux de celle-ci ».

La loi prévoit un régime de protection juridique plus ou moins souple suivant le

degré d'incapacité du patient lorsqu'il a atteint la majorité.

Sauvegarde de justice, curatelle et tutelle constituent les trois principaux piliers de ce régime.

° Dans la schizophrénie

Dans notre étude, en dix ans d'évolution, nous avons constaté une augmentation de plus de **30 %** du nombre de patients SCZ bénéficiant de mesures de protection et **15 %** d'entre eux se retrouvent sous tutelle et doivent être représentés dans tous les actes de la vie civile, ce qui illustre la composante déficitaire et pérenne de la pathologie.

° Dans le trouble bipolaire

Dans notre étude, l'augmentation du nombre de mesures de protection était moins importante dans le groupe de patients BP que dans le groupe de patients SCZ. En 2013, **12 %** bénéficiaient d'une mesure de protection et la majorité (9 %) était sous curatelle, un dispositif qui les protège de décisions inadaptées ou imprévisibles concernant leur patrimoine tout en préservant leur autonomie et leur vie sociale.

À noter qu'aucun patient BP n'avait bénéficié d'une mise en place sous tutelle, ce qui démontre que cette mesure dans les TB ne devrait rester qu'une exception et se limiter aux cas où les épisodes intercritiques seraient rares et brefs, les fluctuations thymiques rapprochées et les épisodes sévères et intenses.

Nous n'avons pas retrouvé d'études ayant exploré spécifiquement les mesures de protection chez les patients SCZ et les patients BP.

3) Comparaison des caractéristiques cliniques

Il est difficile de distinguer de façon formelle ces caractéristiques cliniques puisqu'elles sont le plus souvent intriquées.

a. Âge du premier contact avec la psychiatrie

Notre étude révèle que l'âge du **premier contact** avec la psychiatrie est similaire dans les deux groupes : **23,6 ans** chez les patients souffrant de BP et **23 ans** chez les patients souffrant de SCZ.

Mais plusieurs études ont cependant montré une différence entre l'âge d'**apparition de la maladie** et l'âge du premier contact avec la psychiatrie (1) (19).

Dans les deux populations étudiées, le premier contact avec le milieu hospitalier est directement lié à l'**aggravation de la symptomatologie** qui altère le comportement et le discernement des patients.

° Dans la schizophrénie

La qualité du pronostic dépend de la précocité du diagnostic et du traitement. Ce trouble débute le plus souvent à l'adolescence. Or le dépistage est loin d'être effectué au début des troubles, ses manifestations inaugurales sont souvent attribuées à la crise d'adolescence, à plus forte raison si elles sont associées à des comorbidités addictives.

La majorité des études épidémiologiques soulignent le caractère préjudiciable du retard au dépistage, avec non seulement une aggravation du pronostic clinique (stabilisation des symptômes psychotiques et/ou déficitaires, conduites suicidaires,

comorbidités addictives) mais également des conséquences sociales (délinquance, violences, désinsertion sociale) à **une période où l'on construit son avenir professionnel et affectif**.

L'**enjeu en santé publique** est l'**amélioration du dépistage** qui doit se faire par la mobilisation du secteur éducatif, médico-social et médico-psychologique :

- un dépistage en médecine scolaire des adolescents à problèmes,
- un bilan spécialisé en cas de fléchissement scolaire marqué ou de troubles du comportement inquiétants,
- l'information et la sensibilisation des familles et des médecins généralistes.

° Dans le trouble bipolaire

On rencontre la même problématique de retard diagnostique. Il peut s'écouler plusieurs années entre les premiers symptômes et la mise en place d'un traitement par thymorégulateur.

L'étude de Goldberg et Ernst (33) évalue le retard diagnostique à près de dix ans.

Plusieurs recherches ont montré que **le retard dans la prise en charge** des patients a pour conséquence :

- d'augmenter le nombre d'hospitalisations,
- d'augmenter le risque suicidaire,
- de compromettre l'adaptation sociale.

Il y a de toute évidence encore d'importants efforts à fournir afin que le diagnostic et la prise en charge soient aussi rapprochés que possible.

b. Tentatives de suicide

Le suicide reste l'un des principaux enjeux de santé publique. Chaque année en France, on compte environ 160 000 tentatives de suicide (TS) se soldant par plus de 10 000 décès.

Une grande majorité de ces TS surviennent chez des sujets souffrant de pathologies psychiatriques (34). Le TB et la SCZ sont deux troubles considérés comme des facteurs de risque majeurs dans l'apparition des conduites suicidaires.

Les gestes suicidaires de ces patients atteints de SCZ ou de TB sont marqués par **une plus grande détermination** et par **une plus grande létalité** des moyens employés que dans la population générale traduisant une moindre ambivalence (35).

Une étude rétrospective d'Ishii et al. (34), en 2014, comparait les caractéristiques des TS entre des patients souffrant de SCZ et des patients BP. Cette étude a démontré que les patients SCZ recouraient à des méthodes radicales de façon impulsive telles que se jeter d'un pont ou sous un train, tandis que les patients BP absorbaient souvent de l'alcool lors de leurs TS, lesquelles étaient le plus souvent préméditées.

Une étude de Palmer et al. (36) estimait à 5 % le risque de suicide et à 25-50 % le risque de faire au moins une TS chez les patients souffrant de SCZ.

Dans notre étude, nos résultats sont significatifs et concordent avec ceux de l'étude sus-citée : 24 % des patients SCZ ayant déjà réalisé au moins une TS.

Les patients BP présentent également un taux important de conduites suicidaires, avec en moyenne 8 à 15 % de TS débouchant sur le décès du malade. Ce taux augmente en cas de comorbidités addictives (37).

L'une des études épidémiologiques les plus importantes à ce jour concernant les BP est l'étude *NESARC (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions)* (38) menée dans la population générale aux États-Unis. Dans cette étude, 29 % des patients BP disaient avoir déjà fait au moins une TS dans leur vie. Ce taux pouvait varier selon les études et atteindre jusqu'à 50 %. Malgré le faible effectif de notre étude, nos résultats tendent également en ce sens avec 48 % des patients BP ayant déjà signalé au moins un antécédent de TS.

Parmi les **facteurs de risque** (FDR) des conduites suicidaires identifiés chez les patients BP et les patients SCZ, nombreux sont communs avec ceux identifiés parmi la population générale (39) (antécédents personnels et familiaux de conduites suicidaires, antécédents de traumatismes infantiles notamment sexuels, expression d'une impulsivité) mais d'autres facteurs plus spécifiques nécessitent l'attention des cliniciens et le développement de prises en charge adaptées :

- chez les schizophrènes (40) (41), les FDR de passage à l'acte auto-agressif comprenaient :
 1. l'âge : plus le sujet est jeune et plus il risque de passer à l'acte,
 2. le sexe : les hommes se suicident plus que les femmes et le risque relatif de suicide par rapport à la population générale est plus élevé chez la femme souffrant de SCZ (sex ratio de 2/1 dans la SCZ contre 3/1 dans la population générale),
 3. la *présence de symptômes positifs* comme des *hallucinations* ou des *illusions* (34),
 4. une *symptomatologie dépressive*, souvent sous-diagnostiquée,
 5. la présence d'un *isolement social et familial* important (20),

6. le *désespoir* : un des principaux facteurs de risque quel que soit le contexte clinique, le facteur prédictif le plus important.

L'étude de l'**insight** (20) donnait des résultats qui pouvaient être contradictoires : un insight de qualité était associé à une bonne adhésion au traitement et à une évolution positive de la maladie, alors qu'une absence d'insight serait un FDR de suicide. En contrepartie, il a été démontré qu'une bonne conscience de la maladie semblait fortement associée à une symptomatologie dépressive et un risque suicidaire augmenté (42).

- chez les bipolaires, les FDR comprenaient :

1. le *sexe* : contrairement aux patients SCZ, c'est la mortalité féminine par suicide qui est très accentuée par rapport à la population générale (dans laquelle les hommes sont plus à risque de décès par suicide que les femmes qui sont plus à risque de faire des TS) (17),
2. des *fluctuations thymiques* : c'est surtout lors des phases dépressives qu'ont lieu la grande majorité des TS (78 à 89 % contre 0 à 7 % lors des phases maniaques) (23),
3. le *désespoir* : la mixité de l'humeur et la rapidité des cycles thymiques augmentent considérablement le risque de passage à l'acte suicidaire (l'instabilité constante de l'humeur favorise l'installation du désespoir et par conséquent l'apparition des conduites suicidaires) (17),
4. une *précarité sociale* : qui rentre en compte par la détérioration de la qualité de vie,
5. des *comorbidités* : une autre particularité du TB réside dans la fréquence du trouble comorbide (60 à 80 % des patients bipolaires ont présenté d'autres

troubles psychiatriques à un moment de leur vie) (24).

C'est principalement l'abus de substances telles que les benzodiazépines et surtout l'alcool qui ont un impact suicidogène par leur rôle précipitant dans les passages à l'acte.

c. Comorbidités

Au-delà du suicide, la SCZ et le TB apparaissent comme une cause de mortalité prématurée principalement par l'existence de comorbidités **addictives** (un patient sur trois présente un trouble addictif en dehors du tabac), mais également de comorbidités **somatiques** (affections cardio-vasculaires, infectieuses...) et **iatrogènes** (troubles du rythme, mort subite, agranulocytose...).

Les conséquences des comorbidités addictives sont :

- des séjours à l'hôpital plus fréquents,
- une grande fréquence de suicides et de TS,
- une augmentation de la délinquance et de la criminalité (45),
- une augmentation de la désinsertion sociale,
- une moins bonne compliance aux traitements,
- un impact important dans le domaine socio-économique,
- un mauvais accès aux soins.

Les comorbidités addictives surviennent très précocement dans l'évolution des TB, pathologie ayant le plus grand taux de comorbidités addictives devant la SCZ et le trouble panique. Ainsi, par leur fréquence, ces comorbidités pourraient être considérées comme

une règle et non comme une exception.

Les patients BP présentant ce double diagnostic ont souvent un début précoce des troubles, une consommation massive et épisodique des substances, un niveau d'éducation et un taux d'activité professionnelle plus faibles (46) et une impulsivité marquée.

En 2013, Do et Mezuk, dans une étude transversale (47) concluaient à une association importante entre hypomanie et mésusage de substances : un tiers des individus hypomanes consommaient régulièrement soit de l'alcool, soit d'autres substances telles que le cannabis.

> Alcool

° Dans le trouble bipolaire

E. Kraepelin soulignait déjà en 1921 la fréquence élevée de l'alcoolisme chez les patients présentant des troubles maniacodépressifs. Depuis, de nombreuses études épidémiologiques ont confirmé que la prévalence des conduites addictives était élevée chez les patients BP. Les consommations d'alcool surviennent le plus souvent de façon intermittente lors des épisodes maniaques ; les patients cherchant à potentialiser les sensations d'euphorie et à faciliter la socialisation (48).

Dans l'étude *NESARC* (38) (49) sur les 1643 sujets chez qui un TB avait été diagnostiqué, 54 % présentaient aussi une dépendance à l'alcool.

Une étude internationale de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) a également retrouvé des fréquences 4 à 8 fois plus élevées de présenter une addiction à

l'alcool chez les patients BP que dans la population générale (50).

De plus, concernant le fonctionnement social, il a été décrit que le taux d'invalidité professionnelle s'élevait à **46,5 %** chez des patients BP ayant des conduites addictives et à **25,8 %** chez des patients BP sans addiction aucune (51).

° Dans la schizophrénie

L'abus ou la dépendance à l'alcool concerne un tiers environ des patients SCZ au cours de leur vie. La prévalence concerne un patient sur cinq.

Les patients SCZ alcoolodépendants sont caractérisés par :

- une sur-représentation du sexe masculin,
- la fréquence des autres addictions associées, en particulier le cannabis,
- une sensibilité aux effets de l'alcool plus importante que chez les patients non SCZ,
- des niveaux élevés d'impulsivité et de recherche de sensations,
- des traits de personnalité antisociale et des troubles de conduites dans l'enfance.

L'impact de la consommation d'alcool sur l'évolution des patients est majeur(52) :

- une aggravation des symptômes positifs et des troubles cognitifs de la SCZ,
- la survenue plus fréquente de troubles dépressifs, de conduites suicidaires et de violences,
- une moindre compliance au traitement,
- des hospitalisations répétées et une désinsertion sociale plus fréquentes.

Contrairement aux données que nous avons recueillies où la consommation de cannabis était plus importante que celle de l'alcool, Jiménez-Castro et al. (53) mettaient en

exergue en 2010, le fait que l'alcool était la substance qui provoquait chez les patients SCZ la plus forte dépendance et qu'une symptomatologie dépressive pouvait être la cause d'une consommation d'alcool, ayant pour principal objectif l'auto-médication.

> Cannabis

Le cannabis est une des substances psychoactives illicites les plus consommées au monde.

° Dans le trouble bipolaire

L'usage du cannabis affecterait l'apparition et l'évolution des TB. Cependant, le lien entre ces deux troubles reste encore mal identifié.

Les patients BP consommant du cannabis sont le plus fréquemment de sexe masculin, jeunes et peu éduqués.

Les effets que décrivent les patients, qu'ils soient atteints ou non de troubles de l'humeur, lorsqu'ils consomment du cannabis sont une euphorie, un sentiment de détente et de bien-être ainsi qu'une anxiolyse. La consommation de cannabis augmentant la fréquence des épisodes maniaques et des cycles rapides se voit attribuer par les consommateurs des vertus thérapeutiques semblables à celles d'un antidépresseur. Avérés ou non, en tous les cas controversés (54), ces effets antidépresseurs sont jugés bénéfiques par les patients BP et encouragent par conséquent l'automédication.

Une étude prospective de Patton et al. (55) réalisée chez 1601 étudiants suivis sur une période de sept ans montre que l'usage quotidien du cannabis augmente de cinq fois le

risque de développer des troubles de l'humeur, alors que ce risque ne fait que doubler chez les étudiants qui en consomment à un rythme hebdomadaire. D'autres publications suggèrent elles aussi que le cannabis jouerait un rôle **dans la genèse ou dans le développement d'un TB** chez des sujets prédisposés (56) (57).

Dans l'étude *NESARC* (38), la fréquence de l'abus de cannabis chez les patients BP était de 7 % dans les douze mois précédant l'étude, contre 1,2 % dans la population générale (58). Une revue systématique récente a évalué à 30 % la fréquence de dépendance au cannabis chez les patients BP au cours de leur vie (59) ce taux pouvant varier jusque 60 % en fonction des études.

On pouvait conclure que les patients à double diagnostic addictions / TB connaissaient une évolution moins favorable que les patients BP ne présentant aucune addiction.

° Dans la schizophrénie

On sait depuis 1845, grâce à J-J. Moreau et son livre « Du haschisch et de l'aliénation mentale » (60), que le cannabis a des liens avec les **troubles psychotiques**.

La consommation de cannabis est devenue problématique suite à :

- une diffusion plus large de cette substance,
- un accroissement de sa teneur en tétrahydrocannabinol,
- un âge du premier usage plus précoce.

Ces caractéristiques avaient été désignées, à l'époque, par le terme de « pandémie cannabique ».

Le cannabis est la drogue illicite la plus fréquemment utilisée chez les patients SCZ (61). Leur consommation de cannabis est deux fois plus importante que celle de la population générale (62) et au moins un quart d'entre eux souffrent de dépendance à cette substance (63). Son utilisation peut être une forme d'auto-médication pour tenter d'atténuer les symptômes de la SCZ ou pour réduire les effets secondaires des traitements antipsychotiques (64).

Même si les causes de la SCZ comportent encore des zones d'ombre, le cannabis semble cependant être un **facteur favorisant** dans le développement de la SCZ (65).

Lejoyeux et al. (66), dans une étude transversale datant de 2014, évoquaient une prévalence de 33 % de consommateurs de cannabis chez les patients SCZ.

Le profil-type du patient SCZ risquant de devenir un consommateur de cannabis était un jeune homme inactif, tabagique, consommateur régulier d'alcool (67).

> **Héroïne et cocaïne**

Nous n'avons pas eu connaissance d'études intéressantes ayant spécifiquement traité de la consommation d'héroïne et de cocaïne, ces deux substances étant moins consommées que l'alcool et le cannabis, donc moins étudiées.

d. Observance du traitement et suivi

Déjà évoquée par Hippocrate dans ses écrits, la question de l'observance thérapeutique connaît depuis les années 1970 un regain d'intérêt. Les effets d'une mauvaise observance en termes d'efficacité et de tolérance doivent être envisagés en premier lieu.

Les retombées économiques sont à prendre également en compte et s'expriment par

des coûts directs et indirects liés aux rechutes, aux réhospitalisations ou à la chronicisation de la maladie.

Les déterminants, multiples, sont liés :

- *au traitement* : le risque de mauvaise observance est lié au nombre de médicaments prescrits et de prises quotidiennes, à la durée du traitement, à l'existence d'effets indésirables (tremblements, akathisie, impact sur la vie sexuelle), aux représentations sociales et individuelles des médicaments psychotropes,
- *au patient* : l'observance est plus élevée chez les sujets mariés ou en couple que chez les patients célibataires, chez les individus qui ont pleinement **conscience de leurs troubles** et de bonnes capacités d'introspection et chez ceux qui ne présentent pas de comorbidités addictives ni de trouble de la personnalité sous-jacent,
- *à l'entourage du patient* : le traitement est mieux observé si le patient se sent soutenu par ses proches,
- *au médecin et à l'alliance thérapeutique* : les facteurs qui favorisent l'observance sont eux aussi multiples (réactions de transfert et de contre-transfert positives, empathie, information du médecin quant à la maladie et à ses traitements, conviction du médecin et croyance du patient dans l'efficacité de ces traitements).

Dans le domaine des pathologies psychiatriques, le patient présente des symptômes qu'il peut souhaiter voir disparaître. De plus, l'évolution de ces symptômes étant intermittente et récurrente, le patient devient parfois capable de faire le lien entre son traitement et l'amélioration clinique.

° Dans le trouble bipolaire

L'observance thérapeutique peut être **totale**, **partielle** ou **irrégulière**. Elle concerne aussi bien le traitement médicamenteux que l'assiduité aux consultations médicales. La mauvaise observance est ainsi responsable des rechutes thymiques et elle aggrave la récurrence du TB jusqu'à le rendre parfois invalidant. Un **bon insight** permet une meilleure observance thérapeutique.

La mauvaise observance est la cause la plus fréquente de l'inefficacité des traitements, et en particulier du lithium, médicament de première intention dans le TB. Le délai d'action prolongé de ce médicament dans la prévention des rechutes limite la perception de son efficacité et apparaît comme un obstacle à l'observance du traitement. Ceci est d'autant plus perturbant que toutes les études démontrent que le **lithium** infléchit très significativement la courbe de mortalité des malades BP.

Ainsi, Tondo et Baldessarini, dans leur étude (68) montrent que le lithium est le traitement proposé en première intention pour lutter contre le risque suicidaire des patients souffrant de troubles thymiques. D'autres études ont abouti à la même conclusion concernant l'effet préventif du lithium sur le suicide (69) (70) (71). Il est essentiel de noter que le risque suicidaire présente une forte recrudescence au cours de la première année qui suit l'interruption d'un traitement par lithium, notamment en cas d'arrêt brutal.

Le mécanisme d'action lié aux propriétés anti-suicide du lithium reste indéterminé, de même que l'observance des thymorégulateurs autres que le lithium demeure peu étudiée.

Les thérapies cognitivo-comportementales sont proposées sous forme de programmes dans le but d'améliorer la compliance des patients, ce qui permet de réduire l'intensité et la fréquence des décompensations maniaques ou dépressives (72) (73).

L'**éducation thérapeutique**, l'**information** concernant les bénéfices et les risques ainsi que la nécessité d'une **forte alliance thérapeutique** avec le patient sont autant de conditions qui optimiseraient l'usage des médicaments.

Dans notre étude, le suivi psychiatrique concerne une très large majorité de patients BP (90 % en 2013) même s'il reste des efforts à faire dans ce domaine. Ces résultats révèlent chez ces patients de bonnes capacités d'introspection et un bon **insight**. Chez les patients souffrant de TB, les traitements à action prolongée sont en revanche peu prescrits (4 % en 2013) du fait de l'absence d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM).

° Dans la schizophrénie

La mauvaise observance concerne un tiers des patients SCZ suite à une première hospitalisation, une moitié des patients SCZ un an après cette hospitalisation et entre deux tiers et trois quarts deux ans plus tard.

L'étude *CATIE* (74) a montré qu'une proportion très importante de patients participant à une étude sur les traitements médicamenteux finissent par interrompre ce traitement, alors même qu'ils participaient volontairement à cette étude.

Des études déjà anciennes estiment que la mauvaise observance du traitement peut expliquer 40 % des rechutes survenant dans l'année qui suit une hospitalisation et l'instauration d'un traitement.

Une revue de 24 études (75) montre que les patients SCZ traités par antipsychotiques ne prennent en moyenne que 58 % des doses prescrites.

Cette mauvaise observance est notamment liée à l'intensité des symptômes positifs de la maladie en phase aiguë, à un faible niveau d'insight, à un isolement familial et/ou social, mais également aux effets secondaires des traitements. Ces derniers sont, depuis l'apparition de nouvelles molécules, moins importants qu'à l'époque.

Selon de nombreux auteurs, en favorisant la compliance au traitement, ces médicaments permettent une amélioration de la symptomatologie dépressive, une nette diminution du sentiment de désespoir et donc une diminution du risque suicidaire. C'est notamment le cas de la **clozapine** (76) qui a prouvé son efficacité par son action suicidolytique chez des sujets souffrant de SCZ (77).

Si l'observance d'un traitement *per os* est souvent difficile à évaluer, la prescription de **neuroleptiques à action prolongée** la facilite. La compliance au traitement peut également être favorisée par certains outils tels que les approches cognitivo-comportementales, des techniques motivationnelles (78) et également par le **suivi thérapeutique** et des **mesures socio-occupationnelles**.

Dans notre étude, le suivi psychiatrique des patients SCZ est moins régulier que celui des patients BP, mais la prise en charge soutenue de ces patients montre une stabilisation du suivi pendant les dix années d'évolution. Si l'alliance thérapeutique est avérée, nous ne pouvons cependant pas établir de conclusion formelle sur l'observance du traitement.

87 % des patients atteints de SCZ sont **suivis régulièrement** en 2013 et la transition des traitements *per os* vers des traitements à action prolongée est de plus en plus fréquente (+ 14 % en dix années d'évolution), ce qui met en évidence un suivi régulier et la prise en charge plus rapide des éventuelles décompensations de la pathologie.

À plus long terme, chez les patients SCZ comme chez les patients BP, le suivi doit être **pluridisciplinaire**, impliquant le **médecin généraliste**, les **soignants** du centre médico-psychologique (avec des visites au domicile du patient si nécessaire), et autant que possible, l'**entourage familial** (78).

Nous venons d'insister sur l'importance du traitement médicamenteux, lequel est susceptible de diminuer de façon importante la mortalité, mais les stratégies thérapeutiques actuelles montrent leurs limites en ce qui concerne l'amélioration du fonctionnement global et la réduction du handicap chez les patients BP et SCZ.

4) Échelle Globale de Fonctionnement - EGF

Le premier outil standardisé pour évaluer la santé mentale globale des patients a été introduit il y a près de 50 ans lorsque L. Luborsky a développé l'*échelle d'évaluation santé-maladie*. Quelques décennies plus tard, Endicott et al. ont modifié cet outil de base qui est devenu l'*Échelle Globale de Fonctionnement*.

L'EGF a été présentée comme une échelle de cotation de l'axe V dans le DSM-III-R en 1987 et a été traduite en français par Guelfi en 2008.

Cette échelle est un outil efficace et simple d'utilisation qui permet d'estimer le niveau actuel de fonctionnement du patient ou son plus haut niveau atteint dans l'année écoulée.

Le praticien se sert de cette échelle composite pour évaluer le fonctionnement de son patient dans trois domaines :

- *psychologique* : de la pleine santé aux symptômes les plus graves,

- *social* : de l'adaptation à la désocialisation,
- *professionnel* : d'une intégration professionnelle à l'absence d'activité,

sur un continuum hypothétique allant d'un score de 1, valeur symbolisant l'individu à son niveau de fonctionnement le plus faible, à un score de 100, valeur symbolisant l'individu qui ne présente pas de symptômes et fonctionnant d'une façon satisfaisante dans son milieu familial ou social.

Les études portant sur la validité de l'EGF sont à la fois peu nombreuses et contradictoires. Startup et al. (79) concluent à une bonne validité de l'EGF en dehors des décompensations aiguës. D'autres études démontrent le contraire (80) (81).

En ce qui concerne la fiabilité inter-juges de l'EGF, des études réalisées par des chercheurs montrent que, mesurée grâce à un coefficient de corrélation, celle-ci s'étend de 0,61 à 0,91. Cette même fiabilité inter-juges décline nettement lorsqu'on l'évalue en fonction du jugement des cliniciens (82).

Aboutissant à un coefficient de corrélation mesuré à 0,9390 en 2003 et 0,9663 en 2013, nos résultats concordent avec les résultats des études précédentes.

Même si les BP présentent dans notre étude un meilleur niveau de fonctionnement global, la **différence entre le résultat de 2003 et le résultat de 2013** est **similaire** à celle du groupe des SCZ (- 9,8 chez les BP contre - 10,9 chez les SCZ en dix années d'évolution).

5) Synthèse

Des différences au niveau des indicateurs de fonctionnement ont été constatées entre BP et SCZ en dix années d'évolution, résumées dans le tableau ci-dessous.

Cependant, la différence entre le score mesuré par l'EGF en 2003 et celui mesuré en 2013 entre les deux groupes n'est pas significative.

	BP	SCZ
SEXE	Prédominance féminine	Prédominance masculine
STATUT MARITAL	- Plus de séparations et de divorces - Difficultés à maintenir des liens sociaux	- Plus de célibataires - Difficultés à établir des liens sociaux
ÉTAYAGE FAMILIAL	Diminution de l'étayage familial	Diminution de l'étayage familial
ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE	- Capacité plus large à exercer en milieu ordinaire - Absentéisme / discontinuité dans le parcours professionnel - Taux de chômage plus important que dans la population générale	- Baisse de l'activité professionnelle en milieu ordinaire - Augmentation de l'emploi en milieu protégé - Évolution vers une incapacité à travailler
REVENUS	Évolution vers une pension d'invalidité	Évolution vers une AAH

LOGEMENT	- Logement ordinaire - Recours plus faible aux structures adaptées au handicap psychique	- Logement ordinaire, souvent à la charge des familles - Recours plus important aux structures adaptées au handicap psychique
MESURES DE PROTECTION	Mise sous curatelle plus fréquente	Mise sous tutelle plus fréquente
ÂGE DU PREMIER CONTACT AVEC LA PSYCHIATRIE	- Délai important entre l'apparition de la maladie et le premier contact avec la psychiatrie - Retard diagnostique	- Délai important entre l'apparition de la maladie et le premier contact avec la psychiatrie - Retard diagnostique
TRAITEMENT et SUIVI	- Bon insight - Traitement <i>per os</i> - La majorité des patients adhère à un suivi psychiatrique	- Mauvais insight - Traitement par NAP - Suivi moins bon que les BP, mais stable du fait des interventions des équipes de secteur (VAD, CATTP, HJ)
TENTATIVES DE SUICIDE	- Grande létalité des moyens utilisés - Préméditation dans les phases dépressives - Impulsivité majorée par la prise de toxiques	- Grande létalité des moyens utilisés - Impulsivité - Injonction hallucinatoire - Syndrome d'influence
COMORBIDITÉS	Consommation d' alcool plus importante	Consommation de cannabis plus importante
EGF	Diminution du score de 9,8 en dix ans d'évolution	Diminution du score de 10,9 en dix ans d'évolution

VII. LIMITES DE L'ÉTUDE

Notre étude est une étude rétrospective qui se base sur la lecture de dossiers informatisés où figurent des informations objectivées par des cliniciens de la psychiatrie adulte. Notre approche a permis de **limiter les biais de rappel et de reconstruction** des études rétrospectives qui se fondent sur des informations subjectives et rétrospectives, recueillies par entretien auprès de patients atteints de pathologies psychiatriques lourdes susceptibles d'altérer leur mémoire.

Notre échantillon est limité ($N = 150$), ce qui entraîne un **manque de puissance** et n'est pas représentatif des patients bipolaires et schizophrènes dans la population générale, d'où un **biais de sélection**.

Même si la reproductibilité inter-juge de l'Échelle Globale de Fonctionnement analysée à l'aide d'un coefficient de corrélation intra-classe est satisfaisante, cette échelle ne se limite pas à la SCZ ou au TB et reste très subjective et peu précise, ce qui débouche sur un **biais de mesure**.

Certaines données cliniques manquaient dans les dossiers des patients, notamment en ce qui concerne la mention ou non des parents. Le regroupement de ces données au cours de l'analyse statistique avec l'item « absents » constitue une limite à notre étude et représente un **biais de classement**.

Enfin, nous n'avons pas effectué de comparaison avec un **groupe de sujets sains** ni avec d'autres catégories nosologiques (dépressions unipolaires...).

VIII. CONCLUSION

L'étude de l'évolution d'une population d'adultes souffrant de schizophrénie et de trouble bipolaire nous a permis de montrer les limites des traitements médicamenteux (malgré leur efficacité sur la rémission symptomatique) dans leur capacité à améliorer le fonctionnement des patients et à réduire leur handicap.

Ces maladies psychiatriques sont beaucoup plus coûteuses indirectement (perte de productivité liée au handicap et aux suicides) que directement (dépenses de santé et de soins). Ces coûts indirects pourraient être considérablement réduits grâce à un investissement dans l'amélioration des coûts directs, à savoir :

- **la pharmacothérapie** : introduction de nouveaux médicaments présentant une meilleure tolérance pour augmenter l'observance et éviter les rechutes,
- **la remédiation neurocognitive** : mise en œuvre après réalisation d'une évaluation neuropsychologique, a pour cibles les troubles attentionnels, mnésiques, visuo-spatiaux et exécutifs ainsi que les déficits métacognitifs et de cognition sociale, et complète l'évaluation clinique et l'autonomie quotidienne,
- **la réhabilitation psycho-sociale** : sa mise en œuvre doit s'inscrire dans le cadre d'un projet de soin individualisé après un bilan des habiletés sociales et professionnelles.

Cette **approche multidisciplinaire** est destinée à favoriser la réussite d'un projet concret s'inscrivant dans le domaine **social** (mise en œuvre d'activités de loisir, autonomisation dans le domaine du logement...) ou **professionnel** (réinsertion en milieu protégé ou ordinaire) afin d'améliorer les résultats fonctionnels des patients à long terme et

a fortiori, d'améliorer leur état de santé psychique.

D'autres études, de préférence prospectives et associées à une comparaison à un groupe de sujets sains, pourraient apporter une plus grande contribution. En affinant les profils évolutifs de chaque pathologie, elles permettraient de faire progresser la prise en charge des patients et d'en améliorer le pronostic.

ANNEXES

Annexe 1

DONNÉES RÉTROSPECTIVES

I. Numéro d'identification

II. Pathologie

III. Caractéristiques démographiques :

1. Âge
2. Sexe
3. Statut marital :
 - célibataires
 - vie de couple
 - divorcés ou séparés
4. Nombre d'enfants
5. Étayage familial

IV. Fonctionnement psycho-social :

1. Activité professionnelle :
 - Actifs :
 - personnes exerçant une activité professionnelle : en milieu ordinaire ou en milieu protégé
 - demandeurs d'emploi
 - Inactifs :
 - étudiants
 - personnes en incapacité de travailler

2. Revenus :

- salaire
- AAH
- minimas sociaux : RSA ou rien
- pension d'invalidité

3. Logement :

- logement ordinaire
- alternatives à hospitalisation (familles d'accueil, maisons relais, résidences d'accueil...)
- institutions (FAM, FAS, MAS)

4. Mesures de protection :

- absence
- sauvegarde de justice
- curatelle
- tutelle

V. Caractéristiques cliniques :

1. Âge du premier contact avec la psychiatrie

2. Nombre d'hospitalisations

3. Adhésion aux soins :

- traitement :
 - injections retards
 - traitement *per os*
- suivi extra-hospitalier

4. Antécédents de tentatives de suicide

5. Comorbidités addictives :

- alcool
- cannabis
- cocaïne
- héroïne

VI. Score de l'EGF

DONNÉES ACTUELLES

I. Numéro d'identification

II. Pathologie

III. Caractéristiques démographiques :

1. Âge
2. Sexe
3. Statut marital :
 - célibataires
 - vie de couple
 - divorcés ou séparés
4. Nombre d'enfants
5. Étayage familial

IV. Fonctionnement psycho-social :

1. Activité professionnelle :
 - Actifs :
 - personnes exerçant une activité professionnelle : en milieu ordinaire ou en milieu protégé
 - demandeurs d'emploi
 - Inactifs :
 - étudiants
 - personnes en incapacité de travailler

2. Revenus :

- salaire
- AAH
- minimas sociaux : RSA ou rien
- pension d'invalidité

3. Logement :

- logement ordinaire
- alternatives à hospitalisation (familles d'accueil, maisons relais, résidences d'accueil...)
- institutions (FAM, FAS, MAS)

4. Mesures de protection :

- absence
- sauvegarde de justice
- curatelle
- tutelle

V. Caractéristiques cliniques :

1. Âge du premier contact avec la psychiatrie

2. Nombre d'hospitalisations

3. Adhésion aux soins :

- traitement :
 - injections retards
 - traitement *per os*
- suivi extra-hospitalier

4. Antécédents de tentatives de suicide

5. Comorbidités addictives :

- alcool
- cannabis
- cocaïne
- héroïne

VI. Score de l'EGF

Échelle Globale de Fonctionnement – axe V du DSM-IV-TR

Évaluer le fonctionnement psychologique, social et professionnel sur un continuum hypothétique allant de la santé mentale à la maladie.

Ne pas tenir compte d'une altération du fonctionnement due à des facteurs limitants d'ordre physique ou environnemental.

100-91 Niveau supérieur de fonctionnement dans une grande variété d'activités.

N'est jamais débordé par les problèmes rencontrés. Est recherché par autrui en raison de ses nombreuses qualités. Absence de symptômes.

90-81 Symptômes absents ou minimes (anxiété légère avant un examen), fonctionnement satisfaisant dans tous les domaines, intéressé et impliqué dans une grande variété d'activités, socialement efficace, en général satisfait de la vie, pas plus de problèmes ou de préoccupations que les soucis de tous les jours (conflit occasionnel avec des membres de la famille).

80-71 Si des symptômes sont présents, ils sont transitoires et il s'agit de réactions prévisibles à des facteurs de stress (difficultés de concentration après une dispute familiale) ; pas plus qu'une altération légère du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (retard temporaire du travail scolaire).

70-61 Quelques symptômes légers (humeur dépressive et insomnie légère) ou une certaine difficulté dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (école buissonnière épisodique ou vol en famille) mais fonctionne assez bien de façon générale et entretient plusieurs relations interpersonnelles positives.

- 60-51** Symptômes d'intensité moyenne (émoussement affectif, attaques de panique épisodiques) ou difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (peu d'amis, conflits avec les camarades de classe ou les collègues de travail).
- 50-41** Symptômes importants (idéation suicidaire, rituels obsessionnels sévères, vols répétés dans les grands magasins) ou altération importante du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (absence d'amis, incapacité à garder un emploi).
- 40-31** Existence d'une certaine altération du sens de la réalité ou de la communication (discours par moments illogique, obscur ou inadapté) ou déficience majeure dans plusieurs domaines (le travail, l'école, les relations familiales, le jugement, la pensée ou l'humeur).
- 30-21** Le comportement est notablement influencé par des idées délirantes ou des hallucinations ou troubles graves de la communication ou du jugement (discours parfois incohérent, actes grossièrement inadaptés, préoccupation suicidaire) ou incapable de fonctionner dans presque tous les domaines (reste au lit toute la journée, absence de travail, de foyer ou d'amis).
- 20-11** Existence d'un certain danger d'auto ou d'hétéro-agression (tentative de suicide sans attente précise de la mort, violence fréquente, excitation maniaque) ou incapacité temporaire à maintenir une hygiène corporelle minimale (se barbouille d'excréments) ou altération massive de la communication (incohérence indiscutable ou mutisme).
- 10-1** Danger persistant d'auto ou d'hétéro-agression grave (accès répétés de violence) ou incapacité durable à maintenir une hygiène corporelle minimale ou geste suicidaire avec attente précise de la mort.

BIBLIOGRAPHIE

1. Pacheco A, Barguil M, Contreras J, Montero P, Dassori A, Escamilla MA, et al. Social and clinical comparison between schizophrenia and bipolar disorder type I with psychosis in Costa Rica. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010 Jun;675–80.
2. Rosa AR, Franco C, Martínez-Aran A, Sánchez-Moreno J, Reinares M, Salamero M, et al. Functional impairment in patients with remitted bipolar disorder. *Psychother Psychosom*. 2008;77(6):390–2.
3. DSM-V Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: 2013.
4. Association AP. DSM-IV-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2003.
5. Jablensky A. The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects. *Dialogues Clin Neurosci*. 2010;271–87.
6. La classification des handicaps [Internet]. Available from: <http://informations.handicap.fr>
7. Guelfi J-D, Rouillon F. Manuel de psychiatrie. Elsevier Masson; 2012.
8. Kennedy N, Boydell J, Kalidindi S, Fearon P, Jones PB, van Os J, et al. Gender differences in incidence and age at onset of mania and bipolar disorder over a 35-year period in Camberwell, England. *Am J Psychiatry*. 2005 Feb;257–62.
9. Agerbo E, Byrne M, Eaton WW, Mortensen PB. Marital and labor market status in the long run in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2004 Jan;28–33.
10. Aleman A, Kahn RS, Selten J-P. Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Jun;565–71.
11. McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O, MacCauley C, Chant D. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. 2004 Apr 28;
12. Nuss P, de Carvalho W, Blin P, Arnaud R, Filipovics A, Loze J-Y, et al. Pratiques thérapeutiques dans la prise en charge des patients souffrant de troubles bipolaires en France. Étude TEMPPO. *L'Encéphale*. 2012 Feb;75–85.
13. Diflorio A, Jones I. Is sex important? Gender differences in bipolar disorder. *Int Rev Psychiatry Abingdon Engl*. 2010;437–52.
14. Schoeyen HK, Birkenaes AB, Vaaler AE, Auestad BH, Malt UF, Andreassen OA, et al. Bipolar disorder patients have similar levels of education but lower socio-economic status than the general population. *J Affect Disord*. 2011 Mar;68–74.
15. Peh AL, Tay LK. Demographical profile and clinical features of patients with bipolar disorder in an outpatient setting in Singapore. *Singapore Med J*. 2008 May;380–3.
16. Azorin J-M, Belzeaux R, Kaladjian A, Adida M, Hantouche E, Lancrénon S, et al.

- Risks associated with gender differences in bipolar I disorder. *J Affect Disord.* 2013 Dec;1033–40.
17. Perlick DA, Rosenheck RA, Clarkin JF, Maciejewski PK, Sirey J, Struening E, et al. Impact of family burden and affective response on clinical outcome among patients with bipolar disorder. *Psychiatr Serv Wash DC.* 2004 Sep;1029–35.
 18. Latalova K, Prasko J, Diveky T, Kamaradova D, Velartova H. Quality of life in patients with bipolar disorder--a comparison with schizophrenic patients and healthy controls. *Psychiatr Danub.* 2011 Mar;21–6.
 19. Surja AAS, El-Mallakh RS. Fertility and childhood bipolar disorder. *Med Hypotheses.* 2007;587–9.
 20. Pješčić KD, Nenadović MM, Jašović-Gašić M, Trajković G, Kostić M, Ristić-Dimitrijević R. Influence of psycho-social factors on the emergence of depression and suicidal risk in patients with schizophrenia. *Psychiatr Danub.* 2014 Sep;226–30.
 21. Espace Presse [Internet]. Available from: <http://www.fondation-fondamental.org>
 22. OMS | Rapport sur la santé dans le monde, 2001 – La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs [Internet]. Available from: <http://www.who.int/whr/2001/fr/>
 23. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment - a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004 May;337–49.
 24. Honkonen T, Stengård E, Virtanen M, Salokangas RKR. Employment predictors for discharged schizophrenia patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2007 May;372–80.
 25. Bouvet C, Alegre R. Évaluer l'évolution psychologique des travailleurs d'Ésat : questions méthodologiques. *Prat Psychol.* 2010 Dec;359–73.
 26. Bowden CL. Bipolar disorder and work loss. *Am J Manag Care.* 2005 Jun;S91–4.
 27. Calabrese JR, Hirschfeld RMA, Reed M, Davies MA, Frye MA, Keck PE, et al. Impact of bipolar disorder on a U.S. community sample. *J Clin Psychiatry.* 2003 Apr;425–32.
 28. Morselli PL, Elgie R, Cesana BM. GAMIAN-Europe/BEAM survey II: cross-national analysis of unemployment, family history, treatment satisfaction and impact of the bipolar disorder on life style. *Bipolar Disord.* 2004 Dec;487–97.
 29. Chengappa KNR, Hennen J, Baldessarini RJ, Kupfer DJ, Yatham LN, Gershon S, et al. Recovery and functional outcomes following olanzapine treatment for bipolar I mania. *Bipolar Disord.* 2005 Feb;68–76.
 30. Goldberg JF, Harrow M. Consistency of remission and outcome in bipolar and unipolar mood disorders: a 10-year prospective follow-up. *J Affect Disord.* 2004 Aug;123–31.
 31. Goetz I, Tohen M, Reed C, Lorenzo M, Vieta E, EMBLEM Advisory Board. Functional impairment in patients with mania: baseline results of the EMBLEM study.

Bipolar Disord. 2007 Mar;(1-2):45–52.

32. Das Gupta R, Guest JF. Annual cost of bipolar disorder to UK society. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 2002 Mar;227–33.
33. Goldberg JF, Ernst CL. Features associated with the delayed initiation of mood stabilizers at illness onset in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry.* 2002 Nov;985–91.
34. Ishii T, Hashimoto E, Ukai W, Kakutani Y, Sasaki R, Saito T. Characteristics of attempted suicide by patients with schizophrenia compared with those with mood disorders: a case-controlled study in northern Japan. 2014;
35. Kédia M, Fliou Y, Bellivier F. Conduites suicidaires et troubles bipolaires. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2012 Feb;170(1):62–5.
36. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch Gen Psychiatry.* 2005 Mar;247–53.
37. Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression.* Oxford University Press; 2007. 1290 p.
38. Oquendo MA, Currier D, Liu S-M, Hasin DS, Grant BF, Blanco C. Increased risk for suicidal behavior in comorbid bipolar disorder and alcohol use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry.* 2010 Jul;902–9.
39. Besnier N, Gavaudan G, Navez A, Adida M, Jollant F, Courtet P, et al. Approche clinique du suicide au cours de la schizophrénie (I). Identification des facteurs de risque. *L'Encéphale.* 2009 Apr;176–81.
40. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 2005 Jul;9–20.
41. Hor K, Taylor M. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *J Psychopharmacol Oxf Engl.* 2010 Nov;81–90.
42. Saeedi H, Addington J, Addington D. The association of insight with psychotic symptoms, depression, and cognition in early psychosis: a 3-year follow-up. *Schizophr Res.* 2007 Jan;123–8.
43. Bourgeois M-L. *Les troubles bipolaires.* Lavoisier; 656 p.
44. Mantere O, Melartin TK, Suominen K, Rytsälä HJ, Valtonen HM, Arvilommi P, et al. Differences in Axis I and II comorbidity between bipolar I and II disorders and major depressive disorder. *J Clin Psychiatry.* 2006 Apr;584–93.
45. Fazel S, Lichtenstein P, Frisell T, Grann M, Goodwin G, Långström N. Bipolar disorder and violent crime: time at risk reanalysis. *Arch Gen Psychiatry.* 2010 Dec;1325–6.
46. Lagerberg TV, Andreassen OA, Ringen PA, Berg AO, Larsson S, Agartz I, et al. Excessive substance use in bipolar disorder is associated with impaired functioning

- rather than clinical characteristics, a descriptive study. *BMC Psychiatry*. 2010;
47. Do EK, Mezuk B. Comorbidity between hypomania and substance use disorders. *J Affect Disord*. 2013 Sep 25;150(3):974–80.
 48. McDonald JL, Meyer TD. Self-report reasons for alcohol use in bipolar disorders: why drink despite the potential risks? *Clin Psychol Psychother*. 2011 Oct;418–25.
 49. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2007 Jul;830–42.
 50. Merikangas KR, Jin R, He J-P, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Mar;(3):241–51.
 51. Wilk J, West JC, Rae DS, Regier DA. Relationship of comorbid substance and alcohol use disorders to disability among patients in routine psychiatric practice. *Am J Addict Am Acad Psychiatr Alcohol Addict*. 2006 Apr;180–5.
 52. Zhornitsky S, Aubin G, Desfossés J, Rizkallah E, Pampoulova T, Lipp O, et al. Predictors of community functioning in schizophrenia and substance use disorder patients. *Community Ment Health J*. 2013 Jun;317–22.
 53. Jiménez-Castro L, Hare E, Medina R, Raventos H, Nicolini H, Mendoza R, et al. Substance use disorder comorbidity with schizophrenia in families of Mexican and Central American ancestry. *Schizophr Res*. 2010 Jul;87–94.
 54. El-Mallakh RS, Brown C. The effect of extreme marijuana use on the long-term course of bipolar I illness: a single case study. *J Psychoactive Drugs*. 2007 Jun;201–2.
 55. Patton GC, Coffey C, Carlin JB, Degenhardt L, Lynskey M, Hall W. Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *BMJ*. 2002 Nov 23;1195–8.
 56. Arendt M, Rosenberg R, Foldager L, Perto G, Munk-Jørgensen P. Psychopathology among cannabis-dependent treatment seekers and association with later substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat*. 2007 Mar;113–9.
 57. Wittchen H-U, Fröhlich C, Behrendt S, Günther A, Rehm J, Zimmermann P, et al. Cannabis use and cannabis use disorders and their relationship to mental disorders: a 10-year prospective-longitudinal community study in adolescents. *Drug Alcohol Depend*. 2007 Apr;S60–70.
 58. Lev-Ran S, Le Foll B, McKenzie K, George TP, Rehm J. Bipolar disorder and co-occurring cannabis use disorders: characteristics, co-morbidities and clinical correlates. *Psychiatry Res*. 2013 Oct 30;209(3):459–65.
 59. Bally N, Zullino D, Aubry J-M. Cannabis use and first manic episode. *J Affect Disord*. 2014 Aug;165:103–8.
 60. Moreau J-J. Du hachisch et de l'aliénation mentale : études psychologiques / par J.

Moreau (de Tours),... Fortin, Masson (Paris); 1845.

61. Van Dijk D, Koeter MWJ, Hijman R, Kahn RS, van den Brink W. Effect of cannabis use on the course of schizophrenia in male patients: a prospective cohort study. *Schizophr Res.* 2012 May;50–7.
62. Swartz MS, Wagner HR, Swanson JW, Stroup TS, McEvoy JP, Reimherr F, et al. The effectiveness of antipsychotic medications in patients who use or avoid illicit substances: results from the CATIE study. *Schizophr Res.* 2008 Mar;(1-3):39–52.
63. Koskinen J, Löhönen J, Koponen H, Isohanni M, Miettunen J. Rate of cannabis use disorders in clinical samples of patients with schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Bull.* 2010 Nov;1115–30.
64. Salyers MP, Mueser KT. Social functioning, psychopathology, and medication side effects in relation to substance use and abuse in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2001 Mar 1;48(1):109–23.
65. Kuepper R, Morrison PD, van Os J, Murray RM, Kenis G, Henquet C. Does dopamine mediate the psychosis-inducing effects of cannabis? A review and integration of findings across disciplines. *Schizophr Res.* 2010 Aug;107–17.
66. Lejoyeux M, Basquin A, Koch M, Embouazza H, Chalvin F, Ilongo M. Cannabis Use and Dependence among French Schizophrenic Inpatients. *Front Psychiatry.* 2014;82.
67. Kavanagh DJ, Waghorn G, Jenner L, Chant DC, Carr V, Evans M, et al. Demographic and clinical correlates of comorbid substance use disorders in psychosis: multivariate analyses from an epidemiological sample. *Schizophr Res.* 2004 Feb 1;115–24.
68. Tondo L, Baldessarini RJ. Long-term lithium treatment in the prevention of suicidal behavior in bipolar disorder patients. *Epidemiol Psichiatr Soc.* 2009 Sep;179–83.
69. Cipriani A, Hawton K, Stockton S, Geddes JR. Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2013;
70. Cipriani A, Pretty H, Hawton K, Geddes JR. Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomized trials. *Am J Psychiatry.* 2005 Oct;1805–19.
71. Gould TD, Can A, Gottesman II, Courtet P. Differential lithium efficacy in reducing suicidal behaviors compared with suicidal thoughts. *Am J Psychiatry.* 2012 Jan;
72. Colom F, Vieta E. Manuel de psychoéducation pour les troubles bipolaires. 2008.
73. Mirabel-Sarron C, Siobud-Dorocant E, Cheour-Ellouz M, Kadri N, Guelfi J-D. Apport des thérapies comportementales et cognitives dans les troubles bipolaires. 2006 Jun;341–8.
74. Stroup TS, Lieberman JA, McEvoy JP, Swartz MS, Davis SM, Capuano GA, et al. Effectiveness of olanzapine, quetiapine, and risperidone in patients with chronic schizophrenia after discontinuing perphenazine: a CATIE study. 2007 Mar;

75. Lindström E, Binglefors K. Patient compliance with drug therapy in schizophrenia. Economic and clinical issues. *Pharmacoeconomics*. 2000 Aug;106–24.
76. Clozaril approved for reducing risk of suicide. *FDA Consum*. 2003 Apr;37(2):5.
77. Kane JM, Leucht S, Carpenter D, Docherty JP, Expert Consensus Panel for Optimizing Pharmacologic Treatment of Psychotic Disorders. The expert consensus guideline series. Optimizing pharmacologic treatment of psychotic disorders. Introduction: methods, commentary, and summary. *J Clin Psychiatry*. 2003;5–19.
78. Zygmunt A, Olfson M, Boyer CA, Mechanic D. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2002 Oct;1653–64.
79. Startup M, Jackson MC, Bendix S. The concurrent validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *Br J Clin Psychol Br Psychol Soc*. 2002 Nov;417–22.
80. Roy-Byrne P, Dagadakis C, Unutzer J, Ries R. Evidence for limited validity of the revised global assessment of functioning scale. *Psychiatr Serv Wash DC*. 1996 Aug;864–6.
81. Moos RH, Nichol AC, Moos BS. Global Assessment of Functioning ratings and the allocation and outcomes of mental health services. *Psychiatr Serv Wash DC*. 2002 Jun;730–7.
82. Jones SH, Thornicroft G, Coffey M, Dunn G. A brief mental health outcome scale—reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 1995 May;654–9.

VU

NANCY, le **15 avril 2015**

Le Président de Thèse

NANCY, le **15 avril 2015**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur R. SCHWAN

Professeur M. BRAUN

AUTORISE A SOUTENIR ET A IMPRIMER LA THÈSE/6880

NANCY, le **17 avril 2015**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Se fondant sur le modèle biopsychosocial de la santé, la littérature internationale s'intéresse depuis quelques années à l'évaluation du fonctionnement social et au niveau de handicap dans la schizophrénie (SCZ) et le trouble bipolaire (TB). En dépit de la rémission des symptômes après l'instauration d'un traitement médicamenteux, il a été constaté chez les populations concernées un affaiblissement de leur fonctionnement socio-professionnel et affectif, ainsi qu'une altération de leur qualité de vie.

Nous avons mené une étude longitudinale rétrospective descriptive et analytique d'une population comportant 100 patients souffrant de schizophrénie et 50 patients souffrant de trouble bipolaire. Il s'agit de patients entre 35 et 40 ans, cliniquement stabilisés, dont le suivi ambulatoire a été effectué au Centre Psychothérapique de Nancy entre 2003 et 2013.

La première partie décrit les caractéristiques démographiques, le fonctionnement psychosocial, les caractéristiques cliniques intriquées et le fonctionnement global de ces deux populations, mesurés selon une échelle standardisée (Échelle Globale de Fonctionnement). En second lieu, les résultats de notre étude ont été confrontés aux données récentes de la littérature afin d'analyser l'impact négatif de la maladie sur la vie sociale et professionnelle des patients.

Notre conclusion souligne l'intérêt d'une prise en charge spécifique qui viendrait compléter le traitement symptomatique.

TITRE EN ANGLAIS

Social functioning of patients with bipolar disorder and schizophrenia over a ten-year span in the region of Nancy, France.

THÈSE : MÉDECINE SPÉCIALISÉE – ANNÉE 2015

MOTS-CLEFS

Schizophrénie, trouble bipolaire, fonctionnement social, handicap, échelle globale de fonctionnement, qualité de vie, étude comparative

ADRESSE DE L'UFR :

Université de Lorraine
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la forêt de Haye
54504 VANDOEUVRE