



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

GUIDE - AFFECTION DE LONGUE DURÉE

SCHIZOPHRÉNIES

Juin 2007

Ce guide médecin est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé
Service communication
2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de santé en Juin 2007 .
© Haute Autorité de santé – 2007

Sommaire

1. Introduction	4
2. Bilan initial (diagnostic et évaluation).....	5
3. Prise en charge thérapeutique.....	7
4. Suivi.....	13
Annexe 1. Principaux médicaments utilisés en thérapeutique	15
Annexe 2. Ont participé à l'élaboration de ce guide.....	18
Annexe 3. Références.....	19

Mise à jour des guides et listes ALD

Les guides médecins élaborés par la Haute Autorité de santé sont révisés tous les 3 ans.

Dans l'intervalle, la liste des actes et prestations (LAP) est actualisée au minimum une fois par an et disponible sur le site internet de la HAS (www.has-sante.fr).

1. Introduction

1.1 Objectif

L'objectif de ce guide médecin est d'expliciter pour les professionnels de la santé la prise en charge optimale et le parcours de soins d'un patient admis en ALD au titre de l'ALD n°23 « Affections psychiatriques de longue durée ». Ce guide médecin est limité à la prise en charge du patient atteint de trouble schizophrénique.

L'incidence annuelle du trouble schizophrénique est de l'ordre de 0,1 pour 1000 habitants. La prévalence est d'environ 1 % dans la population générale. Ce qui représente, compte tenu de la classe d'âge concernée par cette pathologie, environ 400 000 sujets malades en France et 10 000 nouveaux cas par an. Le sexe ratio est égal à 1 ; cependant les premières manifestations du trouble sont observées plus précocement chez l'homme (entre 15 et 25 ans) que chez la femme. Quatre-vingt-dix pour cent (90 %) des patients traités ont entre 15 et 55 ans.

L'objectif de ce guide est d'être un outil pragmatique auquel le médecin puisse se référer pour la prise en charge de la pathologie considérée, notamment au moment d'établir le protocole de soins conjointement avec le médecin-conseil et le patient. Le contenu du guide a été discuté et validé par un groupe de travail pluridisciplinaire. Il présente la déclinaison pratique des recommandations pour la pratique clinique (RPC) et/ou des conférences de consensus (CDC) disponibles, secondairement complétée par des avis d'experts lorsque les données sont manquantes. L'avis des experts est en effet indispensable pour certains champs, tels que le suivi des patients, où le rythme de surveillance du patient, par exemple, dépend plus d'un consensus de professionnels que de données comparatives obtenues dans le cadre d'études cliniques. Par ailleurs, les propositions thérapeutiques ont fait l'objet d'une relecture par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps).

Un guide médecin ALD ne peut cependant pas envisager tous les cas spécifiques, toutes les comorbidités, toutes les particularités thérapeutiques, protocoles de soins hospitaliers, etc. Il ne peut pas revendiquer l'exhaustivité des conduites de prise en charge possibles ni se substituer à la responsabilité individuelle du médecin à l'égard de son patient. Ce guide reflète cependant la structure essentielle de prise en charge d'un patient présentant un trouble schizophrénique, et sera mis à jour en fonction de la validation de données nouvelles.

2. Bilan initial (diagnostic et évaluation)

2.1 Objectifs principaux

- Établir un diagnostic précoce, avec le concours d'un spécialiste.
- Identifier les comorbidités somatiques et psychiatriques, les conduites addictives.
- Évaluer les risques d'autoagressivité, notamment le risque suicidaire, ou éventuellement d'hétéroagressivité.
- Évaluer les possibilités de soutien de l'entourage.
- Planifier la prise en charge et les modalités thérapeutiques.
- Délivrer une information thérapeutique adaptée au patient et à son entourage, établir une relation de confiance (alliance thérapeutique).

2.2 Professionnels impliqués

- La détection de la maladie est du domaine de tout médecin, qui devrait en particulier être alerté par les symptômes constituant la phase prodromique ou les rechercher, notamment à l'adolescence et chez l'adulte jeune.
- L'évaluation nécessite un recours précoce aux médecins spécialistes : psychiatre, pédopsychiatre (formes infantiles et précoces), neuropsychiatre, neurologue (difficultés diagnostiques).
- La prise en charge globale nécessite une coopération :
 - entre les différents soignants : psychiatre, pédopsychiatre, médecin traitant, médecin scolaire, médecin du travail, psychothérapeute, infirmier(ère), infirmier(ère) scolaire, psychologue ;
 - avec les différents travailleurs sociaux : assistant de service social, éducateur, aides à domicile, etc.

Une équipe pluridisciplinaire est ainsi constituée, coordonnée par un soignant référent.

2.3 Contenu du bilan initial

- Il s'agit d'établir le diagnostic, de repérer la présence de comorbidités et de disposer des éléments biologiques, psychologiques et sociaux permettant d'orienter la prise en charge. L'établissement du diagnostic nécessite le plus souvent plusieurs évaluations du fait du polymorphisme et de l'aspect

potentiellement trompeur des manifestations inaugurales. Il est important de tenir compte des informations de l'entourage.

- L'entretien permet de préciser en particulier les symptômes présents et passés (idées délirantes, hallucinations, désorganisation de la pensée et du comportement, bizarreries, isolement social, modification de la personnalité), l'influence de traitements antérieurs éventuels, l'existence de comorbidités, de prises médicamenteuses, de conduites addictives, et plus généralement de repérer les facteurs de risque de mauvaise observance. Il comporte une évaluation du risque suicidaire. Il évalue également les possibilités de soutien social et relationnel.

Au moment de l'instauration du traitement médicamenteux, on réalisera un bilan qui comporte :

- des données cliniques : poids, taille, IMC [poids (kg)/taille (m²)], périmètre abdominal, mesure de la pression artérielle, état général et antécédents somatiques ;
- des examens complémentaires : glycémie, bilan lipidique, hémogramme y compris plaquettes, transaminases, créatinine, ionogramme sanguin, électrocardiogramme, test de grossesse.

D'autres examens biologiques (dosage de prolactine, recherche de toxiques), d'imagerie (TDM, IRM), de neurophysiologie (EEG) ainsi que des bilans psychométrique ou cognitif peuvent être envisagés à visée diagnostique, en fonction des données recueillies lors de l'interrogatoire et de l'examen clinique.

Le recueil des éléments nécessaires à l'établissement du diagnostic ne doit pas faire différer la prise en charge thérapeutique.

La nécessité d'une hospitalisation doit être évaluée notamment en cas d'auto ou d'hétéroagressivité, de situation de crise, de troubles du comportement majeurs ou de situation d'isolement ou de soutien insuffisant, et en concertation avec le soignant référent.

Une information adaptée est systématiquement proposée au patient et à son entourage.

3. Prise en charge thérapeutique

La prise en charge se fait principalement dans le cadre du secteur¹, qui dispose de plusieurs lieux de soins et structures dédiées à ce type de patients. La psychiatrie libérale participe à cette prise en charge. La conduite de la thérapeutique est adaptée pour chaque patient en fonction du contexte clinique biologique et social de celui-ci, par le médecin spécialiste. Elle varie selon la phase d'évolution de la maladie. L'alliance thérapeutique entre le patient, son entourage et l'équipe soignante est fondamentale.

3.1 Objectifs

- Réduire ou éliminer les symptômes.
- Aider le patient à prendre conscience de sa pathologie et à accepter son traitement.
- Préserver les capacités cognitives et les capacités d'adaptation pour contribuer à l'autonomie et à la qualité de vie.
- Prévenir les rechutes.
- Assurer une prise en charge globale du patient et un soutien de l'entourage.
- Assurer et engager des mesures psycho-éducatives pour le patient et/ou son entourage.

3.2 Professionnels impliqués

- Psychiatre (soignant référent)
- Pédopsychiatre (formes infantiles et précoces)
- Médecin traitant
- Psychothérapeute (en cas de psychothérapie)
- Psychologue
- Infirmier(ère)
- Aide-soignant(e)
- Psychomotricien(ne)
- Ergothérapeute
- Assistants sociaux et autres travailleurs sociaux
- Diététicien(ne)

La prise en charge du patient atteint d'un trouble schizophrénique est globale : elle peut associer plusieurs professionnels, coordonnés par un soignant référent.

Le patient peut également être pris en charge dans le cadre de réseaux associant ces différents professionnels.

1. Secteur : service public de psychiatrie

L'équipe soignante travaille si nécessaire avec les services sociaux, médico-sociaux, éducatifs et judiciaires, les services de médecine scolaire et médecine du travail, ainsi qu'avec des structures telles que les GEM (groupe d'entraide mutuelle), SAVS (service d'aide à la vie sociale), SAMSAH (service d'aide médico-social pour adultes handicapés).

3.3 Relation thérapeutique et aménagement du mode de vie

► Approche psychothérapique

L'approche psychothérapique est fondée sur une relation de confiance et nécessite continuité, écoute, disponibilité et empathie. Elle vise à restaurer les capacités de fonctionnement mental du patient et à rétablir le contact avec la réalité. Elle favorise les processus de pensée et d'expression verbale des émotions, en réduisant les réactions de rupture. Elle constitue souvent une étape initiale et peut être complétée par une psychothérapie codifiée. Elle se poursuit tout au long du suivi.

► Psycho-éducation

Les mesures psycho-éducatives sont initiées dès les premiers contacts et renforcées à chaque consultation. Elles comportent la transmission de connaissances au patient et à sa famille ou son entourage : informations sur la maladie et les symptômes, information sur l'évolution des thérapeutiques pharmacologiques et leurs effets secondaires, information sur les autres interventions, information sur la stratégie de prévention des rechutes le cas échéant et leur dépistage. Elles doivent évaluer l'assimilation de ces connaissances. La continuité des soins doit en constituer l'un des points essentiels.

► Aménagement du mode de vie

- Activer les ressources disponibles pour éviter la désocialisation, l'exclusion, la stigmatisation (logement, revenus, occupation, mesures de protection) en utilisant les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).
- Informer des risques liés à l'usage du cannabis et autres substances psychoactives vis-à-vis des symptômes, des rechutes et particulièrement de la continuité des soins. Inciter à l'arrêt de leur consommation et accompagner le patient dans cette démarche.
- Fournir des conseils hygiéno-diététiques (lutte contre l'excès de poids, activité physique, marche, quantité de sommeil, réduction ou arrêt du tabagisme) pour lutter contre les effets indésirables des traitements pharmacologiques proposés (notamment syndrome métabolique).

- Être attentif à la vie sexuelle (troubles de la libido, contraception, prévention des infections sexuellement transmissibles).

Les associations de patients, les associations de familles, peuvent contribuer à l'éducation thérapeutique et à l'aménagement du mode de vie. Leur expérience doit aussi être sollicitée en matière d'entraide ou de défense des droits.

3.4 Moyens thérapeutiques

La prise en charge thérapeutique du trouble schizophrénique se réfère au modèle bio-psychosocial.

Traitements pharmacologiques (cf. Annexe 1)

Pour des raisons de simplicité, les guides médecins citent généralement les classes thérapeutiques sans détailler l'ensemble des médicaments indiqués dans la pathologie concernée.

Cependant, chaque médicament n'est concerné que dans le cadre précis de son autorisation de mise sur le marché (AMM). Si pour des raisons explicites tel n'est pas le cas et plus généralement pour toute prescription d'un produit hors AMM, qui s'effectue sous la seule responsabilité du prescripteur, celui-ci doit en informer spécifiquement le patient.

- Les antipsychotiques : ils constituent le traitement pharmacologique de référence ; leurs effets indésirables doivent être prévenus et recherchés. Le choix de la molécule doit notamment tenir compte du bilan clinique et biologique initial.
 - Les antipsychotiques de deuxième génération sont recommandés en première intention notamment chez l'adolescent, en raison d'un profil efficacité-tolérance neurologique plus favorable.
 - Les antipsychotiques conventionnels ne devraient être utilisés qu'en deuxième intention pour l'épisode, sauf si notion d'une cure antérieure efficace et bien tolérée.
 - La posologie minimale efficace est recherchée.
 - Une monothérapie est privilégiée, si possible sous forme orale.
 - Une association d'antipsychotiques peut être instaurée après échec de la monothérapie, notamment à l'occasion de la substitution d'un antipsychotique par un autre, ou en cas de résistance ; sa tolérance et sa pertinence doivent être très régulièrement réévaluées.
 - La voie injectable (produit à longue durée d'action) est envisagée pour la prévention des rechutes chez un patient non observant.

Les produits à longue durée d'action peuvent être préférés pour certains patients.

- Les antiparkinsoniens anticholinergiques (utilisés pour corriger les éventuels effets extrapyramidaux en particulier en cas d'utilisation d'antipsychotiques conventionnels) : leur prescription ne doit pas être systématique, d'autant qu'il existe un risque de mésusage.
- Le propranolol peut être utilisé dans l'akathisie (utilisation hors AMM).
- Autres psychotropes : les antidépresseurs, les anxiolytiques, les thymorégulateurs :
 - ▶ indication en cas de trouble de l'humeur ou trouble anxieux associé ;
 - ▶ parfois indiqués lors de certaines présentations symptomatiques, comme les troubles du comportement (agressivité, impulsivité), l'anxiété ou l'insomnie.

Autres traitements

▶ **Électroconvulsivothérapie (sismothérapie)**

- La sismothérapie peut être utilisée en cas d'intolérance aux antipsychotiques ou de contre-indication de ceux-ci.
- Utilisation en association avec les antipsychotiques de première ou seconde génération si :
 - ▶ persistance des symptômes psychotiques sévères ;
 - ▶ catatonie ;
 - ▶ comorbidité dépressive résistante au traitement.

▶ **Interventions psychothérapeutiques et psychosociales**

Interventions cognitives et/ou comportementales

- Elles s'adressent au patient en complément des autres moyens thérapeutiques mis en œuvre. Leur mise en place peut débuter dès la phase initiale de la maladie. On distingue d'une part les interventions cognitivo-comportementales à visée de réadaptation (entraînement aux habiletés sociales, remédiation cognitive) et d'autre part les thérapies cognitives indiquées dans les symptômes psychotiques persistants, notamment hallucinatoires. Elles concernent aussi l'acceptation de la maladie par le patient et la préservation de l'intégration et de l'adaptation sociales.
- Les interventions au long cours sont plus efficaces sur les symptômes psychotiques que les interventions brèves. Les séances, individuelles ou en groupe, ont lieu une à deux fois par mois, pendant plusieurs mois.

Autres interventions psychothérapeutiques

Psychothérapie d'inspiration psychanalytique, individuelle ou de groupe.

► **Interventions familiales**

- Les entretiens familiaux doivent être proposés de façon systématique aux familles des patients, fratrie comprise, particulièrement en cas de rechute récente ou si le patient est à risque de rechute, ou encore en cas de symptômes psychotiques persistants.
- Des psychothérapies familiales codifiées peuvent également être proposées.

► **Interventions médico-pédagogiques et aide à la réinsertion professionnelle**

- Elles permettent chaque fois que possible de préserver une scolarité ou une scolarisation pour les patients les plus jeunes. L'intégration en milieu scolaire ordinaire est une possibilité (moyennant un projet d'accueil individualisé, PAI) à côté d'autres dispositifs intervenant à domicile ou à l'hôpital.
- Elles visent le maintien en milieu professionnel (coordination avec le médecin du travail) ou l'orientation vers des structures de réadaptation et/ou de travail protégé (établissement et service d'aide par le travail, ESAT, entreprise adaptée, EA).

3.5 Stratégie thérapeutique

Quelles que soient la modalité choisie ou la phase évolutive de la maladie, l'alliance thérapeutique est essentielle. Une information claire et compréhensible est régulièrement délivrée au patient et à son entourage. La prise en charge est personnalisée et requiert autant que faire se peut le consentement du patient ; elle est coordonnée par un soignant référent.

► **Modalités**

La prise en charge ambulatoire est préférée chaque fois que possible ; l'hospitalisation, si elle est nécessaire, s'effectue dans des unités spécialisées. Elle s'appuie sur l'ensemble du dispositif extrahospitalier du service concerné et des structures disponibles (centre médico-psychologique, CMP, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, CATT, hôpital de jour, unités de post-cure, hébergements thérapeutiques). Elle peut s'articuler avec les possibilités d'accompagnement social.

L'hospitalisation (au besoin sans consentement)² peut résulter de situations à risque pour le patient ou son entourage, de comorbidités psychiatriques ou organiques, ou d'absence de soutien.

► **Durée du traitement médicamenteux**

La prévention des rechutes nécessite la poursuite d'une chimiothérapie antipsychotique à la posologie adaptée.

Après la résolution symptomatique d'un épisode unique, le traitement est maintenu pendant au moins 2 ans. L'arrêt sera alors progressif en maintenant un suivi régulier de l'état clinique du malade en concertation avec le soignant référent.

En cas d'épisodes ultérieurs, le traitement est maintenu au moins 5 ans et, le plus souvent, au-delà.

► **Symptômes négatifs**

On qualifie de symptômes négatifs primaires des manifestations telles que l'apathie, le retrait, la perte de l'élan vital, etc.

Il est important de rechercher et de traiter les symptômes négatifs secondaires (dépression, imprégnation neuroleptique, institutionnalisation et défaut de stimulations). Les symptômes négatifs primaires sont moins accessibles à la thérapeutique.

► **Forme résistante**

On parle de schizophrénie résistante après deux séquences de traitement antipsychotique à posologie et durée suffisantes (au moins 6 semaines) sans bénéfice thérapeutique. On éliminera d'autres causes de mauvaise réponse : défaut d'observance, conduite addictive, interactions médicamenteuses, pathologie organique.

En cas de résistance avérée, l'utilisation de la clozapine est recommandée.

► **Situations nécessitant une sédation rapide**

Dans ce type de situation, la voie orale, notamment liquide ou orodispersible, en monothérapie doit être privilégiée ; la voie intramusculaire doit être préférée à la voie intraveineuse si l'administration parentérale est nécessaire.

L'utilisation de produits, tels que loxapine, cyamémazine, halopéridol, est recommandée en cas de traitement parentéral. Ils peuvent être associés aux benzodiazépines, en respectant les posologies et avec une surveillance des patients.

2. Cf. guide HAS : Hospitalisation sans consentement

4. Suivi

La continuité des soins est un objectif primordial. Le dépistage des comorbidités somatiques et psychiatriques ainsi que la surveillance et le traitement des effets indésirables sont essentiels.

4.1 Objectifs

- Prévenir et détecter précocement une aggravation, une rechute.
- Surveiller l'efficacité, la tolérance et l'observance des stratégies thérapeutiques.
- Réévaluer périodiquement le projet thérapeutique et ses objectifs.
- Poursuivre les mesures psycho-éducatives pour le patient et/ou son entourage.
- Dépister les comorbidités somatiques et psychiatriques et inciter à leur prise en charge.

4.2 Professionnels impliqués

- Le suivi est habituellement du domaine du médecin spécialiste psychiatre (pédopsychiatre, neuropsychiatre) le plus souvent en liaison avec le dispositif sectoriel (équipe hospitalière ou extrahospitalière) assurant la prise en charge, le médecin traitant et les autres partenaires (cf. paragraphe 2.2).
- Le recours à d'autres avis spécialisés peut être nécessaire (chirurgien-dentiste, gynécologue, endocrinologue, cardiologue, neurologue, ophtalmologiste), en particulier pour le suivi des effets indésirables.
- Une coordination assurée par un soignant référent est nécessaire avec les autres professionnels et les travailleurs sociaux de proximité concernés.

4.3 Rythme des consultations

- Un suivi régulier est nécessaire.
- La fréquence et la durée optimales des consultations ne peuvent pas être établies *a priori*, mais dépendent pour chaque patient de son histoire personnelle, de son traitement, de l'évolution de la maladie. Cependant, la surveillance des effets indésirables nécessite une planification adaptée à la thérapeutique mise en œuvre.

4.4 Examens complémentaires

- Glycémie (trimestrielle la première année, puis semestrielle).
- Bilan lipidique : CT, HDL-C, LDL-C, TG (surveillance annuelle ou trimestrielle selon le traitement).
- Ionogramme sanguin (surveillance annuelle).
- Dosage des transaminases (surveillance annuelle).
- Dosage de la créatinine (surveillance annuelle).
- ECG selon le traitement et les données du bilan initial.
- Hémogramme (surveillance annuelle). L'usage de la clozapine nécessite une surveillance hématologique particulière.
- Dosage de la prolactine si indication.
- Dosage sanguin du traitement antipsychotique en cas de réponse clinique inadaptée, âges extrêmes, suspicion de mauvaise observance ou aide à sa surveillance, polymédication, analyse des effets indésirables.

Annexe 1. Principaux médicaments utilisés en thérapeutique

Tableau 1. Neuroleptiques ou antipsychotiques atypiques ou de deuxième génération

DCI (produits)	Indications
Amisulpride (Solian)	- Traitement des psychoses, en particulier troubles schizophréniques aigus ou chroniques caractérisés par des symptômes positifs et/ou des symptômes négatifs, y compris lorsque les symptômes négatifs sont prédominants
Aripiprazole (Abilify)	- Traitement de la schizophrénie
Clozapine (Leponex)	- Patients schizophrènes résistant au traitement et patients schizophrènes qui présentent avec les autres agents antipsychotiques, y compris les antipsychotiques atypiques, des effets indésirables neurologiques sévères, impossibles à corriger - La résistance au traitement est définie comme l'absence d'amélioration clinique satisfaisante malgré l'utilisation d'au moins deux antipsychotiques différents, y compris un agent antipsychotique atypique, prescrits à une posologie adéquate pendant une durée suffisante
Olanzapine (Zyprexa)	- Traitement de la schizophrénie chez les patients ayant initialement répondu au traitement ; l'olanzapine a démontré son efficacité à maintenir cette amélioration clinique au long cours
Risperidone (Risperdal)	- Traitement des psychoses, en particulier des psychoses schizophréniques aiguës et chroniques (<i>adulte</i>) - Chez les patients ayant besoin d'un traitement au long cours, la rispéridone a démontré son efficacité

Tableau 2. Neuroleptiques ou antipsychotiques de première génération ou conventionnels

DCI (produits)	Indications
Chlorpromazine (Largactil)	- États psychotiques aigus et chroniques
Cyamémazine (Tercian)	- États psychotiques aigus et chroniques
Flupentixol (Fluanxol)	- Traitement des syndromes psychotiques aigus ou chroniques
Fluphénazine (Moditen)	- États psychotiques aigus et chroniques
Halopéridol (Haldol)	- États psychotiques aigus et chroniques
Lévomépromazine (Nozinan)	- États psychotiques aigus et chroniques
Loxapine (Loxapac)	- États psychotiques aigus et chroniques
Pimozide (Orap)	- États psychotiques chroniques
Pipampérone (Dipipéron)	- Traitement de courte durée des états d'agitation et d'agressivité au cours des états psychotiques aigus et chroniques
Pipotiazine (Piportil)	- États psychotiques aigus et chroniques
Propériciazine (Neuleptil)	- États psychotiques aigus et chroniques
Sulpiride (Dogmatil)	- États psychotiques aigus et chroniques
Zuclopenthixol (Clopixol)	- Syndromes paranoïdes schizophréniques - État d'agitation psychomotrice au cours des schizophrénies

Tableau 3. Neuroleptiques ou antipsychotiques à longue durée d'action

DCI (produits)	Indications
Flupentixol (Fluanxol LP)	Traitement des syndromes psychotiques aigus ou chroniques
Fluphénazine (Modecate)	Traitement au long cours des états psychotiques chroniques
Halopéridol (Haldol Decanoas)	Traitement au long cours des états psychotiques chroniques
Penfluridol (Semap)	Traitement au long cours des états psychotiques chroniques
Pipotiazine (Piportil)	Traitement au long cours des états psychotiques chroniques
Risperidone (Risperdalconsta LP)	Traitement au long cours des états psychotiques chroniques (relais de la voie orale)
Zuclopenthixol (Clopixol action prolongée)	Psychose schizophrénique paranoïde avec éléments positifs

Tableau 4. Antiparkinsoniens anticholinergiques

DCI (produits)	Indications
Bipéridène (Akineton)	Syndromes parkinsoniens induits par les neuroleptiques
Trihexyphénidyle (Artane, Parkinane LP)	Syndromes parkinsoniens induits par les neuroleptiques
Tropatépine (Lepticur)	Syndromes parkinsoniens induits par les neuroleptiques

Annexe 2. Ont participé à l'élaboration de ce guide

Ce travail a été coordonné par le D^r Julien CARRICABURU, chef de projet dans le service Affections de longue durée et accords conventionnels, et réalisé avec les participants suivants :

- D^r Isabelle AUBIN, médecin généraliste, Vincennes
- D^r Alain BARDOUX, médecin généraliste, Maubeuge
- D^r Sébastien DUCOURANT, médecin-conseil RSI, Saint Denis
- M^{me} Claude FINKELSTEIN, FNAP Psy, Paris
- D^r André GALINOWSKI, psychiatre, Paris
- D^r Vassilis KAPSAMBELIS, psychiatre, Paris
- P^r François PETITJEAN, psychiatre, Paris
- D^r Mathilde RISSE, médecin-conseil Cnamts, Paris
- M. Alain Patrice VAN AMERONGEN, UNAFAM, Paris
- P^r Jean-Marie VANELLE, psychiatre, Nantes

Annexe 3. Références

Loi n°68-5 du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs. Journal officiel ; 4 janvier 1968.

Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Journal officiel ; 12 février 2005.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40(7 Suppl): 4S-23S.

American Psychiatric Association, Lehman AF, Lieberman JA, Dixon LB, McGlashan TH, Miller AL, *et al.* Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Second edition. Arlington (VA): APA;2004.

Canadian Psychiatric Association. Clinical practice guidelines. Treatment of schizophrenia. *Canadian J Psychiatry* 2005;50(suppl 1):1s-56s.

Fédération française de psychiatrie. Schizophrénies débutantes : diagnostic et modalités thérapeutiques. Conférence de consensus des 23 et 24 janvier 2003. Paris : FFP ; 2003.

Haute Autorité de santé. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2005.

Haute couverture S, Limosin F, Rouillon F. Épidémiologie des troubles schizophréniques. *Presse Med* 2006;35 (Cahier 2):461-8.

Lehman AF, Kreyenbuhl J, Buchanan RW, Dickerson FB, Dixon LB, Goldberg R *et al.* The schizophrenia patient outcomes research team (PORT) : updated treatment recommendations 2003. *Schizophr Bull* 2004; 30(2):193-217.

Marder SR, Essock SM, Miller AL, Buchanan RW, Casey DE, Davis JM *et al.* Physical health monitoring of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004;161(8):1334-49.

National Collaborating Centre for Mental Health. Schizophrenia. Full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care. Commissioned by the NICE. London ; Leicester : Royal College of Psychiatrist ; British Psychosocial Society ; 2003.

Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2005;39(1-2):1-30.



Toutes les publications de l'HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr

CODE Etude (rempli par le service communication