

Sabrina Jegerlehner, Thomas Müller, Katja Cattapan-Ludewig, Peter Frey, Marcus Grossenbacher, Lukas Wagner, Daniel Ort, Erich Seifritz, Daniel Umbricht, Andor E. Simon

# Amélioration du diagnostic des schizophrénies débutantes au cabinet médical

Résultats d'une étude de sensibilisation randomisée<sup>1</sup>

**En général, les patients atteints de schizophrénie débutante commencent par s'adresser au médecin de famille. Le repérage précoce de la schizophrénie exerce une influence décisive sur le déroulement ultérieur de la maladie. Et pourtant, il est fréquent que les symptômes non spécifiques des stades précoces de la schizophrénie ne soient pas diagnostiqués. Dans cet article, nous présentons un modèle de sensibilisation répété par des vignettes cliniques. Nous montrons qu'un tel modèle, testé pour la première fois dans ce domaine de la médecine, permet d'améliorer les connaissances diagnostiques des médecins de famille relatives aux symptômes d'alarme précoces des schizophrénies débutantes.**

Les schizophrénies figurent parmi les maladies psychiques les plus sérieuses. Il semble que le raccourcissement de la période sans traitement exerce un effet améliorant sur l'évolution de la maladie [1, 2]. Depuis quelques années, on cherche de plus en plus à intervenir déjà pendant la phase prodromique précédant le premier épisode. Cependant la plupart des symptômes prodromiques ne sont pas spécifiques, à l'exemple de la diminution durable des performances et de l'isolement social qui font partie des symptômes de schizophrénie débutante les plus précoces [3].

La majorité des patients atteints de schizophrénie débutante cherchent d'abord de l'aide auprès de leur médecin de famille [4–7]. En général, les praticiens généralistes reconnaissent sans peine les symptômes de premier plan comme les hallucinations ou les comportements bizarres. Mais le repérage de symptômes non spécifiques comme la diminution de la performance ou l'isolement social s'avère plus difficile [8, 9]. Par ailleurs l'incidence de la schizophrénie débutante au cabinet médical est très faible et se situe en moyenne à 1,5 cas par an [8, 9]. C'est pourquoi il est important de fournir aux praticiens généralistes des informations leur permettant de reconnaître avec constance les signes d'alarme précoces de la schizophrénie sans y consacrer trop de temps.

Un modèle de sensibilisation approprié doit remplir un certain nombre de critères: la sensibilisation doit être succincte, claire et cliniquement pertinente; de plus elle doit être dispensée de façon multimodale et répétitive, car il est fort probable que les modèles unimodaux n'améliorent guère les connaissances spécifiques sur la maladie [10, 11].

Notre étude randomisée a englobé 1138 médecins de famille. Le modèle de sensibilisation utilisé était basé sur des vignettes cliniques et satisfaisait aux critères évoqués ci-dessus. Nous avons examiné dans quelle mesure ce modèle permettait aux médecins

de famille d'améliorer leurs connaissances diagnostiques des symptômes centraux de la schizophrénie débutante. Nous avons évalué l'hypothèse de travail selon laquelle le niveau de connaissance des symptômes centraux de la schizophrénie est plus élevé chez des médecins ayant suivi une sensibilisation de six mois que chez ceux qui n'ont pas été sensibilisés. Et afin de déterminer la persistance de l'acquis, nous avons examiné sa présence après douze mois.

## Méthode

L'étude a été menée de septembre 2008 à octobre 2009 auprès de tous les médecins de famille des cantons de Berne, Bâle-Campagne et d'une partie de ceux du canton de Zurich. Les listes d'adresses nous ont été fournies par les associations de médecins de famille respectives, dont les présidents ont participé à l'élaboration de l'étude.

Avant le début de l'étude, les médecins de famille ont été répartis par randomisation dans deux groupes, l'un devant suivre une sensibilisation (MF<sub>sens.</sub>; n = 591) et l'autre non (MF<sub>non sens.</sub>; n = 547). À trois moments distincts (Q1, Q2, Q3), ils ont reçu par courrier postal un bref questionnaire comprenant des questions sur les sujets suivants:

- (1) nombre annuel de patients présentant une suspicion de schizophrénie débutante;
- (2) besoins en formation continue plus régulière et/ou en consultations spécialisées dont le seuil d'accès soit moins élevé;
- (3) symptômes examinés par les médecins de famille pour étayer le diagnostic en cas de suspicion de schizophrénie débutante; autres mesures d'investigation entreprises?

À la question (3), les médecins étaient priés de sélectionner exactement cinq symptômes parmi une liste de vingt. Nous avons défini comme «centraux» les cinq symptômes suivants: diminution durable des performances sociales, isolement social, anamnèse familiale positive, indications fournies par les proches et idées délirantes. Pour déterminer les cinq symptômes centraux, nous nous sommes laissés guider par deux critères: la présence de bases factuelles dans la bibliographie et le degré de praticabilité au cabinet médical. La diminution des performances et l'isolement social sont fréquemment décrits pendant les stades précoces de la schizophrénie [3]. Et c'est parce que les patients nient précisément ces symptômes-là au stade précoce de la maladie qu'il a été recommandé de récolter des informations auprès de leurs proches [12]. Chez les patients à risque, surtout lorsqu'ils sont affectés par la diminution des performances et l'isolement social, les idées délirantes sont des facteurs prédictifs importants de l'évolution ultérieure vers la schizophrénie [13]. L'anamnèse familiale positive a été sélectionnée en raison de son lien avéré avec le risque accru de schizophrénie [14].

Les médecins de famille du groupe sensibilisé ont reçu deux vignettes cliniques à trois reprises, par courrier, 1, 3 et 5 mois après qu'ils aient répondu au questionnaire Q1; les médecins du groupe

<sup>1</sup> Conflit d'intérêts: cette étude a bénéficié du soutien de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM), sous forme d'un subside à la recherche scientifique alloué par la commission «Recherche et réalisation en médecine appliquée» (RRMA).

non sensibilisé n'en ont pas reçu. Ces vignettes étaient succinctes, et il ne fallait qu'une ou deux minutes pour y répondre. Elles décrivaient une situation clinique et demandaient de préciser la suite de l'investigation diagnostique en cas de suspicion de schizophrénie débutante. À cet effet, il fallait choisir une fois de plus cinq réponses exactement parmi une liste comprenant vingt symptômes et possibilités d'exams; cette liste était identique à celle de la question (3) du questionnaire. Une explication sommaire de la solution figurait au verso, de même que la définition des cinq symptômes centraux. Le deuxième questionnaire Q2 a été envoyé six mois après le début de l'étude, au terme de la phase de sensibilisation. Après une nouvelle phase de six mois, cette fois-ci dépourvue de sensibilisation intermédiaire, les deux groupes ont reçu le questionnaire Q3.

Le critère d'évaluation principal reposait sur les connaissances diagnostiques mesurées à l'aide d'une somme de points obtenus. Chaque réponse correcte concernant un symptôme central donnait droit à deux points: le questionnaire pouvait donc atteindre un maximum de dix points s'il indiquait les cinq symptômes centraux.

À chaque date de saisie du questionnaire (Q1, Q2, Q3), nous avons effectué la comparaison entre la somme des points obtenus par le groupe MF<sub>sens.</sub> et celle obtenue par le groupe MF<sub>non sens.</sub>. Comme la probabilité de fournir des réponses correctes augmente en théorie avec le nombre total de réponses, nous avons comparé les groupes MF<sub>sens.</sub> et MF<sub>non sens.</sub> en tenant compte des formulaires contenant cinq réponses au plus comme nous l'avions demandé.

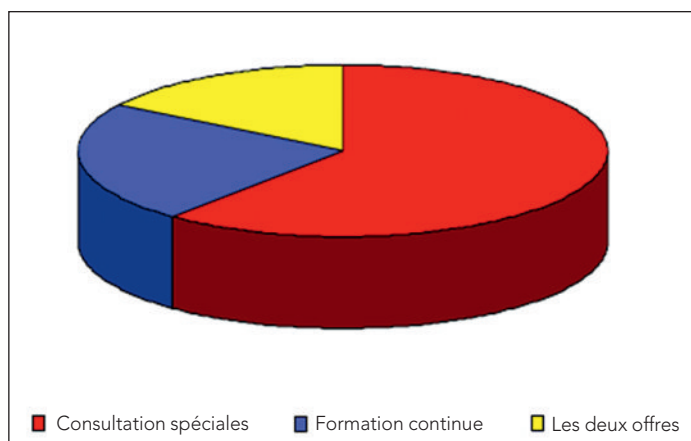
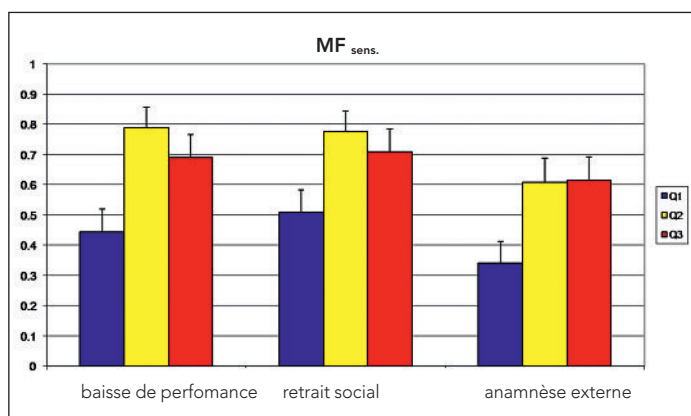


Figure 1  
Prestations souhaitées.



## Résultats

Le nombre de médecins de famille contactés ayant répondu au moins une fois s'est élevé à 750 (66%). Chaque médecin de famille a vu en moyenne 1,8 patient par année présentant une suspicion de schizophrénie débutante. Comme le montre la figure 1, les médecins de famille préfèrent nettement la proposition d'abaisser le seuil d'accès aux consultations spécialisées à celle d'élargir la formation continue. Si l'on prend en considération uniquement les questionnaires ayant obtenu cinq réponses au maximum, la différence des sommes de points obtenues en moyenne dans MF<sub>sens.</sub> et MF<sub>non sens.</sub> est hautement significative ( $p < 0,001$ ) aux étapes Q2 et Q3 (Q1: MF<sub>sens.</sub> 4.3, MF<sub>non sens.</sub> 4.2; Q2: MF<sub>sens.</sub> 6.3, MF<sub>non sens.</sub> 4.7; Q3: MF<sub>sens.</sub> 5.7, MF<sub>non sens.</sub> 4.4). Parmi les médecins de famille sensibilisés, on a noté un grand accroissement de l'attention portée à la diminution de la performance et à l'isolement social en tant que symptômes prodromiques d'une schizophrénie débutante, ainsi qu'à l'information fournie par les proches, en tant qu'étape suivante importante sur le plan de l'investigation (fig. 2).

## Discussion

Notre étude a tout d'abord cherché à connaître l'effet d'un modèle de sensibilisation sur mesure, à base de vignettes cliniques, sur la capacité des médecins de famille à reconnaître les prodromes précoces d'une schizophrénie débutante. Notre hypothèse a été confirmée: l'amélioration des connaissances diagnostiques des médecins de famille sensibilisés durant une période de six mois s'est avérée hautement significative, aussi bien sur le plan des connaissances de base qu'en comparaison avec leurs collègues non sensibilisés. Cet effet marqué s'est avéré durable, car il a encore été observé après six mois sans nouvelle sensibilisation. Il est à remarquer que les médecins sensibilisés ont accru leurs connaissances justement sur le plan des deux symptômes trop peu identifiés selon les études à large spectre, à savoir la diminution de performance et l'isolement social [8, 9]. Nos résultats portent à croire que les approches multimodales itératives comportant des énoncés simples, brefs et cliniquement significatifs conduisent à une sensibilisation durable envers des symptômes généralement difficiles à distinguer et peu spécifiques.

Dans le domaine de la schizophrénie débutante, notre étude est la première à avoir utilisé un tel modèle de sensibilisation. Peu d'essais ont exploré ce domaine jusqu'ici. En général, ils se focalisaient sur les premiers épisodes sans prendre en compte les connaissances diagnostiques [7, 15]. Notre approche par sensibilisation offert aux médecins de famille une méthode d'apprentissage auto-

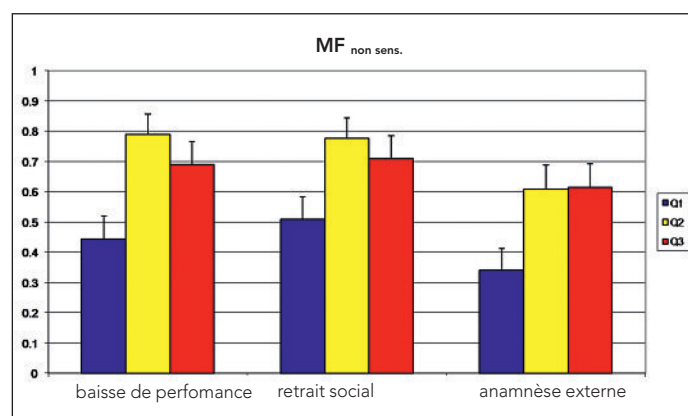


Figure 2  
Accroissement des connaissances dans trois domaines-clés. Total des points (axe des y) des MF<sub>sens.</sub> et des MF<sub>non sens.</sub> avec intervalle de confiance à 95%.

didactique, rapide et efficace. Nous avons pu supprimer complètement les sessions de formation continue, ce qui représente un avantage non négligeable pour les médecins de famille déjà surchargés de travail [8]. Grâce à la randomisation et à la répartition équilibrée des médecins de famille en groupe d'intervention et groupe de contrôle lors de chacun des trois sondages, nous pouvons exclure le fait que l'accroissement des connaissances diagnostiques provienne uniquement de réponses de la fraction des médecins de famille qui manifestaient davantage d'intérêt et de sensibilité pour les schizophrénies débutantes.

Nous ne sommes pas en mesure d'affirmer avec certitude si les médecins de famille sensibilisés ont vraiment participé à chacun des trois épisodes de sensibilisation. L'accroissement significatif de connaissances diagnostiques pourrait très bien provenir d'un seul épisode de sensibilisation, ce qui soulignerait davantage encore la valeur des vignettes cliniques utilisées. Par contre, les réponses fournies ne reflètent probablement pas l'intervention pratique proprement dite: nous ne savons donc pas si l'accroissement de connaissances diagnostiques a augmenté la pertinence ou le taux des transferts vers les spécialistes.

### Conclusion

Lorsque des patients avec une schizophrénie débutante cherchent de l'aide, les médecins de premier recours forment un des groupes professionnels les plus demandés [3–7]. Notre étude montre que les psychiatres peuvent soutenir les médecins de famille dans la difficile tâche du recensement de ces patients. On pourrait par conséquent appliquer ce genre de modèles de sensibilisation, répétitifs et multimodaux, à libellé clair et cliniquement significatif, à d'autres groupes professionnels. Dans le domaine des maladies à basse prévalence se manifestant par des symptômes non spécifiques, cette approche prend d'autant plus d'importance qu'il est difficile de reconnaître ces signes dans la pratique du médecin de famille [16]. Une meilleure prise de conscience des symptômes centraux de la schizophrénie débutante n'est pas encore un gage de transfert du patient vers le spécialiste [17]. Pour faciliter le transfert, il est indispensable que les médecins de famille puissent – comme ils le souhaitent – proposer une consultation spéciale d'accès facilité [8, 18].

### Références

- 1 Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:975–83.
- 2 Perkins DO, Gu H, Boteva K, Lieberman JA. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2005;162:1785–804.
- 3 Häfner H, Löffler W, Maurer K, Hambrecht M, an der Heiden W. Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 1999;100:105–18.

- 4 Lincoln CV, Harrigan S, McGorry PD. Understanding the topography of the early psychosis pathways. *Br J Psychiatry*. 1998;172(suppl.33):21–5.
- 5 Skeate A, Jackson C, Birchwood M, Jones C. Duration of untreated psychosis and pathways to care in first-episode psychosis: Investigation of help-seeking behaviour in primary care. *Br J Psychiatry*. 2002;43(suppl.):73–7.
- 6 Platz C, Umbricht DS, Cattapan-Ludewig K, Dvorsky D, Arbach D, Brenner HD, et al. Help-seeking pathways in early psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41:967–74.
- 7 Lester H, Birchwood M, Freemantle N, Michail M, Tait L. REDIRECT: cluster randomized controlled trial of GP training in first-episode psychosis. *Br J Gen Pract*. 2009;59:403–8.
- 8 Simon AE, Lauber C, Ludewig K, Braun-Scharm H, Umbricht DS. General practitioners and schizophrenia: results from a Swiss survey. *Br J Psychiatry*. 2005;187:274–81.
- 9 Simon AE, Lester H, Tait L, Stip E, Roy P, Conrad G, et al. The International Study on General Practitioners and Early Psychosis (IGPS). *Schizophr Res*. 2009;108:182–90.
- 10 Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organisational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA*. 2003;289:3145–51.
- 11 Bloom BS. Effects of continuous medical education on improving physician clinical care and patient health: a review of systematic reviews. *Int J Technol Assess Health Care*. 2005;21:380–5.
- 12 Birchwood M, Todd P, Jackson C. Early Intervention in psychosis. *Br J Psychiatry*. 1998;172:53–9.
- 13 Cannon TD, Cadenhead K, Cornblatt B, Woods SW, Addington J, Walker E, et al. Prediction of psychosis in youth at high clinical risk. A multisite study in North America. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65:28–37.
- 14 Kety SS. The significance of genetic factors in the etiology of schizophrenia: results from the national study of adoptees in Denmark. *J Psychiatr Res*. 1987;21:423–9.
- 15 Power P, Iacoponi E, Reynolds N, Fisher H, Russell M, Garety P, et al. The Lambeth Early Onset Crisis Assessment Team Study: general practitioner education and access to an early detection team in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry*. 2007;51(suppl.):133–9.
- 16 Goldberg D, Steele JJ, Johnson A, Smith C. Ability of primary care physicians to make accurate ratings of psychiatric symptoms. *Arch Gen Psychiatry*. 1982;39:829–33.
- 17 Tait L. To disclose or not to disclose psychological problems to GPs. *Br J Gen Pract*. 2009;59:638–9.
- 18 Simon AE, Roth B, Zmilacher S, Isler E, Umbricht D. Developing services for the early detection of psychosis: a critical consideration of the current state of the art. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2007;16:96–103.

### Correspondance:

PD Dr méd. Andor Simon  
 FMH Psychiatrie und Psychotherapie  
 Externe Psychiatrische Dienste Bruderholz  
 Spezialsprechstunde Bruderholz für psychotische Frühphasen  
 4101 Bruderholz  
 andor.simon@kpd.ch