

Évaluation d'un an de parcours de patients schizophrènes en service psychiatrique liégeois

D. SARTO⁽¹⁾, M. DESSEILLES⁽²⁾, M. MARTIN⁽³⁾, L. SEIDEL⁽⁴⁾, A. ALBERT⁽³⁾

One-year follow-up and mobility assessment of schizophrenic patients in the Liege psychiatric care network

Summary. Objective. The study was aimed at assessing the clinical evolution and mobility of schizophrenic patients within the healthcare network of the Psychiatric Platform of Liege (Belgium) after a one-year follow-up period. **Material and methods.** The study material consisted of a random sample of 184 patients with schizophrenia drawn from the population of schizophrenic patients treated in the Liege psychiatric care network. The characteristics of these patients have been described previously (18). The 184 patients were followed-up for one-year and reassessed at the end of this period. Mobility (ie, changes between psychiatric care institutions, including home) was recorded for each patient within the institutional network. The diagnosis of schizophrenia was based on the DSM IV. Demographic, social and global functioning (GAF scale) data were collected from the « Résumé psychiatrique Minimum (RPM) », a clinical summary which has been imposed by the Belgian Ministry of Public Health for each psychiatric hospital stay. Symptom components were derived from the Psychosis Evaluation tool for Common Use by Caregivers (PECC). **Results.** Among the 184 patients enrolled in the initial analysis, 6 refused to participate in the follow-up study. The 178 remaining schizophrenic patients included 131 men (74 %) and 47 women (26 %) with a mean age of 43.1 ± 13.6 and 48.8 ± 14.9 years, respectively ($p < 0.05$). The majority of patients (53 %) suffered from paranoid schizophrenia. At baseline, 63 % of the patients were hospitalised full-time, 6 % part-time and 31 % received ambulatory care. During the one-year follow-up period, 4 patients died, including one from suicide. When considering mobility, 48 % of the patients experienced at least one change of institution, whereas 52 % of the patients didn't change at all (see figure 1). The total number of changes over the 1-year period amounted 189, yielding a mean value of 1.1 changes per patient per year. Changes mostly occurred between institutions of similar care setting (see figure 2). Transfers (30 %) were also observed directly between hospital and home. A multivariate Poisson regression analysis showed that the number of changes was unrelated to gender and initial care setting but decreased with age ($p < 0.0001$). It was also higher for patients with schizo-affective disorders (2.5 ± 1.9 , $p < 0.01$) or with residual type (1.2 ± 1.8 ; $p < 0.05$) than for patients with other types of schizophrenia (ranging from 0.3 ± 0.5 to 0.9 ± 1.4). No association was found with initial GAF or PECC, except for negative symptoms ($p < 0.05$). After one year, despite the high proportion of institutional changes (48 % of the patients), the distribution of the patients according to care setting remained the same ($p = 0.77$). However, GAF scores significantly improved from 39.7 ± 16.1 to 44.4 ± 16.1 ($p < 0.0001$) and likewise for total PECC scores (70 ± 19.1 vs 63.2 ± 19.4 , $p < 0.001$). Excitatory and disease perception items of the PECC remained unchanged. **Conclusion.** The present study reveals that mobility within the institutional network did affect about half of the schizophrenic patients. Mobility was related to age, type of schizophrenia and disease evolution. Changes occur mainly between psychiatric structures of similar care setting but also directly from

(1) Psychologue, Plate-forme psychiatrique liégeoise, quai des Ardennes n° 24, B-4020 Liège, Belgique.

(2) Neuropsychiatre, Centre Hospitalier Psychiatrique le Petit-Bourgogne, Liège.

(3) Neuropsychiatre, Association Interrégionale de Guidance et de Santé, Herstal, Liège.

(4) Assistante en Biostatistique, Université de Liège.

(5) Professeur de Biostatistique, Université de Liège.

Travail reçu le 18 décembre 2003 et accepté le 4 avril 2005.

Tirés à part : D. Sarto (à l'adresse ci-dessus).

hospital to home without passing through an intermediate care structure. Further efforts should be made to provide schizophrenic patients with a more coordinated care provision throughout the course of their disease.

Key words : *Diagnosis ; Follow-up ; Mobility ; Psychiatric care structure ; Schizophrenia ; Symptoms evolution.*

Résumé. Cette étude a pour but d'évaluer à un an d'intervalle l'évolution symptomatologique et sanitaire des patients schizophrènes de l'échantillon de l'étude épidémiologique menée précédemment par la Plate-forme psychiatrique de Liège (Belgique) au sein de son réseau d'institutions. L'étude vise également à examiner la mobilité institutionnelle des patients, c'est-à-dire la mesure dans laquelle ceux-ci changent de structure ou de type de soins. Les outils utilisés furent le DSM IV pour les diagnostics, le RPM et le PECC pour la symptomatologie, ainsi qu'un questionnaire spécifique reprenant une ligne du temps pour la mobilité. Ces données ont été récoltées pour 178 patients constituant notre échantillon. Pendant l'année qui a séparé les deux prises d'information, le décès de 4 patients a été observé. Les données concernant la symptomatologie et celles concernant la mobilité sont décrites et ensuite analysées et mises en relation. Tant les résultats univariés que multivariés confirment que la mobilité est influencée surtout par l'âge des patients, le type de schizophrénie et la symptomatologie. Les proportions relatives du type de schizophrénie en fonction du type de structure de soins restent stables et la mobilité des patients présente certaines caractéristiques. Des hypothèses explicatives de ces relations sont présentées.

Mots clés : *Diagnostic ; Évolution des symptômes ; Mobilité ; Schizophrénie ; Structure de soins ; Suivi.*

INTRODUCTION

La psychose schizophrénique est un trouble psychiatrique grave au cours duquel de nombreux aspects du fonctionnement, comme la pensée, les sensations, les perceptions, les émotions, le contrôle des pulsions ou le fonctionnement social, sont perturbés. L'interaction avec l'environnement est souvent inadaptée et incohérente. Ainsi, en dehors des moments de crise, le fonctionnement social demeure perturbé et se caractérise davantage par un isolement social important (6, 10, 11, 17). De plus, l'anosognosie est une caractéristique du trouble, citée dans de nombreuses recherches (16, 19). Cet état empêche ou entrave souvent une prise en charge thérapeutique adaptée aux besoins ponctuels du patient schizophrène.

Dans une étude précédente (18), nous avons réalisé une évaluation diagnostique, symptomatologique et sanitaire transversale de la schizophrénie dans le réseau de soins de la Plate-forme psychiatrique de Liège (province de Liège, Belgique). L'étude a confirmé la prédominance masculine dans la schizophrénie mais a aussi montré que les femmes schizophrènes institutionnalisées étaient significativement plus âgées que les hommes. Dans plus de la moitié des cas, la schizophrénie était de type para-

noïde. Au niveau symptomatologique, l'étude a montré que les scores négatif, cognitif et total du *Psychosis Evaluation tool for Common use by Caregivers* ou PECC (3) ne variaient pas selon le sexe mais augmentaient significativement avec l'âge. Des différences significatives ont également été remarquées entre les scores du PECC et les différents types de structure, dont le déficit cognitif plus important en hospitalisation, la perception de la maladie plus apparente en ambulatoire et le score total plus élevé en hospitalisation. De même, l'étude a montré une altération majeure du fonctionnement global par l'échelle du *Global Assessment of Functioning* ou GAF, qui se marque davantage avec l'âge. Enfin, l'étude a mis en évidence un sous-groupe de sujets présentant une problématique liée aux substances illicites ainsi que des patients avec une déficience intellectuelle.

Les patients de l'étude initiale ont fait l'objet d'un suivi rigoureux durant une période d'un an et ont été à nouveau évalués au terme de cette période. L'objectif du présent travail est de rapporter les résultats de ce suivi, de manière à caractériser l'évolution de la pathologie schizophrénique en rapport avec la mobilité institutionnelle des patients.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Échantillon

Le matériel de cette étude est donc constitué des 184 patients schizophrènes ayant fait l'objet de l'étude initiale (18). Ces patients avaient été extraits de la population des 793 patients schizophrènes âgés de plus de 18 ans et institutionnalisés dans le réseau de soins de la Plate-forme psychiatrique de Liège. L'échantillonnage avait été effectué au hasard en veillant à respecter la distribution de fréquences des patients schizophrènes dans les différentes institutions du réseau. Parmi les 184 patients, 6 n'ont pu participer au suivi et à la réévaluation à un an en raison du refus de certains psychiatres de poursuivre l'étude initiale. En conséquence, les résultats de ce travail portent sur 178 patients schizophrènes.

Outils

Pour chacun des 178 patients, on dispose des données recueillies lors de la phase initiale, ainsi que de celles fournies après un an. Ces données proviennent du Résumé psychiatrique minimum (RPM), outil de collecte de données utilisé en institution et imposé pour chaque séjour en milieu psychiatrique par le ministère belge de la Santé publique (arrêté royal du 25 février 1996, publié au *Moni-*

teur Belge le 29 juin 1996). Le RPM vise à analyser le contexte général de soins spécialisés. Il se base sur le DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, 1994*), dont l'échelle GAF. La symptomatologie fut extraite du PECC. Le PECC (5, 13) est constitué de 23 items regroupés en 7 catégories : symptômes positifs (SP), négatifs (SN), dépressifs (SD), excitatoires (SE), cognitifs (SC), perception de la maladie-symptômes et perception de la maladie-causes (PM), intitulés dans cette étude « anosognosie », et intentions suicidaires (IS). Les échelles (1 à 7 ou 1 à 4 selon les catégories) tiennent compte de la présence et de la sévérité du symptôme selon les dimensions suivantes : fréquence, degré de nuisance et impact sur le fonctionnement.

Le choix du diagnostic de schizophrénie et d'autres diagnostics en comorbidité, ainsi que le score GAF, est du ressort du médecin psychiatre. Les données administratives et sociales sont fournies par les soignants, tandis que la symptomatologie PECC peut être complétée soit par le médecin psychiatre, soit par le psychologue, soit encore par le personnel de soins ayant suivi une formation appropriée.

La mobilité institutionnelle a été analysée. Pour chaque patient, on a relevé les différentes institutions fréquentées, les types de structure (structure résidentielle, initiative d'habitation protégée, ambulatoire et domicile) et les dates de changement d'établissement de soins. Dans l'inventaire, le lieu de résidence a primé sur l'endroit de dispensation des soins. L'hôpital général, l'hôpital psychiatrique, le service psychiatrique de l'hôpital général, la maison de soins psychiatriques (MSP) ainsi que les structures pénitentiaires sont des structures résidentielles. Elles sont regroupées sous le nom générique d'« hôpital ». L'« initiative d'habitation protégée » est créée en partenariat entre un hôpital psychiatrique et un service de santé mentale. Elle représente une structure de soins intermédiaire et héberge des personnes vivant en communauté, avec une supervision médicale et un encadrement psychosocial structuré. L'« ambulatoire » comprend les services de santé mentale (SSM), les centres de réadaptation fonctionnelle, les hôpitaux de jour, ainsi que les soins à domicile et la psychiatrie de quartier. Au « domicile », les personnes fréquentent éventuellement une consultation en dehors des structures susnommées.

Enfin, les données relatives à l'apparition des premiers symptômes de la maladie, de la première consultation et de la première hospitalisation ont pu être récupérées chez une centaine de patients schizophrènes. L'étude prend donc en compte des données diagnostiques, symptomatologiques, administratives, démographiques, sociales et fonctionnelles.

Statistiques

Les résultats sont présentés sous forme de moyenne et d'écart type (SD) pour les variables quantitatives et en termes de fréquences (%) pour les variables catégorisées. L'association entre deux variables a été mesurée par le coefficient de corrélation. Les moyennes des variables

observées au départ de l'étude et après un an de suivi ont été comparées par le test *t* de Student pour échantillons appariés. Le coefficient kappa de Cohen a été utilisé pour mesurer le degré de concordance entre les diagnostics initiaux et ceux observés à un an, ainsi que pour le type de structure. Pour mesurer l'association entre le nombre de changements d'institutions et les variables mesurées au début de l'étude, on a eu recours à la méthode de régression de Poisson. Celle-ci est particulièrement appropriée lorsque la variable dépendante est une variable de comptage. Une correction a été appliquée au facteur d'échelle afin de tenir compte du phénomène de sur-dispersion. Les résultats sont considérés comme significatifs au niveau d'incertitude de 5 % ($p < 0,05$). Les calculs ont été réalisés à l'aide des logiciels SAS (version 8.2 pour Windows) et S-Plus (version 6.1).

RÉSULTATS

Caractéristiques des patients schizophrènes

L'échantillon des 178 patients schizophrènes est composé de 131 hommes (74 %) et de 47 femmes (26 %), d'âge différent au départ de l'étude ($43,1 \pm 13,6$ versus $48,8 \pm 14,9$ ans ; $p = 0,018$). L'âge moyen d'apparition des premiers symptômes est de $22,8 \pm 8,53$ ans chez les hommes et de $27,0 \pm 10,3$ ans chez les femmes ($p = 0,04$). L'âge de la première consultation est en moyenne de $24,3 \pm 9,31$ ans pour les hommes et de $30,3 \pm 11,4$ ans pour les femmes ($p = 0,013$). En ce qui concerne l'âge de la première hospitalisation, il est de $26,6 \pm 9,58$ ans pour les hommes et de $30,6 \pm 11,2$ ans pour les femmes ($p = 0,09$). Enfin, la durée de la maladie depuis l'apparition des premiers symptômes est en moyenne de $21,2 \pm 13,9$ ans (extrêmes : 0,2 – 58 ans) mais ne diffère pas entre hommes et femmes ($p = 0,70$).

L'échantillon comporte 20 schizophrénies de type désorganisé (11 %), 4 schizophrénies de type catatonique (2,3 %), 94 schizophrénies de type paranoïde (53 %), 5 troubles schizophréniformes (2,8 %), 23 schizophrénies de type résiduel (13 %), 21 troubles schizo-affectifs (12 %) et 11 schizophrénies de type indifférencié (6,2 %).

Au départ de l'étude, 113 patients sont hospitalisés à temps plein (63,5 %), 10 sujets se trouvent en habitation protégée (5,62 %) et 55 patients sont traités en ambulatoire (30,9 %). Au niveau fonctionnel, le score GAF moyen des 178 patients schizophrènes s'élève à $39,2 \pm 16,0$, tandis qu'au niveau symptomatologique le PECC a pour valeur moyenne $69,6 \pm 19,7$. Si l'on tient compte de l'âge des patients, aucune association n'existe entre la durée de la maladie et le score PECC total ($p = 0,48$). En revanche, si on envisage l'ensemble des items du PECC, on constate que la durée de la maladie est corrélée négativement avec les symptômes positifs ($p = 0,016$) et corrélée positivement avec les symptômes excitatoires ($p = 0,018$). Cette corrélation est principalement attribuable au poids de l'item « faible maîtrise des émotions », suivi de l'item « refus de coopérer ». La perception de la maladie, quant à elle, reste moyenne avec une grande dispersion.

Étude de la mobilité

Parmi les 178 patients schizophrènes, 3 sont décédés de mort naturelle et un patient s'est suicidé. Pour chaque sujet de la population, le nombre de changements d'institution a été relevé pour la période de référence. La distribution statistique du nombre de changements est reprise sur la *figure 1*. On constate que 52 % des sujets n'ont pas changé d'institution, 21 % des sujets ont changé une fois d'institution, 12 % 2 fois et 15 % des sujets 3 fois ou plus. Le nombre total de changements observé s'élève à 189, soit en moyenne 1,1 changement par sujet. Les caractéristiques des patients ayant ou n'ayant pas changé d'institution sont reprises dans le *tableau I*.

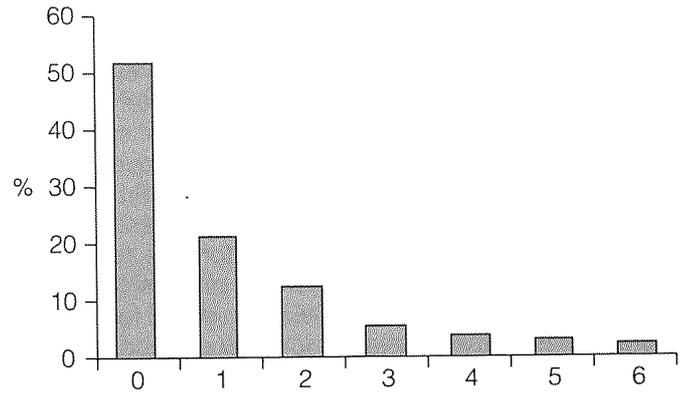


FIG. 1. — Distribution du nombre de changements d'institution chez 174 patients schizophrènes suivis durant un an dans le réseau de soins de la Plate-forme psychiatrique liégeoise.

TABLEAU I. — Caractéristiques initiales des patients schizophrènes ayant ou n'ayant pas changé de structure de soins au terme d'un an de suivi (n = 174).

Variable	Changement de structure de soins		Valeur p (a)
	Non (n = 92)	Oui (n = 82)	
Âge (années)	48,5 ± 13,7	39,9 ± 13,3	< 0,0001
Sexe			
Homme	68 (52,3 %)	62 (47,7 %)	0,95
Femme	24 (54,5 %)	20 (45,5 %)	
GAF	40,2 ± 15,5	38,5 ± 16,7	0,80
Score PECC			
Positif	12,9 ± 6,04	11,7 ± 5,95	0,12
Négatif	15,5 ± 5,49	13,9 ± 5,56	0,0068
Dépressif	11,9 ± 4,63	12,2 ± 4,66	0,19
Excitatoire	11,2 ± 5,32	9,85 ± 5,59	0,82
Cognitif	13,8 ± 5,37	11,9 ± 5,91	0,19
Perception de la maladie	5,20 ± 2,27	5,27 ± 2,10	0,73
Intentions suicidaires	1,41 ± 0,73	1,46 ± 0,71	0,85
Total	71,9 ± 19,5	66,3 ± 19,7	0,16
Diagnostic			
Schizophrénie de type désorganisé	12 (60,0 %)	8 (40,0 %)	0,15
Schizophrénie de type catatonique	2 (50,0 %)	2 (50,0 %)	0,36
Schizophrénie de type paranoïde	52 (56,5 %)	40 (43,5 %)	0,17
Trouble schizophréniforme	2 (40,0 %)	3 (60,0 %)	0,035
Schizophrénie de type résiduel	12 (52,2 %)	11 (47,8 %)	0,067
Trouble schizo-affectif	4 (21,1 %)	15 (78,9 %)	0,0054
Schizophrénie de type indifférencié	8 (72,7 %)	3 (27,3 %)	—
Type de soins			
Hospitalisation	59 (53,6 %)	51 (46,4 %)	0,85
Habitation protégée	5 (50,0 %)	5 (50,0 %)	0,78
Ambulatoire	28 (51,9 %)	26 (48,1 %)	—

(a) Il s'agit de la valeur « p » obtenue en appliquant une régression de Poisson au nombre de changements sur chaque variable.

Une analyse par régression de Poisson (*tableau I*) appliquée à chaque variable séparément révèle que le nombre de changements diminue significativement avec l'âge ($p < 0,0001$) mais ne varie pas selon le sexe. Par ailleurs, le nombre de changements est significativement associé au type de schizophrènes : il est élevé chez les patients atteints de trouble schizo-affectif ($2,5 \pm 1,9$) et plus faible chez ceux atteints de schizophrénie de type désorganisé ($0,9 \pm 1,4$), de type catatonique ($0,8 \pm 0,9$), de type paranoïde ($0,8 \pm 1,2$), de type résiduel ($1,2 \pm 1,8$) ou de type indifférencié ($0,3 \pm 0,5$). Au niveau fonctionnel, le score GAF ne varie pas en fonction du nombre de changements ($p = 0,72$), tandis qu'au niveau symptomatologique on observe une diminution significative des symptômes négatifs ($p = 0,0091$). En ce qui concerne le type de structure, on ne trouve pas de relation avec le nombre de changements. En effet, les moyennes du nombre de changements valent respectivement $1,1 \pm 1,6$ pour les patients hospitalisés, $0,9 \pm 1,2$ pour les patients en habitation protégée et $1,0 \pm 1,4$ pour les sujets traités initialement en ambulatoire.

En combinant l'ensemble des variables dans une régression multivariée de Poisson, on confirme que le nombre de changements d'institution est essentiellement conditionné par l'âge ($p < 0,0001$), dans la mesure où plus le sujet est âgé, moins il change d'institution, par le type de schizophrénie, en particulier les types schizo-affectif ($p = 0,0067$) et résiduel ($p = 0,026$) qui changent d'institution plus fréquemment lorsqu'on prend comme référence le type indifférencié, et par les symptômes négatifs du PECC ($p = 0,034$) qui diminuent lorsque la mobilité augmente, confirmant ainsi les résultats univariés.

Lorsqu'on croise le diagnostic des patients à un an avec celui déterminé au départ de l'étude, on observe un excellent accord ainsi qu'en témoigne le coefficient kappa de Cohen égal à 0,68 ($p < 0,0001$). Le *tableau II* donne la répartition des 174 patients schizophrènes en fonction du type de structure de soins au début de l'étude et après un an. Même si 48 % des patients ont changé d'institution au cours de l'année, la répartition du type de structure après un an reste parfaitement identique ($p = 0,77$).

TABLEAU II. — Distribution des patients schizophrènes en fonction du type de structure de soins qu'ils occupaient au départ et après un an de suivi.

Type de structure initial	Type de structure après 1 an			Total
	Hospitalisation	Habitation protégée	Ambulatoire	
Hospitalisation	100	6	4	110
Habitation protégée	3	7	0	10
Ambulatoire	3	0	51	54
Total	106	13	55	174

Le *tableau III* reprend les valeurs de l'échelle GAF et du PECC au départ de l'étude et après un an ainsi que les différences observées. Les données n'étaient dispo-

nibles que pour 147 patients. Après un an, on observe une amélioration hautement significative du GAF et du PECC total ($p < 0,001$) ainsi que de chacun des items du PECC, à l'exception du score excitatoire ($p = 0,16$) et de la perception de la maladie ($p = 0,38$). Les intentions suicidaires ont aussi légèrement diminué ($p = 0,037$).

TABLEAU III. — Paramètres fonctionnels et symptomatologiques au départ de l'étude et après un an chez les patients schizophrènes ($n = 147$). Les résultats sont exprimés en moyenne \pm écart-type.

Score	Initial	À un an	Différence	Valeur p
GAF	39,7 \pm 16,1	44,4 \pm 16,1	4,7 \pm 16	0,0007
Score PECC				
Positif	12,5 \pm 5,7	10,9 \pm 5,6	-1,6 \pm 6,1	0,0013
Négatif	15,2 \pm 5,5	13,6 \pm 6,0	-1,5 \pm 6,3	0,0039
Dépressif	12,9 \pm 4,4	10,8 \pm 4,4	-1,2 \pm 4,7	0,0031
Excitatoire	10,5 \pm 5,4	9,8 \pm 5,2	-0,7 \pm 5,8	0,16
Cognitif	13,2 \pm 5,5	11,3 \pm 5,4	-1,9 \pm 5,8	0,0002
Perception de la maladie	5,4 \pm 2,2	5,6 \pm 2,1	0,2 \pm 2,9	0,38
Intentions suicidaires	1,4 \pm 0,7	1,3 \pm 0,6	-0,1 \pm 0,7	0,037
Total	70,0 \pm 19,1	63,2 \pm 19,4	-6,8 \pm 23	0,0004

Analyse qualitative du parcours des schizophrènes

La *figure 2* illustre de façon détaillée le parcours des patients schizophrènes de l'étude. Nous observons que les changements s'effectuent au sein de structures de même type, et que la plus grande mobilité se situe entre l'hôpital et le domicile, sans passage par des structures d'autonomie intermédiaires.

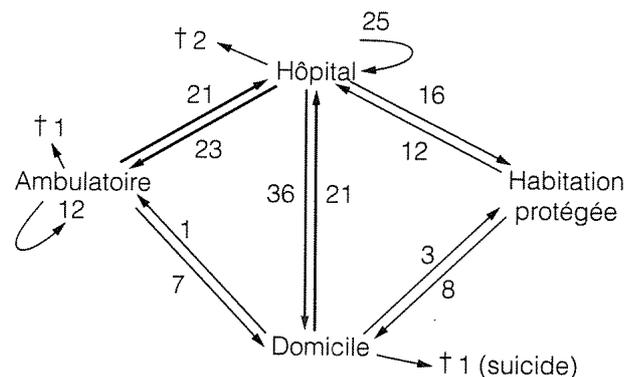


FIG. 2. — Types et fréquences des changements chez 174 patients schizophrènes ayant fait l'objet d'un suivi d'un an au sein de la Plate-forme psychiatrique liégeoise.

DISCUSSION

Cette étude présente une distribution par type de schizophrénie qui rejoint celle d'autres études. Ainsi, de même que certains auteurs le relèvent dans leurs travaux (8, 19), la schizophrénie de type paranoïde est la plus fréquem-

ment rencontrée, avec un taux de 53 % dans notre population, alors que 13 % de patients relèvent de la catégorie schizophrénie de type résiduel. Le trouble schizo-affectif vient généralement en 2^e ou 3^e place en nombre (12, 19). Il représente dans notre étude une proportion de 12 %. La schizophrénie de type simple ou indifférencié est moins représentée dans l'échantillon. Ceci pourrait être expliqué par la nature difficilement observable des troubles cognitifs qui la caractérise. Nous avons déjà relevé dans l'étude précédente (18) une différenciation symptomatologique en fonction du type de structure de soins, alors que certaines études ne font pas ce constat (9). Nos données confirment que la maladie se déclare en moyenne 5 ans plus tôt chez les hommes, mais que le décours temporel de la maladie est similaire pour les deux sexes. Ce fait tend à montrer que la pathologie schizophrénique évolue de manière identique, indifféremment du sexe.

La population suivie dans l'échantillon n'est pas jeune puisque la moyenne d'âge est de 45 ans, avec une durée moyenne de la maladie de 21 ans. Ce fait conditionne probablement le nombre de changements observés, qui est négativement corrélé à l'âge. On peut émettre l'hypothèse que plus le patient schizophrène est âgé, moins il change d'institution. Par ailleurs, le nombre de changements d'institution n'est pas conditionné par le sexe. Certaines études, telles que celle de Cotterill et Thomas (1) mettent en évidence des différences de « profils de soins » en fonction du sexe et de l'âge. Cette étude observe que l'homme jeune expérimente davantage des courts séjours par rapport à l'homme âgé. La femme âgée serait celle qui présente le plus d'hospitalisations de longue durée. Nous rejoignons les données relatives à l'âge, mais aucune différence significative n'apparaît selon le sexe. Les données relatives au nombre plus important d'hospitalisations chez l'homme sont en partie conditionnées par l'apparition plus précoce de la maladie chez celui-ci (7, 18).

Les changements sont significativement plus fréquents chez les patients atteints de trouble schizo-affectif ou de schizophrénie de type résiduel que chez les autres. Nous savons que le pronostic dans les troubles schizo-affectifs est meilleur que dans les schizophrénies proprement dites et, parallèlement, nous pouvons émettre l'hypothèse que les retours à domicile ou les prises en charge en ambulatoire sont dès lors plus fréquents. Une autre hypothèse pourrait être que l'impulsivité de la phase maniaque engendre une plus grande mobilité. La mobilité perçue dans la schizophrénie de type résiduel peut s'expliquer par les caractéristiques mêmes de cette forme de la pathologie qui permettraient à ces patients d'évoluer dans un environnement plus autonome.

Parmi les patients schizophrènes, 48,3 % ont changé de type de structure de soins au cours de la période d'observation, ce qui représente environ la moitié de la population suivie. Il nous est difficile de déterminer l'influence du type de structure de soins sur le nombre de changements. Ceux-ci doivent être mis en relation avec les données symptomatologiques pour leur donner un sens épidémiologique. Avec la durée de la maladie et donc l'âge des patients, les symptômes positifs diminuent tandis que les symptômes

excitatoires augmentent. Parmi ceux-ci, la faible maîtrise des impulsions et le refus de coopérer pourraient, dès lors, être des éléments psychopathologiques entravant le changement de structure dans une perspective d'autonomisation accrue. Ceci est probablement dû à des mesures de contention, telles que protection de la personne, médication, davantage utilisées dans ces cas. En revanche, les symptômes négatifs, persistant avec la durée de la maladie (14), ont un effet inhibiteur sur le comportement du patient schizophrène, et le nombre de changements apparaît dès lors moins important. Le patient souffrant d'aboulie et d'anhédonie aura probablement moins de désir d'autonomie ou de changement d'institution. L'apparente discordance entre les valeurs relatives aux symptômes excitatoires, en fonction de l'âge et dans la présente étude, pourrait s'expliquer par le fait que la première valeur considère toute la durée de la maladie depuis l'apparition des premiers symptômes, alors que la seconde ne tient compte que d'une année d'évolution. Ceci montre l'intérêt de disposer de données relatives à une durée plus longue d'observation.

Le *tableau II*, qui reprend la distribution des patients schizophrènes en fonction du type de structure de soins et celle après un an de suivi, met en évidence un constat intéressant : la répartition des patients schizophrènes demeure semblable malgré les 189 changements répertoriés. Les patients changent donc souvent pour une structure proche de celle qu'ils quittent. Remarquons qu'aucun changement ne s'effectue entre les initiatives d'habitation protégée et l'ambulatoire. Ces deux structures sont en effet complémentaires. La personne qui réside en habitation protégée est nécessairement soignée en ambulatoire, tandis que ceux qui sont pris en charge en ambulatoire ne résident pas en habitation protégée.

Le *tableau III* met en exergue une diminution de la symptomatologie avec le temps. Cependant, il peut exister un biais produit par l'étude elle-même, qui influencerait positivement les résultats obtenus. Néanmoins, cette amélioration symptomatologique ne se manifeste pas dans l'anosognosie, qui reste constante. Dans une étude belge (19), les auteurs relèvent que 80 à 85 % des patients schizophrènes étudiés présentent un *insight* modéré à absent. Cette absence d'*insight* concerne autant les symptômes que la relation de causalité entre les symptômes et le trouble schizophrénique. Les recherches qui analysent l'évolution à long terme de l'*insight* ont des résultats inconsistants : la plupart des auteurs trouvent que l'*insight* est un caractère stable, non en relation avec la psychopathologie. Apparemment, d'autres facteurs que la sévérité des symptômes contribueraient au manque d'*insight*. Parmi ces facteurs, le rôle du niveau intellectuel de la personne mériterait davantage d'attention. Dans notre étude, effectivement, le manque d'*insight* demeure constant dans le temps malgré l'amélioration symptomatologique.

Dans notre échantillon, 4 patients sont décédés pendant la période de l'étude, dont 3 de mort naturelle et un par suicide à son domicile. Deux personnes étaient en Maison de soins psychiatriques (MSP) lors du décès, une autre était suivie en Service de santé mentale (SSM). Le taux de décès par suicide dans notre échantillon est de

0,56 %. L'étude de De Hert et Peuskens relève un taux de suicide de 7,2 % sur une population belge suivie pendant une période de 11,4 ans (4). Les études épidémiologiques montrent l'importance de la mortalité par suicide chez les patients schizophrènes (6, 15). Seule une étude couvrant une période plus longue permettrait une comparaison pertinente.

À partir de la *figure 2*, qui représente l'analyse qualitative du parcours des schizophrènes, plusieurs constatations peuvent être réalisées. Les mouvements les plus fréquents sont des changements de l'hôpital vers le domicile (19 %), avec un suivi par un médecin spécialiste uniquement dans une partie des cas. Cette réalité est probablement en partie conditionnée par l'anosognosie, la faible maîtrise des impulsions et l'absence de complaisance que l'on retrouve dans cette pathologie. Ceci met en évidence la difficulté encore bien présente d'installer avec le patient un réseau de soins qui répondrait à ses besoins. Elle traduit probablement également une difficulté dans l'organisation des réseaux de soins (2, 6). Comme nous l'avons déjà signalé, beaucoup de changements s'opèrent entre structures de même type (13 %). Ces mouvements résultent, soit d'un transfert d'une structure psychiatrique à l'autre, soit d'une décision émanant du patient schizophrène lui-même, soit encore du passage dans un service d'urgence avant ou pendant l'hospitalisation. Néanmoins, un nombre non négligeable de changements confirme la collaboration existant entre le milieu hospitalier et l'ambulatoire (11 et 12 %), mettant ainsi en évidence la présence de liens fonctionnels entre les structures de soins, liens qu'il s'agit de développer encore davantage.

CONCLUSION

L'étude d'une population de 178 patients schizophrènes dans la province de Liège pendant une durée d'un an donne un aperçu de l'évolution de la pathologie. Les données ont un caractère épidémiologique, diagnostique et psychopathologique. Le moment d'apparition de certains événements en rapport avec la schizophrénie varie selon le sexe. L'apparition des premiers symptômes, la première consultation, la première hospitalisation sont plus précoces chez l'homme. Le sexe a également un impact sur la manière d'aborder le milieu hospitalier, avec des séjours plus courts chez l'homme.

Avec la durée de la maladie, les symptômes positifs diminuent tandis que les symptômes excitatoires augmentent, dont principalement la faible maîtrise des émotions et le refus de coopérer. La perception de la maladie, quant à elle, demeure constante. Le profil psychopathologique semble donc évoluer avec le temps tandis que le manque d'*insight* présente un caractère stable, indépendant. La psychopathologie a un lien avec la mobilité des patients schizophrènes. Ainsi, les personnes plus âgées de notre échantillon changent moins souvent de structure de soins. La persistance des symptômes excitatoires et du manque d'*insight* rend le traitement plus difficile et continue à influencer défavorablement la vie sociale dans le temps.

Le type de schizophrénie joue également un rôle sur la mobilité du patient, qui est plus marquée dans la schizophrénie de types schizo-affectif et résiduel.

La mobilité des patients schizophrènes de l'échantillon s'effectue principalement entre structures de même type, ou de l'hôpital vers le domicile. Une hypothèse serait celle d'une préparation à l'autonomie trop peu graduée. Ainsi, malgré une collaboration déjà existante entre les types de structures de soins, les éléments relevés dans l'étude ne peuvent qu'encourager l'effort dans le sens d'une adéquation encore plus pertinente des soins à chaque patient schizophrène à un moment de son parcours.

Références

1. COTTERILL L, THOMAS R. A typology of care episodes experienced by people with schizophrenia in an english town. *Soc Sci Med* 1993 ; 36 (12) : 1587-97.
2. CORMIER HJ, PINARD G, LEFF HS *et al.* Besoins et utilisation des services de santé mentale dans la psychiatrie. *Acta Psychiatr Belg* 1986 ; 86 : 388-93.
3. DE HERT M, BUSSELS J, LINDSTROM E *et al.* PECC, Psychosis Evaluation tool for Common use by Caregivers. Anvers : EPO, 1998.
4. DE HERT M, PEUSKENS J. Suicide in schizophrenia. *Acta Psychiatr Belg* 1998 ; (Suppl I) : 37-45.
5. DE HERT M, BUSSELS J, PEUSKENS J. Use of PECC in naturalistic evaluation of schizophrenic patients in Belgium. *Health Use Belg* 1999 ; 2 : 54-7.
6. DENCKER SJ, DENCKER K. Does community care reduce the need for psychiatric beds for schizophrenic patients ? *Acta Psychiatr Scand* 1994 ; 89 (382) : 74-9.
7. HAFNER H. The epidemiology of schizophrenia. *Triangle* 1992 ; 31 (4) : 133-54.
8. HAFNER H, AN DER HEIDEN W. Epidemiology of schizophrenia. *Can J Psychiatry* 1997 ; 42 : 139-51.
9. HOGG LI, BROOKS N. New chronic schizophrenic patients : a comparison of daypatients and inpatients. *Acta Psychiatr Scand* 1990 ; 81 : 271-6.
10. HONKONEN T. Problems and needs for care of discharge schizophrenia patients. *Psychiatr Fenn* 1995 ; 26 : 21-32.
11. HONKONEN T, SAARINEN S *et al.* Deinstitutionalization and schizophrenia in Finland. II : Discharged patients and their psychosocial functioning. *Schizophr Bull* 1999 ; 25 (3) : 543-51.
12. LEIBE M, KALLERT TW. Social integration and the quality of life of schizophrenic patients in different types of complementary care. *Eur Psychiatry* 2000 ; 15 : 450-60.
13. LINDENMAYER JP, BERSTEIN-HYMAN R *et al.* Five-factor model of schizophrenia. Initial validation. *J Nerv Ment Dis* 1994 ; 182 : 631-8.
14. MADIANOS M, ECONOMOU M. Negative symptoms in schizophrenia : the effect of long-term, community-based psychiatric intervention. *Int J Health* 1988 ; 17 (1) : 22-34.
15. MORTENSEN PB, JUEL K. Mortality and causes of death in first admitted schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 1993 ; 163 : 183-9.
16. PYNE JM, BEAN D, SULLIVAN G. Characteristics of patients with schizophrenia who do not believe they are mentally ill. *J Nerv Ment Dis* 2001 ; 189 (3) : 146-53.
17. SALOKANGAS RKR. Living situation, social network and outcome in schizophrenia : a five-year prospective follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 1997 ; 96 : 459-68.
18. SARTO D, DESSEILLES M, MARTIN M *et al.* Analyse diagnostique, symptomatologique et sanitaire des patients schizophrènes en service psychiatrique liégeois. *Encéphale* 2002 ; 28 (5) : 403-10.
19. WAMPERS M, DE HERT M, PEUSKENS J. Symptomatology and insight in the disorder in psychotic patients. Abstracts Winter Workshop schizophrenia, Davos, February 2002.