

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : HStarr@its.jnj.com (H.L. Starr)

Objectifs Un échec de traitement peut entraîner diverses conséquences à la fois pour le patient souffrant de schizophrénie mais aussi en terme de santé publique (arrêt du traitement, hospitalisation, addiction, arrestation/incarcération) [1–3]. Cette étude a comparé en vraie vie, les délais avant échec au traitement des patients souffrant de schizophrénie ayant des antécédents d'incarcération, traités soit par palmitate de paliperidone (PP) ou par des antipsychotiques oraux (APO).

Méthodes Paliperidone Research In Demonstrating Effectiveness (PRIDE) est une étude en ouvert, prospective, randomisée, d'une durée de 15 mois, comparant le PP une fois par mois aux APO chez des sujets atteints de schizophrénie, avec des antécédents d'incarcération (NCT01157351). Les sujets ont été randomisés (1:1) en deux groupes :

- PP à doses flexibles (78–234 mg) administrées une fois par mois ou à ;
- l'un des 7 APO couramment prescrits par l'investigateur.

Le critère de jugement principal était le délai avant échec du traitement (défini comme arrestation/incarcération, hospitalisation, suicide, arrêt du traitement ou supplémentation par manque d'efficacité ou mauvaise tolérance et/ou besoin d'intensifier les soins psychiatriques) évalué par la méthode de Kaplan-Meier.

Résultats Un total de 450 sujets ont été inclus (sexe masculin = 86,3%). Le délai avant échec du traitement était significativement plus long avec le PP par rapport aux APO (médiane = 416 vs 226 jours avant arrêt du traitement ou supplémentation ; Rapport de risque [IC95%] = 1,43 [1,09, 1,88] ; $p = 0,011$). Les taux d'échecs du traitement étaient de 39,8% avec le PP et de 53,7% avec les APO. Des résultats similaires ont été observés pour le délai avant hospitalisation ou arrestation/incarcération (médiane ≥ 450 vs 274 jours ; rapport de risque [IC95%] = 1,43 [1,06, 1,93] ; $p = 0,019$). Les événements indésirables les plus fréquents (PP vs APO, $\geq 10\%$) étaient : douleur au site d'injection (18,6% vs 0%) ; insomnie (16,8% vs 11,5%) ; prise de poids (11,9% vs 6,0%) ; akathisie (11,1% vs 6,9%) ; anxiété (10,6% vs 7,3%).

Conclusion Le traitement mensuel par PP injectable retarde significativement le délai de survenue d'un large éventail de conséquences négatives de la schizophrénie en vie réelle.

Mots clés Schizophrénie ; Thérapeutique ; Antipsychotiques ; Palipéridone

Déclaration d'intérêts Traduction du résumé présenté à la « Society of Biological Psychiatry, 69th Annual Scientific Meeting, May 8–10, 2014, New York, NY, USA » H.L. Starr est employée aux affaires scientifiques chez Janssen, groupe Johnson & Johnson.

Références

- [1] Hoge SK. Public health behind bars: from prisons to communities. New York: Springer; 2007.
- [2] Ascher-Svanum H, et al. BMC Psychiatry 2010;10:11.
- [3] Folsom D, Jeste DV. Acta Psychiatr Scand 2002;105:404–13.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.040>

P129

Les rechutes dans la schizophrénie ; comment prévenir?

A. Messaoudi*, S. Seklaoui, A. Ziri
CHU de Tizi-Ouzou, Tizi-Ouzou, Algérie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : akmessaoudi@yahoo.fr (A. Messaoudi)

Dans le domaine de la pathologie psychotique, les rechutes représentent une problématique importante dans la trajectoire des sujets schizophrènes. À l'origine de nombreuses réhospitalisations, ces rechutes sont généralement liées à un défaut d'observance. Et lorsqu'on s'intéresse à cette dynamique, on s'aperçoit que la plupart des études qui se sont intéressées à l'observance médicamenteuse et aux comportements visant à améliorer celle-ci se sont avérées

décevantes dans le domaine de la pathologie psychotique. Les progrès réalisés dans le traitement de la schizophrénie n'ont jusqu'ici pas modifié de manière radicale l'importance de l'adhésion des patients à leur médication, ni même la fréquence des rechutes. Si la rechute touche de 10 à 60% des sujets schizophrènes selon les études, les taux de bonne observance médicamenteuse avoisinent 50% pour l'ensemble des spécialités médicales et tombent parfois à moins de 20% dans le domaine de la schizophrénie. Les raisons principales de cette problématique sont pour la plupart des auteurs liées à un manque d'efficacité de la molécule prescrite, à la survenue d'effets secondaires handicapants, à la présence de convictions personnelles désadaptées, voire à la pathologie elle-même. Dans un tel contexte, il semble intéressant de développer de nouvelles stratégies de prescription permettant de parvenir le plus rapidement possible à une dose minimale efficace, voire d'explorer d'autres options thérapeutiques. La revue de la littérature réalisée ici fait un point sur les études récemment publiées (2002–2008) mettant en exergue l'impact que la prescription d'un neuroleptique classique, d'un antipsychotique atypique per os ou d'un APAP peut avoir sur l'observance médicamenteuse et la fréquence des rechutes de patients souffrant de schizophrénie.

Mots clés Rechutes ; Pronostic ; Observance

Déclaration d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Pour en savoir plus

Hamilton GA, Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL. Compliance health care. Baltimore: John Hopkins University Press; 1979.

American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, 2nd ed., Washington, DC: American psychiatric Press; 2004.

Wyatt RJ. Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. Schizophr Bull 1991;17:325–51.

Coldham EL, Addington J, Addington D. Medication adherence of individuals with a first episode of psychosis. Acta Psychiatr Scand 2002;106:286–90.

Hogarty GE. Medication adherence studies in schizophrenia. Am J Psychiatry 2004;161:581–2.

Palazzolo J. Dire pour vivre – Pathologies psychiques: témoignages au quotidien. Paris: Ellébore « Champs Ouverts »; 2004.

Palazzolo J. Observance médicamenteuse et psychiatrie. Paris: Elsevier; 2004.

Cramer JA, Rosenheck R. "Compliance with medication regimens for mental and physical disorders". Psychiatr Serv 1998;46:196–201.

Marder SR. "Overview of partial compliance". J Clin Psychiatry 2003;64(suppl. 16):3–9.

Fleishhacker WW, Oehl MA, Hummer M. "Factors influencing compliance in schizophrenia patients". J Clin Psychiatry 2003;64(suppl. 16):10–3.

Haywood TW, Kravitz HM, Grossman LS, Cavanaugh Jr JL, Davis JM, Lewis DA. "Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, affective disorders". Am J Psychiatry 1995;152:856–61.

Fenton WS, Blyler CR, Heinssen RK. "Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings". Schizophr Bull 1997;23:637–51.

Weiden PJ, Olfson M. "Cost of relapse in schizophrenia". Schizophr Bull 1995;21:419–29.

Johnson DAW, Pasterski G, Ludlow JM, Street K, Taylor RDW. "The discontinuance of maintenance neuroleptic therapy in chronic schizophrenic patients: drug and social consequences". Acta Psychiatr Scand 1983;67:339–52.

Möller HJ. Long-acting injectable risperidone for the treatment of schizophrenia: clinical perspectives. Drugs 2007;67:1541–66.

Taylor M, Currie A, Lloyd K, Price M, Peperell K. Impact of risperidone long acting injection on resource utilization in psychiatric secondary care. J Psychopharmacol 2008;22:128–31.

Grain H. Changes in doctor-patient relationships for realizing the personal health paradigm. Stud Health Technol Inform 2008;137:373–8.



Voruganti L, Baker KL, Awad AG. New generation antipsychotic drugs and compliance behaviour. *Curr Opin Psychiatry* 2008;21:133–9.

Gharabawi GM, Lasser RA, Bossie CA, Zhu Y, Amador X. Insight and its relationship to clinical outcomes in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder receiving long-acting risperidone. *Int Clin Psychopharmacol* 2006;21:233–40.

Patel MX, Young C, Samele C, Taylor DM, David AS. Prognostic indicators for early discontinuation of risperidone long-acting injection. *Int Clin Psychopharmacol* 2004;19:233–9.

Gardner DM, Baldessarini RJ, Waraich P. Modern antipsychotic drugs: a critical overview. *CMAJ* 2005;172:1703–11.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.041>

Rencontre avec l'expert

R17

Psychoéducation et bipolarité, vivre avec son trouble

C. Gay

Clinique du Château de Garches, Garches, France

Adresse e-mail : dr.christian.gay@hotmail.fr



Les troubles bipolaires sont déterminés par un ensemble de facteurs, à la fois psychologiques, génétiques et environnementaux bien connus. Les perturbations des relations familiales et sociales constituent également des facteurs de fragilisation.

Les thymorégulateurs ont considérablement amélioré le pronostic de ces troubles, en limitant le nombre de récurrences. Néanmoins, un pourcentage important de patients continuent à présenter des fluctuations thymiques du fait d'une mauvaise observance thérapeutique, de la persistance de facteurs déclenchants, précipitants ou d'entretien du trouble ou encore du fait de l'insuffisance d'efficacité des thymorégulateurs.

D'autres mesures thérapeutiques ont été proposées afin d'optimiser les traitements pharmacologiques et d'agir en amont sur les éléments déclenchants ou précipitants. Les mesures psychoéducatives, dont l'efficacité a longtemps été sous-évaluée, sont aujourd'hui les traitements psychologiques les mieux documentés et pour lesquels il existe un niveau de preuve élevé. Ils figurent en première ligne dans la plupart des *guidelines* anglo-saxons. Les bénéfices de cette approche complémentaires se situent à différents niveaux : reconnaissance précoce des symptômes qui annoncent une récurrence, optimisation de l'observance, acceptation du trouble, amélioration de la qualité de vie, meilleure gestion de la vie sociale, professionnelle et affective, consolidation de l'alliance thérapeutique, contrôle des facteurs déclenchants et précipitants. Les études publiées rapportent une diminution du nombre de récurrences et de rechutes, une réduction de la durée d'hospitalisation, un meilleur équilibre de la vie familiale, une amélioration de l'observance et une amélioration de la qualité de vie. L'expert de cette session, qui anime depuis 2000 des séances de psychoéducation, vient d'écrire un manuel conçu pour proposer aux patients un accompagnement personnalisé visant à renforcer le suivi thérapeutique et à stabiliser la maladie. Il présentera aussi l'expérience innovante de la création du *Clubhouse France*.

Mots clés Troubles bipolaires ; Psychoéducation ; Thymorégulateurs ; Stabilisation de la maladie bipolaire ; Clubhouse France

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Pour en savoir plus

Colom F, Vieta E, Sánchez-Moreno J, et al. Psychoeducation for bipolar II disorder: an exploratory, 5-year outcome subanalysis. *J Affect Disord* 2009;112:30–5.

Colom F, Vieta E, Sánchez-Moreno J, et al. Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *Br J Psychiatry* 2009;194:260–5.

Gay G, Colombani M. Manuel de psychoéducation – troubles bipolaires. Paris: Ed. Dunod; 2013.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.042>

Sessions thématiques

S2

De quoi *mindfulness* est-il le nom ?

A. Pelissolo

Service de psychiatrie sectorisée d'Albert-Chenevier, hôpitaux universitaires Henri-Mondor, Créteil, France

Adresse e-mail : antoine.pelissolo@inserm.fr



Le champ des psychothérapies s'est enrichi au cours des dernières années de nouvelles méthodes aux origines métissées, complétant les techniques classiques et découvrant des voies d'abord originales de la psychopathologie. Historiquement conçue par John Kabat-Zinn comme une application laïque des pratiques orientales à la gestion du stress, la méditation de pleine conscience (*mindfulness*) s'est ensuite rapprochée des thérapies cognitives pour élaborer des programmes de prévention des récurrences dépressives. Des études contrôlées ont montré l'intérêt de ces programmes comme alternative aux traitements médicamenteux au long cours, même si d'autres recherches sont encore nécessaires pour préciser leur place au sein des stratégies thérapeutiques de la dépression. D'autres indications ont progressivement été proposées et étudiées : trouble bipolaires, troubles anxieux, addictions, ou encore troubles de la personnalité. Par ailleurs, l'utilisation des techniques d'exploration cérébrale, notamment l'EEG et l'IRM fonctionnelle, a permis d'approcher certains effets neuronaux pouvant sous-tendre l'efficacité des méthodes de pleine conscience. D'autres effets biologiques sur les marqueurs du stress, de l'inflammation et du vieillissement ont également été mis en évidence, au plan neuroendocrinien mais aussi génomique. Ce symposium se propose donc de présenter les données les plus récentes et les applications cliniques des thérapies en pleine conscience dans les troubles dépressifs et dans les autres domaines de la psychopathologie, tout en explorant les travaux actuels sur les bases neurales de leurs effets cognitifs et émotionnels.

Mots clés Attention ; Cerveau ; Dépression ; Pleine conscience ; Psychothérapie

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Pour en savoir plus

Bondolfi G, Jermann F, der Linden MV, Gex-Fabry M, Bizzi L, Rouget BW, et al. Depression relapse prophylaxis with Mindfulness-Based Cognitive Therapy: replication and extension in the Swiss health care system. *J Affect Disord* 2010;122(3):224–31.

Goyal M, Singh S, Sibinga EM, Gould NF, et al. Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2014.

Kaliman P, Alvarez-López MJ, Cosín-Tomás M, Rosenkranz MA, Lutz A, Davidson RJ. Rapid changes in histone deacetylases and inflammatory gene expression in expert meditators. *Psychoneuroendocrinology* 2014;40:96–107.

Lutz A, Greischar LL, Rawlings NB, Ricard M, Davidson RJ. Long-term meditators self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2004;101(46):16369–73.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.043>