



HAL
open science

Les internes de psychiatrie face à l'annonce du diagnostic de schizophrénie : représentations et pratiques : étude qualitative à partir d'un questionnaire auprès des internes de psychiatrie

Marie Perpette

► **To cite this version:**

Marie Perpette. Les internes de psychiatrie face à l'annonce du diagnostic de schizophrénie : représentations et pratiques : étude qualitative à partir d'un questionnaire auprès des internes de psychiatrie. *Psychiatrie et santé mentale*. 2016. dumas-01501315

HAL Id: dumas-01501315

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01501315>

Submitted on 4 Apr 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
UFR DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE 2016

N° 2016 - 184

**LES INTERNES DE PSYCHIATRIE FACE A L'ANNONCE
DU DIAGNOSTIC DE SCHIZOPHRENIE : REPRESENTATIONS ET PRATIQUES**
ÉTUDE QUANTITATIVE A PARTIR D'UN QUESTIONNAIRE AUPRÈS DES
INTERNES DE PSYCHIATRIE

Avec la collaboration de Madame Estelle Ledant

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)

SPECIALITE : PSYCHIATRIE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 16 NOVEMBRE 2016

PAR **Marie PERPETTE**

PRESIDENT DU JURY :

Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILLE

JUGES :

Monsieur le Professeur Christian MILLE

Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ

Monsieur le Professeur Claude KRZISCH

Monsieur le Professeur Jean-Michel MACRON

DIRECTEUR DE THESE :

Monsieur le Docteur François TIREL

A Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILLE

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

(Pédopsychiatrie)

Coordinateur régional du DES de psychiatrie

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la Présidence de cette thèse.

*Veillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance
pour la bienveillance de votre accompagnement.*

A Monsieur le Professeur Christian MILLE

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Pédopsychiatrie)

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail.

*Veillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect
pour la richesse de votre enseignement universitaire.*

A Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Pédiatrie)

Pôle "Femme - Couple - Enfant"

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail.

*Recevez ici la marque de ma sincère gratitude et de mon respect
pour votre apport clinique dans ma pratique.*

A Monsieur le Professeur Claude KRZISCH

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Cancérologie, radiothérapie)

Oncopôle

*Avec gentillesse, vous m'avez fait l'honneur d'accepter spontanément
de juger ce travail.*

*Recevez ici la marque de ma sincère reconnaissance
et soyez assuré de mon plus profond respect.*

A Monsieur le Professeur Jean-Michel MACRON

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Physiologie)

Chef du Service Explorations Fonctionnelles du Système Nerveux

Pôle Autonomie

*Avec amabilité, vous m'avez fait l'honneur d'accepter spontanément
de juger ce travail.*

*Veillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude
et soyez assuré de mes plus profondes considérations.*

A Monsieur le Docteur François TIREL

Praticien des Hôpitaux

Chef du service de Pédopsychiatrie

Chef du pôle « Psychiatrie »

Centre Hospitalier d'Abbeville

(Psychiatrie adultes)

Avec bienveillance, vous avez accepté de diriger ce travail.

Et par vos conseils et votre disponibilité, vous m'avez permis de le mener à bien.

*Je vous remercie de m'avoir fait partager votre savoir et votre manière d'appréhender notre métier,
avec engagement et humanité.*

Recevez ici la marque de ma reconnaissance et de mon plus profond respect.

A ma petite famille, « notre belle famille »,

On ne choisit pas sa famille. Mais si j'avais eu le choix, c'est vous que j'aurais voulu. Un peu déjantés, emportés mais surtout remplis d'amour. Merci d'être là.

*Je vous dédie ce travail, aboutissement d'années d'études qui n'auraient pas été possibles sans vous.
Je vous aime fort !*

A Hamza,

Merci pour ton aide, ton affection, ta patience et ton soutien. Ce travail n'aurait pas pu voir le jour sans toi. Tu as su supporter et résister à mes doutes. Ta présence dans ma vie est une richesse.

A mes potos, ma bonne bande de copains,

D'ici ou de là-haut, vous avez accompagné mon parcours et bien plus...

*Entre soirées déguisées, férias basques, vacances au ski ou au soleil, mais aussi juste en étant là, vous m'avez permis de garder un pied (ou plutôt les deux) « hors-médecine » et je vous en remercie !
Je vous aime fort !*

A Yohann et sa petite famille,

Vous m'avez encouragée et avez supporté mes « petits » excès de stress, mes choix, mes révisions matinales, avec toujours autant de bienveillance et d'affection. Une page se tourne. Mais vous avez marqué mon cœur pour toujours.

A Anja, Anne-So, Hélo, Laurette et Val,

Entre excitation et panique, nous avons découvert le plaisir de l'internat antillais, la « moto », les p'tits coup de blues mais surtout les ti-punchs. Plus que des collocs vous êtes devenues de vraies « copiiines » !

A Estelle,

Tu as donné de ton temps et de ta personne pour que cette thèse puisse aboutir. Merci pour ta gentillesse, ta disponibilité, ton savoir et ta rigueur, qui ont rendu possible cette étude.

A Sofia,

Merci pour ton œil aiguisé et ton « english touch ».

Aux co-internes et aux équipes soignantes amiénoises, saint-quentinoises, abbevilloises et d'outre-mer,

Merci pour votre guidance et pour ces moments de partage humain et professionnel.

Aux internes qui ont participé et qui ont permis la diffusion de cette étude,

Merci d'avoir permis de rendre cette étude possible.

Aux patients, qui sont les premiers auprès desquels nous apprenons,

Merci pour leur tolérance face à nos faux-pas.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	9
PARTIE 1 : Approche théorique.....	11
A. L’annonce diagnostique : Généralités.....	11
I- Définitions.....	11
1. Définition de l’annonce.....	11
2. Définition du diagnostic.....	11
II- L’annonce diagnostique, un cadre relationnel.....	11
1. L’approche paternaliste.....	11
2. Le partenariat thérapeutique.....	12
III- L’annonce diagnostique, un cadre éthique et déontologique.....	14
1. Abord éthique.....	14
2. Abord déontologique.....	14
IV- L’annonce diagnostique, un cadre législatif et juridique.....	16
1. Jurisprudences portant sur l’information médicale.....	16
2. Loi du 4 mars 2002.....	18
3. Droit européen.....	19
V- L’annonce diagnostique, en pratique générale.....	20
1. L’annonce diagnostique au centre de la démarche médicale.....	20
2. Particularités de l’annonce d’un diagnostic grave.....	21
2.1. Impact traumatique sur le patient et/ou sa famille.....	21
2.2. Retentissements et implications pour le médecin.....	22
2.3. L’annonce d’un diagnostic grave en pratique.....	23
3. L’annonce du diagnostic en cas d’altération cognitive ou d’altération de la conscience des troubles : l’exemple de la maladie d’Alzheimer.....	24
VI- Le diagnostic en psychiatrie, une approche spécifique.....	26
1. Spécificités des approches nosologiques.....	26
1.1. Des classifications évolutives et multiples à travers l’histoire.....	26
1.2. Des références étiologiques et théoriques multiples.....	28
2. Spécificités de la démarche diagnostique en psychiatrie.....	29
2.1. Le temps diagnostique, un acte singulier.....	29
2.2. Une sémiologie complexe, subjective et axée sur la parole.....	29

2.3. Un diagnostic stigmatisant qui touche l'identité du sujet.....	31
B. Particularités de l'annonce du diagnostic de schizophrénie.....	32
I- La schizophrénie, une entité pathologique.....	32
1. Généralités.....	32
2. Diagnostic clinique des schizophrénies.....	33
3. Les différentes formes de schizophrénies.....	34
3.1. Formes de début.....	34
3.2. Formes cliniques.....	34
4. Psychopathologie et étiopathogénie.....	35
4.1. Psychanalyse.....	36
4.2. Phénoménologie.....	36
4.3. Théorie des transactions familiales.....	36
4.4. Théories neurobiologiques et neuro-développementales.....	36
5. Evolution et pronostic.....	38
6. Traitement.....	40
6.1. Principes actuels.....	40
6.2. Les hospitalisations.....	40
6.3. Les traitements chimio-thérapeutiques.....	40
6.4. L'électro-convulsivo-thérapie.....	41
6.5. Les interventions psychothérapeutiques et psychosociales.....	41
II- La schizophrénie, les difficultés rencontrées lors de son annonce.....	43
1. Incertitudes diagnostiques et pronostiques.....	43
2. Capacités fonctionnelles à intégrer le diagnostic.....	43
2.1. Les troubles cognitifs.....	43
2.2. Les troubles de l' <i>insight</i>	44
3. Désir d'information du patient.....	45
4. Stigmatisation et discrimination.....	46
5. Identification à la maladie ou identité pathologique.....	48
6. Risque suicidaire.....	49
7. Alliance thérapeutique et psychoéducation.....	50
7.1. L'observance thérapeutique.....	50
7.2. La relation de confiance.....	51
8. Absence de recommandations consensuelles.....	52

III- L’annonce diagnostique de la schizophrénie, revue de la littérature relative à sa pratique.....	54
1. Les proportions de communication du diagnostic.....	54
2. Les raisons invoquées pour ne pas annoncer le diagnostic.....	55
PARTIE 2 : Etude sur les représentations et les pratiques de l’annonce du diagnostic de schizophrénie, chez les internes de psychiatrie de France.....	59
A. Présentation de l’étude.....	59
I- Sujet de l’étude.....	59
II- Le choix des internes comme population d’étude.....	59
III- Le choix d’une enquête par questionnaire.....	59
IV- Objectifs et hypothèses.....	60
1. Objectifs primaires.....	60
2. Objectifs secondaires.....	60
3. Hypothèses principales.....	60
B. Descriptif de l’enquête et de ses méthodes.....	61
I- Les caractéristiques générales de l’enquête.....	61
II- Elaboration du questionnaire.....	61
III- Thématiques abordées dans le questionnaire.....	61
IV- Diffusion de l’information auprès des internes.....	62
V- Collecte des données.....	63
C. Méthodes d’analyse.....	63
D. Résultats.....	64
I- Participation.....	64
II- Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des internes.....	65
III- Formation et connaissances réglementaires.....	68
IV- Pratiques et représentations relatives à l’annonce diagnostique en psychiatrie.....	69
V- Représentations relatives à l’annonce du diagnostic de schizophrénie.....	73
VI- Pratiques relatives à l’annonce du diagnostic de schizophrénie.....	75
1. Pratiques générales.....	75
2. Informations données aux patients souffrant de schizophrénie.....	81
VII- Etude des corrélations entre les réponses au questionnaire.....	83
1. Introduction à l’analyse bi-variée.....	83
2. Corrélations entre les variables socioprofessionnelles.....	83

3. Corrélations entre les variables socioprofessionnelles et les représentations...	84
4. Recherche de facteurs associés à la fréquence d'annonce diagnostique de la schizophrénie.....	86
5. Recherches de caractéristiques associées à la pratique de l'annonce diagnostique de la schizophrénie.....	89
E. Discussion.....	92
I- Limites et biais de l'étude.....	92
1. Biais d'échantillonnage.....	92
2. Biais de sélection.....	92
3. Biais liés aux non-réponses.....	93
4. Biais liés au questionnaire.....	93
5. Biais liés à l'analyse.....	93
II- Interprétation des résultats.....	93
III- Récapitulatifs des réponses à nos questions et à nos hypothèses initiales.....	109
IV- Perspectives d'études.....	111
CONCLUSION.....	112
BIBLIOGRAPHIE.....	115
ANNEXES.....	125
GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS.....	140

INTRODUCTION

F. Zorn, écrivain suisse, écrivait : « Ce qui est terrible et connu vaut toujours mieux que ce qui est terrible et inconnu » [1]. A travers l'histoire et à ce jour, les médecins se sont attelés à connaître la souffrance présentée par leurs patients en ébauchant des théories. Ces théories tentent d'expliquer les causes du mal et conceptualisent ainsi les notions de maladie et de santé.

Pour autant, l'annonce de ces maladies n'a pas toujours été de mise. C'est à la fin des années 1990, par le biais des différentes évolutions du contexte social, légal et jurisprudentiel, que l'information donnée au patient et la question de la communication du diagnostic, sont devenues des enjeux incontournables des questionnements sur les pratiques médicales.

Bien que ses bénéfices soient aujourd'hui reconnus [2], l'annonce diagnostique en psychiatrie reste une pratique complexe, sujette aux interrogations. En effet, en affectant les différentes sphères du psychisme, les maladies psychiatriques vont parfois altérer chez le patient sa conscience des troubles et poser ainsi la question de sa capacité à recevoir un diagnostic. C'est le cas pour la schizophrénie, une maladie neuropsychiatrique fréquente, sévère et source de stigmatisation, dont le pronostic dépend en partie de la précocité du diagnostic et de la prise en charge.

En France, il n'existe que peu d'informations récentes relatives à la pratique actuelle de l'annonce diagnostique de la schizophrénie. Les dernières données disponibles ont, à ce sujet, établi une plus grande réticence à informer les patients de leur diagnostic que dans le monde anglo-saxon [2].

Ce présent travail comportera ainsi deux parties.

Dans la première partie, nous procéderons d'une part à l'exploration générale du concept d'annonce diagnostique. Ainsi, après une brève définition, nous développerons les cadres relationnel, éthique, déontologique et juridique qui sous-tendent cette pratique. Puis nous nous intéresserons à sa place et à son impact, que cela soit dans la pratique médicale en général ou dans le cas spécifique de la psychiatrie, en portant une attention toute particulière à l'annonce d'un diagnostic grave et à l'annonce d'une pathologie comportant une altération de la conscience des troubles (l'exemple de la maladie d'Alzheimer). D'autre part, nous nous consacrerons aux spécificités de l'annonce diagnostique de la schizophrénie. Après avoir

développé ses abords diagnostiques, étiopathogéniques, pronostiques et thérapeutiques, nous nous attarderons ensuite sur les particularités qui fondent la problématique de l'annonce diagnostique dans la schizophrénie.

Dans une deuxième partie, nous présenterons une étude sur la représentation et la pratique de l'annonce diagnostique de la schizophrénie chez les internes de psychiatrie. L'intérêt de cette étude est de tenter de mieux cerner la pratique actuelle et les difficultés rencontrées lors de l'annonce diagnostique, notamment dans le cas de la schizophrénie. Le choix de l'interne, plutôt que celui du psychiatre, permettra de recueillir la représentation d'un médecin qui a été formé après le développement de la législation sur le droit des malades à l'information, qui peut pratiquer cette mesure, et qui sera en mesure de la faire évoluer dans l'avenir.

PARTIE 1

Approche théorique

A. L'annonce diagnostique : Généralités

I- Définitions

1. Définition de l'annonce

Le mot « annonce » désigne le : « fait de porter, oralement ou par écrit, à la connaissance d'un public plus ou moins étendu un événement récemment arrivé ou dont la survenance est imminente » [3].

Sur le plan étymologique, il s'agit d'un emprunt au latin du verbe « *adnuntiare* » ou « *annuntiare* », de la racine « *nuntio* » (information, message), qui signifie « faire connaître, prédire » [4].

2. Définition du diagnostic

Du grec « *diagnostikós* », désignant « la capacité de discerner » [5], le substantif « diagnostic » est défini comme le « temps de l'acte médical permettant d'identifier la nature et la cause de l'affection dont le patient est atteint » [6]. Il renvoie également à « l'art d'identifier une maladie d'après ses signes, ses symptômes » [7].

II- L'annonce diagnostique, un cadre relationnel

L'annonce diagnostique se pratique au sein d'un cadre relationnel défini par la relation médecin-malade. Au cours de l'histoire, ce cadre n'a cessé d'évoluer.

1. L'approche paternaliste

La France a historiquement basé la relation médecin-malade sur un modèle paternaliste. Pendant très longtemps, le système de santé s'est construit selon un modèle relationnel dissymétrique : le malade était subordonné aux soins et protégé par le médecin bienveillant. JL. Senon et C. Jonas [8] rappellent que cette dissymétrie prend racine dans notre histoire culturelle marquée d'abord par l'influence judéo-chrétienne à laquelle succède le paternalisme du XIX^e siècle.

L'ancêtre du système de santé est en effet né des œuvres fondées sur les ordres religieux.

Dans une culture quasi-exclusivement chrétienne, la souffrance pouvait être considérée comme une épreuve imposée par Dieu et l'occasion de faire pénitence et d'affermir sa foi. L'amalgame entre la maladie et le péché faisait alors du malade un être égaré, à protéger et à diriger, dans une relation dissymétrique entre lui et ceux qui le guident. Malgré la sécularisation du système de santé, ce modèle est resté dominant pendant des siècles et le paternalisme médical a continué à marquer cette dissymétrie.

Cette approche est fondée sur la primauté du principe de bienfaisance. Le malade y est perçu comme vulnérable, affaibli, et ignorant du savoir médical. Le médecin a donc « une obligation morale fondée sur la protection du faible à se substituer à lui pour faire son bien » [9]. Dans l'intérêt de son patient, il décide seul. Il peut masquer une partie de la vérité voir commettre un « mensonge médical » afin de protéger le patient ou ne pas aggraver son état [10]. Dans ce modèle de relation, le médecin est seul détenteur du savoir spécifique et le malade, dont le consentement n'est pas indispensable, doit accepter passivement l'application sur sa personne de l'art médical. Ainsi, aux yeux du médecin, l'annonce diagnostique ne présentait pas d'intérêt évident pour le malade,.

Ce modèle paternaliste a longtemps dominé la relation de soin et la question de l'annonce diagnostique n'était alors que très peu soulevée. En France, c'est à partir de la deuxième moitié du XXème siècle que la relation médecin-malade a évolué vers un modèle plus égalitaire, fondé sur le partenariat médecin-patient. Les notions d'information médicale, de consentement ainsi que la problématique de l'annonce diagnostique se sont progressivement hissées sur le devant de la scène.

2. Le partenariat thérapeutique

Depuis la fin du XXème siècle, la relation médecin-malade a ainsi été remaniée de manière conséquente, par le biais de divers facteurs sociaux, culturels et médicaux.

La médecine s'est peu à peu développée autour d'un savoir scientifique croissant. Ses indications, ses progrès thérapeutiques mais aussi ses risques se sont étendus. Elle privilégie de nos jours une approche globale, centrée sur le patient, et c'est donc logiquement que l'avis de ce dernier est devenu essentiel.

Dans le même sens, la montée des valeurs individualistes et la tendance à l'émancipation des individus se sont conjuguées, entraînant avec elles la quête de libertés individuelles. Avec l'élévation du niveau de vie, du niveau de connaissance, et la facilitation des accès à

l'information, les patients sont devenus des interlocuteurs actifs et de véritables usagers du système de soins [11], plus exigeants envers la médecine et désireux de comprendre les maladies et leurs traitements.

L'ensemble de ces évolutions et l'influence de la médecine consumériste du modèle nord-américain et plus généralement anglo-saxon, a donc abouti à la création d'un nouveau modèle de relation médecin-malade. Ce modèle dit de « partenariat thérapeutique » se fonde sur le consentement libre et éclairé du patient et sur la décision partagée.

Dans ce modèle, le patient se refuse d'être l'objet passif de l'art médical. Il se veut à l'initiative des soins sous la guidance du médecin. Dans l'optique d'un consentement éclairé, il est informé de manière « loyale, claire et appropriée ». Les conséquences de l'évolution de la maladie en l'absence de traitement et les options thérapeutiques existantes lui sont ainsi présentées.

Ce type de relation conserve la bienveillance du médecin et la confiance du patient présent dans le modèle paternaliste. Mais il s'enrichit du principe d'autonomie de ce dernier. Ainsi, « ni décision médicale autoritaire ni relation purement contractuelle ne sont satisfaisantes pour l'éthique ». [12]. La relation médecin-malade se doit d'être une alternative entre ses deux modèles où le médecin devient « un expert pour évaluer la situation, un conseiller pour guider, un coordinateur qui organise, rassemble et sert d'interprète » [13]. Le choix n'appartient plus au médecin (détenteur du savoir) mais bien au patient, qui subit la maladie et son remède.

Dans la pratique, l'application de ce modèle peut s'avérer complexe. Les circonstances de la rencontre médecin-malade sont variables. Les patients ne sont pas tous déterminés ou en capacité de participer à la décision médicale et aux soins. Le contexte d'urgence et d'altération du jugement en sont deux exemples.

Ce modèle permet toutefois de poser un cadre quant à la relation médecin-malade et à la problématique de l'annonce diagnostique, bien qu'il reste sujet à réflexion quant à son application.

III- L'annonce diagnostique, un cadre éthique et déontologique

1. Abord éthique

L'éthique est « un travail de la raison humaine pour penser les valeurs et les repères de l'agir » [14].

Son but est de tendre à la réalisation du bien. L'éthique médicale constitue donc le questionnement indispensable à toute spécialité médicale. Elle fonde la pratique médicale sur quatre principes : la bienfaisance, l'autonomie, la dignité de la personne et l'équité.

La bienfaisance constitue le principe à la base de tout acte médical dont le but est le soin. Elle doit être complétée par le principe de « non malfaisance » (« *primum non nocere* »). Il impose au médecin la prise en compte de l'avis du patient ; sa notion du bien pouvant être différente de celle du praticien.

Le principe d'autonomie implique que l'« on considère tout être humain comme libre de déterminer lui-même la conduite de son existence » [15]. A travers ce principe, le médecin reconnaît que l'intérêt du patient est défini au mieux par ce même patient. Le praticien ne peut donc y substituer sa propre conception.

Le principe de la dignité de la personne repose sur le respect de la condition d'Homme. Cette condition permet de considérer le sujet en tant que corps mais aussi en tant qu'être pensant singulier, dont le droit à l'information paraît essentiel.

Le principe d'équité impose le refus de toute discrimination quant à l'accès ou à la qualité des soins, « cela ne revient pas seulement à traiter les personnes défavorisées aussi bien que les autres. Il s'agit aussi de traiter les personnes favorisées comme les autres » [16].

Le médecin a donc le devoir éthique d'informer son patient (et donc de lui annoncer le diagnostic ?) au nom des principes de bienfaisance et de dignité des personnes afin de permettre le respect du principe d'autonomie, et ce quel que soit le patient et son statut.

2. Abord déontologique

La déontologie est la science du devoir. Elle se distingue de l'éthique par une réflexion centrée sur la morale. Son but est le respect des principes de bonnes pratiques.

L'exercice de la médecine est réglementé à travers le Code de Déontologie Médicale, qui dans sa quatrième version publiée en 1995, précise au travers de plusieurs articles la place de

l'information faite au patient (et par voie de conséquence l'annonce diagnostique). On y trouve en particulier deux articles très importants sur l'information et le consentement.

-L'article 35 dispose que :

« Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. Toutefois, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose un tiers à un risque de contamination. Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonscription, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite » [17, 18].

-L'article 36 dispose quant à lui que :

« Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposé, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilités ».

De la même façon, dans son article 42, les incitations à l'information et la recherche de consentement s'élargissent aux mineurs et majeurs protégés puisqu'« un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir son consentement ». La reconnaissance du statut de malade « hors d'état d'exprimer sa volonté », « mineur » ou « majeur protégé » ne dispense cependant pas le médecin de son devoir d'information et de recherche de consentement.

Le code de déontologie introduit donc l'absolue nécessité du consentement du patient. Or, ce n'est qu'en considérant l'ensemble des informations relatives à son état que ce dernier pourra établir un choix. **L'information médicale est en ce sens « le corollaire de l'obligation d'obtenir le consentement »** [19].

Le contenu de cette information reste flou puisqu'il fait mention de « l'état » du patient. Ce terme laisse ainsi au praticien une marge d'interprétation quant à l'information à délivrer

(symptômes, diagnostic, pronostic ?). Il ne permet donc pas de trancher définitivement sur la question de l'obligation d'annonce diagnostique dans la recherche du consentement libre et éclairé du patient. Il tend néanmoins à l'encourager ou tout du moins, à y réfléchir consciencieusement.

IV- L'annonce diagnostique, un cadre législatif et juridique

Depuis le milieu du XXème siècle, on assiste à une forte croissance des lois et des jurisprudences au sujet de l'information médicale, renvoyant ainsi à la question de l'annonce diagnostique. Nous avons préféré évoquer ces dernières par ordre chronologique.

Rappelons que les lois relatives à la pratique médicale se réfèrent au Code Pénal, au Code Civil, au Code de Santé Publique (CSP) et au Code de la Sécurité Sociale. Le Code de Déontologie Médicale est quant à lui inclus dans la partie réglementaire du Code de Santé Publique depuis juillet 2004.

1. Jurisprudences portant sur l'information médicale

En France, la médecine dépend de deux juridictions différentes selon qu'elle s'exerce en milieu libéral ou en milieu public. Ainsi, l'exercice libéral relève de la compétence des juridictions civiles et ainsi de la Cour de Cassation en matière de droit. L'exercice public, relève quant à lui de la compétence des juridictions administratives et, plus particulièrement pour les questions de droit, du Conseil d'Etat. Les principales jurisprudences portant sur l'information médicale seront reprises ici de manière chronologique.

En 1936, l'arrêt Mercier est le premier à faire référence, de manière implicite, à l'information délivrée au patient. Cet arrêt assimile la relation médecin-malade à une relation contractuelle dont les conditions sont définies par l'article 1108 du Code Civil. Il dispose que quatre conditions sont nécessaires à la validation de ce contrat : « le consentement de la partie qui s'oblige ; sa capacité de contracter ; un objet certain qui forme la matière de l'engagement ; une cause licite dans l'obligation ». C'est la première fois qu'apparaît en matière de droit médical la notion de consentement qui sera reprise en 1942 par l'arrêt Teyssier. Il y est précisé qu'un médecin « est tenu, sauf en cas de force majeure, d'obtenir le consentement du patient avant de pratiquer une opération ». L'arrêt de principe du 2 février 1961 précise que cette information doit être « simple, approximative, intelligible et loyale ».

L'arrêt Hoffman de 1969 ajoute que « l'avertissement préalable constitue une obligation professionnelle d'ordre général, antérieure à l'intervention médicale ou chirurgicale et distincte de celle-ci ».

L'arrêt du 4 mai 1970 et l'arrêt Guidi de 1987 précisent que cette information se doit de comporter deux aspects : le premier porte sur les risques entraînés par la maladie, le second sur les risques entraînés par les actes médicaux. Le patient informé peut ainsi « comparer les avantages et les risques encourus » (arrêt du 19 avril 1988). L'information éclaire sur les risques normalement prévisibles. Les risques exceptionnels (dont la survenue est inférieure à 2%) ne justifiant pas de prévention particulière peuvent « sans qu'il y ait faute, ne pas être signalés au patient » (arrêt Gadini-Morant de 1981).

La fin des années 90 marque un tournant majeur dans l'évolution de l'information médicale. Au travers de plusieurs arrêts, la cour de Cassation puis le Conseil d'Etat en modifient considérablement la place juridique. L'arrêt de la Cour de Cassation de février 1997, dit arrêt Hédreul, établit l'inversion de la charge de preuve. En cas de litige, c'est dorénavant au médecin de prouver l'existence d'une information antérieure. L'arrêt de la cour de Cassation d'octobre 1997 réaffirme cette inversion.

L'arrêt de la Cour de Cassation d'octobre 1998 modifie quant à lui la possibilité laissée antérieurement au médecin de ne pas signaler les risques exceptionnels en précisant qu' « hormis les cas d'urgence, d'impossibilité ou de refus du patient d'être informé, un médecin est tenu de lui donner une information loyale, claire et appropriée sur les risques graves afférents aux investigations et soins proposés, et il n'est pas dispensé de cette obligation par le seul fait que ses risques soient exceptionnels ». Cet arrêté relève par ailleurs les trois exceptions à l'obligation d'information : l'urgence, l'impossibilité et le refus du patient.

En janvier 2000, le Conseil d'Etat modifie la jurisprudence concernant le devoir d'information des médecins hospitaliers. A travers deux arrêts, il rejoint la Cour de Cassation sur l'obligation d'information et l'inversion de charge de preuves. L'hôpital et les équipes soignantes se retrouvent alors devant la nécessité juridique d'informer le patient et d'être en capacité de prouver cette information.

L'arrêt du 23 mai 2000 du Conseil d'Etat reprend et réaffirme la notion d'« aménagement de l'information ». Cette notion concerne notamment l'annonce du diagnostic. Rappelons que cet arrêt est issu de l'action en litige d'un patient atteint d'un trouble bipolaire qui reprochait à

son psychiatre de l'avoir tenu dans l'ignorance de son diagnostic. L'« aménagement de l'information » constitue une exception thérapeutique à l'obligation d'information. Il impose cependant au médecin de prendre en compte l'intérêt du patient au travers de sa pathologie, de son pronostic et de sa personnalité.

Au fil du temps et des ajustements législatifs, l'information médicale est donc devenue une obligation du médecin qui doit désormais systématiquement éclairer le patient sur son état, son pronostic et les conséquences éventuelles de la maladie.

2. Loi du 4 mars 2002

La Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 est venue rassembler les droits fondamentaux de la personne malade, en éclairant les droits des patients en termes d'information médicale. Elle réaffirme, dans ses articles L1111-1 à 7 du CSP, la responsabilité du patient quant aux décisions à prendre sur ses soins ainsi que le devoir du personnel de santé de respecter sa volonté.

Dans son article L.1111-2, la Loi dispose que :

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état. Cette information porte sur les différentes investigations, les traitements (...) qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent, ainsi que les autres solutions possibles ».

Cette information précède le consentement libre et éclairé du patient dont la recherche et l'obtention sont réaffirmées par l'article L.1111-3.

Cependant, la variabilité des situations cliniques peut rendre difficile voire impossible son application stricte et systématique. Le législateur a prévu l'existence de ces cas particuliers. Ainsi, l'article L.1111-2 précise que « l'urgence et l'impossibilité » constituent une « dérogation à l'obligation d'information ». Pour autant, alors que l'urgence semble bien définie dans le droit médical, la Loi ne définit pas ce qui constitue une impossibilité d'information.

La volonté du patient de ne pas être informé constitue une autre dérogation prévue par l'article L.1111-2., sauf lorsque les tiers sont exposés à un risque de transmission.

La Loi du 4 mars 2002 place le patient comme destinataire privilégié de l'information médicale. Elle précise aussi sa place dans les cas où ce dernier est mineur ou majeur sous tutelle. Le statut de « personne de confiance » y est créé. L'article L.1111-5 prévoit qu'un mineur

puisse être demandeur de soins en maintenant ses parents dans l'ignorance s'il est accompagné d'une personne de confiance majeure de son choix. L'information médicale s'adresse alors à la fois au mineur et à l'accompagnant. Pour les patients majeurs sous tutelle, l'information et la recherche de consentement s'adressent au représentant légal. L'assentiment du patient sera toutefois recherché en lui délivrant une information adaptée.

La Loi dispose également que le secret médical s'impose vis à vis de la famille et de l'entourage, mais en cas de diagnostic ou de pronostic grave, il ne « s'oppose pas à ce que la famille, les proches, ou la personne de confiance définie à l'article L.1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part » (article L.1110-4 du CSP).

L'annonce diagnostique en tant qu'information médicale s'adresse donc d'abord au patient. Toutefois, la Loi reconnaît la place de l'entourage.

Enfin, rappelons qu'il ne fait mention d'aucune contrainte légale quant à la temporalité de l'information. Cette notion trouve son importance notamment pour l'annonce du diagnostic qui peut de ce fait être préparée, réfléchie voire progressive.

En médecine, la nécessité d'informer les patients sur leur diagnostic, les traitements et le pronostic de leur maladie devient donc une obligation médico-légale que la recommandation de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé (HAS) de mai 2012 rappelle [20] :

« La loi du 4 mars 2002 reconnaît un droit général pour toute personne d'être informée sur son état de santé par les professionnels de santé. Ce droit d'être informé est identique quel que soit le professionnel qui délivre l'information, son mode et son lieu d'exercice (privé/public), quelles que soient les circonstances ».

La HAS stipule ainsi que la psychiatrie est aussi concernée par cette évolution caractérisée par des changements législatifs ainsi que par les changements de mentalité des soignants et des usagers de soins.

3. Droit européen

Dans le domaine de l'information, il existe une disparité importante entre les pays européens. Dans le souci d'établir une base commune, le Conseil de l'Europe s'intéresse à cette question pour la première fois en 1976. Il émet alors quelques recommandations concernant les droits des malades.

Il faut attendre 1997 pour voir aboutir la Convention sur les Droits de l'Homme et de la biomédecine. Signée à Oviedo, elle tente de fixer un cadre juridique et rappelle les principes fondamentaux du consentement, mais n'a que peu de portée devant la Cour Européenne puisque seulement 19 pays sur 32 signataires l'ont ratifiée.

C'est la Convention Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) qui fait l'objet de recours effectifs en matière de droit européen. Elle est à l'origine de jurisprudences émises par la Cour Européenne des Droits de l'Homme relatives à la protection du consentement et à l'information du patient. La Cour Européenne se réfère alors à l'article 8 de la CDEH.

Dans l'arrêt Glass contre Royaume-Uni en mars 2004, la Cour Européenne précise que :

« L'intervention dans le domaine de la santé ne peut être effectuée qu'après que la personne concernée y a donné son consentement libre et éclairé. Cette personne reçoit au préalable une information adéquate aussi bien sur le but et la nature de l'intervention ainsi que sur ses conséquences et ses risques. La personne peut à tout moment, librement retirer son consentement ».

C'est donc dans ses rapports avec le consentement que l'information médicale est légiférée au niveau européen. L'annonce du diagnostic n'y est pas spécifiquement abordée.

V- L'annonce diagnostique, en pratique générale

1. L'annonce diagnostique au centre de la démarche médicale

Le savoir médical a évolué au travers des siècles. Pour autant, la démarche médicale est restée inchangée, visant à identifier la souffrance du patient afin de pouvoir la traiter de manière adaptée. L'annonce du diagnostic correspond à une séquence centrale de cette démarche qui comporte différentes étapes individualisables [21].

• L'établissement du diagnostic :

- L'examen clinique : ce premier temps de la rencontre médecin-malade correspond à une demande de soins où le diagnostic occupe une place primordiale au sein de la réflexion médicale. Le médecin va tenter de recueillir l'ensemble des troubles, signes et symptômes présentés par le patient. Il s'appuie pour cela sur un interrogatoire ainsi que sur un examen clinique. Le praticien aboutit alors à l'élaboration d'une hypothèse diagnostique et de diagnostics différentiels, à partir d'un référentiel théorique et nosographique.

- Les explorations para-cliniques : il s'agit d'un temps d'investigation durant lequel le médecin va être à l'initiative d'explorations médicales (bilan biologique, radiologique, etc.) afin d'affirmer un diagnostic ou d'écarter un ou plusieurs diagnostics différentiels, tout en permettant d'évaluer l'étendue des désordres engendrés par la maladie. Ce temps technique est important dans l'établissement de la relation médecin-malade puisqu'elle accuse réception et valide la souffrance exprimée, avec un but commun au patient et au médecin : identifier la maladie.

- **La prise en charge post-diagnostique :**

Une fois le diagnostic établi, l'annonce du diagnostic répondra aux questions du patient en apportant des explications étiologiques à ses troubles.

Elle permettra par la suite au médecin d'envisager un pronostic (basé sur un savoir statistique). La transmission de ce pronostic au patient tentera de répondre aux craintes de ce dernier quant aux répercussions de la maladie sur son avenir.

La proposition thérapeutique au patient ne pourra également avoir lieu qu'une fois le diagnostic et sa gravité annoncés, afin que le patient puisse en toute conscience évaluer les bénéfices et les risques inhérents aux traitements proposés.

Annoncer un diagnostic s'avère donc être une étape centrale au sein la démarche médicale. Cela ne revient pas seulement à la mise en mots par des termes techniques des troubles présentés par le patient. Il s'agit d'un temps d'écoute, d'information et d'orientation thérapeutique dont dépendra la suite de la démarche médicale.

2. Particularités de l'annonce d'un diagnostic grave

L'annonce d'un diagnostic grave se définit par la transmission d'une information médicale jugée particulière de par la gravité ou le caractère péjoratif de son contenu. S'y intéresser semble indispensable pour tout professionnel de santé susceptible d'être confronté à cette pratique.

2.1. Impact traumatique sur le patient et/ou sa famille :

La maladie va le plus souvent faire son apparition au travers de l'expérience subjective qu'en fait le patient, bien avant l'annonce officielle du diagnostic. L'apparition de symptômes va en effet mettre en jeu les représentations personnelles du patient concernant son corps et la maladie. Des désirs contradictoires vont alors se manifester : ne rien savoir pour préserver sa vision de l'avenir, tout savoir pour lever le doute. L'annonce diagnostique va venir lever le

doute. Mais si elle peut soulager le patient de l'angoisse liée à l'incertitude, l'annonce va venir bouleverser sa vie, pouvant constituer un réel traumatisme psychique.

J. Laplanche et J-B. Pontalis décrivent le traumatisme psychique comme un « évènement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement ou les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique » [22].

Dans le cadre théorique de la psychanalyse, S. Freud empreinte quant à lui le terme de « trauma » à la chirurgie pour le transposer sur le plan psychique. Il en reprend trois notions qui le fondent : un choc violent, une effraction et des conséquences dans l'organisation psychique. Les évènements de vie violents et inattendus, vécus dans un sentiment d'impuissance, où l'individu voit son intégrité physique ou psychique menacée, sont les plus à même d'engendrer un traumatisme psychique.

L'annonce d'une maladie grave en fait partie. Elle va en effet s'accompagner d'un « sentiment de perte de sens dans le rapport à l'avenir et devant l'existence » [23]. Elle va constituer pour le patient « une brutale déviation de son chemin de vie » [24]. Ainsi, « au-delà de l'énonciation d'un diagnostic (...), l'annonce renvoie au lien indéfectible qui unit l'ordre biologique et l'ordre social et qui transforme tout désordre biologique en désordre social de premier plan » [25]. Elle va entraîner un bouleversement des fonctions sociales, une nécessaire réorganisation de la vie quotidienne et de multiples interrogations et angoisses sur son rôle, sa place, son devenir.

La réaction du patient à l'annonce diagnostique reste cependant individuelle. J. Laplanche et J-B. Pontalis rappellent en ce sens qu'« on ne saurait parler d'évènements traumatiques de façon absolue, sans envisager la susceptibilité propre du sujet» [22].

Ainsi, l'annonce diagnostique reste un moment charnière, ancré dans les mémoires. Elle peut, en fonction de la qualité de son déroulement, être un frein majeur à l'établissement d'une relation de confiance, ou bien un moment fondateur pour la relation thérapeutique [26,27].

2.2. Retentissements et implications pour le médecin :

Si les réticences à annoncer une mauvaise nouvelle sont souvent pensées et exprimées comme des attitudes de prudence ou de protection à l'égard du patient, elles peuvent aussi provenir des propres difficultés du médecin face à ce moment délicat. En effet, ce dernier peut se retrouver confronté à différents sentiments : « la peur de la maladie et de la mort, la peur

d'être désapprouvé (comme s'il était responsable de la mauvaise nouvelle), la peur de faire mal, le sentiment d'impuissance, le sentiment de culpabilité, la peur de ne pas être à la hauteur (avec aussi la peur d'avouer son ignorance), la peur des réactions émotionnelles (et de ne pas savoir y faire face et y réagir) » [27,28].

En plus de ces différentes peurs, il est utile de connaître les mécanismes de défense potentiellement activés chez les professionnels. Il s'agit de l'identification projective (croire savoir ce qui est bon pour le patient sans prendre le temps de l'écouter), de la rationalisation (qui empêche le dialogue), de la fausse réassurance, de la fuite en avant, de la banalisation et du mensonge [27,29].

2.3. L'annonce d'un diagnostic grave en pratique :

Comme le dit I. Moley-Massol : « il n'existe pas de "bonnes" façons d'annoncer une mauvaise nouvelle, mais certaines sont moins dévastatrices que d'autres » [30]. En ce sens, il ne s'agit pas d'établir un protocole uniforme pour l'annonce mais plutôt de mieux en cerner les enjeux, les écueils et les dégâts potentiels pour éviter de faire une « mauvaise annonce ».

De cette façon, à partir des réflexions qui ont d'abord été menées dans le domaine des maladies somatiques comme le cancer ou certaines maladies dermatologiques chroniques, quelques principes ont pu être relevés afin de faciliter une démarche d'annonce propice à minorer l'impact traumatique. Ainsi, les différents professionnels qui ont porté leur attention sur ce sujet sont unanimes pour dégager les quelques règles principales suivantes [27, 28,31, 32] :

- **Utiliser un cadre approprié** : dans un lieu calme, respectant l'intimité du patient et le plus accueillant possible, le médecin doit veiller à ne pas être dérangé.
- **Etre disponible et prendre le temps nécessaire pour le patient et/ou sa famille** : afin d'informer progressivement, avec une « vérité du pas à pas » [29] qui s'ajuste à leur rythme.
- **Ecouter** : comme dit M. Chastaing : « la vérité est bien plus complexe que la révélation d'un diagnostic. Dire la vérité au patient, c'est être disponible et capable de répondre véritablement à sa demande (...) Informer, c'est d'abord écouter » [31].
- **Laisser place à l'espoir** : en fixant des buts réalistes et adaptés à la maladie et à son évolution.
- **Evoluer dans une atmosphère de sincérité et de vérité** : ne rien dire qui ne soit pas vrai.

- **Engager vers un accompagnement thérapeutique** : par le biais d'une information médicale continue sans fin et accompagnatrice.

3. L'annonce du diagnostic en cas d'altération cognitive ou d'altération de la conscience des troubles : l'exemple de la maladie d'Alzheimer

L'altération cognitive et l'altération de la conscience des troubles dans certaines pathologies vont parfois complexifier la démarche d'annonce diagnostique. Cela peut être le cas dans la maladie d'Alzheimer, une maladie neurodégénérative incurable du tissu cérébral qui entraîne la perte progressive et irréversible des fonctions mentales (notamment de la mémoire) et qui est la cause la plus fréquente de démence chez l'être humain.

En effet, comment annoncer une information claire et appropriée à un patient supposé atteint par la maladie dans ses capacités de compréhension et de jugement ?

Pour répondre à ce questionnement, des recommandations de bonnes pratiques ont été réunies par la HAS [33]. Ne seront évoquées ci-dessous que celles spécifiques à la maladie d'Alzheimer et non celles communes aux maladies graves, déjà citées plus haut.

- **Prérequis à l'annonce :**

Lors de la réalisation du bilan conformément aux recommandations HAS, le patient sera informé qu'une consultation sera dédiée à l'annonce. Il est recommandé d'avoir connaissance au préalable des différents éléments de la vie du patient, de sa personnalité, de ses représentations de la maladie, de ses craintes ainsi que du vécu de l'aidant. Il est également recommandé d'évaluer la volonté du patient de connaître le diagnostic et sa conscience du trouble. Si les éléments de ce prérequis sont manquants, il est préconisé de différer l'annonce du diagnostic.

- **Annonce du diagnostic :**

Le patient est informé le premier de son diagnostic. A sa demande, cette annonce est partagée avec une personne de son choix. En cas d'incapacité à exprimer cette demande, le diagnostic est annoncé à la personne de confiance ou à défaut à un membre de son entourage en présence du patient.

Il est recommandé que le médecin spécialiste qui a établi le diagnostic, l'annonce de façon explicite. Le terme précis de maladie d'Alzheimer doit être prononcé après une graduation dans

le choix des mots si nécessaire. Les termes de démence ou de dégénérescence cérébrale doivent être évités.

Lors de cette annonce, des points constructifs doivent être évoqués : la mise en avant des capacités préservées du patient et de ses projets, la possibilité de mise en place d'une stratégie thérapeutique, les aides possibles, l'existence d'association de malades et de familles, les recherches actuelles dans le domaine, l'existence d'évolutions cliniques lentes.

Le patient et sa famille doivent être informés de la possibilité d'être reçus rapidement après l'annonce.

Par ailleurs, il est recommandé au patient de consulter son médecin traitant dans les plus brefs délais. Un compte-rendu d'annonce est préalablement adressé à ce dernier.

- **Accompagnement du diagnostic :**

Une coordination avec le médecin traitant est un gage de sécurité et de continuité des soins, dans le respect du libre choix et des souhaits du patient. Il revient au médecin traitant d'aborder les aspects pratiques source de questionnements (l'indication d'une protection juridique, la conduite automobile, l'adaptation du logement...etc.), de présenter le plan des soins et d'aides et d'en assurer la mise en place en collaboration avec le médecin ayant établi le diagnostic et les structures de coordination.

Un suivi spécifique des aidants et la désignation précoce d'une personne de confiance s'avèrent nécessaires.

- **Cas particuliers :**

En cas d'angoisse majeure, il est recommandé lors de l'annonce du diagnostic d'interrompre cette annonce et de rassurer le patient, d'instaurer un traitement voire d'hospitaliser le patient si nécessaire et de reprendre l'annonce du diagnostic dès que l'état du patient le permet.

En cas de déni ou d'anosognosie, il est recommandé de ne pas chercher à convaincre le patient, mais le diagnostic doit être annoncé clairement. La répétition peut être inutile ou traumatisante. La proposition d'un travail psychique sur les troubles présentés et sur la souffrance ressentie visera à entraîner une reconnaissance progressive de la maladie qui permet à distance d'aborder le diagnostic ou de compléter son annonce.

En cas de stade sévère de la maladie, il est difficile de préjuger des capacités réelles de compréhension du patient. Pour autant, ces derniers peuvent tirer bénéfice de cette annonce qui se doit d'être réalisée selon les principes précédemment énoncés. L'annonce du diagnostic est une marque de respect et de reconnaissance du patient permettant de faciliter l'expression de ses émotions.

En cas de réticence ou d'opposition familiale, il est recommandé de recevoir la famille à part, avec un temps d'écoute, avant d'annoncer le diagnostic au patient. Il faudra se faire aider par un psychologue et ou un psychiatre si la situation reste bloquée.

Si le patient est isolé socialement, il est recommandé d'annoncer le diagnostic après la mise en place d'un accompagnement médico-psycho-social.

VI- Le diagnostic en psychiatrie, une approche spécifique

La démarche diagnostique en psychiatrie se caractérise par de nombreuses particularités, en partie liées à la spécificité de l'objet de sa discipline : le psychisme et ses troubles.

Une de ces spécificités est de posséder et d'utiliser plusieurs systèmes de classification en fonction de la référence théorique choisie. Tout diagnostic se rapporte ainsi à un système nosographique, différent en fonction du choix théorique ; il désigne la maladie et oriente l'acte thérapeutique. Mais à la différence des autres spécialités médicales, ces classifications diagnostiques ne s'unifient pas autour d'un socle commun et ne font pas l'unanimité.

A cela va s'ajouter la complexité et la singularité du symptôme psychiatrique. En effet, si le diagnostic a un sens en psychiatrie, c'est avant tout comme aide pour mieux reconnaître, mieux voir, mieux entendre le signe que nous fait le patient dans sa souffrance. Un signe que le patient lui-même, le plus souvent, ne perçoit pas ou ne déchiffre pas. Ainsi l'établissement du diagnostic ne devra pas faire oublier le symptôme ou la situation qui fait symptôme, mais devra permettre d'y répondre [34].

1. Spécificités des approches nosologiques

1.1. Des classifications évolutives et multiples à travers l'histoire :

L'activité classificatoire en psychiatrie a toujours été source de débats.

P. Buchez note devant la Société Médico-Psychologique que « le but le plus important des classifications est d'assurer le diagnostic [...] et, comme le diagnostic est la base du traitement, leur but, en dernière analyse est le traitement » [35].

Dans une vision contraire, BA. Morel écrit quant à lui qu'« il faut se contenter de décrire certains malades et ne pas essayer de les classer d'une manière rigoureuse » [36].

Toutefois, bien que sujette à controverse, la préoccupation classificatoire se retrouve chez les médecins dès l'Antiquité. Une première division des troubles mentaux en fonction de la cause et de l'évolution est ainsi ébauchée par l'école hippocratique qui sépare la *phrenitis* (frénésie) aiguë et fébrile, de la manie et de la mélancolie, chroniques [37]. Le corpus hippocratique repose sur le monisme corps-esprit et la théorie des humeurs, tandis que la philosophie grecque s'appuie sur la séparation de la *psyche* en « âmes » et facultés.

G. de Pergame (IIe après J-C.), dualiste stoïcien, restitue au cerveau un rôle premier dans le fonctionnement mental que lui avait contesté Aristote. Il localise les facultés mentales dans le cerveau et développe les concepts de lésion « sympathique » et de tempérament [37].

A travers la médecine arabe (Avicenne), son œuvre se transmet aux philosophes scolastiques du Moyen-Age, puis aux nosographes de la Renaissance, qui reprennent la subdivision des facultés d'Aristote, mais en les situant dans différentes cavités du cerveau [37].

En dépit des découvertes d'A. Vésale et d'A. Paré, la nosographie de l'aliénation mentale n'évolue guère à la Renaissance. Le français J. Fernel (1486-1557) distingue l'aliénation de l'affaiblissement mental, tout comme le Suisse F. Platter (1536-1614) qui adopte une première nosographie reposant sur le degré de perturbation des différentes fonctions de l'esprit [37].

Au XVIIe siècle, le médecin légiste P. Zacchias (1584-1659) désigne du terme de *dementia* l'ensemble des troubles mentaux qu'il divise en *insania*, *fatuitas* et *délirium* [37].

La nosologie connaît ensuite un tournant décisif avec T. Sydenham (1624-1689) qui en s'appuyant sur la description empirique et l'observation clinique, introduit la notion de syndrome et ouvre la voie à la conception moderne de la maladie [37].

Au XVIIIe siècle, la nosologie symptomatique de F. Boissier de Sauvages, inspirée du naturaliste C. Von Linné, subdivise les classes en ordres, genres et espèces. W. Cullen forge le terme de névrose (1769). Il en fait une classe que reprend P. Pinel dans sa nosographie (1798) [37].

Le XIXe siècle est l'âge d'or des classifications. Le genre aliénation comprend pour P. Pinel cinq espèces (mélancolie, manie sans et avec délire, démence, idiotisme). J-E. Esquirol scinde la mélancolie en lypémanie et monomanie. E-J. Georget décrit la stupidité et sépare

l'aliénation du délire aigu, sympathique ou symptomatique. W. Griesinger introduit, quant à lui, le cycle de la psychose unique, qui correspond à l'aliénation unitaire des français [37].

En Allemagne et en France, à partir de 1850, des « maladies » évolutives et autonomes sont différenciées sous l'influence de J-P. Falret, parallèlement à l'éclosion de la théorie de la dégénérescence [37]. Cette orientation aboutit au traité de E. Kraepelin, dont la classification, d'abord symptomatique, devient à partir de la 5^{ème} édition (1896), évolutive. La 6^{ème} édition (1899) est centrée sur la folie maniaque-dépressive et la *dementia praecox*, devenue schizophrénie chez E. Bleuler (1911). De leur côté, S. Freud et P. Janet circonscrivent le champ des névroses. Ces différents travaux charpentent la nosologie psychiatrique jusqu'à la 9^{ème} Classification Internationale des Maladies (CIM) et à la 2^{ème} édition du *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* (DSM) (1968).

Le concept de maladie mentale est toutefois remis en cause dès l'époque de E. Kraepelin, au nom de la sémiologie empirique (P. Chaslin, 1912) et de la phénoménologie (K. Jaspers, 1913), qui préconisent une classification en syndromes et « types cliniques ». Le développement des critères diagnostiques dans les années 1970 aux Etats-Unis conduit à la publication du DSM-III (1980) et de la CIM-10 (1992). Le DSM-IV (1994) et le DSM-V (2013) confirment cette approche empirique, malgré des critiques sur la multiplication de nouvelles catégories et sur la méthodologie des études de terrain [37].

1.2. Des références étiologiques et théoriques multiples :

La distinction entre les différentes psychopathologies va reposer sur la distinction entre leurs étiologies. Or à ce jour, les troubles mentaux ne peuvent être compris selon l'application d'une théorie unique. Ils se doivent d'être abordés dans une optique multifactorielle et intégrative, associant des facteurs de vulnérabilité, des hypothèses entre autres génétiques et neurobiologiques.

De même, pour tenter de rendre compte du fonctionnement psychique et de ses perturbations, de nombreuses théories ou références épistémologiques ont vu le jour. Ces différentes conceptions du psychisme exposent des modèles de compréhension variés qui peuvent s'avérer complémentaires, mais parfois contradictoires. Pour rendre compte de cette diversité, S. Ionescu présente dans son ouvrage les différentes approches de la psychopathologie [38]: a-théorique, behavioriste, biologique, cognitiviste, développementale, écosystémique, ethnologique, éthologique, existentialiste, expérimentale, phénoménologique,

psychanalytique, sociale et structuraliste. Il met l'accent sur la complémentarité de ces quatorze approches, qu'il convient d'associer dans une approche intégrative de la psychopathologie.

Devant cette multiplicité d'hypothèses étiologiques et d'approches théoriques, l'usage de classifications a-théoriques abordant les psychopathologies de manière catégorielle et rejetant l'utilisation de critères étiologiques, fait aujourd'hui référence, bien qu'elle soit la cible de critiques diverses. Deux de ces classifications sont majoritairement utilisées : le DSM est publié par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA), qui en est à sa cinquième version (DSM-5) ; la CIM est quant à elle publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), qui en est à sa dixième version (CIM-10).

Dans ces classifications, les entités pathologiques sont présentées en forme de regroupements syndromiques. Elles ne prétendent pas au statut de maladie, ce qui supposerait une connaissance de leur cause. Le terme de « troubles mentaux » leur est d'ailleurs attribué.

2. Spécificités de la démarche diagnostique en psychiatrie

2.1. Le temps diagnostique, un acte singulier :

L'entretien psychiatrique visant à établir un diagnostic se situe d'emblée comme un acte thérapeutique : il s'inscrit dans une relation interpersonnelle dont les modalités engagent largement la suite des soins, voire l'avenir des relations du sujet à l'ensemble du système de soins psychiatriques [39]. La démarche diagnostique doit tenir compte de cette perspective, qui rendrait fréquemment néfaste une attitude d'observation purement scientifique, neutre et strictement objectivante, si tant est qu'une telle attitude soit possible [39].

Cette démarche diagnostique constitue donc un acte relationnel unique et propre à chaque duo patient-médecin. Les circonstances, l'environnement, les personnes impliquées ne peuvent jamais se dupliquer. Quand bien même les deux interlocuteurs désireraient reproduire leur interaction, ils ne le pourraient pas, car à chaque phrase, leur relation évolue de manière subtile ; à chaque phrase, ils définissent un nouveau phénomène [40].

2.2. Une sémiologie complexe, subjective et axée sur la parole :

Comme dans les autres domaines de la médecine, l'examen d'un malade en psychiatrie vise à recueillir des signes cliniques dans le but d'établir un diagnostic, d'évaluer le pronostic et d'orienter une stratégie thérapeutique. Mais en psychiatrie, le registre des signes est largement dominé par le matériel verbal, et si le corps s'exprime à la fois par ses symptômes et

par ses comportements, il n'est guère l'objet d'une investigation directe, médiatisée par une technique codifiée de l'examen [39].

En effet, la place des examens paracliniques traditionnels (imagerie, biologie...etc.) dans la démarche diagnostique en psychiatrie se révèle limitée. Ils trouvent essentiellement leurs intérêts dans l'élimination d'hypothèses diagnostiques somatiques ou dans la recherche de répercussions somatiques de troubles psychiques. Aujourd'hui encore, aucun examen complémentaire n'est à même d'identifier une pathologie psychiatrique.

Ainsi, l'établissement du diagnostic va se fonder sur une sémiologie précise, riche et complexe des troubles psychiques. Cette sémiologie repose principalement sur l'étude du comportement de l'individu, des fonctions intellectuelles et de l'état émotionnel. Elle doit aussi tenter de prendre en compte les aspects subjectifs du vécu, les différents types d'éprouvés, les phénomènes subtils concernant le champ de la pensée (la perception, la conscience de soi, la conscience du temps et de l'espace), la notion de son devenir, de son humanité, et de son appréhension du monde et d'autrui [34].

Le registre comportemental semble objectivable. Il reste accessible au regard externe. Cependant, il peut dépendre de la subjectivité de « l'œil » qui le regarde. De plus, il ne trouve de sens qu'avec les pensées et sentiments livrés par le patient.

Dans leur grande majorité, les registres intellectuels et affectifs sont quant à eux essentiellement accessibles par la parole du sujet. Le discours occupe donc une place prépondérante. Il donne l'accès au psychisme du patient qui tente de faire part de son vécu subjectif à travers les mots. Cette notion rend les perturbations du psychisme en partie inobjectivables.

L'entretien clinique ne constitue donc pas un simple *listing* des signes présents chez ce patient. Il s'attache à percevoir le sens, la place et la valeur que le sujet accorde à ses symptômes. Cette préoccupation centrale renvoie à la place fondamentale qu'occupe la subjectivité dans le diagnostic psychiatrique.

Ainsi, les symptômes psychiatriques n'ont pas entièrement la qualité objective qu'ils peuvent avoir en médecine somatique. Essentiellement subjectifs et très largement polysémiques, ils nécessitent un travail permanent d'interprétation qui se situe à un double niveau : de confrontation (objective) avec le reste du matériel symptomatique, pour leur attribuer ou non une valeur de signe, en référence aux données connues de la clinique ; et de

repérage de leurs liens avec l'histoire personnelle du sujet, pour tenter d'en apprécier le sens en fonction des difficultés et des conflits qui marquent cette histoire [39].

Ces deux approches, juxtaposées, vont permettre de situer l'individu dans cette totalité de l'être, toujours divisé entre objet (objet de la science) et sujet (sujet de l'inconscient), renvoyant à un questionnement, qui au-delà du champ médical, tente de comprendre ce qu'il y a de strictement humain en l'homme.

Quoiqu'il en soit, le diagnostic en psychiatrie repose sur un examen psychiatrique fin, caractérisé par une multitude d'obstacles, de pièges, de difficultés en tous genres : des symptômes cachés par d'autres symptômes psychiques, des symptômes psychiatriques prenant le masque organique, l'expression bruyante de symptômes mineurs, la discrétion de symptômes majeurs, la possible réticence du patient, et l'absence de symptômes pathognomoniques [34]. Seuls la persistance des signes, l'intrication de symptômes entre eux, l'articulation du symptôme au contexte affectif, familial, culturel, socioprofessionnel, et la prise en compte des facteurs temps et espace (date, âge, lieu) permettent d'orienter l'examen sémiologique vers des propositions étiologiques. Cette complexité peut parfois aboutir à une incertitude diagnostique qui entravera la démarche d'annonce.

2.3. Un diagnostic stigmatisant qui touche l'identité du sujet :

Le diagnostic en psychiatrie est plus à même de toucher le registre identitaire du patient qu'en médecine somatique. Par définition il porte sur le psychisme de la personne et donc sur sa subjectivité et ses capacités à ressentir et à penser. Les pathologies psychiques vont ainsi toucher à l'identité du sujet en altérant sa relation à lui-même, au monde et aux autres.

Par ailleurs, bon nombre de termes diagnostiques spécifiques à la psychiatrie sont passés dans le vocabulaire commun. « Paranoïa », « hystérie », « schizo » ont aujourd'hui un sens populaire, chargé de représentations négatives et erronées. Il est donc nécessaire d'avoir conscience de ce risque de stigmatisation dans la démarche d'annonce diagnostique.

B. Particularités de l'annonce du diagnostic de schizophrénie

I- La schizophrénie, une entité pathologique

1. Généralités

La notion de schizophrénie est relativement récente. Elle a été l'objet d'un nombre considérable de travaux et de controverses, aussi bien à propos de ses causes et de ses mécanismes que de ses limites nosographiques. Malgré cela, il n'existe actuellement pas de réel consensus entre les différentes écoles psychiatriques sur sa définition et ses critères diagnostiques [41].

On désigne généralement sous le nom de « schizophrénie » une maladie, un groupe de maladies ou un ensemble syndromique, caractérisés par des symptômes plus ou moins spécifiques et évoluant généralement vers une désorganisation profonde de la personnalité [41].

E. Bleuler, psychiatre suisse du début du XXe siècle, est le premier à introduire le terme de schizophrénie, issu de la contraction du grec « *skizein* » scission et « *phrene* » esprit, pour caractériser la scission entre pensées, émotions et comportements observés chez les patients. Désignant la dissociation (*spaltung*) des fonctions psychiques comme syndrome spécifique des psychoses schizophréniques, il fait suite aux travaux d'E. Kraepelin. Celui-ci avait différencié les patients schizophrènes des autres types de délires du fait de l'évolution des troubles vers le déficit et la démence, qualifiant cette maladie de « démence précoce » [42].

De nos jours, ces maladies sont regroupées sous le terme de « schizophrénies » soulignant des pathologies cliniquement hétérogènes, ayant un spectre commun de manifestations.

Avec une prévalence d'environ 1% de la population, et conférant un sur-risque de mortalité de l'ordre de 2,6 [43], la schizophrénie est une maladie fréquente et sévère concernant environ 600 000 personnes en France [44].

L'entrée dans la pathologie survient en général à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, et plus précocement chez les hommes dans les pays développés, mais la sex-ratio est proche de 1 [43].

Pour la grande majorité des personnes atteintes, la symptomatologie persiste toute la vie et entrave le développement socioprofessionnel et personnel. La schizophrénie constitue donc

un problème de santé publique majeur, nécessitant un diagnostic précoce pour une prise en charge adaptée.

2. Diagnostic clinique des schizophrénies

La schizophrénie est une pathologie chronique qui ne peut être diagnostiquée qu'après une certaine durée d'évolution des troubles (6 mois d'évolution retenus en France).

Aucun examen paraclinique n'est indispensable au diagnostic mais ils serviront à l'élimination d'un diagnostic différentiel organique notamment par le biais d'un bilan biologique et d'un scanner cérébral. Devant des formes débutantes ou en cas de suspicion diagnostique, des tests psychométriques pourront être parfois utilisés. Les tests d'efficiences intellectuelle ne montrent pas de déficit intellectuel hormis un temps d'exécution allongé. Les tests de personnalités peuvent être intéressants. L'inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota (MMPI) met en avant un profil psychotique typique (tétrade psychotique avec V paranoïde) tandis que le test de Rorschach fait apparaître l'angoisse de morcellement, des réponses brutales (sexuelles, anatomiques) avec contaminations et persévérations, un rationalisme morbide, une dégradation des réponses avec l'avancée du test, etc. [45].

Le diagnostic est le plus souvent rétrospectif et basé sur un ensemble de critères cliniques. Ces critères cliniques ont été regroupés par consensus entre experts dans les principales classifications actuelles (DSM-5 et CIM-10 : cf. annexe-1 et annexe-2) afin de définir le diagnostic de schizophrénie [46, 47]. Plus classiquement en pratique clinique, on regroupe ces critères en 3 grands groupes de symptômes définissant le trépied schizophrénique :

- **La dissociation**

Processus de dislocation et de scission fondamental dans les schizophrénies d'E. Bleuler, elle se manifeste cliniquement par la discordance qui touche les sphères cognitive, émotionnelle et comportementale. Selon H. Ey, la discordance s'exprime par l'ambivalence, la bizarrerie, l'impénétrabilité et le détachement du réel.

Sur le plan intellectuel, on peut ainsi observer des troubles du cours de la pensée et du langage (barrage, *fading* mental, néologismes, schizophasie, glossolalie), une altération du système logique (pensée floue, diffluente) et un rationalisme morbide.

Concernant l'affectivité et les émotions, on retrouve une déconnexion entre l'affect et la pensée émise et/ou le comportement avec une discordance idéo-affective, des rires immotivés, un appauvrissement de l'affectivité, une athymie, une athymhormie.

Enfin, la discordance motrice peut se manifester par des bizarreries comportementales avec une gestuelle mal ordonnée, un maniérisme, des stéréotypies gestuelles ou motrices, des décharges motrices imprévisibles (para-kinésies). Le syndrome catatonique, dans sa forme complète, associe un négativisme, une inertie, une catalepsie et des hyper-kinésies.

- **Les symptômes positifs ou syndrome délirant paranoïde**

Ils correspondent à des excès ou à des distorsions de fonctions dites « normales ». Ils sont caractérisés par un délire aux thèmes multiples et aux mécanismes polymorphes (hallucinations auditives, cénesthésiques, interprétations, processus imaginatif, intuitions délirantes...). Les thèmes délirants peuvent être variables dans le temps, donnant un aspect chaotique et non systématisé. L'état de conscience n'est pas altéré mais la dissociation va rendre l'évocation du vécu délirant imprécise, bizarre, incompréhensible, et l'adhésion au délire fluctuante et relative. On retrouve fréquemment un syndrome d'influence et un automatisme mental (vol de la pensée, écho de la pensée, pensée devinée, commentaires des actes).

- **Les symptômes négatifs ou syndrome autistique**

Ils correspondent à une diminution ou perte des fonctions dites normales.

Ils font référence à des difficultés au niveau des interactions sociales avec isolement social, à un émoussement affectif, à une apathie, à l'alogie ou à la perte de la volonté. Ils vont conduire le malade à un retrait du monde et un détachement de la réalité, avec prédominance de la vie intérieure. A l'extrême, l'apragmatisme peut être total, donnant un tableau proche du repli de l'autisme sévère.

3. Les différentes formes de schizophrénies

3.1. Formes de début :

Il existe deux modes d'entrée dans la schizophrénie : les formes à début aigu, marquées par les bouffées délirantes aiguës généralement de meilleur pronostic, et les formes à début insidieux caractérisées par une apparition progressive de symptômes négatifs et/ou dissociatifs.

3.2. Formes cliniques :

H. Ey avait synthétisé et décrit plusieurs formes cliniques selon une sémiologie que l'on retrouve encore dans les classifications actuelles.

- **La schizophrénie paranoïde** : il s'agit de la forme la plus fréquente qui se caractérise par la prédominance de symptômes positifs. L'évolution est habituellement émaillée d'épisodes aigus avec une symptomatologie résiduelle entre les épisodes. Il s'agit de la

forme clinique qui répond le mieux aux neuroleptiques et dont le pronostic est le plus favorable.

- **La schizophrénie hébéphrénique ou désorganisée** : il s'agit de la forme dans laquelle le syndrome de désorganisation prédomine. Le délire est souvent frustré lorsqu'il existe et les signes négatifs persistent. L'évolution est subaiguë et plus défavorable que dans la forme paranoïde.
- **La schizophrénie catatonique** : il s'agit d'une forme devenue rare dans les pays industrialisés. Dans cette forme, la discordance motrice (ou désorganisation psychomotrice) domine le tableau clinique. Le déficit de l'initiative se manifeste le plus souvent par du négativisme et de la réticence. Il peut parfois faire évoluer vers la catalepsie ou la stupeur, ou à l'inverse jusqu'à l'excitation et l'agitation sans but. L'évolution est marquée par un isolement relationnel majeur.
- **La schizophrénie indifférenciée** : il s'agit des formes de schizophrénie où aucune dimension clinique ne prédomine.
- **La schizophrénie résiduelle** : il s'agit d'une forme évolutive et chronique des schizophrénies dans lesquelles les symptômes négatifs sont au premier plan, les signes positifs enkystés et la désorganisation modérée.
- **La schizophrénie simple** : elle désigne une forme évolutive sans épisode aigu (pas de délire, d'hallucination) avec essentiellement des symptômes négatifs d'apparition lente et progressive.
- **Les schizophrénies pseudo-névrotiques et les dépressions post psychotiques** : ces formes représentent une phase évolutive plus qu'une entité à part entière.
- **L'héboïdophrénie** : cette forme associe tableau schizophrénique et trouble socio ou psychopathique.

4. Psychopathologie et étiopathogénie

Si E. Kraepelin et E. Bleuler faisaient de la schizophrénie une maladie mentale reposant sur des lésions nerveuses encore à découvrir à l'époque, c'est l'approche psychodynamique issue de la psychanalyse qui a été prédominante pendant plusieurs années.

Ces dernières décennies, l'étiologie et l'étiopathogénie de la schizophrénie ont été reconsidérées en revenant en quelque sorte à ce que H. Ey appelait les « théories organo-mécanicistes » basées sur le développement récent des neurosciences, de la neurophysiologie et du cognitivisme.

4.1. Psychanalyse :

Pendant longtemps, la pensée psychanalytique a inspiré la conceptualisation de la schizophrénie, permettant le dépassement d'une approche purement descriptive. Elle a fourni une interprétation psychodynamique de la schizophrénie fondée sur l'hypothèse d'une scission du psychisme.

Mais le développement de ces approches a parfois donné une clinique éloignée de celle de la médecine psychiatrique moderne, et elle a été relayée après le développement d'autres approches étiopathogéniques.

4.2. Phénoménologie

La phénoménologie issue de la philosophie allemande s'est aussi intéressée à la compréhension des psychoses en cherchant à percevoir et à approcher le vécu psychotique. Dans les années 1990, les descriptions faites par le psychiatre H. Grivois sont, à ce titre, très instructives pour se représenter l'expérience de la « psychose naissante » avec les phénomènes de « centralité » et de « concernement » [48].

La psychanalyse et la phénoménologie ont ainsi cherché à aller au-delà des symptômes et de l'observation médicale objectivante, en tentant de comprendre l'individu, notamment dans une perspective psychothérapeutique.

4.3. Théorie des transactions familiales

Des théories sur les transactions familiales durant l'après-guerre ont étudié la schizophrénie à l'aide d'une approche relationnelle impliquant des troubles de la communication verbale et non verbale. Ces approches ont pu faire passer l'idée que l'entourage familial pouvait être responsable de la maladie. Aujourd'hui, on admet plus volontiers des mécanismes de causalité circulaire. Les comportements de la personne malade pourraient, d'une part, entraîner des difficultés d'adaptation de son entourage. D'autre part, l'hyper-expression, la critique et l'émotionnalité élevée (au niveau du système familial) joueraient un rôle dans le déclenchement des rechutes et la qualité de l'évolution de la schizophrénie.

4.4. Théories neurobiologiques et neuro-développementales

L'idée que la schizophrénie est une maladie du cerveau est actuellement consensuelle.

En effet, même si elles sont limitées, des recherches basées sur l'anatomopathologie dans les années 1920 et sur l'imagerie cérébrale dans les années 1970 ont montré l'existence d'anomalies cérébrales chez les schizophrènes, confirmant ainsi l'organicité de la psychose schizophrénique [49]. Ces anomalies structurelles seraient présentes dès un premier épisode psychotique et ne seraient pas secondaires aux traitements ni à la chronicité de la maladie [49]. Elles consisteraient entre autres à un élargissement du volume des ventricules et à une perte de volume de la substance grise des lobes frontal et temporal médian [50,51, 52].

- **La piste neurobiologique :**

Il est aujourd'hui reconnu que la physiologie des neurotransmetteurs et des neurorécepteurs est impliquée dans la schizophrénie. L'hypothèse dopaminergique est actuellement la piste dominante. Depuis les années 1960, on suppose en effet qu'une hyperactivité dopaminergique jouerait un rôle important dans l'apparition des symptômes schizophréniques (positifs surtout) avec une hypo-dopaminergie cortico-frontale et une hyperdopaminergie sous corticale. La sérotonine jouerait également un rôle via les récepteurs 5-HT-2 (cible des antipsychotiques atypiques) qui ont une action modulatrice sur les récepteurs dopaminergiques D2. La noradrénaline serait également impliquée [49].

- **L'hypothèse neuro-développementale :**

- Principes :

Développée par DR. Weinberger aux Etats Unis et par RM. Murray et SW. Lewis en Angleterre au cours des années 1980, c'est l'hypothèse de travail retenue aujourd'hui pour rendre compte des schizophrénies [50,51, 52, 53, 54].

Elle postule que les schizophrénies sont des maladies multifactorielles se développant sur un terrain de prédisposition génétique plus ou moins importante, en interaction avec des facteurs liés à l'environnement pré ou périnataux. Cet ensemble de facteurs altérerait précocement la structure et le fonctionnement cérébral. La latence entre cette atteinte cérébrale périnatale et l'apparition des symptômes au début de l'âge adulte serait expliquée par la lenteur physiologique de maturation du système nerveux central qui ne s'achève qu'avec l'adolescence [55].

Il y aurait donc d'emblée une atteinte neuro-anatomique de nature lésionnelle fixe (c'est-à-dire des lésions dysplasiques non dégénératives, séquellaires de perturbations précoces du développement cérébral) qui serait le résultat de perturbations neuro-développementales

induites par une interaction entre une vulnérabilité génétique et des facteurs environnementaux favorisants.

- Vulnérabilité génétique :

Parmi les modèles de transmissions génétiques proposés, le modèle polymorphique multifactoriel impliquant une interaction de plusieurs gènes est celui qui semble le plus probable. Une délétion au niveau du q11.2 du chromosome 22 est celle ayant reçue le plus d'attention. Cette délétion serait responsable d'1 à 2 % des cas de schizophrénie [5-]. Plus de 30% des personnes porteuses de cette délétion développeraient une psychose, dont 80% la schizophrénie, ce qui représente le facteur de risque individuel le plus élevé actuellement connu, hormis celui d'avoir un jumeau atteint [57]. En effet, le jumeau monozygote d'une personne porteuse de schizophrénie a environ 50 % de risque de développer également la pathologie [58].

On admet ainsi actuellement que les facteurs génétiques expliqueraient 80 % de la vulnérabilité à la maladie, bien que l'on ne connaisse pas de gène nécessaire ou suffisant à déclencher la maladie.

- Facteurs environnementaux :

Sur un terrain génétique prédisposant, certains facteurs concernant la vie fœtale comme les risques infectieux et la malnutrition, ou encore les complications obstétricales et néonatales ont été décrits [53, 54,59]. Plus récemment, les pathologies du placenta [54] ou l'âge avancé du père [60] retiennent l'attention.

Parmi les facteurs post-nataux, un bas niveau socio-économique, le fait de naître ou de grandir dans un environnement urbain, ainsi que le fait d'avoir un statut de migrant, sont également évoqués [43]. Les facteurs socio-familiaux (relations familiales à hyper-expression des émotions ou avec des troubles de communication) et l'usage de substances illicites sont aussi fréquemment cités. Entre autres, la consommation de cannabis pourrait selon JK. Burns [61], faire avancer l'entrée dans une schizophrénie d'environ trois ans par rapport à des patients non usagers.

5. Evolution et pronostic

La schizophrénie est une maladie de la fin de l'adolescence qui va entraver l'entrée dans l'âge adulte, la vie socioprofessionnelle et familiale.

Et si, dans la tradition de l'école d'H. Ey, on pouvait dire : « la schizophrénie est à la fin » signifiant la certitude diagnostique apportée par l'évolution déficitaire, on insiste dorénavant

sur l'existence d'une évolution variable et hétérogène et selon la CIM-10 : « [...] pas obligatoirement chronique ou continue. Dans un certain nombre de cas, [...] elle peut se faire vers une rémission complète ou quasi complète » [62].

En effet, on considère actuellement que 20 à 25 % des malades évolueront vers une rémission complète des symptômes, signant une possible guérison et que, dans une majorité de cas, ils pourront conserver une qualité de vie globalement satisfaisante. Une évolution défavorable est quant à elle décrite dans 25 % des cas avec chronicisation des troubles : un émoussement affectif au premier plan, un retrait social et une mauvaise réponse au traitement. Enfin, alors que 75 % des malades se stabilisent après plusieurs années, 20 % des patients schizophrènes présentent encore des épisodes d'exacerbation plus de 20 ans après l'entrée dans la maladie. A noter que seuls 30 % des patients schizophrènes exercent une activité professionnelle [63].

L'évaluation du devenir du patient souffrant de schizophrénie reste ainsi très difficile à présager. On s'accorde toutefois sur l'existence de facteurs pouvant influencer le pronostic.

Les facteurs de bon pronostic seraient : le sexe féminin, la vie conjugale, les symptômes positifs prévalents, un début tardif et brutal, une bonne adaptation pré-morbide, un soutien social de qualité, une bonne adaptation professionnelle, vivre dans un pays en voie de développement, une bonne conscience des troubles, un traitement précoce et une bonne coopération au traitement [63, 64].

A l'inverse, les facteurs de mauvais pronostic engloberaient : le sexe masculin, le célibat, les antécédents familiaux de schizophrénie, un milieu stressant, une émotion exprimée de haut niveau (critiques et hostilités du milieu), une intelligence médiocre, des compétences pré-morbides mauvaises, un long délai avant le traitement neuroleptique, peu ou pas de symptômes positifs, une prévalence des symptômes négatifs et l'inobservance thérapeutique [63, 64].

La qualité de la réponse au traitement et l'adhésion aux soins sont donc des facteurs essentiels, puisque les deux premières années d'évolution semblent déterminantes pour l'évolution ultérieure de la maladie [112]. En absence de traitement, le taux de rechute à un an est de 80% contre 20% sous traitement. Les traitements améliorent l'état de plus de 50% des patients, et la précocité de la mise en route de ce traitement est l'un des facteurs pronostiques les plus importants [64].

Il est à relever que les malades schizophrènes connaissent une surmortalité en raison notamment d'un taux de suicide élevé mais aussi en raison d'une plus grande fréquence des maladies somatiques, au premier rang desquelles les maladies cardiovasculaires et le diabète [43,65]. Cette augmentation de la prévalence des maladies somatiques est liée à la maladie elle-même qui va augmenter certains facteurs de risques (hygiène de vie en général), aux traitements médicamenteux et à la stigmatisation (moindre accessibilité aux soins). Les patients schizophrènes vivraient ainsi en moyenne douze à quinze années de moins que la population générale [65,66].

6. Traitement

6.1. Principes actuels :

A ce jour, il n'existe pas de traitement curatif de la schizophrénie. Pour autant, c'est le traitement introduit précocement et maintenu au long cours qui constitue le facteur de stabilisation de la maladie le plus important [63, 64, 67].

Comme le dit l'APA, « le traitement peut diminuer la morbidité (c'est-à-dire les signes pathologiques) et la mortalité. Le but est de diminuer fréquence, gravité et conséquences psychosociales des épisodes pathologiques et d'améliorer le fonctionnement psychosocial » [68].

6.2. Les hospitalisations :

La prise en charge se fait principalement dans le cadre du secteur (service public de psychiatrie) qui dispose de plusieurs lieux de soins et de structures dédiées [69]. Elle se fait en ambulatoire autant que possible, les hospitalisations ne pouvant pas constituer un mode de vie pour le patient schizophrène. Elles peuvent par contre être nécessaires (au besoin sans consentement), en cas de situation à risque pour le patient ou son entourage, de comorbidités psychiatriques ou organiques, ou d'absence de soutien [69,70].

6.3. Les traitements chimio-thérapeutiques :

Les traitements médicamenteux sont la pierre angulaire de toutes les stratégies thérapeutiques. Basés sur l'hypothèse de dysrégulation dopaminergique, ils sont indiqués dans les épisodes aigus, mais aussi dans la prévention des rechutes et dans le traitement au long cours des schizophrénies. Depuis les années 1990, les nouveaux neuroleptiques (antipsychotiques atypiques) viennent compléter la pharmacopée des neuroleptiques classiques qui existent depuis les années 1950 ; ils sont recommandés en première intention (notamment chez l'adolescent) en raison d'un profil efficacité-tolérance neurologique plus favorable [69]. La

posologie minimale efficace est recherchée et une monothérapie, si possible sous forme orale, est privilégiée [69].

Le traitement est proposé pour une durée minimale de deux ans au décours d'un premier épisode, d'au moins 5 ans après plusieurs épisodes [69, 70].

A ce jour, les effets secondaires restent majeurs. Il s'agit notamment de l'apparition d'un syndrome extrapyramidal, d'une hyper-prolactinémie, et d'effets métaboliques qui contribuent au fait, qu'aujourd'hui, les maladies cardiovasculaires soient la première cause de morbi-mortalité des patients psychotiques [71].

De nouvelles pistes de recherche pour optimiser le traitement médicamenteux de la schizophrénie sont en cours d'exploration. La transmission glutamatergique dans le cortex préfrontal jouerait notamment un rôle important dans les symptômes cognitifs et les troubles négatifs de la pathologie. Elle pourrait être la cible de nouvelles thérapeutiques [72].

6.4. L'électro-convulsivo-thérapie (ECT) :

Les différentes données de la littérature retrouvent une efficacité de l'ECT sur les formes aiguës de schizophrénie, mais sans réel intérêt par rapport aux traitements antipsychotiques utilisés en première intention [73]. En ce qui concerne les formes cliniques de schizophrénie, la sismothérapie serait une thérapeutique d'intérêt dans la catatonie [74]. Elle s'intègre dans la prise en charge des formes résistantes de schizophrénie, après l'échec de deux thérapeutiques antipsychotiques bien conduites (à dose réputée efficace pendant 6 semaines) et d'un essai de la clozapine (antipsychotique atypique dérivé de la dibenzodiazépine). Plusieurs études ont également mis en avant l'intérêt de l'association neuroleptique-ECT grâce à un effet synergique. Récemment, c'est l'association clozapine-ECT qui a été soulignée pour l'intérêt spécifique qu'elle présente dans le traitement des formes résistantes de schizophrénie [75].

6.5. Les interventions psychothérapeutiques et psychosociales :

Le propre de la schizophrénie est d'éloigner le malade de la réalité et des autres. Un abord psychothérapeutique s'avère donc indispensable. Fondé sur une relation de confiance, il vise à restaurer les capacités de fonctionnement mental du patient et à rétablir le contact avec la réalité [69].

- **Interventions cognitives et/ou comportementales :**

Elles s'adressent au patient en complément des autres moyens thérapeutiques mis en œuvre. Ces interventions regroupent d'une part les techniques 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 sociale [69, 76]. Leurs preuves sont aujourd'hui établies dans la réduction des symptômes positifs, négatifs, de l'anxiété sociale, et dans l'amélioration du fonctionnement social et de l'humeur [77].

La remédiation cognitive constitue une de ces techniques. Actuellement en plein essor, elle est basée sur un entraînement cognitif et sur l'apprentissage de stratégies permettant aux patients de résoudre les problèmes auxquels ils doivent faire face dans des exercices formels et dans la vie quotidienne. Ses effets en imagerie sur l'arrêt du déclin de substance grises dans certaines régions cérébrales d'une part, et les changements qu'elle apporte dans le pronostic des patients schizophrènes d'autre part, justifient pleinement son utilité [78, 79].

- **La psychoéducation :**

Sur le devant de la scène depuis la dernière décennie, les mesures psycho-éducatives sont aujourd'hui reconnues pour améliorer l'observance et réduire les hospitalisations [80]. Elles comportent la transmission au patient et à sa famille, d'informations relatives à la maladie, aux traitements et leurs effets secondaires, aux stratégies de prévention et de dépistage des rechutes, etc. Elles doivent être initiées dès les premiers contacts et être renforcées à chaque consultation [69].

- **Mesures de réhabilitation psychosociale :**

Nées de la fermeture des lits psychiatriques afin de faciliter la réintégration des malades mentaux psychotiques dans la cité, elles visent à éviter la désocialisation en luttant contre la stigmatisation et contre les éléments déficitaires. Il existe, par exemple, des structures d'aide et des associations de patients et de famille ainsi que la mise en affection longue durée (ALD). Entre autres, ces mesures psychosociales concourent également au maintien en milieu scolaire et professionnel, ou à l'orientation vers des structures de réadaptation et/ou de travail protégé (établissement et service d'aide par le travail, entreprise adaptée, etc.) [70].

- **Autres interventions psychothérapeutiques :**

La psychothérapie d'inspiration psychanalytique (individuelle ou de groupe) et la psychothérapie institutionnelle peuvent être citées. Les psychothérapies familiales ont également fait leur preuve dans le traitement de la schizophrénie [81].

Finalement, il en ressort l'importance de proposer une prise en charge personnalisée des patients. Ce type de prise en charge, appelée « *case management care* », a été formalisé au Royaume-Uni. Elle se pratique également en France, par le biais des soignants référents au sein d'équipes pluridisciplinaires de secteur ou spécialisées intersectorielles. Elle a fait ses preuves pour réduire le nombre et la durée des hospitalisations, les ruptures de traitement et augmenter la satisfaction des patients ainsi que leur qualité de vie [82].

II- La schizophrénie, les difficultés rencontrées lors de son annonce

1. Incertitudes diagnostiques et pronostiques

Comme on a pu l'aborder précédemment, la schizophrénie constitue un concept pathologique en perpétuelle évolution, renvoyant à une entité psychopathologique hétérogène, complexe et discutée. Le diagnostic repose sur un tableau évolutif et sur des critères sémiologiques d'observation qui ne comportent aucun symptôme pathognomonique.

La complexité et la multiplicité des formes cliniques peuvent ainsi aboutir à une incertitude diagnostique.

Cette incertitude diagnostique associée à l'incertitude pronostique et à une évolution potentiellement grave vont exposer le psychiatre à un dilemme : d'un côté la réticence à porter un diagnostic incertain et lourd de conséquences, et de l'autre la nécessité d'établir un diagnostic et une thérapeutique précoce.

En effet, le retard de prise en charge constitue un facteur de mauvais pronostic unanimement reconnu [83,84]. Il s'agira alors d'évaluer au cas par cas chaque situation, en termes de rapport bénéfices/risques pour le patient.

2. Capacités fonctionnelles à intégrer le diagnostic

2.1. Les troubles cognitifs :

L'annonce du diagnostic constitue une transmission d'information.

Pour se saisir avec justesse de cette information, le patient doit bénéficier de mécanismes opérationnels de traitement des données. Or, de nombreuses études ont montré une perturbation des fonctions cognitives chez les patients atteints de schizophrénie [85]. Il est même établi de nos jours que les altérations neurocognitives sont une caractéristique centrale de la schizophrénie [86, 87,88].

Ces troubles touchent en effet entre 75 et 85 % des patients souffrant de schizophrénie, voire 100 % si on considère leur fonctionnement par rapport au niveau pré-morbide. Ils sont présents dès le début de la maladie, voire préalablement à son installation, lors de la phase prodromique, et se maintiennent pendant la phase de rémission symptomatique [89, 90, 91]. Ils sont caractérisés par des déficits larges concernant la plupart des domaines cognitifs [89].

Ces troubles neurocognitifs posent la question de l'intégration de l'information par le patient. Pour exemple, l'altération des processus attentionnels [92] peut entraver la capacité du patient à se concentrer sur le discours médical. De même, l'altération dans la schizophrénie des mémoires de travail, sémantique et épisodique [92, 93, 94, 95, 96] ainsi que le ralentissement significatif du traitement de l'information [97], vont interférer entre le message délivré par le médecin, et celui reçu par le patient.

Quoiqu'il en soit, il s'avère donc important de prendre en compte et d'évaluer ces troubles lors de l'annonce du diagnostic, afin de pouvoir adapter le discours au cas par cas, en favorisant des messages simples, relativement brefs, dans un milieu calme et isolé de toutes sources de distractions. Leur prise en charge par des thérapies de remédiation cognitive peut également être envisagée, afin d'améliorer les processus cognitifs et faciliter progressivement une intégration et une compréhension du diagnostic.

2.2. Les troubles de l'*insight* :

Il convient au préalable de définir cette notion d'*insight*.

L'*insight* est un terme anglais sans réelle équivalence en français. Ce terme s'est généralisé depuis plusieurs années dans la littérature anglo-saxonne pour désigner la perception par le patient de sa maladie, de sa clairvoyance au sujet de ses troubles. L'*insight* peut être défini comme la capacité d'acquérir une compréhension exacte et profonde de quelqu'un ou de quelque chose, et dans le cadre de la psychiatrie comme : la prise de conscience par une personne ayant un trouble mental que son expérience mentale n'est pas fondée dans la réalité extérieure [98]. L'*insight* tient ainsi compte de la reconnaissance de la maladie mentale, de la capacité à reconnaître certains événements comme pathologiques (attribution causale) et de l'adhésion au traitement (reconnaissance des effets du traitement).

M.-L. Bourgeois propose quatre modèles d'explication du déficit d'*insight* dans les maladies mentales : le modèle psychodynamique (mécanisme de défense ou de *coping* : déni de la maladie) ; le modèle neuropsychologique (déficit de la conscience du trouble, comparable

à l'anosognosie neurologique) ; le modèle clinique (le déficit d'*insight* comme symptôme primaire lié directement à la maladie mentale) et le modèle cognitif (ensemble d'attributions et croyances concernant les troubles) [99].

De nos jours, il est établi que les patients atteints de schizophrénie sont les plus sévèrement et fréquemment touchés par cette dimension pathologique [100, 101, 102, 103, 104, 105]. Considéré comme l'élément clinique le plus constant dans les diverses présentations de la schizophrénie [99], l'absence d'*insight* serait en effet observable chez 50 à 80% des patients schizophrènes [106, 107, 108, 109]. Entre autres, l'étude de X.F. Amador et al. a permis de constater chez les patients schizophrènes, une absence de conscience des troubles (dans 57,4 % des cas) et de leurs conséquences sociales (dans 31,5 % des cas), mais également de l'efficacité des médicaments (dans 21,7% des cas) [106]. Ces troubles seraient d'avantage un trait de la maladie schizophrénique, tandis qu'ils seraient plus liés à l'intensité de la symptomatologie dans le trouble bipolaire [100].

Dans ce contexte, comment annoncer un diagnostic à un patient n'ayant pas conscience d'être malade ? Quelles informations lui fournir dans les différentes phases de sa maladie et en fonction du degré d'évolution de celle-ci ? Pouvoir y répondre est d'autant plus important que la capacité du patient à reconnaître les symptômes de sa maladie et à accepter les traitements, est associée à un meilleur pronostic social, au niveau d'activité quotidienne et à l'issue du traitement [112].

Devant un patient ayant une altération sévère de la conscience de ses troubles, il s'agira alors de mettre en place un travail et un accompagnement progressif autour de la conscience des symptômes et de la maladie, en considérant ainsi la démarche d'annonce diagnostique comme un processus continu au sein de la relation thérapeutique. Certaines interventions précoces visant à améliorer l'*insight* des patients afin de faciliter l'abord diagnostique devront également être proposées. En effet, avant toute prise en charge spécifique, il apparaît qu'une prise en charge globale dès le premier épisode alliant psychoéducation individuelle et familiale ainsi qu'un traitement pharmacologique permettrait une amélioration significative de l'*insight* [110]. En revanche, les tentatives de prises en charge visant à améliorer l'*insight* de patients âgés et chroniques semblent peu efficaces [111].

3. Désir d'information du patient

Comme on a pu le voir, la transmission de l'information médicale doit respecter la volonté du patient d'être ou non informé.

Or, nombres de malades n'émettent pas de désir de connaître leur diagnostic. Dans l'étude de F.J. Baylé et al., les psychiatres estiment que seuls 31 % de leurs patients schizophrènes demandent à connaître le diagnostic [112].

Il semblerait par ailleurs qu'une information recherchée et attendue par le patient soit beaucoup mieux assimilée qu'une information qu'il n'a pas demandé. Par conséquent, le cas de figure serait plus favorable lorsque la personne attend des explications [113].

Néanmoins, étant donnée la dimension d'altération de la conscience des troubles dans la schizophrénie, n'est-il pas illusoire, dans certains cas, d'attendre que le patient interroge son psychiatre sur la nature de sa maladie ? Ne serait-il pas du ressort du psychiatre de chercher à éveiller le questionnement du patient ?

Si la loi du 4 mars 2002 prévoit qu'un patient a le droit de refuser à être informé sur sa maladie, la non demande d'information, en particulier pour la schizophrénie, n'entre pas dans ce cadre.

En effet, l'étude de M. Castillo et al. [114] montrent que les patients schizophrènes seraient dans une démarche active de recherche d'informations sur leur maladie, même s'ils ne posent pas ouvertement la question de leur diagnostic. D'autre part, il semblerait que l'information à laquelle un patient accède, individuellement et en dehors de la relation thérapeutique, ne nourrisse pas sa connaissance et sa compréhension des troubles [113].

Ainsi, une attitude selon laquelle le psychiatre irait au-devant des questions du patient, semble judicieuse.

4. Stigmatisation et discrimination

Le terme de stigmatisation est un terme complexe qui fait référence à un concept multidimensionnel. Il s'agit d'une attitude générale de l'ordre du préjudice, induite par la méconnaissance ou l'ignorance d'une situation ou d'un état, et cette méconnaissance ou ignorance va générer des conduites et des comportements de discrimination. Il s'agit ainsi de toute parole ou toute action qui viserait à transformer le diagnostic d'une maladie, par exemple, en une marque négative pour la personne ayant cette affection [115].

C'est ainsi le cas pour la schizophrénie qui, à travers les représentations sociales que nous partageons dans une même société, fait l'objet de stigmatisation et de discrimination [116]. Les schizophrènes sont en effet souvent perçus comme des malades incurables, contagieux, inaptes

à prendre des décisions rationnelles. Et bien que de nombreuses études attestent que l'essentiel de la violence commise dans la société n'est pas le fait des malades mentaux (ils ne sont responsables que de 3 à 5 % des actes violents), l'image du schizophrène dangereux persiste de nos jours [117, 118].

En France, cette stigmatisation de la schizophrénie est particulièrement importante auprès des médecins eux-mêmes [119], entraînant à côté d'une exclusion sociale, une forme de rejet médical responsable d'un moindre accès aux soins.

La discrimination anticipée (auto-stigmatisation) va aussi toucher les malades. Dans une enquête internationale récente relative à la stigmatisation, les patients souffrant de schizophrénie rapportaient des situations de discrimination vécue et anticipée dans le monde du travail et des relations affectives. En outre, plus de la moitié des patients enquêtés avaient anticipé une discrimination qu'ils n'avaient jamais expérimentée [120].

Ainsi, attribuer un diagnostic peut entraîner un processus de catégorisation [121]. Cette catégorisation traduit la perception de la différence et l'accentue en marquant et créant la séparation entre la personne et le groupe social, avec le risque d'une perte de statut social et de développement de la discrimination [121].

Ce phénomène peut faire entrave à l'annonce du diagnostic, comme en témoigne la proportion moindre d'annonce de schizophrénie dans les pays où existe une forte stigmatisation [122].

De plus, les croyances et les attitudes de la famille, de la population générale et des soignants face à la maladie du patient, ne se recoupent pas. Ainsi, le diagnostic de schizophrénie et son traitement vont pouvoir être rejetés [112].

Une annonce diagnostique de schizophrénie, s'il elle se veut bénéfique pour le patient et sa prise en charge, ne peut donc faire l'impasse d'une lutte contre la stigmatisation. Certains auteurs considèrent à ce titre que pour que l'information soit améliorée, l'image que porte le mot schizophrénie doit être modifiée [123], d'autres proposent que le mot lui-même soit changé [124], comme cela a été le cas au Japon [125]. Dans une même optique, différentes mesures ont été développées en France : des mesures législatives (la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées »), des campagnes de lutte contre la discrimination, des associations favorisant le lien social et le sentiment de reconnaissance des patients et famille telles l'Union Nationale

d'Amis et Familles de personnes Malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) et les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM).

5. Identification à la maladie ou identité pathologique

La notion d'identité pathologique renvoie à l'idée selon laquelle un sujet souffrant de schizophrénie va remanier ses conceptions identitaires et la construction de son identité au cours de sa vie et de son parcours de malade mental chronique.

La schizophrénie est déjà, en soi, un trouble qui touche à l'identité du sujet en altérant sa relation à lui-même, au monde et aux autres. A force d'être confronté aux soins institutionnels, l'identité de malade mental va pouvoir se constituer. Plusieurs enquêtes confirment cette idée en mettant en avant que les discriminations vécues et anticipées sont d'autant plus marquées que les antécédents d'hospitalisations en psychiatrie sont nombreux et que la prise en charge psychiatrique est ancienne [115, 120]. En effet, pour les tenants de la théorie de l'étiquetage, le fait d'affubler un individu d'une étiquette peut l'amener à s'y identifier en l'acceptant et en l'intériorisant. C'est ainsi qu'il agira conformément aux attentes des autres individus [126].

Il convient alors de connaître ses mécanismes d'identification à la maladie lors de la démarche d'annonce diagnostique. En effet, annoncer un diagnostic peut permettre de distinguer identité et expérience psychotique. Mais cela peut aussi majorer le processus d'identification et enfermer le patient dans une catégorie identitaire.

Dans ce contexte, comment amener la personne à comprendre la notion de maladie chronique justifiant un traitement adapté et respecter son droit à l'information, tout en limitant le processus d'identification à la maladie ?

Il n'existe pas de réponse précise à cette question.

La manière dont les éléments concernant la maladie vont être amenés et développés s'avère essentielle, et doit donc être réfléchi lors de toute démarche d'annonce diagnostique. Parler de schizophrénie, non pas comme une maladie consubstantielle à l'identité du sujet, mais comme un mode de décompensation spécifique du sujet au cours de sa vie pourrait être une des clés de ce questionnement. Le sujet ne serait alors plus un schizophrène mais plutôt une personne qui au cours de sa vie peut décompenser de manière schizophrénique, et qui peut ainsi participer à la gestion de ses troubles. Une telle évocation ne correspond pas à la réalité scientifique actuelle de la schizophrénie mais elle constitue une description stratégique permettant de limiter le processus d'identification à la maladie.

En résumé, il paraît possible de faire une annonce diagnostique qui respecte le droit à l'information du patient et qui lui permette de comprendre la nécessité d'un traitement, tout en distinguant l'expérience psychotique pathologique d'une part et l'identité d'autre part. Cela permettrait de limiter la construction de l'identité de malade chronique, grâce à un discours médical qui propose une vie à distance de la maladie, ainsi que des objectifs de vie positifs et intéressants aux yeux du patient.

6. Risque suicidaire

E. Bleuler écrivait : « Le plus sérieux des symptômes de la schizophrénie est le suicide ». Les patients souffrant de schizophrénie représentent effectivement un groupe particulièrement exposé au risque suicidaire, puisqu'il s'agit de la première cause de mort prématurée dans cette population [127]. Le suicide concerne 9 à 13 % de ces sujets, ce qui représente un risque 15 à 20 fois supérieur à celui de la population générale. En outre, 30 à 50 % des patients atteints de schizophrénie font au moins une tentative de suicide au cours de leur existence [127, 128].

Cette vulnérabilité au suicide des patients souffrant de schizophrénie peut poser la question d'une majoration du risque suicidaire suite à une démarche d'annonce diagnostique.

Il est actuellement recommandé dans la schizophrénie « de porter un diagnostic aussi précoce que possible pour favoriser la mise en œuvre le plus tôt possible du traitement, gage d'un meilleur pronostic » [129]. Or, d'après les données épidémiologiques récentes, c'est au cours des phases précoces de la maladie, en particulier l'année qui suit le diagnostic (plus particulièrement dans la semaine et dans les trois mois qui suivent la sortie des unités d'hospitalisation psychiatrique), que les patients schizophrènes se suicident le plus souvent [127].

Différents facteurs de risque suicidaire chez les patients schizophrènes ont été mis en évidence [127]: les facteurs sociodémographiques (sexe masculin, jeune âge, ethnie caucasienne, isolement socio-affectif, célibat, chômage); les facteurs anamnétiques (antécédents personnels et familiaux de conduites suicidaires, début insidieux, évolution chronique ponctuée d'épisodes aigus fréquents, hospitalisations fréquentes, courtes et sous contraintes, retard à la prise en charge), les facteurs sémiologiques (troubles schizo-affectifs et formes paranoïdes, dépression associée ou dépression post-psychotique, conduites addictives, effets secondaires extrapyramidaux), les facteurs psychologiques (sentiment de désespoir, insight initial de qualité, impulsivité).

Bien que l'hypothèse d'une relation causale entre l'annonce diagnostique et la survenue d'un pic suicidaire précoce puisse être posée, aucune étude n'a été réalisée à ce jour pour enquêter directement sur ce lien.

Quoi qu'il en soit, s'il faut de toute façon être particulièrement vigilant au risque de suicide chez un patient atteint de schizophrénie, en particulier dans les premiers mois de la maladie, les données de la recherche ne permettent pas de dire que l'annonce diagnostique peut augmenter ce risque à court terme. Au lieu de taire un diagnostic pour éviter une prise de conscience supposée suicidogène, il conviendrait ainsi d'informer les patients de manière progressive, dans une démarche d'accompagnement bienveillante et dans une perspective d'avenir suscitant l'espoir et l'engagement dans les soins (facteurs protecteurs).

7. Alliance thérapeutique et psychoéducation

Souvent évoquée en termes d'observance thérapeutique, de compliance ou d'adhésion aux soins, l'alliance thérapeutique est un phénomène complexe et dynamique. Dans la perspective freudienne, elle est principalement considérée comme une forme de transfert positif, l'attachement à la personne du thérapeute apparaissant alors comme un préalable à tout travail thérapeutique dans le début du traitement [130, 131]. Pour E. Bordin, l'alliance renvoie à la qualité du lien qui va agir comme un médiateur pour que le patient effectue les tâches nécessaires à l'accomplissement des buts du traitement [132]. Deux éléments primordiaux sont donc à prendre en compte : l'observance thérapeutique et la relation de confiance.

7.1. L'observance thérapeutique :

Il s'agit d'une problématique générale à la pratique médicale puisque toutes pratiques confondues, la mal-observance thérapeutique toucherait environ 50 % des patients [133, 134, 135].

Elle concernerait 25 à 75 % des patients schizophrènes [133,134, 135, 136]. Après une hospitalisation en milieu psychiatrique, elle serait de 50 % à un an et de 75 % à deux ans [134] et confèrerait un sur-risque de rechute (3,7 à 5 fois supérieur) constituant ainsi la première cause de ré-hospitalisation [136].

De nombreux facteurs influençant l'adhésion thérapeutique ont été étudiés [134, 135]. Parallèlement au choix d'une thérapeutique adaptée et à la correction d'effets secondaires potentiels, l'information médicale est apparue comme une action essentielle visant à améliorer

l'alliance thérapeutique [135]. Or, comme le rappelle F. Baylé, « il est impossible de parler d'une maladie sans la nommer » [137].

Parmi les études évaluant l'impact de l'annonce diagnostique sur l'alliance thérapeutique, celle de J.F. Rocamora et al. a été réalisée auprès de 45 patients ayant reçu un diagnostic de schizophrénie selon un protocole préétabli [138]. Soixante-dix pourcent des patients inclus dans l'étude considéraient que le fait de connaître le diagnostic était un droit. A l'annonce du diagnostic, une majorité de patients se disait soulagée de pouvoir désigner sa maladie et rapportait une diminution des angoisses. Après deux ans, l'observance thérapeutique était bonne (60% de patients se présentant régulièrement aux consultations). Les équipes soignantes jugeaient leur relation avec le patient améliorée. Elles estimaient pouvoir lui délivrer une information plus claire, plus directe et de meilleure qualité.

L'annonce du diagnostic s'avère donc primordiale et s'intègre dans un processus thérapeutique de psychoéducation visant à améliorer l'alliance thérapeutique [135].

7.2. La relation de confiance :

La schizophrénie est caractérisée par un phénomène de conscience altérée des troubles.

Vouloir convaincre une personne qui affirme le contraire ou dont le déni semble majeur, serait vraisemblablement contreproductif et comporterait le risque de compromettre une relation d'alliance bien souvent fragile.

On est donc là devant une forme d'antagonisme où se confondent le préalable et l'objectif de l'information, à savoir l'alliance et la relation de confiance.

Ainsi, dans une vision traditionnelle de la psychiatrie inspirée par la psychanalyse, si le défaut de conscience des troubles, sous la forme du déni comme mécanisme de défense, doit être respecté, alors on prendra garde à ne pas perturber le patient et la relation thérapeutique en lui imposant un diagnostic.

Mais, si le défaut de conscience des troubles, sous la forme du défaut d'*insight*, est la cible des thérapies psycho-éducatives et doit être compensé, alors on ne pourra faire l'économie d'une annonce diagnostique préalable pour améliorer ainsi l'observance, l'autonomie et la prévention des rechutes [139, 140].

Aussi théorique que soit ce paradoxe, il permet de bien saisir la difficulté que l'on peut avoir à déterminer, au cas par cas, le moment où l'on pourra aborder la question du diagnostic avec le patient.

L'objectif n'est pas, par conséquent, de convaincre un patient installé dans un déni massif qu'il est bien malade, mais plutôt, tout en favorisant et préservant l'alliance, de trouver le bon moment pour amener le patient à se poser des questions, avec prudence et patience, en utilisant des termes qui ont du sens pour lui et qui s'enracinent dans son expérience. Il faudra s'adapter au rythme du patient, et partir de son vécu pour lui donner les informations, à un moment où il est en capacité intellectuelle et émotionnelle de l'entendre, de préférence à distance d'un épisode aigu, si possible en réponse à ses propres questions et cela tout en veillant à garantir et à maintenir la qualité de la relation médecin-patient.

Selon P. Lalonde [141], médecin québécois promouvant la psychoéducation, « l'objectif de la révélation du diagnostic n'est ainsi pas de stigmatiser un patient avec une maladie qu'il réfute, mais plutôt de reconnaître la souffrance associée aux symptômes et d'insuffler un espoir en proposant un soulagement par le traitement ».

Devant ces hypothèses, différents programmes de psychoéducation incluant l'annonce du diagnostic ont ainsi été mis en place. Ces programmes s'avèrent intéressants mais trouvent leurs limites lorsque la démarche d'information est trop large. En effet la parole médicale a tendance à supplanter celle du patient et à faire passer au second plan le vécu singulier de ce patient, pourtant fondamental dans la spécialité psychiatrique.

8. Absence de recommandations consensuelles

Dans le domaine des maladies chroniques graves ou encore de la maladie d'Alzheimer, des recommandations officielles ont été établies afin de guider l'annonce diagnostique [33, 142].

Pour exemple, en ce qui concerne le diagnostic de mélanome, L. Misery et M. Chastaing propose un guide d'annonce relativement complet précisant entre autres : les considérations éthiques et juridiques devant présider l'annonce, l'identité de l'annonceur et les attitudes qu'il doit adopter sur le plan psychologique, le contenu de l'annonce et la manière pour l'évoquer, les réactions et à la mise en jeu de mécanismes de défense auxquels le praticien doit s'attendre de la part du patient, et enfin la conduite à tenir après l'annonce [32]. Ces recommandations ont

été reprises par l'ANAES en 2000 pour orienter la pratique de l'information médicale en pratique générale [143].

Bien que le diagnostic de schizophrénie soit tout aussi délicat et concerne plus d'un pourcent de la population, aucune recommandation précise n'a été élaborée afin de favoriser la bonne pratique de son annonce.

Un certain nombre de réflexions et d'expériences a tout de même été mené afin de réfléchir aux bonnes pratiques et à l'impact de cette annonce [138]. Les auteurs mettent généralement en avant la nécessité d'annoncer le diagnostic en fonction de la demande du patient, et en utilisant les mêmes recommandations que pour une maladie grave, en faisant de l'annonce diagnostique une étape clé de la prise en charge [138, 140, 144]. L'opportunité de l'annonce est envisagée au cas par cas, auprès de patients stabilisés et présentant suffisamment d'*insight*, et s'inscrit dans un processus dynamique et psycho-éducatif sur un mode de partenariat entre médecin, malade et éventuellement l'entourage [145].

Il existe à l'étranger, des protocoles formalisés pour annoncer une maladie grave, par exemple le protocole SPIKES dédié à l'annonce de cancer, que plusieurs chercheurs suggèrent d'adapter aux contextes de schizophrénie [146, 147]. Ce modèle offre des recommandations détaillées au sein de 6 étapes générales : *S-setting* (fixer l'interview), *P-perception* (évaluer la perception que le patient a de la situation médicale), *I-invitation* (obtenir le consentement du patient pour entendre le diagnostic), *K-knowledge* (fournir le niveau juste d'information), *E-emotions* (répondre de façon empathique aux réactions), *S-strategy* (résumé les protocoles liés aux traitements). Ce protocole a déjà été adapté à l'annonce d'une maladie neurologique sévère, la sclérose amyotrophique latérale, dans un contexte français [148].

Dans un article de 2010, une auteure canadienne, MV. Seeman, souligne point par point la bonne adéquation de ce modèle à la schizophrénie [147]. Elle précise que l'utilisation du modèle pour annoncer un diagnostic de schizophrénie doit s'accompagner d'une perspective tournée vers l'avenir autant que vers le présent.

Aux Etats-Unis et en Australie, un groupe de travail, dédié à l'annonce du diagnostic de schizophrénie, a mis en place le modèle « *ComPsych* ». Ce dernier est inspiré du modèle utilisé en oncologie « *ComSkil* », un programme de formation basé sur des simulations lors desquelles des acteurs et des médecins jouent des scénarios standardisés de communication de diagnostic [149]. L'impact de ce programme de formation a été évalué auprès de 38 jeunes médecins. Les

résultats ont montré après la formation, une augmentation significative de la confiance de ces médecins en leurs compétences en matière de communication, surtout sur la question de l'évocation du pronostic qui était pour eux le sujet le plus sensible [150].

Ce modèle rejoint dans ses principes généraux les recommandations des auteurs français. La question de la temporalité est toutefois plus nuancée chez les psychiatres français. Pour la plupart d'entre eux, le processus doit être interactif autant qu'itératif, fondé sur plusieurs entretiens successifs [119]. Il convient donc de « prendre son temps (...), tout en évaluant » [151], jusqu'à permettre d'identifier le meilleur moment pour mettre le mot schizophrénie sur ce dont souffre le patient.

Toutefois, même s'ils paraissent encore trop peu prendre en compte la singularité de chaque patient et les nuances qui en découlent, les modèles anglo-saxons en cours de développement ont le mérite d'avoir un canevas de réflexions qui pourrait contribuer à inspirer une évolution des pratiques en France.

III- L'annonce diagnostique de la schizophrénie, revue de la littérature relative à sa pratique

En France, l'analyse des pratiques s'appuie sur les travaux publiés, dont les plus récents ont été faits à la fin des années 1990. Elle révèle qu'à cette époque, seul un nombre restreint de médecins annonce clairement le diagnostic de schizophrénie à leur patient [112,152]. Alors que dans une majorité des cas, les patients informés ont déjà connaissance de ce diagnostic par le biais de recherches sur internet ou par la lecture des notices d'information de leurs traitements [145]. Elle révèle également qu'à cette période, les patients schizophrènes sont les malades qui reçoivent l'information la plus incomplète et la plus ambiguë au sujet de leur diagnostic [138].

Très récemment, M. Vilani et V. Kovess-Masféty ont tenté de faire le point sur l'évolution de l'annonce diagnostique de schizophrénie et ses modalités, à travers une revue de littérature nationale et internationale [122]. C'est sur cette dernière que nous allons nous appuyer.

1. Les proportions de communication du diagnostic

A partir de 1990, les recherches montrent que la communication du diagnostic aux patients varie selon les pays et les cultures [110, 154, 155, 156, 157]. Elles mettent en avant les proportions suivantes de psychiatres déclarant informer leurs patients du diagnostic : entre 13,5 à 39 % en France [112, 154, 158], 28 % en Allemagne [153] et 30% en Italie [157]. Ces

proportions sont relativement proches de celles du Japon (30%), souvent cité comme mauvais exemple sur ce point [155].

Toutes ces proportions sont en outre sensiblement inférieures à celles observées dans les pays anglo-saxons. En l'occurrence, 70 % des psychiatres interrogés en Amérique du Nord (Etats-Unis et Canada) [155], et 56 % de ceux interrogés en Australie [156] déclarent communiquer le diagnostic de schizophrénie aux patients concernés. Cinquante-neuf pourcent des psychiatres écossais déclarent annoncer le diagnostic après un premier épisode de schizophrénie clairement établi [159]. Pour le Royaume-Uni, la proportion de médecins annonçant le diagnostic était de 47 %, mais ce chiffre est plus difficile à comparer aux autres car il est rapporté par les patients et concerne les diagnostics de psychoses dans leur ensemble [152].

Ces données sur la pratique de l'annonce diagnostique à l'étranger doivent être interprétées avec prudence. Il paraît indispensable de les nuancer par de multiples facteurs. En effet, les représentations culturelles et sociales de la schizophrénie peuvent y être différentes. Le recours aux soins psychiatriques est variable ainsi que la place des orientations théoriques et thérapeutiques. Plus largement, la place de l'information médicale et le modèle de relation médecin-malade diffèrent d'un pays à l'autre. Il convient également de signaler que les données australiennes sont plus récentes que celles des autres études (datées respectivement de 2014 pour les unes et du début des années 2000 pour les autres). En effet en France, la dernière enquête sur un échantillon important de psychiatre remonte à 1999 [112]. Les plus récentes portent sur des échantillons plus restreints et ont été effectuées au plus tard en 2001[154,158].

2. Les raisons invoquées pour ne pas annoncer le diagnostic

En France, la plupart des informations disponibles proviennent d'une étude de F.J. Baylé et al. sur un échantillon de 1691 psychiatres français. Cette enquête, effectuée à partir d'auto-questionnaires adressés à 12 958 psychiatres (soit un taux de réponse de 13 %) a tenté d'identifier les pratiques de ces derniers lors d'annonce diagnostique et leurs principales réticences à ce sujet [112]. La volonté de ne pas donner une étiquette diagnostique est la première raison invoquée. Les autres motifs sont : l'incapacité cognitive présumée du patient à comprendre le diagnostic, le manque de précision du diagnostic, la crainte de stigmatiser le malade, la difficulté et/ou le pessimisme lié au pronostic, ou encore le risque de provoquer des passages à l'acte suicidaire. Les auteurs notent que les psychiatres les plus jeunes, exerçant dans le secteur public, avec un référentiel non psychanalytique et qui disposent d'un plus grand

nombre de schizophrènes dans leur file active, annonceraient plus souvent le diagnostic que leurs pairs [112].

Une enquête épidémiologique transversale conduite auprès d'un échantillon de 78 psychiatres, appartenant à 68 secteurs de psychiatrie générale de 5 régions françaises, a été réalisée par la suite [154]. Cette enquête comportait un questionnaire médecin et un questionnaire patient anonyme destiné aux patients souffrant de schizophrénie suivis par ces psychiatres : 322 patients parmi les 336 sélectionnés ont accepté de remplir le questionnaire. Les résultats ont montré que 39 % des médecins avaient communiqué le diagnostic à leurs patients. Parmi ceux qui ne l'avaient pas fait, les principales raisons invoquées étaient l'absence d'interrogation de la part du patient (42 %), le risque de perturber le patient (40 %), ou le fait que cela « n'apporterait rien » (32 %). Par ailleurs, l'étude a par ailleurs révélé que près de la moitié des patients connaissaient leur maladie, qui leur avait été pour la plupart annoncée par le médecin ; toutefois, 65 % d'entre eux avaient eu d'autres sources d'information sur la maladie, à savoir l'équipe infirmière, les médias, le médecin généraliste, le psychologue, la famille ou encore les amis. Enfin, les données ont mis en avant le fait que 74% des patients considéraient qu'être suffisamment informés sur leur maladie les aidait dans la vie quotidienne [154].

En 2001, une enquête postale par questionnaire a été réalisée auprès de 233 psychiatres privés et publics du Val de Marne afin de les interroger sur leurs pratiques en matière d'information et de recueil du consentement auprès de patients schizophrènes et de patients déprimés [158]. Les 74 questionnaires retournés ont montré que les psychiatres demeuraient prudents face au diagnostic de schizophrénie, ce dernier n'étant systématiquement ou « le plus souvent » divulgué que par 13,5 % d'entre eux. Cette réserve n'apparaît pas au sujet de l'information concernant le traitement qui est systématiquement ou le plus souvent donnée aux patients schizophrènes par 90,5 % des psychiatres. Par comparaison, le taux d'annonce du diagnostic est de 82 % pour les patients déprimés. Les raisons invoquées par les médecins pour expliquer cette différence d'attitude étaient les suivantes :

1. les pathologies sont distinctes et ne nécessitent pas les mêmes informations (15 %).
2. la gravité des informations délivrées n'est pas la même, un choc à l'annonce de la maladie est toujours possible, une relation de confiance doit être établie lentement avant l'annonce du diagnostic (37 %).

3. Les symptômes psychotiques interfèrent souvent dans le niveau d'appréhension de la réalité, la communication, la compréhension et la connaissance des troubles (38 %).

4. La relation médecin-malade avec un patient schizophrène est spécifique et comporte une moindre demande d'informations et de soins que dans la relation avec un patient déprimé (28 %).

Dans les autres pays, les raisons invoquées pour ne pas annoncer le diagnostic de schizophrénie sont à la fois semblables et différentes. Par exemple, dans la comparaison menée par P. McDonald-Scott et al. entre les attitudes des professionnels en Amérique du Nord et au Japon, il est apparu que les psychiatres japonais expliquaient avant tout leur refus d'annoncer le diagnostic par crainte de blesser le patient, puis par le fait que cela n'était pas utile dans la prise en charge, que les patients ne comprendraient pas bien et que cela créerait de la confusion [155]. En Amérique du nord, seule la crainte d'une mauvaise compréhension de la part du patient était invoquée [155]. En revanche, en Australie, les raisons invoquées pour ne pas annoncer le diagnostic comprenaient la crainte de faire une erreur de diagnostic, la crainte de provoquer le désespoir du patient et la stigmatisation, se rapprochant ainsi des raisons invoquées par les psychiatres français [156].

Adoptant une démarche qualitative, une étude israélienne a identifié dix thèmes représentatifs des considérations empêchant les psychiatres d'annoncer le diagnostic de schizophrénie à leurs patients. Sur le plan de la nature de la maladie, les thèmes évoqués par les médecins étaient les incertitudes relatives au diagnostic et au pronostic, et des contre-indications éventuelles relatives aux phases aiguës et à l'observance ultérieure. Dans le domaine de la relation médecin-malade, les arguments révélés étaient l'appréhension de nuire à la relation thérapeutique médecin-malade, la crainte de démoraliser le patient, le manque d'intérêt présumé des familles et des patients pour l'obtention du diagnostic, et la peur des réactions négatives de la famille à l'égard du patient. En ce qui concerne les difficultés liées à la tâche d'annonce elle-même, la difficulté émotionnelle et la peur d'être confronté à un problème de sécurité personnelle étaient également citées [160].

Les raisons invoquées pour ne pas communiquer le diagnostic de schizophrénie semblent ainsi très diverses, aussi bien en France que dans le monde, et nous manquons de données récentes qui permettent d'évaluer une évolution des pratiques et des réticences décrites.

A la suite de l'enquête de F.J. Baylé [112] et de l'évolution législative du droit des patients à l'information, de nombreux chercheurs français ont tenté d'analyser les raisons du refus

d'annoncer le diagnostic de schizophrénie. Les arguments généralement avancés par les médecins pour ne pas annoncer le diagnostic seraient pour certains auteurs liés d'une part, à leur vision de leurs propres responsabilités et fonctions (crainte de poser un diagnostic encore mal compris sur le plan médical, d'aggraver la stigmatisation, d'apposer une étiquette de gravité et de chronicité) ; d'autre part, à la maladie elle-même (manque d'*insight*, désorganisation conceptuelle, troubles cognitifs inhérents à la pathologie, augmentation présumée du risque suicidaire) [161].

Le référentiel du psychiatre, son âge, son lieu d'exercice et le nombre de patients schizophrènes à charge auraient également leur importance [119,162].

Les difficultés éprouvées par les psychiatres dans l'annonce diagnostique de schizophrénie seraient, en outre, augmentées par la complexité et la variété des troubles dans leur forme et leur évolution, la jeunesse du patient au moment du déclenchement de la maladie et l'étroite intrication de cette pathologie avec les liens familiaux. Le stade d'évolution symptomatique, la difficulté à appréhender le consentement et le désir d'information du patient schizophrène expliqueraient également en partie les réticences à annoncer le diagnostic et à nommer la maladie [122].

Quoi qu'il en soit, la revue de littérature a mis en avant un manque de données récentes sur la communication du diagnostic de schizophrénie depuis les années 2000. Les évolutions contextuelles permettent de penser que, dans la mouvance globale conférant au patient un rôle d'acteur de ses soins, la pratique d'annonce a probablement évolué.

Des études permettant d'infirmer ou de confirmer ces résultats pourraient ainsi s'avérer pertinentes.

PARTIE 2

Etude sur les représentations et les pratiques de l'annonce du diagnostic de schizophrénie, chez les internes de psychiatrie de France

A. Présentation de l'étude

I- Sujet de l'étude

Notre étude tente d'évaluer la manière dont les internes de psychiatrie se représentent la problématique de l'annonce du diagnostic en psychiatrie, plus particulièrement dans le cas de la schizophrénie. Elle essaie également d'appréhender l'état de la pratique de l'annonce diagnostique auprès de ceux qui ont été formés après la loi de 2002 (relative aux droits des patients à l'information médicale) et qui seront amenés à faire évoluer cette conduite dans l'avenir.

II- Le choix des internes comme population d'étude

Les enquêtes existantes sur la thématique de l'annonce diagnostique de la schizophrénie ont été menées auprès des praticiens séniors et auprès des patients souffrant de schizophrénie. Il n'existe pas à notre connaissance d'investigation s'intéressant à la pratique des internes de psychiatrie ; ce qui explique le choix de cette population. Nous nous proposons de découvrir et de comprendre la pratique de l'annonce diagnostique chez les internes de psychiatrie et de pouvoir observer les similitudes et les différences avec la pratique des séniors.

III- Le choix d'une enquête par questionnaire

L'étude est réalisée à partir d'un questionnaire en ligne qui recueille des données déclaratives et quantifiables. Le choix d'un questionnaire s'est décidé car il permet de pouvoir prélever et analyser de nombreuses données avec une rapidité d'exécution. Ce type d'enquête est adapté pour mesurer un ensemble de pratiques et pour pouvoir les comprendre.

Une enquête par questionnaire nécessite au préalable une connaissance du sujet étudié, afin de pouvoir élaborer des questions directives. L'élaboration du questionnaire a été réalisée à partir des questionnaires d'enquêtes existant dans la littérature et à partir de l'expérience de terrain des auteurs de cette étude.

IV- Objectifs et hypothèses

1. Objectifs primaires

Notre étude a pour objectif de répondre aux questionnements suivants :

- Les internes de psychiatrie sont-ils formés à l'annonce diagnostique dans leur discipline ?
- Comment se représentent-ils l'annonce diagnostique en général ? Dans le cas de la schizophrénie ?
- Les internes de psychiatrie annoncent-ils les diagnostics ? Annoncent-ils les différentes pathologies avec la même fréquence ?
- Quels sont les diagnostics les plus faciles ou les plus difficiles à annoncer ?
- Les internes rencontrent-ils des difficultés dans l'annonce du diagnostic de la schizophrénie ? Appréhendent-ils d'annoncer ce diagnostic ?
- Quels sont les inconvénients et les avantages thérapeutiques qu'ils attendent de l'annonce du diagnostic dans le cas de la schizophrénie ?
- Quels sont les facteurs qui motivent ou freinent leur annonce diagnostique de la schizophrénie ?
- Existe-t-il un contexte favorisant cette annonce ?
- De quelle manière annoncent-t-ils ce diagnostic ?
- Incluent-ils la famille dans la démarche d'annonce ?
- Quel niveau d'information délivrent-ils aux patients souffrant de schizophrénie ?
- Existe-t-il des spécificités identifiables différenciant les internes dans leur démarche d'annonce diagnostique de la schizophrénie ?

2. Objectifs secondaires

- Faire une recherche des facteurs associés ;
- Comparer les données aux résultats des enquêtes précédentes ;
- Vérifier les hypothèses annoncées en amont de l'enquête.

3. Hypothèses principales

- Les internes de psychiatrie ont tendance à moins annoncer le diagnostic de schizophrénie par comparaison avec les autres troubles psychiatriques ;
- Les causes principales de cette prudence sont :
 - La crainte des répercussions négatives sur le patient ;
 - L'incapacité fonctionnelle du patient à comprendre le diagnostic ;
 - Le mauvais pronostic de cette pathologie ;
 - Le manque de formation à l'annonce diagnostique.

B. Descriptif de l'enquête et de ses méthodes

I. Caractéristiques générales de l'enquête

Nous avons réalisé intégralement l'enquête : mise en place du projet d'enquête, création du questionnaire, conception et mise en ligne, collecte des réponses, traitements statistiques des données, analyse et mise en page des résultats.

- Type d'enquête : quantitative, transversale, descriptive et analytique.
- Population d'enquête : internes de psychiatrie de l'ensemble du territoire national (France métropolitaine, territoires et départements d'Outre-mer).
- Méthode d'enquête : questionnaire directif.
- Méthode de collecte : collecte en ligne via un site internet dédié au questionnaire.
- Durée d'enquête : 2 mois.

II. Elaboration du questionnaire

L'élaboration de ce questionnaire a été précédée d'une revue de la littérature sur les attitudes des praticiens face à l'annonce du diagnostic en France et dans les autres pays, ainsi que d'une réflexion sur la problématique d'annonce diagnostique.

Notre questionnaire a été réalisé sous la supervision du directeur de thèse et d'une chargée d'études en sciences humaines et sociales (Me. Ledant Estelle). Il a été mis au point par révisions successives entre le 11 mai 2016 et le 24 juillet 2016. Une phase de test du questionnaire a été mise en place avant la phase de collecte des données (test effectué par un interne de psychiatrie et trois psychiatres).

Nous nous sommes appuyés sur les questionnaires utilisés lors de trois enquêtes nationales datant des années 90 qui font référence concernant la question de l'annonce diagnostique de la schizophrénie [112, 154, 158].

III. Thématiques abordées dans le questionnaire

Le questionnaire est divisé en deux parties : la première concerne tous les internes interrogés, qu'ils aient ou non une expérience pratique d'annonce diagnostique de schizophrénie, la deuxième concerne spécifiquement les internes ayant déjà été confrontés dans la pratique à une annonce diagnostique de schizophrénie.

Le questionnaire comporte 37 questions fermées (cf. annexe 3) et il s'organise en cinq thématiques :

- **Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles** : sexe, âge, CHU de rattachement, semestre d'internat, caractéristiques des stages effectués par les internes et principaux outils thérapeutiques utilisés ;
- **Formation et connaissances réglementaires** : formation spécifique à l'annonce diagnostique en psychiatrie, intérêt des internes concernant ce type de formation et niveau de connaissance sur les lois relatives à l'annonce diagnostique ;
- **Pratiques et représentations autour de l'annonce diagnostique en psychiatrie** : fréquence de l'annonce diagnostique concernant dix pathologies psychiatriques, niveau de difficulté de l'annonce selon la pathologie, représentations sur la nécessité d'annoncer le diagnostic au patient et sur l'importance des aspects éthiques, juridiques et thérapeutiques ;
- **Représentations autour de l'annonce diagnostique de la schizophrénie** : représentations sur l'utilité et sur les conséquences de l'annonce du diagnostic à un patient souffrant de schizophrénie, rôle et vécu de l'interne face à cette annonce diagnostique ;
- **Pratique des internes concernant l'annonce diagnostique de la schizophrénie** : fréquence de l'annonce diagnostique, critères excluant une décision d'annonce du diagnostic, terminologie utilisée lors de l'annonce, contextes propices à l'annonce, annonce du diagnostic auprès de la famille du patient et le niveau et le type d'information délivrés au patient et à sa famille.

IV. Diffusion de l'information auprès des internes

Par le biais d'un courrier électronique (cf. annexe n°4), nous nous sommes appuyés sur les 28 référents locaux de l'AFFEP (Association Fédérative Française des Etudiants en Psychiatrie) pour diffuser l'information sur l'étude en cours auprès des internes. N'étant pas autorisés à nous transmettre une liste de diffusion électronique, les référents relayaient notre « mail d'invitation à répondre au questionnaire » (cf. annexe n°5) aux internes de leur subdivision.

Nous n'avions pas la possibilité de vérifier la transmission de notre mail aux internes, c'est pourquoi nous avons demandé une confirmation. Les référents n'ayant pas confirmé ont été relancés plusieurs fois par mail et par téléphone afin d'assurer la diffusion de l'information (au moins une fois) à l'ensemble des internes de France.

Pour les internes parisiens, nous avons posté le lien pour accéder au questionnaire sur le site web de l'association des internes en psychiatrie à Paris (www.parispsychiatrie.fr).

Pour les internes de la subdivision Réunion-Océan Indien, le référent local nous a confié les adresses e-mails à sa disposition, ce qui nous a permis d'envoyer nous-mêmes un mail aux internes.

V. Collecte des données

La conception, la mise en ligne et la collecte des réponses au questionnaire ont été effectuées à partir du logiciel de sondage en ligne SurveyMonkey®¹.

Les internes participant ont rempli le questionnaire directement sur internet. Le lien internet pour accéder au questionnaire de l'enquête est en accès libre. Le questionnaire est précédé d'un court texte d'introduction précisant la population concernée ainsi que les objectifs de l'enquête.

Un processus d'anonymisation automatique attribue un numéro d'identification unique à chaque participant, ce qui permet d'assurer la confidentialité des réponses à l'étude.

Le questionnaire a été ouvert le 27 juillet et clôturé le 18 septembre 2016.

Trois relances ont été réalisées, à environ deux semaines d'intervalles, auprès des internes n'ayant pas répondu ou partiellement répondu à l'enquête.

A la fin de l'enquête, les réponses au questionnaire ont été exportées dans un tableau Excel afin d'être traitées à partir d'un logiciel de traitement statistique.

C. Méthodes d'analyse

La gestion de la base de données et le traitement statistique ont été réalisés à partir du logiciel « R » avec l'aide d'une chargée d'études en sciences humaines et sociales (Me Ledant Estelle).

Nous avons procédé dans un premier temps à une analyse quantitative uni-variée à travers un tri à plat de l'ensemble des variables de l'étude. Les valeurs sont présentées en pourcentage dans les graphiques, en fréquence et en pourcentage dans les tableaux.

Dans un second temps, nous avons réalisé une analyse bi-variée (corrélations entre deux variables) en plusieurs étapes :

- Une recherche de corrélations entre les variables sociodémographiques ;

¹Ce dernier propose des fonctions telles que la création et la publication de sondage en ligne, la collecte des réponses, la présentation des résultats sous forme de tableau, graphique, etc.

- Une recherche de corrélations entre les variables sociodémographiques et les questions sur les représentations ;
- Une recherche de facteurs associés par rapport à la question principale sur la fréquence de l'annonce diagnostique de la schizophrénie ;
- Une recherche de caractéristiques associées par rapport aux différents profils de pratique.

Les variables qualitatives ont été testées entre elles avec un test du Chi-2, ou le test exact de Fisher quand le test du Chi-2 n'est pas possible (effectifs théoriques insuffisants). Le degré de significativité (p-value) sera toujours exprimé entre parenthèses (p-value=...). Le seuil de significativité retenu est à 0,05 mais nous avons aussi précisé quand la p-value était entre 0,05 et 0,06 en parlant de différence « proche de la significativité ».

D. Résultats

I. Participation

- **Détails des effectifs :**

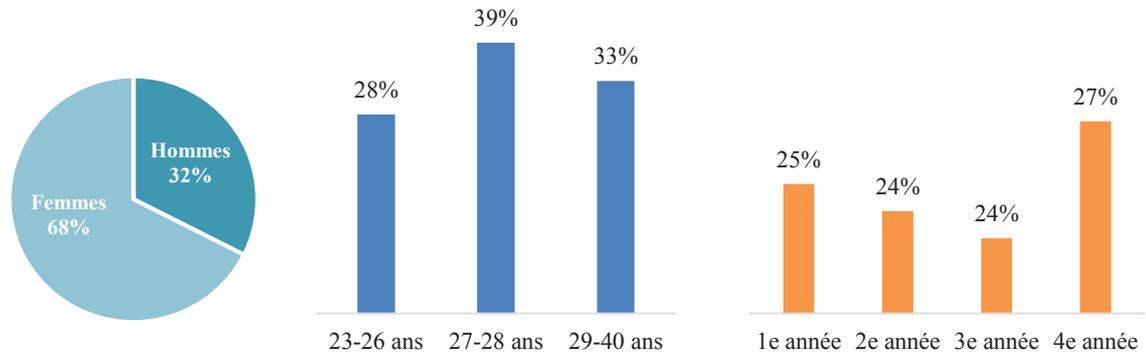
- Nombre d'internes de psychiatrie sur le plan national : 2096 [163] (cf. annexe n°6)
- Nombre de réponses totales au questionnaire : 462
 - Réponses analysées : 436 réponses complètes (94 %) et 26 réponses incomplètes (6 %)
 - Parmi les réponses complètes, 73 participants ont répondu à la première partie du questionnaire mais n'étaient pas concernés par la seconde partie. Ils ont tout de même été comptabilisés comme des réponses complètes.

- **Détails du taux de réponses :**

- Taux de réponses net total : nous ne sommes pas passés par un mode de contact direct avec envoi du questionnaire aux adresses e-mails des enquêtés. Ce sont les référents AFFEP qui ont relayé notre mail aux internes. Nous ne connaissons donc pas le nombre d'internes ayant reçu notre invitation et ne pouvons connaître le réel taux de réponses à cette enquête.
- Taux de réponses brut total : 22 %
- Taux de réponses par CHU de rattachement : cf. annexe n° 6
 - Réponses des internes rattachés au CHU d'Amiens : 27 / 55 soit 49 %.

II. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des internes

Figure 1. Répartition par sexe (N=462) Figure 2. Répartition par âge (N=462) Figure 3. Répartition par année d'internat (N=462)



- ❖ Les internes de psychiatrie répondant à l'enquête sont majoritairement des femmes ; elles sont deux fois plus nombreuses que leurs confrères (68 % de femmes contre 32 % d'hommes).
- ❖ Les internes qui ont répondu ont entre 23 et 40 ans ; la moyenne d'âge est de 28 ans.
- ❖ La répartition des internes sur les quatre années d'internat est assez homogène (plus ou moins un quart de l'échantillon dans chaque catégorie). Au moment de l'enquête, la moitié de l'échantillon est en première ou deuxième année d'internat et l'autre moitié, en troisième ou dernière année d'internat.

Tableau 1. Répartition des répondants par CHU de rattachement (N=462)

Plus de 20 répondants	Hôpitaux de Paris	30	6%	Auvergne-Rhône-Alpes	59	13%
	CHU Amiens	27	6%	Nouvelle-Aquitaine	52	11%
	CHU Poitiers	26	6%	Hauts-de-France	49	11%
	CHU Rennes	25	5%	Grand Est	45	10%
	Hospices Civils de Lyon	24	5%	Normandie	39	8%
	CHU Toulouse	23	5%	Occitanie	38	8%
	Hôpitaux de Marseille	22	5%	Bretagne	36	8%
	CHU Lille	22	5%	Provence-Alpes-Côte d'Azur	32	7%
	CHU Bordeaux	21	5%	Ile de France	30	6%
	CHU Rouen	20	4%	Bourgogne-Franche-Comté	22	5%
Entre 10 et 20 répondants	CHRU Nancy	19	4%	Pays-de-la-Loire	22	5%
	CHU Caen	19	4%	Centre-Val-de-Loire	17	4%
	CHU Strasbourg	18	4%	Martinique-Guadeloupe-Guyane	16	3%
	CHU Tours	17	4%	Océan Indien	5	1%
	CHU Montpellier	15	3%			
	CHU Nantes	15	3%			
	CHU Dijon Bourgogne	14	3%			
	CHU Saint-Etienne	14	3%			
	CHU Brest	11	2%			
	CHU Clermont-Ferrand	11	2%			
Moins de 10 répondants	CHU Grenoble Alpes	10	2%			
	CHU Nice	10	2%			
	CHU Besançon	8	2%			
	CHU Reims	8	2%			
	CHU Angers	7	2%			
	CHU La Réunion	5	1%			
	CHU Limoges	5	1%			

Les internes les plus représentés dans l'échantillon de réponses sont ceux :

- des 10 subdivisions : Paris, Amiens, Poitiers, Rennes, Lyon, Toulouse, Marseille, Lille, Bordeaux et Rouen ;
- des 4 régions : Auvergne-Rhône-Alpes, Nouvelle-Aquitaine, Hauts-de-France, Grand Est.

Figure 4. Principal lieu de stage pendant l'internat (N=462)

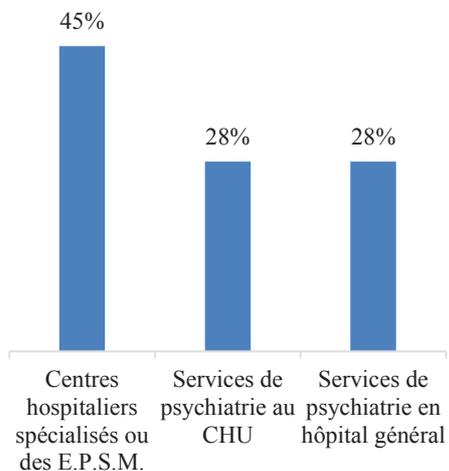
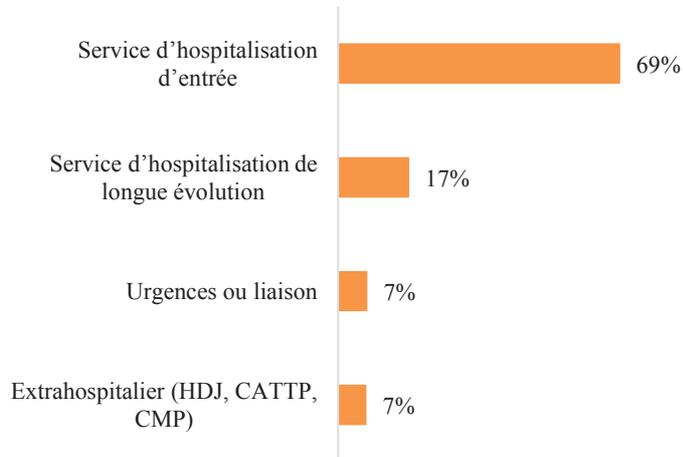


Figure 5. Principal type de service pendant l'internat (N=462)



- ❖ Près de la moitié des internes (45 %) déclarent avoir effectué leurs stages principalement dans des centres hospitaliers spécialisés ou des établissements publics de santé mentale (EPSM) ; l'autre partie des internes (56 %) ont essentiellement travaillé dans des services de psychiatrie en hôpital général ou en centre hospitalier universitaire.
- ❖ Concernant le type de stages : la majorité déclare avoir effectué ses stages principalement en service d'hospitalisation d'entrée (67 %), 17 % en service d'hospitalisation de longue évolution, 7 % aux urgences ou en liaison et 7 % en extrahospitalier.

Tableau 2. Principaux outils thérapeutiques utilisés par les internes interrogés (N=462)

	<i>n</i>	%
<i>Chimiothérapie</i>	425	92 %
<i>Psychothérapies de soutien</i>	359	78 %
<i>Thérapies cognitivo-comportementales</i>	104	23 %
<i>Thérapies analytiques ou psychodynamiques</i>	76	16 %
<i>Thérapies familiales ou systémiques</i>	73	16 %
<i>Autres</i>	29	6 %
<i>Aucun en particulier</i>	22	5 %

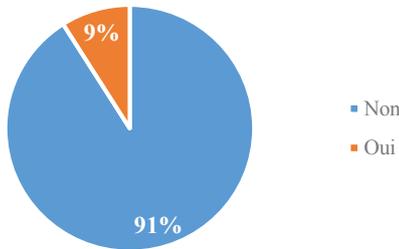
Nous avons demandé aux internes de choisir parmi une liste d'outils thérapeutiques, le ou les outils principalement utilisés dans leur pratique quotidienne de la psychiatrie.

- ❖ Les deux principaux outils thérapeutiques utilisés par notre échantillon d'internes sont la chimiothérapie et la psychothérapie de soutien (92 % utilisent la chimiothérapie et 78 % la psychothérapie de soutien). Environ un interne sur cinq emploie les thérapies cognitivo-comportementales, les thérapies analytiques ou psychodynamiques et les thérapies familiales ou systémiques. Tandis que moins d'un interne sur dix utilise d'autres outils tels que : les thérapies brèves (hypnose, EMDR etc.), et en moindre mesure les entretiens motivationnels.
- ❖ Une vingtaine d'internes ne se sont pas positionnés car ils ne se servent pas d'un outil thérapeutique en particulier (5 %).

III. Formation et connaissances réglementaires

Figure 6. Formation sur l'annonce diagnostique pendant leur cursus (N=440)

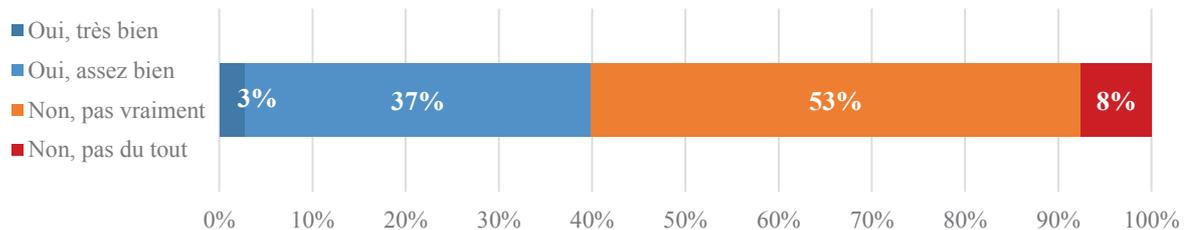
Q8 : "Une formation ou un cours théorique sur l'A.D. en psychiatrie vous sont-ils donnés lors de votre cursus ?"



Neuf internes sur dix déclarent ne pas avoir suivi de formation ou de cours théorique spécifique à l'annonce diagnostique en psychiatrie au cours de leur cursus de médecine

Figure 7. Niveau de connaissances des lois relatives à l'information médicale (N=440)

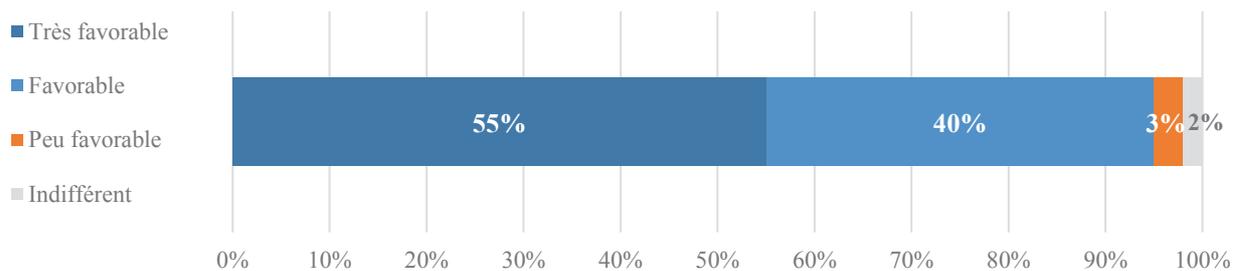
Q9 : "Connaissez-vous les lois relatives à l'information médicale et leur contenu concernant la réglementation de l'annonce diagnostique ?"



- ❖ Seuls 40 % des internes déclarent très bien connaître ou assez bien connaître les lois relatives à l'information médicale et leur contenu concernant la réglementation de l'annonce diagnostique ; la moitié des internes ne les connaissent pas vraiment et près d'un interne sur dix ne les connaît pas du tout.

Figure 8. Intérêt pour une formation spécifique à l'annonce diagnostique destinée aux internes (N=440)

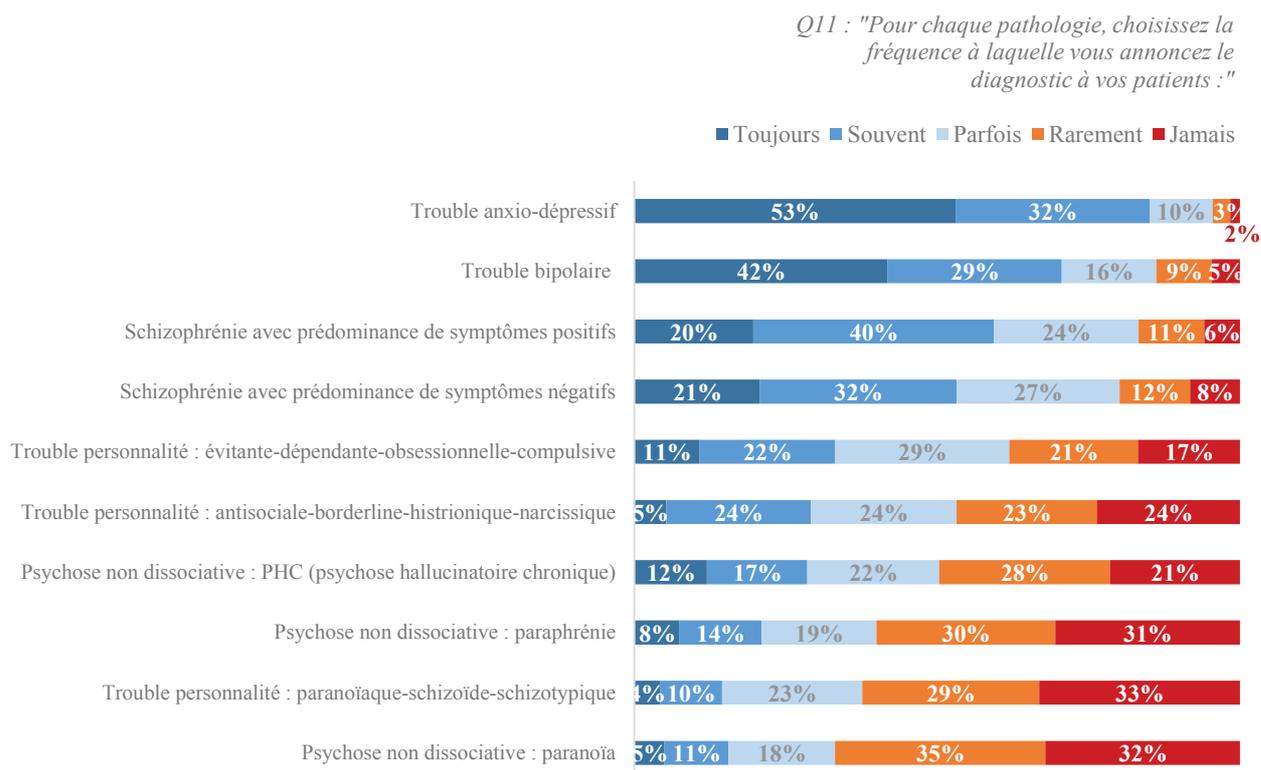
Q10 : "Pour une formation spécifique sur l'annonce diagnostique en psychiatrie, vous seriez :"



- ❖ Les internes de psychiatrie répondant à l'enquête sont pratiquement tous favorables à l'idée d'une formation spécifique à l'annonce diagnostique dans leur discipline (95 %) ; seuls quelques-uns y sont peu favorables ou indifférents (5 % soit 23 internes). Aucun interne a répondu être défavorable à ce type de formation.

IV. Pratiques et représentations relatives à l'annonce diagnostique en psychiatrie

Figure 9. Fréquence de l'annonce diagnostique en fonction des différentes pathologies psychiatriques (N=440)



Pour chaque type de pathologies, nous avons demandé aux internes de choisir la fréquence à laquelle ils annoncent le diagnostic à leurs patients (parmi les fréquences suivantes : toujours, souvent, parfois, rarement, jamais). L'interne pouvait cocher un item à part s'il n'avait jamais été confronté à l'annonce de l'une de ces pathologies.

- ❖ Le trouble anxio-dépressif est la pathologie la plus annoncée par les internes de psychiatrie ; la paranoïa est celle la moins annoncée (95 % contre 34 %).
- ❖ Parmi les quatre pathologies les moins annoncées se distinguent les trois pathologies de la catégorie des psychoses non dissociatives (psychose hallucinatoire chronique, paraphrénie et paranoïa).

- ❖ La schizophrénie arrive en troisième et quatrième position en termes de fréquence d'annonce. La schizophrénie à prédominance de symptômes positifs est légèrement plus annoncée que la schizophrénie à prédominance de symptômes négatifs (60 % annoncent fréquemment cette première et 53 % annoncent fréquemment cette dernière).

Figure 10. Choix des diagnostics « plus simples » à annoncer (N=440)

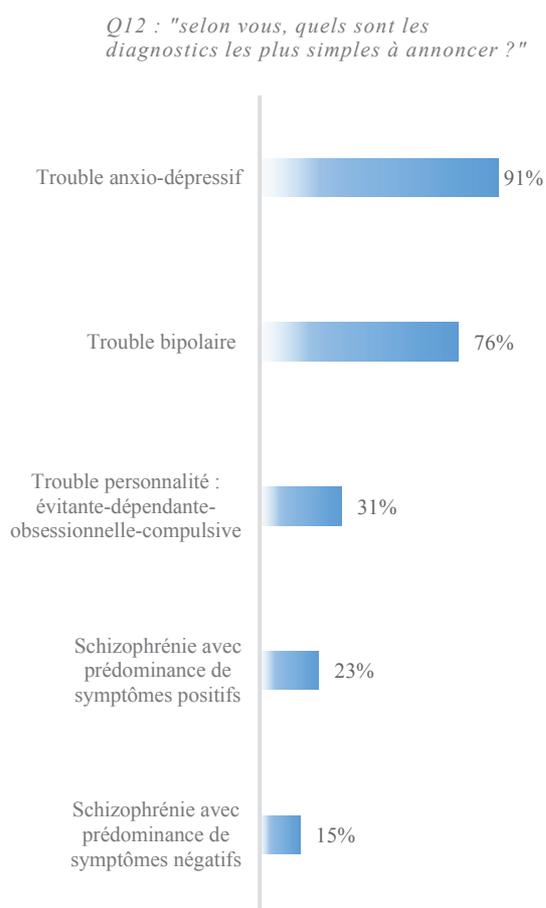
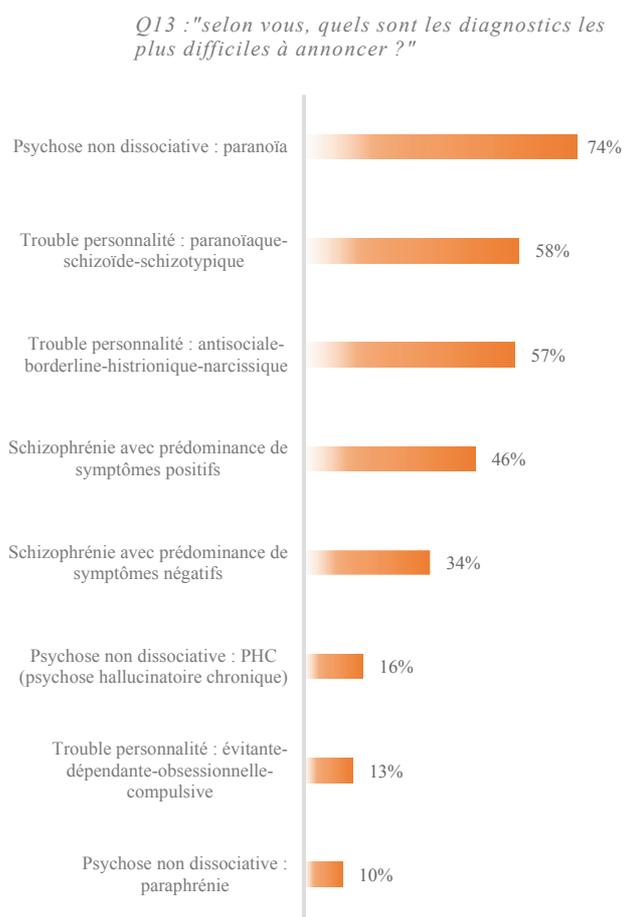


Figure 11. Choix des diagnostics « plus difficiles » à annoncer (N=440)



Nous avons demandé aux internes de choisir parmi une liste de dix groupes de pathologies, celles qui leur semblaient plus faciles à annoncer aux patients et celles qui leur semblaient plus difficiles à annoncer. Nous avons uniquement représenté sur les graphiques les pathologies choisies par au moins 10 % des internes.

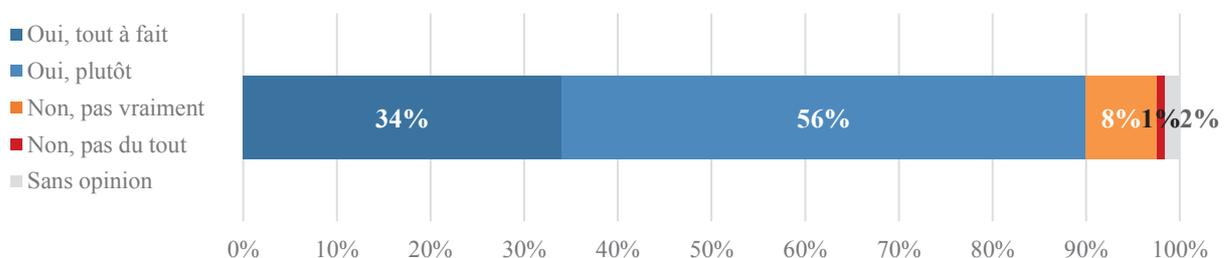
- ❖ Plus d'un tiers des internes ont jugé ces trois pathologies plus faciles à annoncer que d'autres :
 - Les troubles anxio-dépressifs ;
 - Les troubles bipolaires ;
 - Les troubles de la personnalité de type « évitant-dépendant-obsessionnel-compulsif ».

- ❖ Plus d'un tiers des internes ont jugé ces cinq pathologies plus difficiles à annoncer que d'autres :
 - La paranoïa ;
 - Les troubles de personnalité de type « paranoïaque-schizoïde-schizotypique » ;
 - Les troubles de personnalité de type « antisociale-borderline-histrionique-narcissique » ;
 - La schizophrénie avec prédominance de symptômes positifs ;
 - La schizophrénie avec prédominance de symptômes négatifs.

- ❖ Certaines pathologies ont été jugées comme plus faciles à annoncer pour certains internes et plus difficiles pour d'autres internes : troubles de la personnalité de type « évitant-dépendant-obsessionnel-compulsif », les deux types de schizophrénie.

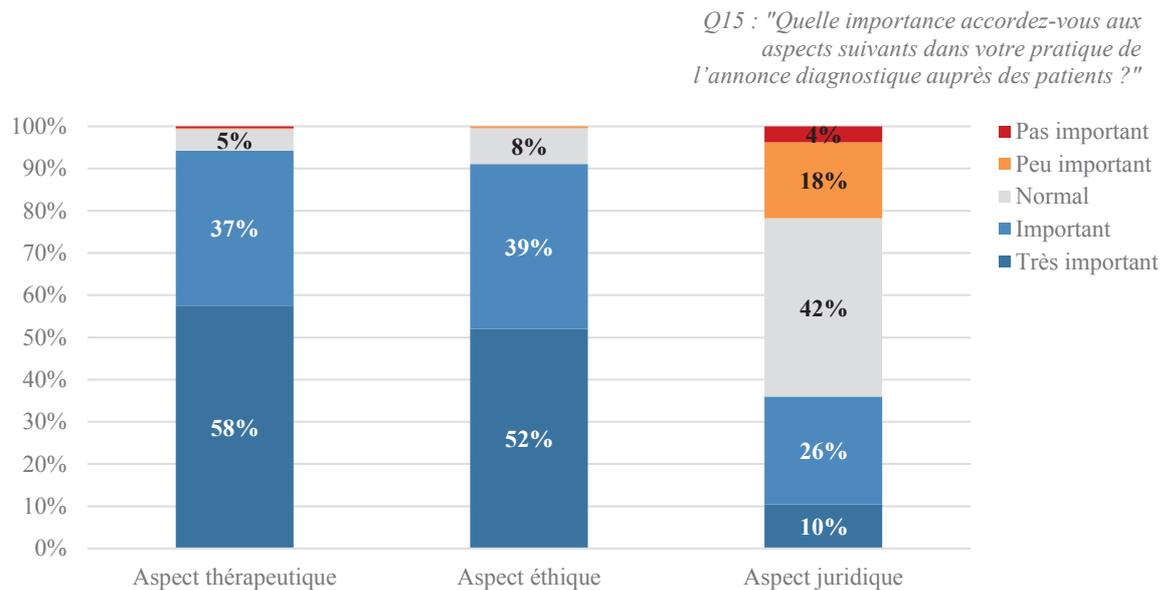
Figure 12. Opinion sur le caractère indispensable de l'information diagnostique au patient en psychiatrie (N=440)

Q14 : "Selon vous, en psychiatrie est-il indispensable d'informer le patient de son diagnostic ?"



- ❖ Les internes de psychiatrie sont presque tous d'accord avec le caractère indispensable de l'annonce diagnostique en psychiatrie. Neuf internes sur dix jugent « plutôt » ou « tout à fait » indispensable le fait d'informer le patient de son diagnostic en psychiatrie ; seul un interne sur dix juge l'annonce diagnostique comme « pas vraiment » ou « pas du tout » indispensable.

Figure 13. Importance des aspects thérapeutique, éthique et juridique dans la pratique (N=440)

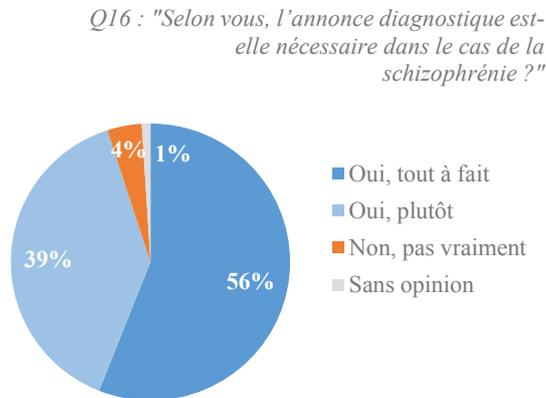


Nous avons cherché à savoir quelle importance était accordée aux aspects thérapeutique, éthique et juridique dans la pratique de l'annonce diagnostique des internes.

- ❖ Plus de 90 % des internes jugent « importants » voire « très importants » l'aspect thérapeutique et l'aspect éthique ; alors que seul un tiers des internes considèrent « important » voire « très » important l'aspect juridique.
- ❖ Les internes sont plus nombreux à accorder une place dite « normale » à l'aspect juridique dans leur pratique de l'annonce diagnostique (42 %). Un interne sur cinq accorde une place « peu » voire « pas importante » à l'aspect juridique.

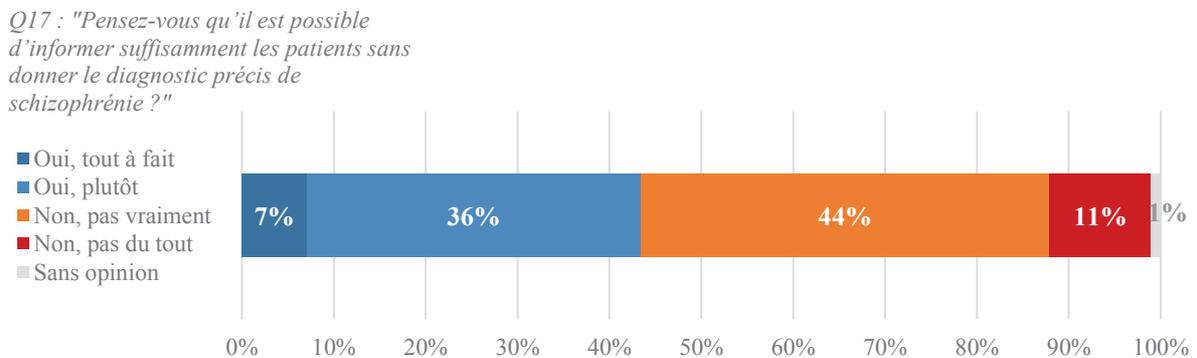
V. Représentations relatives à l'annonce du diagnostic de schizophrénie

Figure 14. Opinion des internes sur la nécessité de l'annonce diagnostique dans la schizophrénie (N=440)



Les internes de psychiatrie sont pratiquement tous d'accord sur le caractère nécessaire de l'annonce du diagnostic de schizophrénie aux patients souffrant de cette pathologie psychiatrique.

Figure 15. Avis sur la possibilité d'informer le patient schizophrène sans lui donner le diagnostic précis (N=440)



- ❖ L'annonce du diagnostic de schizophrénie est jugée nécessaire par 95 % des internes ; seuls 4% ne jugent pas vraiment nécessaire le fait d'annoncer au patient qu'il souffre de schizophrénie. Aucun interne n'a estimé que l'annonce du diagnostic n'a aucune importance dans le cas de la schizophrénie.

Tableau 3. Avis sur les répercussions de l'annonce du diagnostic de schizophrénie (N=440)

	n	%
<i>... est un atout dans la prise en charge</i>	364	82 %
<i>... est un frein dans la prise en charge</i>	29	7 %
<i>... n'a pas d'influence particulière dans la prise en charge</i>	51	11 %
<i>... améliore l'alliance thérapeutique</i>	286	64 %
<i>... détériore l'alliance thérapeutique</i>	42	9 %
<i>... n'a pas d'influence particulière sur l'alliance thérapeutique</i>	116	26 %
<i>... améliore l'observance thérapeutique</i>	258	58 %
<i>... n'améliore pas particulièrement l'observance thérapeutique</i>	186	42 %
<i>... c'est davantage le rôle du sénior</i>	268	60 %
<i>... c'est le rôle de l'interne autant que celui du sénior</i>	176	40 %

Nous avons cherché à savoir ce que les internes pensent des répercussions de l'annonce diagnostique de la schizophrénie sur la prise en charge, sur l'alliance thérapeutique et sur l'observance thérapeutiques.

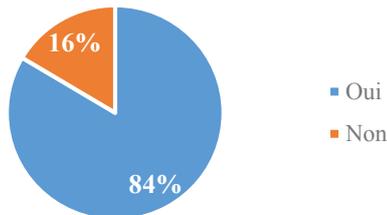
- ❖ Pour la majorité des internes, l'annonce diagnostique est un atout dans la prise en charge des patients, et améliore l'alliance thérapeutique et l'observance thérapeutique.
- ❖ 82 % des internes sont d'accord sur le fait qu'annoncer le diagnostic à un patient souffrant de schizophrénie est un atout dans sa prise en charge ; seul 7 % des internes considèrent au contraire que cette annonce est un frein dans sa prise en charge ; l'annonce n'a aucun impact sur la prise en charge pour un interne sur dix.
- ❖ Deux tiers des internes pensent que l'annonce diagnostique améliore l'alliance thérapeutique entre le patient souffrant de schizophrénie et son thérapeute ; près d'un tiers considère au contraire que l'annonce détériore cette alliance ; l'annonce n'a aucun impact sur l'alliance thérapeutique pour un interne sur dix.
- ❖ Plus de la moitié des internes (58 %) pensent que l'annonce diagnostique améliore l'observance thérapeutique des patients souffrant de schizophrénie. A contrario, 42 % considèrent que l'annonce n'a pas d'impact sur l'observance thérapeutique.
- ❖ Annoncer le diagnostic aux patients souffrant de schizophrénie relève de la responsabilité des séniors pour 60 % des interrogés à l'enquête ; la responsabilité de l'annonce est partagée entre le sénior et l'interne pour 40 % des répondants.

VI. Pratiques relatives à l'annonce du diagnostic de schizophrénie

1. Pratiques générales

Figure 16. Confrontation à une situation d'annonce du diagnostic de schizophrénie (N=440)

Q22a : "Avez-vous déjà eu à annoncer un diagnostic de schizophrénie à l'un de vos patient ?"

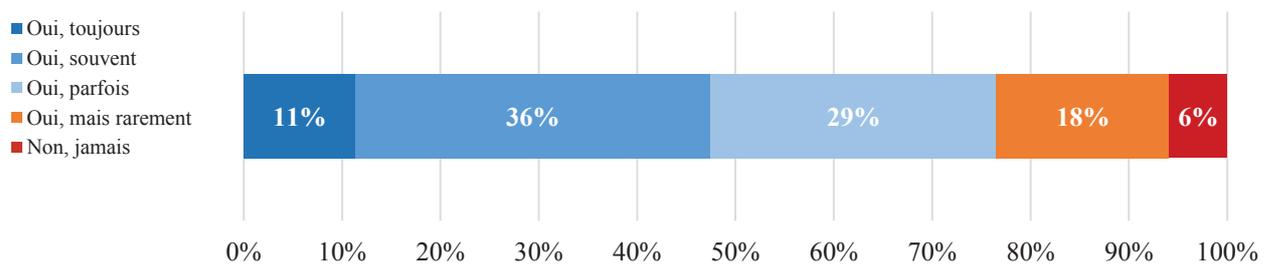


Près d'un interne sur cinq (16 %) n'a encore jamais eu à annoncer un diagnostic de schizophrénie à l'un de ses patients ; soit 73 sur les 440 internes répondant à cette question.

Ces internes n'ont donc pas pu répondre à la suite des questions qui concernent la pratique de l'annonce diagnostique de la schizophrénie.

Figure 17. Fréquence d'annonce du diagnostic de schizophrénie (N=367)

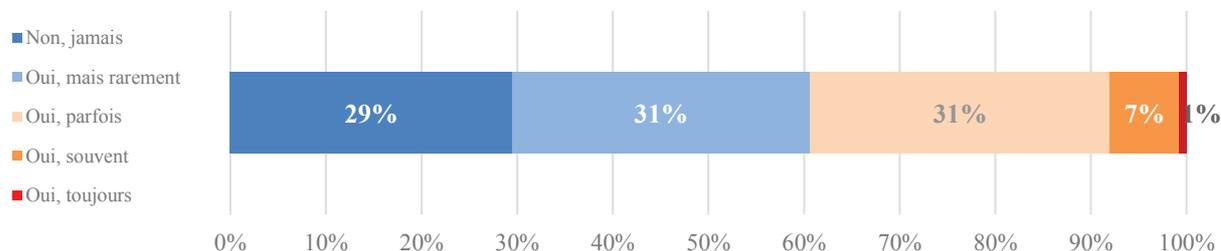
Q22b : "Annoncez-vous le diagnostic à vos patients schizophrènes ?"



- ❖ Près de la moitié des internes de notre enquête déclarent annoncer régulièrement le diagnostic aux patients souffrant de schizophrénie : 36 % l'annonce souvent et 11 % l'annonce systématiquement aux patients. Ils sont 29 % à annoncer ce diagnostic de manière irrégulière, en l'annonçant « parfois », en fonction des situations.
- ❖ Plus d'un interne sur cinq (24 %) déclarent annoncer de manière exceptionnelle, voire même ne jamais annoncer, le diagnostic aux patients souffrant de schizophrénie.

Figure 18. Fréquence des situations où l'interne se trouve dans l'incapacité d'annoncer le diagnostic (N=364)

Q23 : "Vous arrive-t-il de ne pas annoncer le diagnostic à vos patients souffrant de schizophrénie alors que vous auriez souhaité le faire ?"

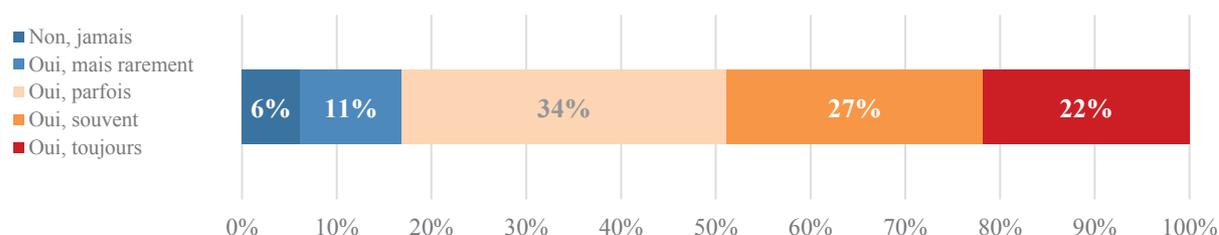


Nous avons cherché à comprendre si le fait de ne pas annoncer le diagnostic de schizophrénie était assumé, en accord avec le souhait de l'interne, ou s'il s'agit d'un choix résigné, en désaccord avec le souhait de l'interne. En d'autres termes, l'interne s'est-il déjà trouvé dans une situation où il était dans l'incapacité d'annoncer le diagnostic (à cause de barrières mentales ou réelles) ?

- ❖ Un tiers des internes déclarent se trouver ponctuellement dans l'incapacité d'annoncer un diagnostic (« oui, parfois »). Mais la majorité (60 %) déclarent n'être que « rarement », voire « jamais », dans une situation où ils n'annoncent pas le diagnostic alors qu'ils auraient souhaité le faire.
- ❖ Ils sont 8 % à être régulièrement (« souvent » ou « toujours ») dans une situation où ils n'annoncent pas le diagnostic à leur patient schizophrène alors qu'ils auraient voulu le faire.

Figure 19. Appréhension avant d'annoncer un diagnostic de schizophrénie (N=364)

Q24 : "Ressentez-vous de l'appréhension avant d'annoncer le diagnostic à un patient souffrant de schizophrénie ?"



- ❖ Un tiers des internes déclarent ressentir occasionnellement de l'appréhension avant d'annoncer un diagnostic de schizophrénie à un patient (« oui, parfois »).

- ❖ Près de la moitié des internes ressentent fréquemment de l'appréhension avant d'annoncer une schizophrénie : 27 % appréhendent la plupart du temps et 22 % appréhendent systématiquement.
- ❖ Seulement un interne sur cinq (17 %) n'appréhende que très peu souvent, voire jamais, ce type de situation

Tableau 4. Choix des freins à l'annonce du diagnostic de schizophrénie (N=361)

		<i>n</i>	%
1	Incertitude diagnostique	266	74%
2	Incapacité fonctionnelle du patient à comprendre le diagnostic (anosognosie, déni des troubles, troubles cognitifs, pas d'insight)	212	59%
3	Réticence à donner une étiquette diagnostique	151	42%
4	Crainte des répercussions sociales négatives (stigmatisation, rejet socio-familial)	98	27%
5	Crainte des répercussions thérapeutiques négatives (rupture d'alliance thérapeutique)	90	25%
6	Crainte des répercussions cliniques négatives (agitation, recrudescence anxio-dépressive, traumatisme émotionnel, crise suicidaire)	87	24%
7	Absence d'interrogation du patient	60	17%
8	Diagnostic de mauvais pronostic	32	9%
9	Vous pensez que cela n'apporterait rien dans la prise en charge	15	4%
10	Autre	10	3%

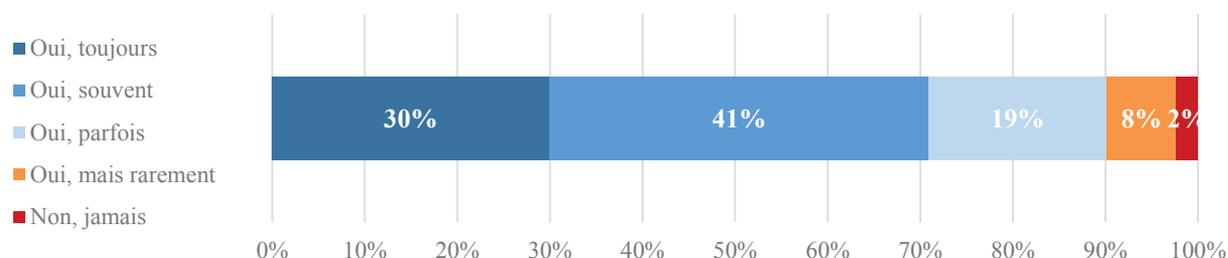
Nous avons proposé aux internes plusieurs causes qui peuvent les conduire à ne pas annoncer la schizophrénie, en leur demandant d'en choisir une ou plusieurs.

- ❖ L'incertitude diagnostique (74 %) et l'incapacité fonctionnelle du patient à comprendre le diagnostic (59 %) sont les deux principales causes qui poussent les internes à ne pas annoncer un diagnostic de schizophrénie. La réticence à donner une étiquette diagnostique est le troisième frein qui se distingue : 42 % des internes choisissent cette proposition.
- ❖ Environ un quart des internes répondant à l'enquête n'annoncent pas le diagnostic de schizophrénie par crainte de répercussions sociales, thérapeutiques et cliniques négatives.
- ❖ 17 % sont freinés par l'absence d'interrogation du patient et 9 % seulement, par le diagnostic de mauvais pronostic ; 4 % s'y refusent car ils pensent que l'annonce du diagnostic n'apporte rien à la prise en charge. Enfin, près de 2 % des internes évoquent d'autres raisons telles que : « c'est au sénior d'annoncer le diagnostic de

schizophrénie », « la crainte de la réaction du sénior en cas d'annonce par l'interne » ou « l'attente d'un contexte opportun ».

Figure 20. Terminologie utilisée lors de l'annonce diagnostique de la schizophrénie (N=361)

Q26 : "Utilisez-vous le terme de « schizophrénie » lors de l'annonce diagnostique ?"



Nous nous sommes intéressés à la terminologie utilisée par les internes lors de l'annonce diagnostique de la schizophrénie.

- ❖ La majorité des internes (71 %) utilisent régulièrement le terme de « schizophrénie » lors d'une annonce : 41% l'évoque souvent et 30 % systématiquement.
- ❖ Un interne sur cinq emploie parfois le terme de « schizophrénie » lors de l'annonce diagnostique et un interne sur dix n'utilise que très peu, voire pas du tout, cette terminologie.

Tableau 5. Choix des termes alternatifs utilisés lors de l'annonce du diagnostic de schizophrénie (N=361)

		<i>n</i>	%
1	Psychose ou trouble psychotique	244	67 %
2	Reprise des termes utilisés spontanément par le patient	173	48 %
3	Trouble de la pensée et des sens	125	35 %
4	Troubles hallucinatoires	104	29 %
5	Maladie délirante	96	27 %
6	Maladie discordante	29	8 %
7	Troubles schizo-affectif	24	7 %
8	Aucun terme en particulier	22	6 %
9	Autre	12	3 %

- ❖ Près de deux tiers des internes (67%) utilisent les termes de « psychose ou trouble psychotique » pour annoncer le diagnostic de schizophrénie ; un interne sur deux reprend les termes utilisés spontanément par le patient ; un interne sur trois utilise le

terme de « trouble de la pensée et des sens », de « troubles hallucinatoires » ou de « maladie délirante ». Les autres termes sont utilisés par moins d'un interne sur dix.

- ❖ 3% des internes affirment utiliser d'autres termes, qu'ils soient relatifs à la schizophrénie (troubles d'allure ou du spectre schizophrénique) ou qu'ils soient plus vagues (maladie chronique ou trouble psychique). Enfin, 6,3% des internes disent ne pas utiliser de termes en particulier.

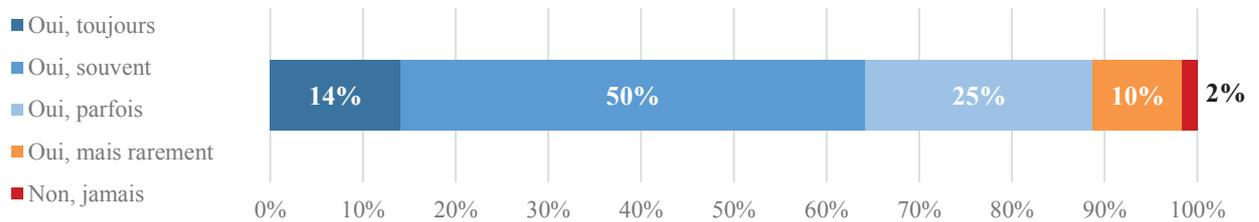
Tableau 6. Choix des contextes d'annonce du diagnostic schizophrénie (N=361)

	<i>n</i>	%
1 Quand le patient demande des informations sur le diagnostic	278	77%
2 Quand le patient évoque la schizophrénie de lui-même	232	64%
3 Après un épisode aigu, une rechute, un soin sous contrainte, etc.	197	55%
4 Quand la famille demande des informations sur le diagnostic	160	44%
5 Au moment de l'introduction ou de la modification d'un traitement médicamenteux	137	38%
6 Il n'y pas un contexte en particulier	66	18%
7 Lors d'un écrit administratif (reconnaissance travailleur handicapé, AAH, certificat)	64	18%
8 Autre	2	1%

- ❖ Près d'un interne sur cinq pense qu'il n'y a pas de contexte particulièrement propice à ce type d'annonce ; ils sont autant à affirmer que cela peut se produire lors de la rédaction d'un papier administratif.
- ❖ On distingue deux, voire trois situations jugées comme appropriées par les internes pour annoncer un diagnostic de schizophrénie : si 77 % l'annoncent en général quand le patient demande des informations sur son diagnostic, ils sont 64 % à aviser le patient quand il évoque la schizophrénie de lui-même. Un interne sur deux décide de l'annoncer au patient après un épisode aigu (quand le patient est stabilisé), une rechute ou un soin sous contrainte.
- ❖ Deux autres situations sont propices à l'annonce pour les internes : 44 % estiment propice d'annoncer le diagnostic quand la famille demande des informations et 38 % l'annoncent au moment de l'introduction ou la modification d'un traitement.
- ❖ Enfin, 1% des internes estiment comme autres contextes favorables à l'annonce : la présence d'arguments cliniques suffisants pour porter le diagnostic.

Figure 21. Annonce diagnostique à la famille du patient (N=364)

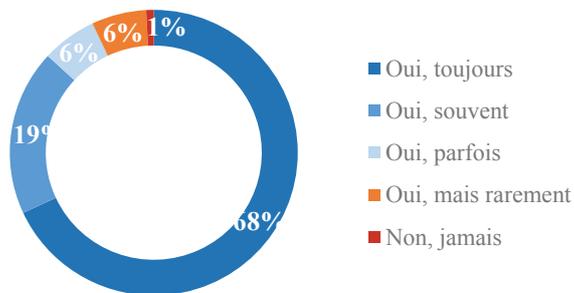
Q29 : "Parlez-vous du diagnostic à la famille de vos patients souffrant de schizophrénie ?"



- ❖ La majorité des internes (64 %) informent la plupart du temps la famille du diagnostic de schizophrénie du patient ; 50 % l'annoncent souvent et 14 % le font systématiquement. Un quart des internes l'informent parfois, un sur dix l'annonce rarement et 2 % ne le font jamais.

Figure 22. Recherche du consentement du patient pour informer la famille (N=358)

Q30 : "Si oui, demandez-vous l'accord du patient pour informer la famille ?"



87 % des internes demandent la plupart du temps l'accord du patient avant d'informer la famille du diagnostic : un interne sur cinq sollicite souvent l'accord et plus des deux tiers sollicitent systématiquement l'accord.

Seulement 13 % des internes effectuent la démarche parfois, rarement voire jamais.

2. Informations données aux patients souffrant de schizophrénie

Tableau 7. Types d'informations délivrées aux patients souffrant de schizophrénie (N=364)

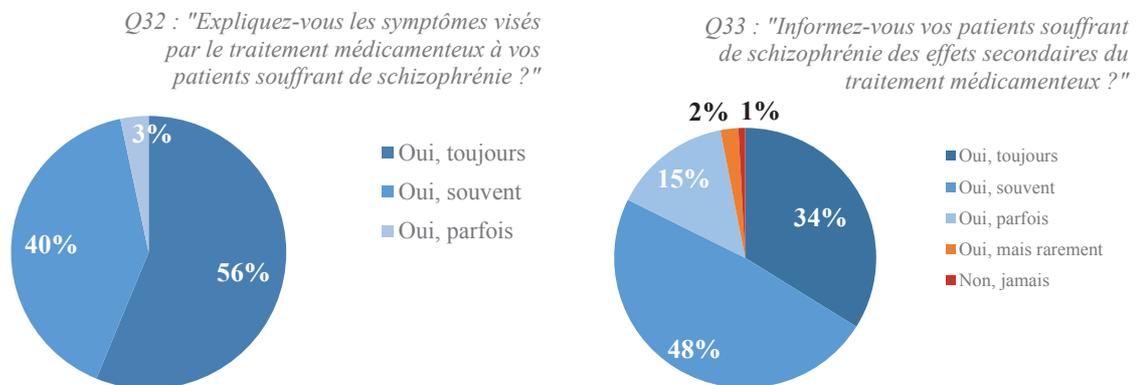
	n	%
<i>Thérapeutiques</i>	335	92 %
<i>Cliniques et sémiologiques</i>	329	91 %
<i>Pronostiques</i>	189	52 %
<i>Etio-pathogéniques</i>	130	36 %
<i>Epidémiologiques</i>	119	33 %

Nous nous sommes intéressés au type d'informations données aux patients souffrant de schizophrénie lors de l'annonce diagnostique.

- ❖ Neuf internes sur dix délivrent des informations d'ordre thérapeutiques, ainsi que d'ordre cliniques et sémiologiques.
- ❖ Un interne sur deux informe le patient sur le pronostic, un interne sur trois l'informe sur l'étio-pathogénie et sur l'épidémiologie.

Figure 23. Informations sur les symptômes visés par le traitement médicamenteux (N=364)

Figure 24. Informations sur les effets secondaires des traitements (N=364)



- ❖ Tous les internes répondant à l'enquête déclarent expliquer les symptômes visés par le traitement à leurs patients souffrant de schizophrénie : 56 % l'expliquent de manière systématique, 41 % l'expliquent souvent et seulement 3 % l'expliquent parfois.
- ❖ De la même manière, la quasi-totalité (97 %) des internes déclarent informer leurs patients des effets secondaires du traitement médicamenteux : 48 % le font souvent, 34 % les informent toujours, et 15 % le font parfois. Ils ne sont que 3 % à les prévenir exceptionnellement, voire jamais.

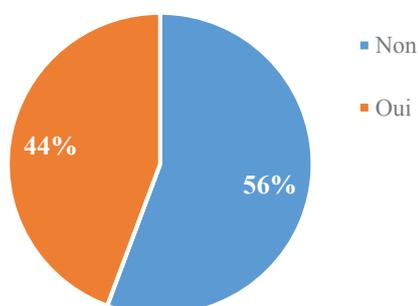
Tableau 8. Types d'informations données aux patients et support utilisé lors de l'annonce (N=364)

	Oui		Non	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Informez-vous vos patients de l'existence de structures de soins et d'aide ?</i>	338	93%	25	7%
<i>Informez-vous vos patients de l'existence d'associations de patients et de familles ?</i>	127	35%	236	65%
<i>Vous servez-vous d'une aide matérielle pour faciliter l'annonce ?</i>	42	12%	321	88%

- ❖ La plupart des internes (93 %) informent les patients et/ou à leur famille de l'existence de structures de soins et d'aide aux patients souffrant de troubles psychiatriques, tels que les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), les centres médico-psychologiques (CMP) ou l'hôpital de Jour (HDJ).
- ❖ Seulement un tiers des internes expliquent aux patients et/ou leur famille qu'il existe des associations spécialisées dans l'accompagnement et le soutien des patients souffrant de schizophrénie et de leur famille (UNAFAM, etc.)
- ❖ Ils ne sont que 12 % à utiliser une aide matérielle pour faciliter l'annonce diagnostique (prospectus, livret d'informations, etc.).

Figure 25. Satisfaction concernant l'information délivrée aux patients schizophrènes

Q37: "Le niveau d'information donné au patient schizophrène sur sa pathologie vous semble-t-il suffisant ?"



L'avis est assez partagé concernant le niveau d'informations délivré au patient souffrant de schizophrénie sur sa pathologie : 44 % sont satisfaits du niveau d'information donnée au patient tandis que 56 % en sont insatisfaits.

VII. Etude des corrélations entre les réponses au questionnaire

1. Introduction à l'analyse bi-variée

- Un résultat est dit statistiquement significatif lorsqu'il est peu probable qu'il puisse être obtenu par un simple hasard. Un risque d'erreur de 5 % signifie que le résultat observé a moins de 5 % de chance d'être obtenu par hasard. Par opposition, un résultat statistiquement non significatif est un résultat qui a possiblement été obtenu par hasard (à plus de 5 % de chances).
- Nous commenterons les différences significatives aux seuils de 5 %, 1 % ou moins d'1 %. Le risque d'erreur entre 5 % et 6 % (proche de la significativité) sera commenté à titre indicatif.
- **Tableau 9. Grille de lecture de la valeur « P-value »**

P-value	Code	Seuils du risque d'erreur	
> 0,06	NS	-	Non significatif
Entre 0,05 et 0,06	PS	Entre 5 % et 6 %	Proche de la significativité
Entre 0,01 et 0,05	*	5 %	Significatif
Entre 0,0001 et 0,01	**	1 %	Bonne significativité
< 0,0001	***	0,01 %	Significativité la plus forte

2. Corrélations entre les variables socioprofessionnelles

L'âge des étudiants en médecine à l'entrée en internat varie en fonction du parcours d'études et du parcours professionnel de chacun ; toutes les tranches d'âges sont représentées quelle que soit l'année d'internat. Ces données ne se recoupant pas entièrement, nous chercherons toujours des corrélations par rapport à ces deux variables (l'âge et le nombre d'années d'expérience en tant qu'interne).

- ❖ La répartition par âge est significativement corrélée à la répartition par semestre (p-value < 0,0001 ; ***); plus les internes avancent en semestre et plus ils sont âgés. La moyenne d'âge des internes de première année est de 26 ans. Elle est de 27 ans en deuxième année, de 28 ans en troisième année et de 29,6 ans en dernière année.
- ❖ La différence entre les moyennes d'âges par sexe est statistiquement significative (p-value < 0,0001 ; ***); les hommes de l'échantillon sont plus âgés que les femmes. Les femmes ont en moyenne 27,5 ans et les hommes ont en moyenne 28,6 ans.

- ❖ La répartition sexuée est, proportionnellement, la même chaque année d'internat.

3. Corrélations entre les variables socioprofessionnelles et les représentations

❖ Avis sur la formation spécifique à l'annonce diagnostique

Les femmes sont encore plus favorables à une formation spécifique à l'annonce diagnostique (p-value=0,0017 *) ; 63 % d'entre elles y sont très favorables contre 47 % des hommes.

Les internes en première et deuxième année d'internat sont encore plus favorables à une formation spécifique à l'annonce diagnostique (p-value=0,0066 *) ; 64 % d'entre eux y sont très favorables contre 51 % de ceux en troisième et quatrième année.

❖ Le caractère indispensable de l'annonce diagnostique en psychiatrie

Les hommes sont moins nombreux à penser que l'annonce diagnostique est indispensable en psychiatrie (p-value=0,0017 **) ; 84 % d'entre eux sont tout à fait ou plutôt d'accord avec le caractère indispensable de l'annonce diagnostique contre 95 % des internes femmes.

Plus l'âge des internes augmente et moins ils sont nombreux à penser que l'annonce diagnostique est indispensable en psychiatrie (proche de la significativité ; p-value=0,0564) ; 96 % des 23-27 ans, 90 % des 27-29 ans et 87 % des 30-40 ans sont tout à fait ou plutôt d'accord avec le caractère indispensable de cette annonce. Le même constat est à faire en fonction de l'ancienneté des internes (p-value=0,0695). Cependant ces différences statistiques ne sont pas significatives.

❖ L'importance des aspects thérapeutique et juridique

Plus l'ancienneté des internes augmente et moins ils sont nombreux à accorder une place centrale à l'aspect juridique dans leur pratique de l'annonce diagnostique (p-value= 0,0084 **) ; 43 % des internes de première année, 36 % des internes de deuxième et troisième année, et 29 % des internes de dernière année accorde une place importante voire très importante à l'aspect juridique.

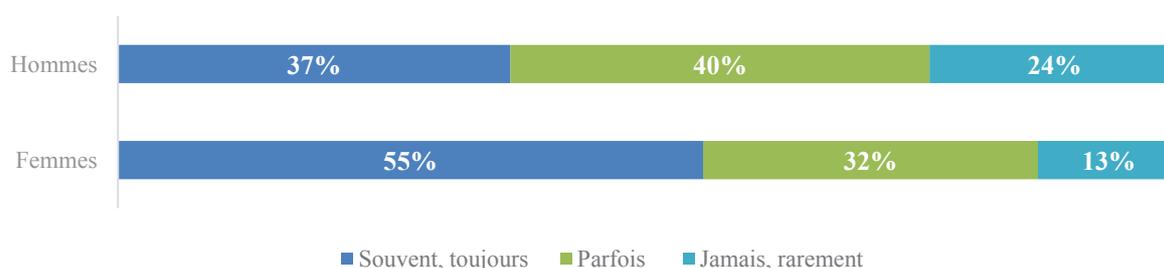
Les internes hommes sont moins nombreux à accorder une place centrale à l'aspect thérapeutique dans leur pratique de l'annonce diagnostique (p-value= 0,0028 **) ; 90 % d'entre eux accordent une place importante voire très importante à l'aspect thérapeutique contre 97 % des femmes.

❖ La nécessité d'annoncer le diagnostic dans le cas de la schizophrénie

Les internes de dernière année sont moins nombreux à penser que l'annonce diagnostique est nécessaire dans le cas de la schizophrénie (proche de la significativité ; $p\text{-value}=0,0547$) ; 93 % d'entre eux sont tout à fait ou plutôt d'accord avec cette nécessité contre 97 % de ceux des années antérieures.

❖ L'appréhension avant d'annoncer le diagnostic de schizophrénie

Figure 26. Fréquence de l'appréhension avant l'annonce du diagnostic de schizophrénie



Les hommes interrogés ressentent moins fréquemment de l'appréhension avant d'annoncer le diagnostic de schizophrénie à leur patient ($p\text{-value}= 0,0032$ **) ; 37 % d'entre eux ressentent souvent ou toujours de l'appréhension contre 55 % des femmes.

❖ L'incapacité à annoncer un diagnostic alors qu'on souhaiterait le faire

Il arrive moins fréquemment aux hommes de ne pas annoncer le diagnostic au patient souffrant de schizophrénie alors qu'ils auraient souhaité le faire ($p\text{-value}= 0,0450$ *) ; 32 % d'entre eux sont dans cette situation parfois, souvent, voire toujours, contre 43 % des femmes.

Les internes de première année sont également plus souvent dans cette situation ($p\text{-value}= 0,0183$ *) ; 51 % n'annoncent pas le diagnostic alors qu'ils auraient souhaité le faire (parfois, souvent, ou toujours) contre 36 % des internes des années suivantes.

❖ Satisfaction du niveau d'information délivrée au patient

Les hommes sont plus nombreux à être satisfaits du niveau d'information donnée au patient ($p\text{-value}= 0,0449$ *) ; 52 % d'entre eux sont satisfaits contre 41 % des femmes.

4. Recherche de facteurs associés à la fréquence d'annonce diagnostique de la schizophrénie

Tableau 10. Corrélation entre la fréquence d'annonce diagnostique de la schizophrénie et les facteurs explicatifs potentiels

		FREQUENCE DE L'AD			
		Jamais, Rarement	Parfois	Souvent, Toujours	
		-	+/-	+	
		23%	29%	47%	
Caractéristiques socioprofessionnelles					P-value
		-	+/-	+	
Age	23-26	23%	31%	46%	0,9810
	27-29	24%	28%	47%	NS
	30-40	22%	29%	49%	
Sexe	Femmes	24%	32%	45%	0,2321
	Hommes	23%	24%	53%	NS
Année d'internat	1e année	32%	30%	38%	0,1069
	Autres années	21%	29%	50%	NS
Type d'établissement principal pendant l'internat	Services psy. au CHU	12%	28%	60%	0,0054
	Centres hospitaliers spécialisés	28%	27%	46%	**
	Services psy. en hôpital général	28%	34%	37%	
Type de service principal pendant l'internat	Extrahospitalier	25%	21%	54%	0,6004
	Hospitalisation de longue évolution	30%	21%	49%	NS
	Hospitalisation d'entrée	22%	31%	47%	
	Urgences ou liaison	25%	36%	39%	
Principaux outils thérapeutiques					P-value
		-	+/-	+	
Thérapies cognitivo-comportementales	Oui	18%	23%	59%	0,0321
	Non	25%	31%	44%	*
Thérapies familiales ou systémiques	Oui	19%	25%	56%	0,3590
	Non	24%	30%	46%	NS
Psychothérapies de soutien	Oui	23%	27%	50%	0,1986
	Non	26%	34%	39%	NS
Chimiothérapie	Oui	22%	29%	49%	0,1549
	Non	34%	35%	31%	NS
Thérapies analytiques ou psychodynamiques	Oui	23%	28%	48%	0,9792
	Non	23%	29%	47%	NS
Aucun outil en particulier	Oui	25%	35%	40%	0,7710
	Non	23%	29%	48%	NS
Formation et connaissance réglementaire					P-value
		-	+/-	+	
Formation spécifique à l'AD	Oui	18%	39%	42%	0,3797
	Non	24%	28%	48%	NS
Connaissance des lois	Assez, très bien	20%	26%	53%	0,1675
	Pas vraiment, pas du tout	26%	31%	43%	NS
Représentation sur l'AD et l'ADS					P-value
		-	+/-	+	

L'AD est indispensable en psychiatrie	Plutôt, tout à fait	21%	29%	50%	<0,0001
	Pas vraiment, pas du tout	52%	32%	16%	***
L'ADS est nécessaire	Oui plutôt	27%	37%	36%	0,0004
	Oui, tout à fait	19%	24%	57%	**
Il est possible d'informer sans ADS	Plutôt, tout à fait	29%	36%	35%	0,0002
	Pas vraiment, pas du tout	20%	23%	57%	**
Intérêt de l'ADS dans la prise en charge	Atout	21%	29%	50%	0,0742
	Pas d'influence	30%	30%	40%	NS
	Frein	43%	30%	26%	
Effet de l'ADS sur l'alliance thérapeutique	Améliore	22%	27%	51%	0,1537
	Pas d'influence	25%	30%	45%	NS
	Détériore	31%	40%	29%	
Effet de l'ADS sur l'observance thérapeutique	Améliore	18%	29%	53%	0,0113
	N'améliore pas	31%	29%	40%	*
Rôle du sénior et de l'interne dans l'ADS	Rôle du sénior	32 %	32%	36%	<0,0001
	Rôle du sénior et interne	13%	25%	62%	***
Freins à l'ADS					P-value
		-	+/-	+	
Diagnostic de mauvais pronostic	Oui	38%	25%	38%	0,0465
	Non	22%	30%	48%	*
Crainte des répercussions sociales négatives	Oui	34%	30%	37%	0,0102
	Non	20%	29%	51%	*
Réticence à donner une étiquette diagnostique	Oui	30%	31%	39%	0,0143
	Non	19%	28%	53%	*
Crainte des répercussions thérapeutiques négatives	Oui	24%	40%	36%	0,0148
	Non	23%	26%	51%	*
Incapacité fonctionnelle du patient à comprendre le diagnostic	Oui	24%	33%	42%	0,0515
	Non	23%	23%	54%	PS
Crainte des répercussions cliniques négatives	Oui	26%	31%	43%	0,5614
	Non	23%	29%	49%	NS
Absence d'interrogation du patient	Oui	23%	33%	43%	0,7071
	Non	23%	28%	48%	NS
Incertitude diagnostique	Oui	20%	29%	50%	0,0579
	Non	31%	29%	40%	PS

- ❖ La fréquence de l'annonce diagnostique de la schizophrénie augmente légèrement avec l'âge des internes mais cette différence n'est pas statistiquement significative. Le constat est le même pour les internes de première année (non significatif) ; 38 % d'entre eux l'annoncent régulièrement contre 50 % de ceux des années supérieures.
- ❖ Les internes qui ont principalement effectué leurs stages en service de psychiatrie au CHU annoncent plus fréquemment le diagnostic de schizophrénie à leur patient (p-value=0,0054 **); 60 % d'entre eux l'annoncent régulièrement contre 46 % des internes ayant principalement effectué leurs stages en centre hospitalier spécialisé et 37 % pour ceux des services de psychiatrie en hôpital général.

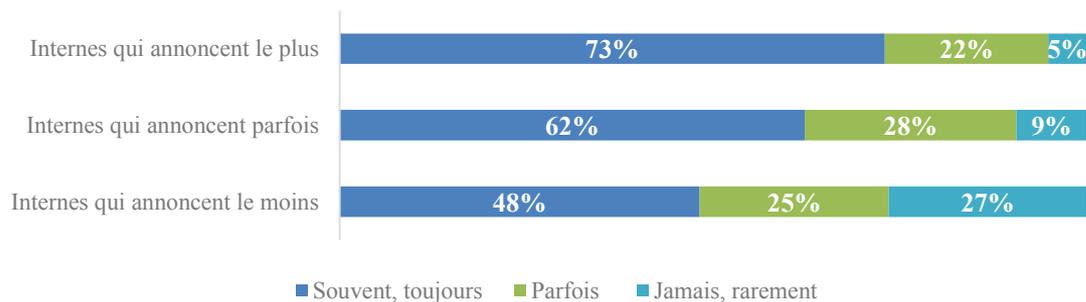
- ❖ Les internes qui utilisent (entre autres) les thérapies cognitivo-comportementales annoncent plus fréquemment le diagnostic de schizophrénie que ceux qui n'utilisent pas cet outil dans leur pratique ; 59 % d'entre eux l'annoncent régulièrement contre 44 % de ceux qui ne l'utilisent pas. La différence est statistiquement significative au seuil de 5 % de risque d'erreur (p-value=0,0321 *).
- ❖ Les internes qui pensent que l'annonce diagnostique n'est pas indispensable en psychiatrie annoncent moins fréquemment le diagnostic de schizophrénie (p-value < 0,0001 ***) ; seulement 16 % d'entre eux l'annoncent régulièrement et 52 % le donnent rarement voire jamais, contre respectivement 50 % et 21 % pour ceux qui pensent que c'est une démarche indispensable.
- ❖ La quasi-totalité des internes sont d'accord avec le fait que l'annonce diagnostique est nécessaire dans le cas de la schizophrénie. Toutefois, en comparant ceux qui sont plutôt d'accord à ceux qui sont tout à fait d'accord, nous constatons que ces derniers annoncent plus fréquemment ce diagnostic (p-value=0,0004 **) ; 57 % de ces derniers l'annoncent régulièrement contre 36 %.
- ❖ Les internes qui pensent qu'il n'est pas possible d'informer le patient schizophrène sans donner le diagnostic annoncent plus fréquemment le diagnostic (p-value=0,0002 **) ; 57 % d'entre eux l'annoncent régulièrement contre 35 % de ceux qui pensent le contraire.
- ❖ Les internes qui pensent que l'annonce diagnostique de la schizophrénie n'améliore pas l'observance thérapeutique du patient révèlent moins fréquemment le diagnostic (p-value=0,0113 *) ; 40 % l'annoncent régulièrement ; 53 % des internes pensent le contraire.
- ❖ Les internes qui considèrent que c'est davantage le rôle du sénior d'annoncer le diagnostic de schizophrénie le communiquent moins fréquemment (p-value < 0,0001 ***) ; 36 % d'entre eux l'annoncent régulièrement contre 62 % de ceux qui pensent qu'il revient au sénior.
- ❖ Venons-en au choix des freins à l'annonce diagnostique de la schizophrénie :
 - Les internes qui ont choisi le diagnostic de mauvais pronostic annoncent moins fréquemment le diagnostic au patient (différence non significative) ; 38 % d'entre eux ne l'annoncent pas (ou rarement) contre 22 % de ceux qui n'ont pas choisi ce frein.
 - Il en va de même pour les internes qui ont choisi la crainte des répercussions sociales négatives sur le patient (p-value=0,0102 *) ; 34 % d'entre eux ne l'annoncent pas (ou rarement) contre 20 % de ceux qui ne se sentent pas concernés par ce frein.

- Il en est de même pour les internes qui ont choisi la réticence à donner une étiquette diagnostique (p-value=0,0143 *) ; 30 % d’entre eux ne l’annoncent pas (ou rarement) contre 19 % de ceux qui n’ont pas choisi ce frein.
- Idem pour les internes qui ont choisi la crainte des répercussions thérapeutiques négatives (p-value=0,0148 *) ; 64 % d’entre eux annoncent parfois, rarement ou jamais contre 49 % de ceux qui n’ont pas choisi ce frein.

5. Recherche de caractéristiques associées à la pratique de l’annonce diagnostique de la schizophrénie

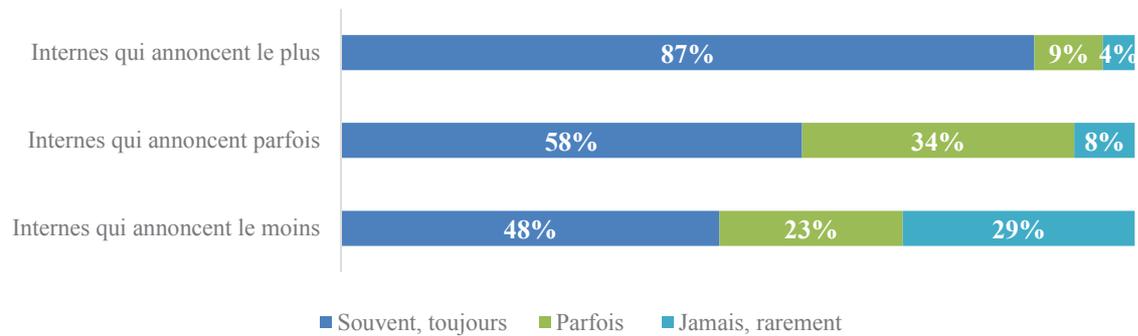
Nous avons cherché des caractéristiques associées aux différents profils de pratique. Pour cela, nous avons réparti les internes en trois groupes de pratique : ceux qui annoncent le plus le diagnostic de schizophrénie (souvent ou toujours), ceux qui l’annoncent parfois et ceux qui l’annoncent le moins (rarement ou toujours). Nous avons croisé cette donnée avec d’autres caractéristiques et nous présentons ci-dessous les résultats statistiquement significatifs.

Figure 27. Fréquence de l’annonce du diagnostic à la famille du patient en fonction du profil de pratique



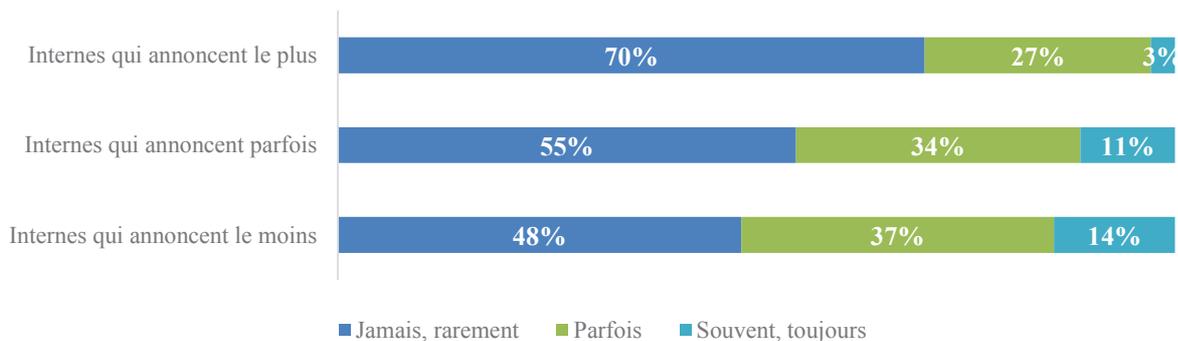
- ❖ Plus les internes annoncent le diagnostic de schizophrénie aux patients et plus ils l’annoncent à la famille des patients (p-value < 0,0001 ***).
- ❖ 95 % des internes qui annoncent le plus souvent le diagnostic au patient, déclarent annoncer ce type de diagnostic à la famille des patients.
- ❖ Par ailleurs, 73 % des internes qui annoncent le moins souvent le diagnostic au patient déclarent avertir la famille ; seulement 27 % ne l’annoncent également pas (ou rarement) à la famille des patients.

Figure 28. Fréquence de l'utilisation du terme "schizophrénie" lors de l'annonce en fonction du profil de pratique



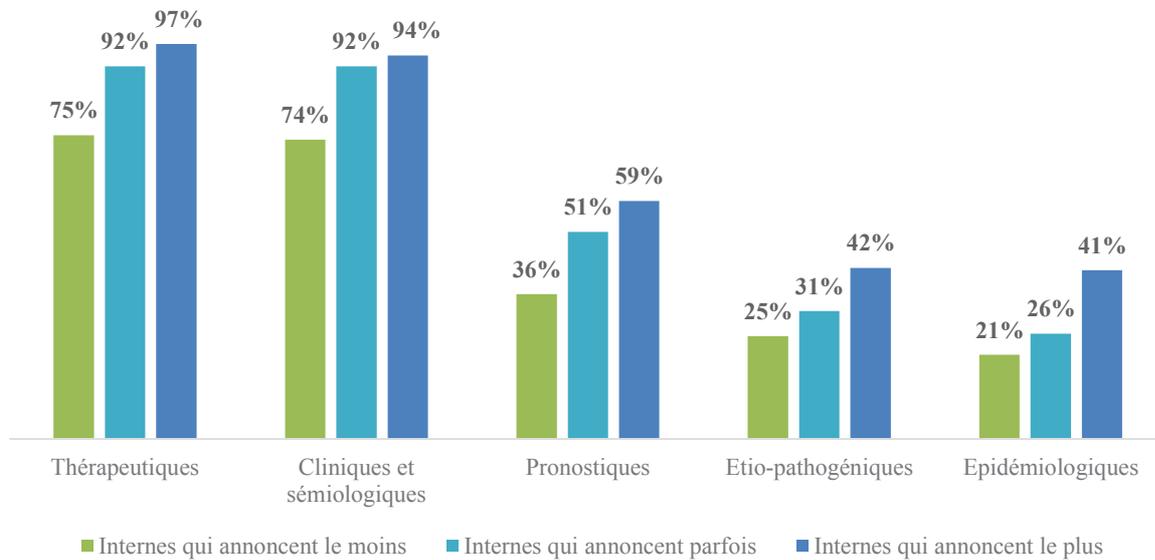
- ❖ Plus les internes annoncent le diagnostic de schizophrénie aux patients et plus ils déclarent utiliser le terme de « schizophrénie » lors de l'annonce (p-value < 0,0001 ***).
- ❖ La quasi-totalité des internes (96 %) qui annoncent régulièrement le diagnostic au patient déclarent employer le terme de « schizophrénie » lors de l'annonce ; 71 % l'utilisent parmi ceux qui annoncent rarement le diagnostic.

Figure 29. Fréquence des situations où l'interne ne donne pas le diagnostic alors qu'il aurait souhaité le faire en fonction du profil de pratique



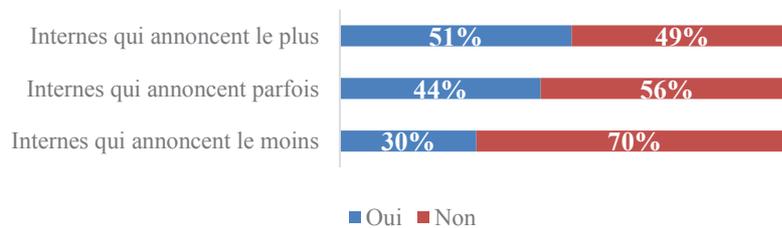
- ❖ Moins les internes annoncent le diagnostic de schizophrénie aux patients et plus ils déclarent se retrouver dans des situations où ils n'annoncent pas le diagnostic alors qu'ils souhaiteraient le faire (p-value < 0,0001 ***).
- ❖ La moitié des internes qui annoncent rarement le diagnostic au patient déclarent se trouver parfois, souvent ou toujours dans cette situation. Cependant, c'est le cas pour seulement un tiers de ceux qui annoncent régulièrement le diagnostic.

Figure 30. Types d'informations données au patient en fonction du profil de pratique



- ❖ Plus les internes annoncent le diagnostic de schizophrénie aux patients et plus ils donnent des informations aux patients (p-value < 0,0001 ***).

Figure 31. Taux de satisfaction du niveau d'information donnée au patient en fonction du profil de pratique



- ❖ Moins les internes annoncent le diagnostic de schizophrénie aux patients et moins ils sont satisfaits du niveau d'information donnée aux patients (p-value < 0,0065 **). La moitié des internes qui annoncent régulièrement le diagnostic sont insatisfaits contre 70 % des internes qui l'annoncent rarement.

E. Discussion

I. Limites et biais de l'étude

1. Biais d'échantillonnage

Nous n'avons pas eu accès aux adresses électroniques des internes (à l'exception de la subdivision « Océan Indien »). Ce sont les référents locaux de l'AFFEP qui ont transmis nos courriers électroniques à l'échantillon de l'enquête. Nous n'avons aucun moyen de savoir si les référents locaux ont en leur possession toutes les adresses e-mails des internes de leur subdivision, si ces adresses sont valides et si les référents ont effectivement transmis nos mails.

Le taux de participation de chaque subdivision varie en fonction du nombre de fois où le référent local de l'AFFEP a transmis nos différents mails de relances aux internes. Pour limiter ce biais et nous assurer que le plus grand nombre d'internes soient informés de l'enquête, nous avons demandé aux référents locaux de nous confirmer l'envoi effectif des mails ; et nous les avons relancés plusieurs fois (par mail et par téléphone) à ce sujet. A quelques exceptions, la collaboration des référents locaux a été optimale.

La connaissance personnelle des internes d'Amiens, a certainement majoré leur taux de réponses ; les internes étant d'autant plus intéressés par une enquête menée par une de leurs collègues. Concernant la subdivision de Paris, le questionnaire a été publié sur le site de l'association des internes en psychiatrie de Paris (PEPS). Une diffusion du questionnaire sur un site internet, supportant d'autres informations diverses, ne serait pas propice à une participation élevée puisque Paris présente le taux de réponses le plus faible.

2. Biais de sélection

Le lien internet pour accéder au questionnaire est en accès libre. Nous n'avons donc pas de moyen de vérifier que ce se sont bien des internes de psychiatrie qui ont répondu à notre enquête. Néanmoins, pour limiter ce biais, les objectifs et la population de l'enquête étaient clairement expliqués dans notre courrier électronique (cf. annexe 5). La première page du questionnaire en ligne spécifiait, aussi clairement, que seuls les internes de psychiatrie de France étaient invités à répondre au questionnaire (cf. annexe 3).

Par ailleurs, notre enquête comporte un biais d'auto-sélection. En effet, il se peut que la réponse au questionnaire ait été biaisée par une participation majoritaire d'internes intéressés par le sujet abordé par l'étude ; notamment par des internes en plus grande difficulté par rapport à la pratique de l'annonce diagnostique. Il est également probable que des internes de première

année n'aient pas souhaité répondre au questionnaire du fait de leur manque d'expérience pratique.

3. Biais liés aux non-réponses

Plusieurs limites, dues à la méthode d'enquête, peuvent expliquer le taux de non réponse.

Notre questionnaire en ligne a pu poser des difficultés techniques liées à internet. D'abord, il est nécessaire d'avoir une connexion internet régulière, ce qui n'est pas toujours le cas. Puis, des problèmes techniques ou des bugs n'ont peut-être pas permis de pouvoir remplir correctement l'intégralité du questionnaire. Nous avons essayé par des relances régulières d'agir sur ces deux biais, ce qui a permis à chaque reprise d'augmenter le taux de réponses. Il y a enfin les fausses adresses électroniques relatives au changement d'adresse e-mail des internes avant ou pendant l'étude.

A noter, enfin, que l'étude a été réalisée pendant la période estivale, propice aux congés des internes, ce qui a pu empêcher une participation optimale.

4. Biais liés au questionnaire

Des termes utilisés dans les items du questionnaire peuvent ne pas avoir été bien compris par les internes. C'est probablement le cas pour les questions 11 et 23, qui ne restituent pas des réponses similaires alors qu'elles abordent la même thématique (à savoir la fréquence d'annonce du diagnostic de schizophrénie).

Le questionnaire est très adapté pour relever des informations quantifiables sur la pratique, mais il demeure limité dans l'exploration des représentations.

5. Biais liés à l'analyse

Une partie des internes n'a répondu que partiellement au questionnaire (n=26).

II. Interprétation des résultats

Les résultats de cette étude doivent être nuancés en raison du taux de réponses brut (22%). Toutefois, ce taux de réponse est supérieur à celui rapporté dans la dernière enquête nationale sur le sujet (13%) [112].

Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles

A la différence des études précédentes réalisées auprès des psychiatres à la fin des années 1990 [112, 154, 158], notre échantillon est composé majoritairement de femmes (68 %, cf.

figure 1). Ceci confirme la féminisation de la profession médicale attestée dans d'autres études nationales [164]. A noter que les hommes répondant à notre enquête sont plus âgés que les femmes (significativité la plus forte, ***).

Au moment de l'étude, la répartition des internes selon l'année d'internat est très homogène (allant de 24 à 27 %, cf. figure 3), ce qui nous donne un échantillon varié et représentatif.

Nous avons obtenu moins de dix réponses pour cinq subdivisions seulement (plus de dix réponses pour les 22 autres subdivisions, cf. tableau 1). Nous avons donc un échantillon varié également au niveau de la situation géographique d'exercice des internes.

Concernant les lieux d'exercice, près de trois internes sur quatre déclarent avoir effectué principalement leurs stages en dehors d'un CHU (cf. figure 4). Cela s'explique probablement par la maquette de psychiatrie qui n'exige qu'un stage en service hospitalo-universitaire durant l'internat [165]. Les hôpitaux périphériques et les établissements spécialisés auraient donc un rôle essentiel dans la formation des internes.

De nos jours, la prise en charge des patients, par le secteur de psychiatrie publique, s'effectue à plus de 60% sur un mode exclusivement ambulatoire [166]. Pourtant, la plupart des internes ayant répondu à notre étude ont effectué leurs stages en service d'hospitalisation (cf. figure 5).

Concernant les outils thérapeutiques généralement utilisés, la plupart des internes de l'étude déclarent utiliser la chimiothérapie (92 %) et la thérapie de soutien (78 %) (cf. tableau 2). Les psychothérapies plus spécifiques ne sont citées que par un cinquième d'entre eux.

Ces résultats concordent avec ceux des études nationales sur le sujet [112, 154, 158]. Ils font échos aux données actuelles sur l'absence de formation psychothérapeutique des internes [167, 168].

Ainsi, bien que les psychiatres acquièrent d'office le titre de psychothérapeute après avoir validé leur internat [167, 168], ils ne seraient pas véritablement formés à la psychothérapie.

L'utilisation prépondérante de traitements psychotropes pourrait également être en lien avec l'efficacité clinique de ces derniers, les habitudes thérapeutiques des services, les attentes des patients, de leur proche ou de la société, ainsi qu'avec la promotion pharmaceutique réalisée directement auprès des internes par le biais de représentants de laboratoires.

A noter qu'à l'inverse des psychiatres du début des années 2000 [112, 158], les internes semblent actuellement moins utiliser l'outil psychanalytique ou psychodynamique, comparativement aux autres outils psychothérapeutiques (cf. tableau 2). Cela pourrait s'expliquer par le développement des outils cognitivo-comportementaux, systémiques et des thérapies brèves. L'autre hypothèse est celle d'une formation analytique ou d'une ouverture à cette orientation après l'internat.

Formation et connaissances réglementaires

L'annonce diagnostique est une question essentielle et complexe. Pour autant, les internes de psychiatrie ne semblent pas formés à cette question dans leur spécialité. En effet, la plupart des internes interrogés (91 %) déclarent ne pas avoir bénéficié de formation spécifique durant leur cursus (cf. figure 6). Ce résultat concorde avec les données de la littérature à ce sujet qui mettent en avant l'hétérogénéité de la formation des internes de psychiatrie, son insuffisance « par endroit », et sa trop grande dépendance aux courants de pensée des régions [167, 168, 169].

Dans ce contexte, nous aurions souhaité étudier les différences de taux de formation à l'annonce diagnostique en fonction des CHU de rattachement. Toutefois, ils sont trop bas pour effectuer une comparaison statistiquement fiable. Nous pouvons seulement lister les taux de formation au-dessus de la moyenne nationale (9 %), à titre indicatif, sans interpréter ces données.

Tableau 11. Taux de formation à l'annonce diagnostique supérieurs à la moyenne nationale

CHU DE RATTACHEMENT DES INTERNES	NB AVEC FORMATION	NB REpondants	%
1 CHU Grenoble Alpes	3	10	30%
2 CHU Caen	5	19	26%
3 CHU Poitiers	5	26	19%
4 Assistance publique - Hôpitaux de Marseille	3	22	14%
5 CHU Amiens	3	27	11%
6 CHU Strasbourg	2	18	11%
Moyenne nationale			9 %

Par ailleurs, alors que l'information médicale est devenue une obligation légale imposée aux médecins (cf. chapitre cadre juridique), la majorité des internes (61 %) ne connaissent « pas

vraiment », voire « pas du tout », les lois qui encadrent la pratique d'annonce diagnostique (cf. figure 7).

La mise en place d'un enseignement, relatif à la problématique de l'annonce diagnostique, paraît donc essentielle. Tout particulièrement car la quasi-totalité des internes interrogés (95 %) se disent favorable à ce type de formation (cf. figure 8). Il apparaît que les internes de première année et les femmes de notre échantillon sont encore plus favorables à ce type de formation (différence significative, *).

Quoiqu'il en soit, à l'heure actuelle, c'est donc sans base théorique et directement face aux patients, que les internes vont être confrontés à la problématique de l'annonce diagnostique. Ils vont ainsi être amenés à annoncer des diagnostics, toutes pathologies confondues, et ce, quelle que soit leur année d'internat.

Annnonce diagnostique en psychiatrie : représentations et pratiques

Les internes de psychiatrie participant à l'enquête sont presque tous (90%) d'accord sur le caractère indispensable de l'annonce diagnostique en psychiatrie (cf. figure 12).

Nous avons observé que plus l'âge des internes ou l'année d'internat augmentent et moins ils sont nombreux à partager cet avis (proche de la significativité). Les internes en début de parcours, sortant du tronc commun de l'externat, sont probablement plus imprégnés d'une vision médicale standardisée, centrée sur la pathologie et le diagnostic. Il ne faut pas non plus écarter l'hypothèse d'un plus grand optimisme initial qui pourrait, secondairement, être tempéré par l'expérience de l'exercice acquise avec l'âge.

A ce sujet, il est également intéressant de souligner que les hommes sont moins nombreux à penser que l'annonce diagnostique est indispensable (84 % contre 95 % des femmes). Cependant, il ne faut pas oublier que les hommes de l'échantillon sont plus âgés que les femmes, ce qui peut expliquer ces résultats.

Nous pouvons avancer l'idée que c'est dans des optiques principalement éthique et thérapeutique que cette démarche leur paraît essentielle. En effet, 9 internes sur 10 jugent importants, voire très importants, ces deux aspects (cf. figure 13). Ces représentations apparaissent légitimes. Comme nous avons pu le voir précédemment, l'annonce diagnostique est une séquence centrale de la démarche médicale. Elle pose (ou non) les fondations d'une relation thérapeutique propice à une prise en charge de qualité, en reconnaissant la souffrance

associée à la maladie et en insufflant un espoir de soulagement par le traitement (cf. chapitre : l'annonce diagnostique au centre de la démarche médicale ; et chapitre : la relation de confiance). De même, elle va permettre, au nom des principes éthiques de bienfaisance et de dignité des personnes, d'éclairer le patient pour qu'il détermine lui-même ce qui lui correspond au mieux, respectant ainsi son autonomie et son libre arbitre (cf. chapitre : cadre éthique).

Une fois encore, nous avons relevé que les hommes se distinguent en étant moins nombreux à accorder une place centrale à l'aspect thérapeutique dans leur pratique de l'annonce diagnostique (différence très significative **).

Néanmoins, alors que le droit à l'information médicale est légiféré (cf. chapitre : cadre juridique), seul un nombre limité d'internes (36 %) accordent une importance particulière à l'aspect juridique dans leur pratique de l'annonce diagnostique (cf. figure 13). Cela concorde avec le constat, établi précédemment, d'une méconnaissance des lois relatives à l'annonce par les internes. Toutefois, il n'y a pas de corrélation statistique entre le degré de connaissance des lois et la place accordée à l'aspect juridique dans la pratique de l'annonce diagnostic en psychiatrie.

Nous avons par ailleurs relevé que plus l'ancienneté des internes augmente et moins ils sont nombreux à accorder une place centrale à l'aspect juridique dans leur pratique de l'annonce diagnostique (différence très significative **).

L'opinion et les pratiques des internes à l'égard des différents troubles psychiatriques ont également été questionnées, afin d'avoir une vue d'ensemble sur la démarche d'annonce en psychiatrie.

En s'appuyant sur les fréquences d'annonce de dix pathologies psychiatriques (cf. figure 9), nous avons pu effectuer une typologie de pratique :

- Groupe 1 - pathologies annoncées (parfois, souvent ou toujours) par la quasi-totalité des internes répondants (95 %) : le trouble anxio-dépressif ;
- Groupe 2 - pathologies annoncées par 80 à 90 % des internes répondants (environ) : le trouble bipolaire et les deux types de schizophrénie ;
- Groupe 3 - pathologies annoncées par 50 à 60 % des internes répondants (environ) : les troubles de personnalité de type « évitant-dépendant-obsessionnel-compulsif », les troubles de personnalité de type « antisociale-borderline-histrionique-narcissique », la psychose hallucinatoire chronique (psychose non dissociative) ;

- Groupe 4 - pathologies annoncées par 30 à 40 % des internes répondants (environ) : la paraphrénie (psychose non dissociative), les troubles de personnalité de type « paranoïaque-schizoïde-schizotypique », la paranoïa (psychose non dissociative).

Cette typologie va dans le sens des résultats des enquêtes antérieures qui plaçaient la schizophrénie en troisième position des pathologies les plus fréquemment annoncées (après les troubles anxieux et les pathologies maniaco-dépressives, et devant la psychose paranoïaque ; les autres pathologies n'étant pas interrogées à l'époque) [112].

Nous pouvons donc dire au vu de ces résultats que notre hypothèse de départ, supposant que les internes de psychiatrie ont tendance à moins annoncer le diagnostic de schizophrénie par rapport aux autres troubles psychiatriques, n'est pas confirmée.

En analysant l'avis des internes concernant les pathologies le plus difficiles et les plus faciles à annoncer (cf. figures 10 et 11), nous avons pu constater un nombre plus important de pathologies qui semblent plus difficiles à annoncer aux patients (huit pathologies « plus difficiles » à annoncer ont été sélectionnées par au moins 10 % des internes contre seulement cinq pathologies « plus faciles »). Nous avons également pu observer la typologie suivante :

- Groupe I - les pathologies jugées plus faciles à annoncer : les troubles anxio-dépressifs et les troubles bipolaires. Ces résultats concordent avec ceux retrouvés dans les dernières enquêtes françaises [112, 158].
- Groupe II - les pathologies jugées plus difficiles à annoncer : les psychoses non dissociatives (paranoïa, paraphrénie, PHC), les troubles de personnalité de type « paranoïaque-schizoïde-schizotypique » et les troubles de personnalité de type « antisociale-borderline-histrionique-narcissique » ;
- Groupe III - les pathologies jugées plus faciles à annoncer pour certains internes et difficiles à annoncer pour d'autres : les troubles de personnalité de type « évitant-dépendant-obsessionnel-compulsif » et les deux types de schizophrénie. Au sein de ce groupe, l'avis des internes est également partagé quand il s'agit de savoir si la schizophrénie à prédominance de symptômes positifs est plus simple ou plus compliquée à annoncer que la schizophrénie à prédominance de symptômes négatifs (cf. figures 10 et 11).

Ainsi, l'avis des internes est mitigé au sujet de la complexité de la démarche d'annonce diagnostique dans le cas de la schizophrénie. Néanmoins, il apparaît que ceux qui considèrent

« difficile » l'annonce de ce diagnostic sont plus nombreux que ceux qui l'estiment « facile » à annoncer (cf. figures 10 et 11).

En questionnant l'ensemble des représentations autour de cette pratique, nous allons essayer d'approcher davantage la problématique de l'annonce du diagnostic de schizophrénie.

Représentations autour de l'annonce diagnostique de la schizophrénie

Alors qu'à la fin des années 1990, près de deux tiers des psychiatres seniors n'estimaient pas cela nécessaire [112], la quasi-totalité des internes (95 %) jugent, à l'heure actuelle, qu'annoncer le diagnostic est une nécessité dans le cas de la schizophrénie (cf. figure 14)².

Deux interprétations peuvent être faites :

- Les internes jugeraient davantage que cette démarche est nécessaire par rapport aux seniors. En ce sens, nous avons relevé une différence selon l'ancienneté des internes : en dernière année, ils sont moins nombreux à être de cet avis (proche de la significativité) ;
- Il y aurait une évolution des mœurs accordant une place plus importante à cette pratique.

Cette différence peut probablement s'expliquer par la progression législative du droit à l'information des patients (cf. chapitre : cadre juridique). Elle est, de surcroît, probablement le fruit des différents travaux réalisés sur la thématique de l'annonce diagnostique dans la schizophrénie [135, 138] qui ont permis de reconnaître les bénéfices d'une telle démarche [2].

En effet, la nécessité d'informer le patient schizophrène de son diagnostic semble confortée par l'apport thérapeutique qu'une telle information peut représenter. La plupart des internes interrogés (82 %) considèrent, en ce sens, que l'annonce diagnostique est un atout dans la prise en charge des patients, et qu'elle permet d'améliorer l'alliance (64 %) et l'observance (58 %) thérapeutiques (cf. tableau 3).

Toutefois, certains résultats nous imposent de nuancer ce constat.

Ainsi, bien que cette représentation ait nettement évolué depuis une vingtaine d'années, près de la moitié des internes (43 %) estiment encore, à ce jour, qu'il est possible d'informer le patient souffrant de schizophrénie sans lui donner son diagnostic (cf. figure 15).

² La modalité de fréquence utilisée pour répondre à cette question dans l'enquête de FJ. Baylé n'a pas pu être vérifiée, afin qu'elle puisse être comparée à la modalité de fréquence utilisée dans notre enquête.

De même, 60 % des internes mettent en retrait leur part de responsabilité dans l'annonce, considérant qu'elle appartient davantage au rôle du sénior (cf. tableau 3). Même si cet avis peut se justifier (interne moins légitime à annoncer car « spécialiste en devenir » ne pouvant coordonner la prise en charge au long cours, etc.), il n'en reste pas moins que, pour se former, les internes ne peuvent se passer d'une mise en pratique. Ils seront amenés à annoncer les diagnostics aux patients schizophrènes tout au long de leur cursus. D'ailleurs, seuls 16 % des internes interrogés n'ont encore jamais eu à annoncer un diagnostic de schizophrénie à un de leurs patients (cf. figure 16).

Par ailleurs, nous pouvons dire que le vécu des internes confrontés à l'annonce diagnostique de la schizophrénie est plutôt négatif puisque 83 % des internes appréhendent l'annonce de ce diagnostic : 34 % l'appréhendent « parfois » et 45 % l'appréhendent « souvent » ou « toujours » (cf. figure 19).

L'échantillon est assez représentatif pour valider ce résultat. Il faut tout de même relever l'éventuel biais d'auto-sélection (les internes en plus grand désarroi face à cette pratique ont pu être plus nombreux à répondre à l'enquête).

Toujours concernant le vécu, les hommes ressentent moins fréquemment de l'appréhension que les femmes (différence très significative **); 37 % d'entre eux ressentent « souvent » ou « toujours » de l'appréhension contre 55 % des femmes. Ils sont également moins nombreux à ne pas annoncer le diagnostic au patient alors qu'ils auraient souhaité le faire (32 % contre 43 % des femmes ; différence significative *).

Compte tenu de leur manque de pratique, les internes de première année sont aussi plus souvent en incapacité d'annoncer le diagnostic (différence significative *) ; 51 % contre 36 % des internes des années supérieures.

Pratiques des internes concernant l'annonce diagnostique de la schizophrénie

Nous allons maintenant aborder comment les internes de psychiatrie annoncent le diagnostic de schizophrénie à leurs patients : circonstances, terminologie, niveau et type d'informations délivrées aux patients et à leur famille.

Modalités d'annonce

Contexte

Il ne semble pas exister de situation précise favorisant l'annonce diagnostique aux patients schizophrènes. En effet, nous pouvons observer que les contextes d'annonce sont assez variés puisque chaque situation proposée dans la liste du questionnaire a été choisie par au moins un tiers des participants : lorsque le patient demande des informations sur son diagnostic (77 %) ; lorsqu'il évoque la schizophrénie de lui-même (64 %) ; après un épisode aigu, une rechute ou un soin sous contrainte (55 %) ; suite au questionnement de la famille sur le diagnostic (44 %) et lors d'une adaptation thérapeutique (38 %) (cf. tableau 6).

Au vu des résultats, nous pouvons tout de même supposer que l'annonce diagnostique est fortement facilitée lorsque le patient demande des informations sur son diagnostic (77 %) ou même lorsqu'il évoque la schizophrénie lui-même (64 %).

Terminologie

Alors qu'auparavant, seul un psychiatre sur quatre employait éventuellement le mot « schizophrénie » [158], la plupart des internes interrogés (71 %) disent évoquer régulièrement ce terme lors de l'annonce et 19% l'évoquent parfois (cf. figure 20).

Nous nous sommes toutefois intéressés aux termes alternatifs au mot « schizophrénie » utilisés pendant l'annonce du diagnostic. Il en ressort que près de deux tiers des internes (67 %) emploient les termes de « psychose ou trouble psychotique » pour annoncer le diagnostic de schizophrénie (cf. tableau 5). En ce sens, l'enquête réalisée par F.J. Baylé montre que les psychiatres jugeraient le terme de psychose moins traumatisant et moins défavorable aux yeux de la société que le terme schizophrénie [112].

Un interne sur deux reprend, quant à lui, les formules utilisées spontanément par le patient, tandis qu'un interne sur trois utilise les expressions de « trouble de la pensée et des sens », « troubles hallucinatoires » ou « maladie délirante » (cf. tableau 5). La communication, en termes de symptômes ou de périphrases, semblerait ainsi adaptée à la pratique clinique. Ces termes alternatifs sont possiblement utilisés pour permettre un éloignement de la représentation négative de la schizophrénie, présente dans l'inconscient collectif. Pour rappel, le mot « schizophrénie » a été remplacé au Japon du fait de son potentiel stigmatisant [125]. Quoiqu'il en soit, l'utilisation de ces termes, comme alternative à l'usage du mot schizophrénie peut poser

un problème compte tenu de l'évolution actuelle des droits des patients à l'information. Elle peut, à l'inverse, être perçue comme un aménagement de l'information, autorisé par l'arrêt du 23 mai 2000 du Conseil d'Etat (cf. chapitre : cadre juridique-jurisprudences).

Annonce du diagnostic de schizophrénie à la famille du patient

Deux tiers des internes informent la plupart du temps la famille du diagnostic de schizophrénie du patient, et un quart les informe parfois (cf. figure 21).

Parmi ces internes qui l'annoncent à la famille, seuls 7% ne demandent que « rarement » voire « jamais », l'accord préalable du patient (cf. figure 22). Pour rappel (cf. chapitre : cadre juridique, loi du 4 mars 2002) : le secret médical s'impose vis-à-vis de la famille et de l'entourage. Mais en cas de diagnostic ou de pronostic grave, il ne « s'oppose pas à ce que la famille, les proches, ou la personne de confiance définie à l'article L.1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part ». La Loi ne précise pas si cette opposition doit être recherchée activement par le médecin. Néanmoins, il nous paraît essentiel de rechercher l'accord du patient de manière systématique (même quand celui-ci ne manifeste pas clairement son opposition).

Types d'informations délivrées

L'annonce diagnostique semble être intégrée dans une démarche globale de psychoéducation.

L'ensemble des internes de l'enquête déclarent expliquer les symptômes visés par le traitement à leurs patients souffrant de schizophrénie : 97% l'expliquent « souvent » ou « toujours » et seulement 3 % l'expliquent « parfois ». De la même manière, la quasi-totalité des internes déclarent informer leurs patients des effets secondaires du traitement médicamenteux : 82% le font « souvent » ou « toujours », 15% le font « parfois » et 3% ne le font « jamais ».

Concernant les types d'informations évoquées lors de l'annonce diagnostique d'une pathologie schizophrène, plus de 90% des internes déclarent délivrer des informations thérapeutiques, cliniques et sémiologiques. Un interne sur deux informe le patient sur le pronostic et environ un tiers communique sur l'étiopathogénie et l'épidémiologie.

Les informations pronostiques sont transmises de manière moins fréquente que les informations cliniques et thérapeutiques. Cela concorde avec les résultats d'une étude, menée

auprès de jeunes médecins ; ces derniers considèrent la question de l'évocation du pronostic comme le sujet le plus sensible à communiquer [150].

Il est probable que les données sur l'étiopathogénie et l'épidémiologie ne soient que partiellement connues par les internes. Elles peuvent également être jugées comme moins utiles et insuffisamment consensuelles (étiologie indéterminée à ce jour) pour être évoquées avec le malade.

Nous avons également exploré d'autres types d'informations, à délivrer aux patients souffrant de schizophrénie, pouvant favoriser une démarche de soin, un soutien moral ou un accompagnement dans leur vie sociale et professionnelle.

La plupart des internes (93%) informent les patients et/ou leur famille de l'existence de structures de soins et d'aide aux patients souffrant de troubles psychiatriques (CATTP, CMP, HDJ). Seulement un tiers des internes informent les patients et/ou leurs familles de l'existence d'associations spécialisées dans l'accompagnement et le soutien (UNAFAM, etc.).

Nous pouvons donc affirmer que l'annonce diagnostique ne se résume pas à une simple mise en mots de la pathologie. Elle englobe la transmission d'informations tournées vers l'avenir, permettant d'insuffler un espoir et d'amoindrir l'effet potentiellement traumatique de l'annonce (cf. chapitre : l'annonce diagnostique au centre de la démarche médicale).

Satisfaction de l'interne concernant l'information délivrée au patient schizophrène

Malgré la fréquence et la diversité des informations communiquées, 56% des internes interrogés déclarent être insatisfaits du niveau d'information qu'ils délivrent au patient souffrant de schizophrénie ; 44% en sont satisfaits (cf. figure 25).

Nous avons relevé que les hommes sont davantage satisfaits à ce sujet (différence significative *) ; 52 % d'entre eux contre 41 % des femmes.

Des réflexions pourraient être menées pour accompagner les internes dans leur pratique de l'annonce diagnostique de la schizophrénie, améliorant ainsi l'information des patients. Des supports matériels pourraient, entre autres, être proposés aux internes puisqu'un interne sur dix seulement utilise ce type d'outils dans la pratique (cf. tableau 8).

Fréquence d'annonce diagnostique

Au moment de l'enquête, 84 % des internes ont déjà eu à annoncer le diagnostic de schizophrénie à un patient.

Conjointement à ce qui a été décrit concernant les représentations, les pratiques semblent également avoir évolué. En effet, 47 % des internes de l'étude déclarent annoncer « souvent », voire « systématiquement », le diagnostic de schizophrénie à leurs patients (cf. figure 17), contre seulement 13,5 % des psychiatres séniors interrogés au début des années 2000 [158].

Tout comme l'avis sur la nécessité d'annoncer le diagnostic, deux interprétations peuvent être faites : les internes annonceraient davantage que les séniors ou il y aurait une évolution des pratiques.

Il n'en reste pas moins qu'un interne sur quatre ne respecte pas les recommandations du code de déontologie et de la loi, puisque qu'il n'annonce qu'irrégulièrement voire jamais le diagnostic à ses patients schizophrènes : 29 % l'annoncent « parfois », 18 % l'annoncent « rarement » et 6 % ne l'annoncent « jamais » (cf. figure 17).

Il est intéressant de relever que la moitié des internes, qui annoncent rarement le diagnostic de schizophrénie déclarent ne pas l'annoncer alors qu'ils auraient souhaité le faire : 37% sont parfois dans cette situation et 14% le sont souvent voire toujours (cf.). Certains facteurs pourraient ainsi freiner les internes dans leur pratique d'annonce.

Facteurs associés (cf. tableau 10)

Nous allons maintenant aborder les facteurs liés à la pratique de l'annonce diagnostique chez les internes de psychiatrie.

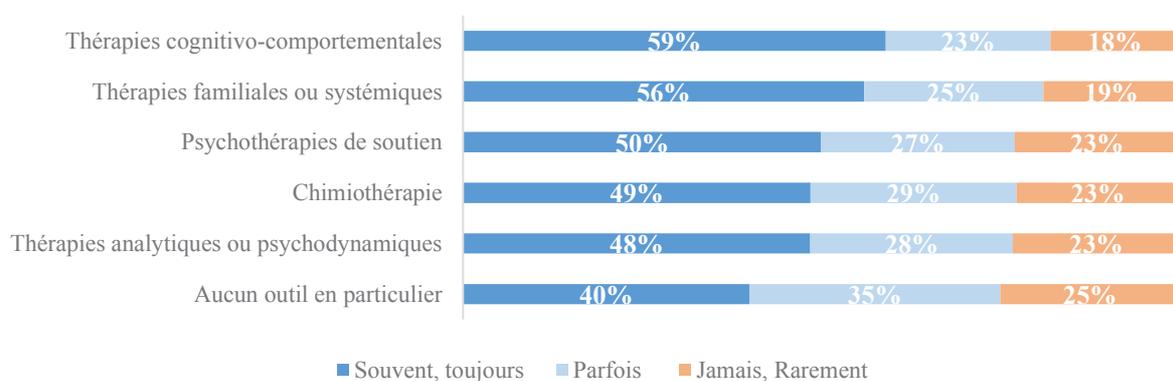
Même si le contraire aurait pu être attendu, la fréquence de l'annonce diagnostique de la schizophrénie n'augmente que légèrement avec l'âge et l'ancienneté des internes ; cette corrélation est non significative (le risque d'erreur que ce résultat soit dû au hasard est supérieur à 5 %).

Des liens significatifs ont été trouvés entre la fréquence d'annonce diagnostique de schizophrénie et le type d'établissement où les internes effectuent leur stage, les outils

thérapeutiques utilisés, certaines représentations relatives à l'annonce et les freins à l'annonce évoqués par les internes (cf. tableau 10).

Les internes, ayant principalement effectué leur stage en CHU, annoncent ainsi plus fréquemment le diagnostic de schizophrénie (cf. tableau 10). Pourtant, aucune différence significative n'a pu être établie entre les types d'établissements concernant la formation ou les représentations relatives à l'annonce. Est-ce le contact avec les autres spécialités médicales qui replacerait la pratique psychiatrique dans une démarche scientifique centrée sur la pathologie et le diagnostic ? La question reste ouverte.

Figure 32. Fréquence d'annonce du diagnostic de schizophrénie en fonction des outils thérapeutiques utilisés dans la pratique



En comparant les fréquences d'annonce en fonction des différents outils thérapeutiques utilisés, nous pouvons observer que les internes qui utilisent (entre autres) les thérapies cognitivo-comportementales sont ceux qui annoncent le plus souvent le diagnostic de schizophrénie (différence significative *). A contrario, les internes qui utilisent les thérapies analytiques ou psychodynamiques (entre autres) sont ceux qui l'annoncent le moins souvent au patient (différence moins significative) ; 59 % de ces premiers l'annoncent régulièrement contre 48 % de ces derniers.

Les thérapies de type cognitivo-comportementales s'appuient sur un référentiel théorique neuro-développemental, et obéissent à des protocoles relativement standardisés, dont l'annonce fait partie. Elles sont axées sur les difficultés cognitives qui entravent, entre autres, la compréhension du diagnostic. Elles ne peuvent se mettre en place qu'après avoir déterminé, avec le patient, les difficultés occasionnées par la maladie et les processus mentaux dysfonctionnels ; ce qui suppose une annonce diagnostique au préalable.

Les thérapies d'inspiration analytique et psychodynamique stipulent, quant à elle, que si le défaut de conscience des troubles, sous la forme du déni, comme mécanisme de défense, doit être respecté, alors il faut prendre garde à ne pas perturber le patient et la relation thérapeutique en imposant un diagnostic à ce dernier (cf. chapitre : alliance thérapeutique et psychoéducation-la relation de confiance).

Nous n'avons pas observé de différence de fréquence entre les internes qui ont suivi une formation spécifique à l'annonce diagnostique et ceux qui n'en ont pas bénéficié. Bien que le test du chi-2 soit valide et donne un résultat non significatif, il faut relativiser cette information par le faible effectif des internes avec formation (N=33). Le mieux aurait été de pouvoir comparer deux groupes de taille plus ou moins similaires (avec/sans formation).

Toutefois, nous pouvons indiquer que les internes, qui connaissent le contenu des lois encadrant cette pratique, annoncent plus fréquemment le diagnostic de schizophrénie, mais cette différence est non significative.

Les représentations des internes, concernant l'annonce diagnostique, sont fortement reliées à la fréquence à laquelle ils annoncent le diagnostic de schizophrénie (cf. tableau 10).

Tableau 12. Récapitulatif des représentations liées à une annonce peu ou pas fréquente du diagnostic de la schizophrénie

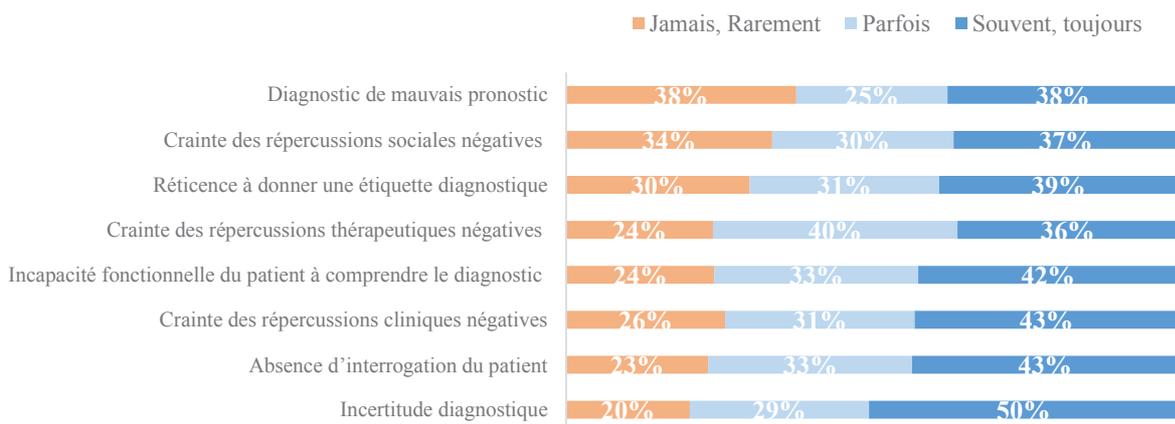
Niveau de significativité	Représentations des internes
***	<ul style="list-style-type: none"> - Être pas vraiment ou pas du tout d'accord avec l'idée que l'annonce diagnostique est une démarche indispensable en psychiatrie. - L'annonce diagnostique c'est davantage le rôle du sénior.
**	<ul style="list-style-type: none"> - Être plutôt d'accord avec l'idée que l'annonce diagnostique soit nécessaire (comparé à tout à fait d'accord). - Être plutôt ou tout à fait d'accord avec l'idée qu'il est possible d'informer le patient sans lui annoncer son diagnostic.
*	<ul style="list-style-type: none"> - L'annonce diagnostique de la schizophrénie n'améliore pas particulièrement l'observance thérapeutique du patient.

La remise en question, des représentations potentiellement erronées (« l'annonce diagnostique n'est pas indispensable, n'est pas nécessaire, n'a aucun effet sur l'observance... »), pourrait ainsi faire évoluer leur pratique d'annonce.

Différents facteurs ont été décrits par les internes comme étant susceptibles de les freiner dans leur pratique d'annonce diagnostique aux patients schizophrènes. L'incertitude diagnostique (74 %) et l'incapacité fonctionnelle du patient à comprendre le diagnostic (59 %) sont les causes les plus fréquemment citées, devant la réticence à donner une étiquette diagnostique (42 %) (cf. tableau 4). Les craintes de répercussions sociales, thérapeutiques et cliniques négatives sont également évoquées par un quart des internes interrogés (cf. tableau 4).

L'ensemble de ces facteurs sont en correspondance avec ceux retrouvés dans la littérature (cf. chapitre : la schizophrénie, les difficultés rencontrées dans son annonce) [112, 154, 158].

Figure 33. Fréquence d'annonce du diagnostic de schizophrénie en fonction des freins à l'annonce



Lorsque l'on croise ces choix avec la pratique des internes, nous pouvons observer que les trois principaux freins qui conduisent le plus souvent à ne pas annoncer le diagnostic sont le « diagnostic de mauvais pronostic », la « crainte des répercussions sociales négatives (stigmatisation, rejet socio-familial, etc.) » et la « réticence à donner une étiquette diagnostique ». Au moins un tiers des internes, sélectionnant ses freins, n'annoncent pas (ou rarement) le diagnostic. Nous pouvons également citer un quatrième frein : 24% des internes qui n'annoncent pas (ou rarement) et 40% des internes qui annoncent parfois le diagnostic au patient ne le font pas par « crainte des répercussions thérapeutiques négatives ». Ces différences sont toutes statistiquement significatives (*).

Concernant nos deux hypothèses suivantes :

- L'incapacité fonctionnelle du patient à comprendre le diagnostic est l'une des principales raisons qui freine les internes à donner le diagnostic de schizophrénie : l'hypothèse est confirmée.
- Le mauvais pronostic de la schizophrénie est l'une des principales raisons qui freine les internes à donner le diagnostic de schizophrénie : l'hypothèse est confirmée.

Bien que légitimes, ces facteurs peuvent être soigneusement pris en compte dans la démarche d'information afin de permettre une annonce de qualité qui remplit ses objectifs et évite les écueils redoutés (cf. chapitre : la schizophrénie, les difficultés rencontrées dans son annonce).

Caractéristiques associées

Nous nous sommes intéressés aux profils des internes selon la fréquence de leur pratique de l'annonce diagnostique. Pour cela, nous avons recherché des caractéristiques associées.

Nous avons trouvé que plus les internes annoncent le diagnostic au patient et :

- Moins ils se trouvent dans des situations où ils n'annoncent pas le diagnostic alors qu'ils auraient voulu le faire (significativité la plus forte ***);
- Plus ils utilisent le terme de « schizophrénie » lors des annonces (significativité la plus forte ***);
- Plus ils informent la famille du diagnostic (significativité la plus forte ***);
- Plus ils donnent des informations aux patients (significativité la plus forte ***);
- Plus ils sont satisfaits du niveau d'information qu'ils donnent aux patients (très significatif).

Nous pouvons donc comprendre que les internes qui annoncent plus fréquemment le diagnostic de schizophrénie sont également ceux qui accordent davantage d'importance à la démarche d'information auprès du patient et de sa famille de manière générale. Inversement, ceux qui annoncent peu sont ceux qui informent globalement peu les patients et leur famille.

III. Récapitulatifs des réponses à nos questions et à nos hypothèses initiales

- Réponses aux questions initiales

- Les internes de psychiatrie sont-ils formés à l'annonce diagnostique dans leur discipline ?

Non, ils n'y sont pas formés.

- Comment se représentent-ils l'annonce diagnostique en général ? Et dans le cas de la schizophrénie ? Ils se représentent l'annonce diagnostique comme une démarche indispensable à leur discipline. Ils la considèrent à visée thérapeutique et éthique plutôt que juridique. Ils se représentent l'annonce diagnostique dans la schizophrénie comme une démarche nécessaire mais appartenant davantage au rôle du sénior.

- Les internes de psychiatrie annoncent-ils les diagnostics ? Annoncent-ils les différentes pathologies avec la même fréquence ? Les internes annoncent les diverses pathologies, avec une fréquence différente.

- Quels sont les diagnostics les plus faciles ou les plus difficiles à annoncer ? Les troubles anxiodépressifs et les troubles bipolaires sont les diagnostics les plus faciles à annoncer. La psychose paranoïaque et les troubles de personnalité du groupe A et B sont les diagnostics les plus difficiles à annoncer pour les internes.

- Les internes rencontrent-ils des difficultés dans l'annonce du diagnostic dans le cas de la schizophrénie ? Appréhendent-ils d'annoncer ce diagnostic ? Oui, les internes peuvent rencontrer des difficultés dans l'annonce du diagnostic de schizophrénie (ils sont confrontés au fait de ne pas annoncer ce diagnostic alors qu'ils souhaiteraient le faire). Ils ressentent de l'appréhension avant d'annoncer ce diagnostic.

- Quels sont les inconvénients et les avantages thérapeutiques qu'ils attendent de l'annonce du diagnostic dans la schizophrénie ? Les internes considèrent que l'annonce diagnostique dans la schizophrénie est un atout dans la prise en charge des patients, notamment dans l'amélioration de l'alliance et de l'observance thérapeutiques.

- Quels sont les facteurs qui motivent ou freinent leur annonce diagnostique de la schizophrénie ? De nombreux facteurs sont cités par les internes comme des freins à l'annonce. Mais seules le mauvais pronostic, la crainte de répercussions sociales et thérapeutiques, et la réticence à donner une étiquette diagnostique, les retiennent de manière significative dans leur pratique.

- Existe-t-il un contexte favorisant cette annonce ? Il ne semble pas exister de situation précise favorisant l'annonce diagnostique aux patients schizophrènes. Les internes sont tout de même plus nombreux à annoncer le diagnostic lorsque le patient demande des informations sur son diagnostic ; lorsqu'il évoque la schizophrénie lui-même ; après un épisode aigu, une rechute ou

un soin sous contrainte ; en réponse à un questionnement de la famille sur le diagnostic ; et lors d'une adaptation thérapeutique.

- De quelle manière annoncent-ils ce diagnostic ? Les internes utilisent généralement le terme de schizophrénie lors de l'annonce. Les termes alternatifs les plus fréquemment utilisés sont : « psychose ou trouble psychotique », « la reprise des termes utilisés par le patient », ainsi que des termes symptomatologiques ou des périphrases. Ils n'utilisent pas d'aide matérielle pour faciliter l'annonce.

- Incluent-ils la famille dans la démarche d'annonce ? Oui, la majorité des internes informent la famille du diagnostic.

- Quel niveau d'information délivrent-ils aux patients souffrant de schizophrénie ? Ils donnent des informations thérapeutiques (notamment sur les symptômes visés et les effets secondaires potentiels), cliniques, sémiologiques et pronostiques. Ils informent également les patients sur les structures de soins et sur les associations de patients ou de familles. Cependant, de manière générale, les internes ne sont pas satisfaits du niveau d'information qu'ils donnent aux patients schizophrènes sur leur pathologie.

- Existe-t-il des spécificités identifiables différenciant les internes dans leur pratique d'annonce diagnostique de la schizophrénie ? Oui, certains internes annonceraient plus fréquemment le diagnostic, qu'il s'agisse de ceux ayant principalement effectué leur stage en CHU, utilisant la TCC dans leurs outils, mais aussi ceux qui se représentent l'annonce diagnostique comme indispensable et nécessaire dans la schizophrénie, qui ne pensent pas possible d'informer le patient sans donner le diagnostic précis et qui considèrent que l'annonce est davantage le rôle du sénior et qu'elle améliore l'observance.

Les internes qui sont réticents à donner une étiquette diagnostique et qui craignent des répercussions sociales et thérapeutiques suite à l'annonce, annoncent moins fréquemment.

Les internes qui annoncent plus fréquemment le diagnostic aux patients schizophrènes sont plus nombreux à donner des informations complémentaires et à être satisfaits du niveau d'information qu'ils délivrent à leurs patients. Ils utilisent plus souvent le terme précis de schizophrénie et annoncent plus régulièrement le diagnostic aux familles. Ils se trouvent également moins fréquemment en situation de ne pas pouvoir annoncer le diagnostic alors qu'ils souhaiteraient le faire.

Les femmes et les jeunes internes sont plus souvent en situation de ne pas annoncer le diagnostic alors qu'ils auraient souhaité le faire.

- **Réponses aux hypothèses initiales**

- Les internes de psychiatrie ont tendance à moins annoncer le diagnostic de schizophrénie en comparaison avec les autres troubles psychiatriques : **hypothèse non confirmée**. La schizophrénie est annoncée moins fréquemment que les troubles anxio-dépressifs et bipolaires, mais plus fréquemment que les autres pathologies psychiatriques (psychose non schizophrénique et troubles de personnalité).

- Les causes principales de cette prudence à l'annonce du diagnostic de schizophrénie sont :

- La crainte des répercussions négatives sur le patient : **hypothèse confirmée**. Les internes, qui craignent les répercussions sociales et thérapeutiques négatives, annoncent moins fréquemment le diagnostic.
- L'incapacité fonctionnelle du patient à comprendre le diagnostic : **hypothèse partiellement confirmée**. Il existe un lien proche de la significativité entre la moindre fréquence d'annonce et le fait de citer l'incapacité fonctionnelle du patient comme facteur de réticence à l'annonce.
- Le mauvais pronostic de cette pathologie : **hypothèse confirmée**. Les internes qui sont réticents à annoncer le diagnostic de schizophrénie compte tenu de son mauvais pronostic, annoncent moins fréquemment le diagnostic.
- Le manque de formation à l'annonce diagnostique : **hypothèse non confirmée**. Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre terme de fréquence d'annonce entre les internes ayant reçu une formation et ceux n'en ayant pas bénéficié. Ces résultats sont à relativiser étant donné le faible effectif d'internes formés au sein de l'ensemble des internes interrogés.

IV. Perspectives d'études

Notre étude pourrait être complétée par d'autres travaux : une étude quantitative par questionnaire pour explorer les représentations et la pratique des médecins impliqués dans la démarche d'annonce diagnostique (les psychiatres voire les médecins généralistes), une autre concernant le patient et son entourage (vécu, répercussions, niveau d'information), une enquête permettant d'évaluer l'impact de la formation à l'annonce sur la pratique, et enfin une étude qui reprendrait l'échantillon de notre travail afin de suivre l'évolution de ces représentations et pratiques après l'internat.

CONCLUSION

Depuis la loi du 4 mars 2002, l'information médicale est devenue une obligation légale s'imposant aux médecins. Toutefois, cette pratique reste non systématique et sujette à débats en psychiatrie. C'est le cas dans la schizophrénie, maladie neuropsychiatrique, qui va fréquemment altérer la conscience que les patients ont de leurs troubles et poser ainsi la question de la capacité de ces patients à recevoir un diagnostic.

Les troubles de l'*insight* représentent une problématique complexe. Ils constituent l'élément clinique le plus constant dans les différentes présentations de schizophrénie [99] et ils sont actuellement considérés comme un trait de la maladie, moins fortement liés à l'intensité de la symptomatologie que dans d'autres pathologies [100]. A ce jour, la question de leur réversibilité et de leur potentiel évolutif persiste, et avec elle, la question du moment de l'annonce. En effet, quelles informations fournir au patient dans les différentes phases de sa maladie et en fonction du degré d'évolution de celle-ci ? Il apparaît que, quel que soit le statut du déni ou de l'*insight*, l'annonce du diagnostic s'avère être une démarche essentielle, aussi bien sur le plan juridique que sur les plans éthique et thérapeutique.

A la différence des recommandations élaborées dans le domaine de la cancérologie ou encore des maladies neurodégénératives comme la maladie d'Alzheimer [33,142], il n'existe aucune recommandation précise encadrant la communication du diagnostic dans la schizophrénie.

Les dernières études, relatives à cette pratique, datent de la fin des années 1990. Elles avaient alors révélé que seul un nombre restreint de médecins annonçait clairement le diagnostic de schizophrénie à leurs patients [112,152]. Elles mettaient également en avant que les patients schizophrènes étaient les malades qui recevaient l'information la plus incomplète et la plus ambiguë au sujet de leur diagnostic [138].

Dans la mouvance actuelle du partenariat thérapeutique, la pratique d'annonce a probablement évolué. Toutefois, aucune enquête récente n'a été réalisée sur le sujet.

Notre étude a tenté de répondre à ce questionnement, en interrogeant les représentations et les pratiques actuelles d'annonce diagnostique de la schizophrénie chez les internes de psychiatrie. Malgré les biais inhérents à la méthodologie employée, les résultats semblent aller dans le sens d'une évolution progressive du regard concernant le processus d'annonce

diagnostique de schizophrénie. Ainsi, de nos jours, la grande majorité des internes estiment nécessaire d'annoncer le diagnostic de schizophrénie, reconnaissant à cette pratique des bénéfices notamment en termes d'alliance et d'observance thérapeutiques. De même, les internes annoncent plus fréquemment ce diagnostic comparativement aux psychiatres des précédentes enquêtes.

Néanmoins, les internes semblent conserver une attitude de prudence quant à la pratique de cette annonce. Ils sont près de la moitié à ressentir fréquemment de l'appréhension avant d'annoncer le diagnostic de schizophrénie. De surcroît, un interne sur quatre ne respecte pas les recommandations du code de déontologie et de la Loi, puisque qu'il n'annonce qu'irrégulièrement voire jamais le diagnostic aux patients schizophrènes. Enfin, la majorité des internes se déclarent insatisfaits du niveau d'information qu'ils délivrent aux patients schizophrènes. Cette attitude, restreignant l'annonce, repose sur des arguments parfaitement légitimes. L'incertitude diagnostique est le facteur de réticence le plus fréquemment évoqué par les internes. En effet, la schizophrénie reste une entité hétérogène, complexe, aux définitions et aux critères diagnostiques non consensuels. Elle confronte ainsi les soignants à un dilemme : d'un côté la réticence à porter un diagnostic incertain et d'évolution défavorable, de l'autre la nécessité d'établir un diagnostic et une thérapeutique précocement, gage d'un meilleur pronostic [83,84].

A l'image des évolutions récentes réalisées dans le domaine de l'autisme [170], il s'agirait alors d'encadrer la démarche diagnostique dans la schizophrénie. Un travail en équipe pluridisciplinaire pourrait être réfléchi dans les cas de doutes diagnostiques. L'utilisation d'outils spécifiques, permettant d'évaluer les différentes composantes affectées dans la schizophrénie, pourrait également être utile : outils cognitifs, échelle d'*insight*, test neuropsychologique, épreuves psychophysiologiques...etc. Parallèlement à la contribution diagnostique, ces outils autoriseraient une évaluation plus fine du profil de capacités du patient afin de pouvoir lui proposer une prise en charge ciblée et individualisée (« *case management care* »), source d'espoir et d'optimisme. Ces outils pourraient également permettre d'améliorer les capacités fonctionnelles du patient à entendre le diagnostic. Le recours aux « centres experts schizophrénie », qui tendent à se développer actuellement [171], pourrait constituer une aide supplémentaire dans les formes complexes où planent l'incertitude diagnostique.

Nous avons également constaté que les internes qui craignent d'annoncer une maladie au pronostic sévère, de « poser une étiquette diagnostique » et anticipent des répercussions

thérapeutiques et sociales négatives, annoncent moins fréquemment le diagnostic de schizophrénie. La remise en question, des représentations potentiellement erronées, pourrait participer à faire évoluer la pratique des internes.

Une formation spécifique à la problématique de l'annonce diagnostique pourrait s'avérer judicieuse. Actuellement, les internes ne bénéficient pas d'enseignement relatif à l'annonce mais ils sont quasi-unanimement favorables à ce type de formation. Une étude, réalisée aux Etats-Unis et en Australie sur l'impact d'un programme de formation à l'annonce auprès de jeunes médecins, a d'ailleurs mis en évidence une augmentation significative de leur confiance en leurs compétences en matière de communication [150]. Dans la même perspective, des supports ont été développés pour faciliter et accompagner la démarche d'annonce du diagnostic de schizophrénie, en l'intégrant dans un processus global de psychoéducation (exemple du programme d'éducation à la santé pour les schizophrènes : « Psychose Aider Comprendre Traiter »).

Ces modèles ont le mérite de poser les bases d'une réflexion qui pourrait inspirer une évolution des pratiques en France. Mais ils paraissent encore trop peu prendre en compte la singularité de chaque patient et les nuances qui en découlent. Le risque serait alors de pratiquer, de manière systématique, un protocole d'annonce trop rigide et donc impersonnel, faisant oublier l'expérience individuelle du sujet souffrant. Certains auteurs ont, à ce titre, évoqué la possibilité d'avoir recours spécifiquement à des médecins ou psychologues d'annonce, des praticiens « spécialisés » à qui reviendrait la tâche exclusive d'annoncer le diagnostic, témoignant ainsi d'un renoncement à une approche relationnelle singulière.

Or l'annonce diagnostique doit avant tout répondre à une problématique humaine et individuelle, comme le dit B. Lachaux :

« Faute d'une telle reconnaissance, l'information - qui devrait être conçue pour permettre au patient une réappropriation – risque d'évoluer vers une information, conçue pour se protéger. Là où certains croyaient promouvoir le principe d'autonomie, risque surtout de se développer le principe de précaution » [172].

Il appartiendra aux internes qui ont participé à cette étude d'envisager la meilleure réponse à ce risque, une réponse qui devrait continuer de préserver les dimensions humaine et relationnelle qui constituent la force et la richesse de notre discipline.

BIBLIOGRAPHIE

1. Zorn F. Mars. Gallimard ; 1979.
2. Vilani M., Kovess-Masféty V. Qu'en est-il de l'annonce du diagnostic de schizophrénie aujourd'hui en France ? Encéphale 2016 ; (sous presse). Egalement [en ligne]. Paris : Fondation Pierre Deniker [consulté le 10 octobre 2016]. Mis en ligne le 20 juin 2016. Disponible sur :
<http://www.fondationpierredeniker.org/uploads/Q'en%20est-il%20du%20diagnostic%20de%20schizophr%C3%A9nie%20aujourd'hui%20en%20France.pdf>
3. TLFi - Trésor de la langue française Informatisé. [en ligne]. Nancy : Trésor de la langue Française Informatisé [consulté le 10 octobre 2016]. Disponible sur <http://atilf.atilf.fr/dendien/scripts/tlfiv5/visusel.exe?138;s=2740734390;r=6;nat=;sol=0>
4. Wiktionnaire. [En ligne]. Paris : Wiktionnaire [consulté le 10 octobre 2016]. Mis à jour le 27 novembre 2015. Disponible sur <https://fr.wiktionary.org/wiki/annoncer#fr>
5. Wiktionnaire. [En ligne]. Paris : Wiktionnaire [consulté le 10 octobre 2016]. Mis à jour le 27 novembre 2015. Disponible sur <https://fr.wiktionary.org/wiki/diagnostic>
6. Larousse. [En ligne]. Paris : Larousse-dictionnaire de français [consulté le 10 octobre 2016]. Disponible sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/diagnostic/25154>
7. TLFi - Trésor de la langue française Informatisé. [En ligne]. Nancy : Trésor de la langue Française Informatisé [consulté le 10 octobre 2016]. Disponible sur <http://atilf.atilf.fr/dendien/scripts/tlfiv5/visusel.exe?199;s=2740734390;r=8;nat=;sol=3>
8. Senon J-L., Jonas C. Droit des patients en psychiatrie. EMC –Psychiatrie 2004 ; 1(2) :107-127.
9. Rameix S. Fondements philosophiques de l'éthique médicale. Paris : Ellipse ; 1996. p. 91.
10. Hoerni B. La relation médecin-malade. L'évolution des échanges patient-soignant. Paris : Imothep ; 2008. p.151.
11. Cherrier A., Palazzolo J. Schizophrénie : l'annonce du diagnostic. Paris : Editions In Press ; 2006.
12. Thiel M.J. Où va la médecine ? Sens des représentations et pratiques médicales. Presses Universitaires de Strasbourg ; 2003. p.36.
13. Hoerni B. La relation médecin-malade. L'évolution des échanges patient-soignant. Imothep ; 2008. p.75.
14. Danion-Grillat A. Le diagnostic en psychiatrie : questions éthiques. Paris : Masson ; 2006. p.2.
15. Danion-Grillat A. Le diagnostic en psychiatrie : questions éthiques. Paris : Masson ; 2006. p.5.
16. Hoerni B. La relation médecin-malade. L'évolution des échanges patient-soignant. Paris : Imothep ; 2008. p.104.
17. Hoerni B., Saury R. Le consentement. Information, autonomie et décision en médecine. Paris : Masson ; 1998.
18. Palazzolo J. Informer le patient en psychiatrie. Paris : Masson, 2003.

19. Hoerni B., Saury R. Le consentement. Information, autonomie et décision en médecine. Paris : Masson ; 1998. p.47.
20. HAS - Haute Autorité de Santé [en ligne]. Saint Denis : Haute Autorité de Santé, mai 2012 [consulté le 24 septembre 2016]. Mis en ligne le 28 juin 2012. Disponible sur [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations -
delivrance de l'information a la personne sur son etat de sante.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations-_delivrance_de_linformation_a_la_personne_sur_son_etat_de_sante.pdf)
21. Prudhomme O. Spécificités de l'annonce du diagnostic de schizophrénie. Thèse pour le Doctorat en médecine, Université d'Amiens ; 2009. p.45-46.
22. Laplanche J., Pontalis J-B. Vocabulaire de la psychanalyse. PUF ; 2002. p.499.
23. Reich M., Deschamps C., Ulaszewski A., Horner-Vallet D. L'annonce d'un diagnostic de cancer : paradoxes et quiproquos. La revue de Médecine Interne 2001 ; 22(6) :560-566.
24. Moley-Massol I. L'annonce de la maladie : Une parole qui engage. Paris : DaTeBe éditions ; 2004. p.24.
25. Thiel M-J. Entre malheur et espoir. Annoncer la maladie, le handicap, la mort. Presses Universitaires de Strasbourg ; 2006. p.77.
26. Romano H. L'annonce d'un diagnostic grave. La Revue de Médecine Interne 2010 ; 31 :626-630.
27. HAS - Haute Autorité de la Santé [en ligne]. Saint Denis : Haute Autorité de Santé, 2008 [consulté le 24 septembre 2016]. Mis en ligne le 7 octobre 2008. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/fiche_methode_annoncer_une_mauvaise_nouvelle_v1.pdf
28. Buckman R. S'asseoir pour parler : L'Art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades. Paris : Editions Masson ; 2001.
29. Ruzsniowski M. Face à la maladie grave : Patients- Familles- Soignants. Paris : Dunod ; 2004
30. Moley-Massol I. L'annonce de la maladie. Une parole qui engage. Paris : DaTeBe éditions ; 2004. p.39.
31. Chastaing M. L'information au malade atteint d'une maladie grave. Ann Psychiatr 1998 ; 13(2) :101-106.
32. Misery L., Chastaing M. Information du patient et annonce du diagnostic de maladie grave. La Revue de Médecine Interne 2005 ; 26(12) :960-965.
33. HAS - Haute Autorité de la Santé [en ligne]. Saint Denis : Haute Autorité de Santé, septembre 2009 [consulté le 24 septembre 2016]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-11/alzheimer_annonce_accompa_diagnostic_diapo.pdf
34. Tribolet S., Shahidi M. Nouveau Précis de Sémiologie des troubles psychiques. Paris : Heure de France ; 2005. p.XIX-XX.
35. Société médico-psychologique. Classifications. Ann Med Psychol 1889 ; 19. 128-77, 316-32, 456-500, 642-55.
36. Morel BA. Etudes cliniques. Traité théorique et pratique des maladies mentales. T.II. Paris V : Masson ; 1853.

37. Haustgen T. D'Hippocrate au DSM-5 : vingt-cinq siècles de classifications psychiatriques. *Ann Méd Psychol* 2014 ; 172 :615-624.
38. Ionescu S. 14 approches de la psychopathologie. Dromont : Armand Colin ; 2011.
39. Guelfi J-D., Boyer P., Consoli S., Olivier-Martin R. *Psychiatrie*. Paris : PUF ; 1987. p.3.
40. Shea S-C. La conduite de l'entretien psychiatrique- L'art de la compréhension. Paris : Elsevier ; 2005. p.XV.
41. Guelfi J-D., Boyer P., Consoli S., Olivier-Martin R. *Psychiatrie*. Paris : PUF ; 1987. p.191.
42. Granger B. *Psychiatrie*. Paris : Ellipses ; 2009. p.265.
43. Mcgrath JJ., Saha S., Chant D., Welham J. Schizophrenia : a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev* 2008 ; 30(1) : 67-76.
44. Llorca P-M. Orphanet. [En ligne]. Clermont Ferrand : éditeurs scientifiques Professeur M. Leboyer et al. 2004 [consulté le 23 septembre 2016]. Disponible sur <https://www.orpha.net/data/patho/FR/fr-schizo.pdf>
45. Chudzik L. Du diagnostic au traitement : Rorschach et MMPI-2. Tours : Margada ; 2010.
46. *American Psychiatric Association - APA. DSM-5. American Psychiatric Publishing* 2015 ; 15 : 73-95
47. Organisation Mondiale de la Santé - OMS. Classification Internationale des troubles Mentaux et du comportement-descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Masson ; 1992.
48. Grivois H. Naître à la folie. Paris : Les empêcheurs de penser en rond ; 1991.
49. Mouchet-Mages S., d'Amato T. Facteurs environnementaux personnels et populationnels. Pathologies schizophréniques. Médecine Sciences Publications 2012 ; p227-237.
50. Mc Gurck S.R., Mueser K.T. *Cognitive functioning, symptoms, and work in supported employment : a review and heuristic model. Schizophrenia Research* 2004 ; 70(2-3), 147-173.
51. Steen R.G., Mull C., McClure R., Hamer R.M., Lieberman J.A. *Brain volume in first-episode schizophrenia Systematic Review and meta-analysis of magnetic resonance imaging studies. The British Journal of Psychiatry* 2006 ;188(6), 510-518
52. Van den Heuvel M.P., Fornito A. *Brain Networks in Schizophrenia. Neuropsychology Review* ; 2014.
53. Fatemi S-H., Folsom T-D. *The Neurodevelopmental Hypothesis of Schizophrenia, Revisited. Schizophrenia Bulletin* 2009 ; 35 (3), 528-548.
54. Rapoport J., Giedd J., Gogtay N. *Neurodevelopmental model of schizophrenia : update 2012. Molecular Psychiatry* 2012 ; 17(12),1228-1238.
55. Verdoux H., Le Roy V. Etiopathogénie intégrative. Pathologies schizophréniques. Médecine Sciences Publications 2012 ; p253-281.
56. Squarcione C, Torti M-C., Di Fabio F., Biondi M. *22q11 deletion syndrome : a review of the neuropsychiatric features and their neurobiological basis. Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2013 ; 9,1873-1884.
57. Gejman P., Sanders A. *The Role of Genetics in the Etiology of Schizophrenia. The Psychiatric Clinics of North America* 2010 ; 33 (1), 35-66.

58. Giusti Rodriguez P., Sullivan P.F. *The genomics of schizophrenia : update and implications. The Journal of Clinical Investigation* 2013 ; 123(11), 4557-4563.
59. Brown A-S. *Prenatal infection as a Risk Factor for Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin* 2006 ; 32 (2), 200-202.
60. Messias E., Chen C-Y., Eaton W. W. *Epidemiology of Schizophrenia : Review of Findings and Myths. The Psychiatric Clinics of North America* 2007 ; 30(3), 323-338.
61. Burns J.K. *Pathways from Cannabis to Psychosis : A Review of the Evidence. Frontiers in Psychiatry* 2013 ; 4, 128.
62. Organisation Mondiale de la Santé. CIM10/ICD10 Classification internationale des troubles mentaux et du comportement-Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Paris : Masson ; 1992.
63. Amad A., Bubrovsky M., Maitre E., Thomas P. Schizophrénie chez l'adulte. Pathologies schizophréniques. Médecine Sciences Publications ; 2012. p.96-110.
64. Granger B. Psychiatrie. Paris : Ellipses ; 2009. p.274.
65. Khlif H., Gressier F., Vacheron M., Corruble E. Pathologies somatiques associées à la schizophrénie. Pathologies schizophréniques. Médecine Sciences Publications ; 2012. p.191-197.
66. Crump C., Winkleby MA., Sundquist K., Sundquist J. *Comorbidities and Mortality in Persons with Schizophrenia : A Swedish National Cohort Study. American Journal of Psychiatry* 2013 ;170 (3) : 324-333.
67. Haywood TW., Kravitz HM., Grossman LS., Cavanaugh Jr JL., David JM., Lewis DA. *Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrénic, schizoaffective, affective disorders. Am J Psychiatry* 1995 ; 152, 856-861.
68. American Psychiatric Association – APA. *Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Second edition. Arlington (VA) : American Psychiatric Association ; 2004.*
69. HAS - Haute Autorité de Santé. [En ligne]. Saint Denis : Haute Autorité de Santé, juin 2007 [consulté le 10 octobre 2016]. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_ald23_schizophr_juin_07.pdf
70. Granger B. Psychiatrie. Paris : Ellipses ; 2009. p. 275.
71. Srihari V.H., Phutane V.H., Ozkan B., Chwastiak L., Ratliff J.C., Woods S.W., et al. *Cardiovascular mortality in schizophrenia : Defining a critical period for prevention. Schizophrenia Research* 2013 ; 146 :64-8.
72. Lotstra F. Les modèles biologiques de la schizophrénie mis à jour. *L'Encéphale* 2006 ; 32 :446-51.
73. Falkai P., Wobrok T., Lieberman J., Glenthøj B., Gattaz WF., Möller HJ., et al. *Force on Treatment Guidelines for Schizophrenia. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia, Part 1 : acute treatment of schizophrenia. World J Biol Psychiatry* 2005 ; 6 :132-91.
74. Llorca PM., Schmitt A., Mialoux M., Lefevre N. Usage des traitements par électrochocs en psychiatrie. Paris : Elsevier Masson ; 2009.p6.
75. Havaki-Kontaxaki BJ., Ferentinos PP., Kontaxakis VP., Paplos KG., Solatos CR. *Concurrent administration of clozapine and electroconvulsive therapy in clozapine-resistant schizophrenia. Clin Neuropharmacol* 2006 ; 29 :52-6.

76. Rousselet A-V. Thérapie comportementale et cognitive des troubles schizophréniques : actualités et perspectives. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 2012 ; 170(5) :349-357.
77. Wykes T, Steel C, Everitt B, Tarrrier N. *Cognitive behaviour therapy for schizophrenia : effect sizes, clinical models, and methodological rigor. Schizophrenia Bulletin* 2008 ; 34 :523-37.
78. Amado I., Krebs M., Olié J., Lôo H. Les principes de la remédiation cognitive dans la schizophrénie. *Bull acad Natle Méd* 2011 ; 195(6) :1319-133.
79. Franck N. Remédiation cognitive. Pathologies schizophréniques. Médecine Sciences Publications ; 2012. p.299-306.
80. Xia J, Merinder LB., Belgamwar MR. *Psychoeducation for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev* ; 2010.
81. Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. *Family intervention for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev* ; 2010.
82. Burns T, Catty J, Dash M, Roberts C, Lockwood A, Marshall M. *Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness : sustematic review and meta-regression. BMJ* ; 2007. p.335-336.
83. Dollfus S. Les antipsychotiques lors d'un premier épisode psychotique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 2009 ; 167(1) :86-92.
84. Bottéro A. Durée de la psychose non traitée : un bilan d'étape. *Neuropsychiatrie : Tendances et Débats* 2009 ; (37) :13-15.
85. Palmer B., Heaton R.K., Paulsen J.S., Kuck J., Braff D., Harris MJ., et al. *Is it possible to be schizophrenic yet neuropsychologically normal ? Neuropsychology* 1997 ; 11(3), 437-446.
86. Gold J.M. *Is cognitive impairment in schizophrenia ready for diagnostic prime time ? World Psychiatry* 2008 ; 7(1), 33-33.
87. Keefe R.S.E. *Should cognitive impairment be included in the diagnostic criteria for schizophrenia ? World Psychiatry* 2008 ; 7, 22-28.
88. Barch D.M., Keefe R.S.E. *Anticipating DSM-5 : opportunities and challenges for cognition and psychosis. Schizophrenia Bulletin* 2010 ; 36, 43-47.
89. Heinrichs R.W., Zakzanis K.K. *Neurocognitive deficit in schizophrenia : a quantitative review of the evidence. Neuropsychology* 1998 ; 12(3), 426-445.
90. Reichenberg A., Caspi A, Harrington H, Houts R. Keefe R.S.E., Murray R.M., Poulton R., Moffitt T.E. *Static and dynamic cognitive deficit in childhood preceding adult schizophrenia : a 30-years study. American Journal of Psychiatry* 2010 ; 167(2), 160-169.
91. Barch D.M., Caeser A., (2012). *Cognition in Schizoprhenia : core psychological and neural mechanism. Trends in Cognitive Sciences*, 16(1), 27-34.
92. Palmer B.W., Dawes S.E., Heaton R.K. *What do we know about neuropsychological aspects of schizophrenia ? Neuropsychology Review* 2009 ; 19, 365-384.
93. Saoud M., D'Amato T. La schizophrénie de l'adulte. Des causes aux traitements. Paris : Masson ; 2006. Kebir O. Tabbane K., (2008). La mémoire de travail dans la schizophrénie : revue de la littérature. *L'Encéphale* 2008 ; 34, 289-298.

94. Kebir O. Tabbane K., (2008). La mémoire de travail dans la schizophrénie : revue de la littérature. *L'Encéphale*, 34, 289-298.
95. Simonet M., Brazo P. Modèle cognitivo-comportemental de la schizophrénie. *EMC-Psychiatrie 2* ; 2005. p.62-80.
96. Brunelin J, Poulet E., Marsella S., Saoud M. Un déficit de mémoire de la source spécifique chez les patients schizophrènes comparés à des volontaires sains et des patients présentant un épisode dépressif majeur. *Revue européenne de psychologie appliquée* 2008 ; 58 : 105-110.
97. Dickinson D., Ramsey M.E., Gold J.M. *Overlooking the obvious : a meta-analytic comparison of digit symbol coding tasks and other cognitive measures in schizophrenia. Archives of General Psychiatry* 2007 ; 64(5), 532-542.
98. The Oxford Dictionary, [en ligne]. [Consulté le 16/10/2016]. Disponible sur : <https://en.oxforddictionaries.com/definition/us/insight>
99. Bourgeois ML. La Conscience du Trouble en Psychiatrie II. Travaux empiriques actuels : la mesure de l'*insight*. *Ann Méd Psychol* 2000 ; 158 (3) : 209-24
100. Raffard S., Bayard S., Capdevielle D., Garcia F., Boulenger J-P., Gely-Nargeot M-C. La conscience des troubles (*insight*) dans la schizophrénie : une revue critique-Partie 1 : *insight* et schizophrénie, caractéristiques cliniques de l'*insight*. *L'Encéphale* 2008 ; 34 : 597-605.
101. Amador F.X., Strauss D.H., Yale S.A., Gorman J.M. *Awareness of illness in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin* 1991 ; 17(1) : 113-132.
102. Masson M., Azorin J.M., Bourgeois M.L. La conscience de la maladie dans les troubles schizophréniques, schizo-affectifs, bipolaire et unipolaire de l'humeur : résultats d'une étude comparative de 90 patients hospitalisés. *Annales Médico-Psychologiques* 2001 ; 159 :369-374.
103. Bourgeois M.L., Koleck M., Roig-Morrier R. Mesure de la conscience du trouble chez 100 malades hospitalisés en psychiatrie. *Annales Médico-Psychologiques* 2002 ; 160 : 444-450.
104. Bourgeois M.L., Koleck M., Jais E. Validation de l'échelle d'*insight* Q8 et évaluation de la conscience de la maladie chez 121 patients hospitalisés en psychiatrie. *Annales Médico-Psychologiques* 2002 ; 160 : 512-517.
105. Travers D., Levoyer D., Millet B. Evaluation de la conscience du trouble chez le schizophrène dans une cohorte de 31 patients. *L'Encéphale* 2008 ; 3 : 66-72.
106. Amador F.X., Flaum M., Andreasen N.C., et al. *Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. Arch Gen Psychiatry* 1994 ; 51 : 826-36.
107. Beck A.T., Baruch E., Balter J.M., Steer RA., Warman DM. *A new instrument to measuring insight : the Beck cognitive insight scale. Schizophr Res* 2004 ; 68 :319-29.
108. David A.S, (1990). *Insight and psychosis. Br J Psychiatry* 1990 ; 156 : 798-808.
109. Pini S., De Queiroz V., Dell'Osso L., Abelli M., Mastrocinque C., Sacttoni M. et al. *Cross-selectional similarities and differences between schizophrenia, schizoaffective disorders and mania or mixed mania with mood-incongruent psychotic feature. Eur Psychiatry* 2004 ; 19 :8-14.
110. Mintz AR., Addington J., Addington D. *Insight in early psychosis : a 1-years follow-up. Schizophr Res* 2004 ; 67 (2-3) : 213-7.

111. Granholm E., McQuaid JR, McClure FS., Link PC., Perivoliotis D., Gottlieb JD. et al. *Randomized controlled trial of cognitive behavioral social skills training for older people with schizophrenia : 12-month follow-up. J Clin Psychiatry* 2007 ; 68(5) :730-7.
112. Baylé FJ., Chauchot F., Maurel M., Ledoriol AL., Gérard A., Pascal JC. et al. Enquête sur l'annonce du diagnostic de schizophrénie en France. *L'Encéphale* 1999 ; 25(6) :603-611.
113. Maitre A. L'annonce diagnostique de la schizophrénie : au-delà des droits des malades, Etat des lieux dans la région nantaise et réflexion sur la pratique. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Université de Nantes ; 2013. p.120-121.
114. Castillo M., Urdapilleta I., Petitjean F., Seznec J., Januel D. L'annonce du diagnostic de schizophrénie. Analyse textuelle d'entretiens cliniques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 2008 ; 166(8) : 599-605.
115. Giordana J-Y. Stigmatisation et discrimination des personnes ayant des troubles psychiques. La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. Paris : Elsevier Masson ; 2010. p.3-38.
116. Daumerie N., Vasseur Bacle S., Giordana JY., Bourdais Mannone C., Caria A., Roelandt JL. La discrimination vécue par les personnes ayant reçu un diagnostic de trouble schizophrénique. Premiers résultats français de l'étude Indigo. *Encéphale* 2012 ; 38(3) :224-31.
117. Dubreucq J-L., Joyal C., Millaud F. Risque de violence et troubles mentaux graves. *Annales Médico-psychologique, revue psychiatrique* 2005 ; 163(10) :852-865.
118. Senon J-L. Manzanera C., Dubreucq J-L., Millaud F. Violence et troubles mentaux. *Psychocriminologie, clinique, prise en charge, expertise.* Dunod : Paris ; 2008. p.133-146.
119. Petitjean F., Beaufile A. Information du patient atteint de troubles schizophréniques et information de l'entourage. *Ann Med Psychol* 1999 ; 157(7) :479-93.
120. Thornicroft G., Brohan E., Rose D., Sartorius N., Leese M. *Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia : a cross-sectional survey.* *Lancet* 2009 ; 373 (9661) :408-415.
121. Goffman E. Stigmate. Les usages sociaux des handicaps. Paris : Les Editions de Minuit ; 1975.
122. Villani M., Kovess-Masféty V. Qu'en est-il de l'annonce du diagnostic de schizophrénie aujourd'hui en France ? *Encéphale* 2016 ; 885.
123. Lachaux B., Caroli F. Entre dire pour se protéger et informer pour permettre. *Psychose : nouveaux enjeux du premier épisode au suivi long cours.* *Encéphale* 2001 ; 27 :26-39.
124. Levin TT. *Newer conceptualizations of schizophrenia demand of name change.* *Schizophr Reser* 2009 ; 115 (2-3) :2-3.
125. Takahashi H., Ideno T., Okubo S., Matsui H., Takemura K., Matsuura M. et al. *Impact of changing the Japanese term for « schizophrenia » for reasons of stereotypical beliefs of schizophrenia in Japanese youth.* *Schizophr Reser* 2009 ; 112 (1-3) :1-3.
126. Becker HS. Oursiders. Etudes de sociologie de la déviance. Paris : Métailié ; 1985.

127. Gavaudan G., Besnier N., Lançon C. Suicide et schizophrénie : évaluation du risque suicidaire et prévention. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 2006 ; 164(2) :165-175.
128. Besnier N. Gavaudan G., Navez A., Adida M., Jollant F., Courtet P. et al. Approche clinique du suicide au cours de la schizophrénie (I). Identification des facteurs de risque. *L'Encéphale* 2009 ; 35(2) :176-181.
129. Fédération Française de Psychiatrie. Conférence de consensus, Schizophrénies débutantes : diagnostic et modalités thérapeutiques. Paris : Frison-Roche ; 1994. p.23
130. Freud S. Conseils au médecin dans le traitement analytique (1912). In : *Œuvres complètes*, vol. XI. Paris : PUF ; 1998. p. 143-54.
131. Freud S. Le début du traitement. In : *La technique psychanalytique* (1913). Paris : PUF ; 1981. p. 80-104.
132. Bordin E. *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*. *Psychother Theor Res Pract* 1979; 16: 252-60.
133. Misdrahi D. L'observance thérapeutique : un objectif essentiel. *L'Encéphale* 2006 ; 32, 1076-1079.
134. Charpentier A., Goudemand M., Thomas P. L'alliance thérapeutique, un enjeu dans la schizophrénie. *L'encéphale* 2009 ; 35, 80-89.
135. Gourevitch R. Comment améliorer l'observance chez les patients souffrant de schizophrénie ? *L'Encéphale* 2006 ; 32, 929-930.
136. Maurel M. Education et prévention des rechutes. *L'Encéphale* 2009 ; Supplément 1, 520-523.
137. Danion-Grillat A. Le diagnostic en psychiatrie : questions éthiques. Paris, Masson ; 2006. p.60.
138. Rocamora J.F. Benadhira R., Saba G., Stamadatis L., Kalalaou K., Dumortier G. et al. Annonce du diagnostic de schizophrénie au sein d'un service de psychiatrie de secteur. *L'Encéphale* 2005 ; 31 : 449-455.
139. Billiet C., Antoine P., Lesage R., Sangare M-L. *Insight* et interventions psychoéducatives dans la scizophrénie. *Ann Méd Psychol* 2009 ; 167 :745-752.
140. Petitjean F. Les effets de la psychoéducation. *Ann Méd Psychol* 2011 ; 169(3) :184-187.
141. Lalonde P. Thérapie psycho-éducative. *Pathologies schizophréniques*. Médecine Sciences Publications ; 2012. p.328-341.
142. La ligue contre le cancer. [En ligne]. Edition actualisée octobre 2009. [Consulté le 16 octobre 2016]. Disponible sur : <https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/brochures/dispositif-annonce-2009-10.pdf>
143. ANAES-Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Haute autorité de Santé [en ligne]. Paris : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé [consulté le 13octobre 2016]. Mis en ligne en mars 2000. Disponible sur <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/inforecos.pdf>
144. Hodé Y. Psychoéducation des patients et de leurs proches dans les épisodes psychotiques. *Encéphale* 2013 ; (supplément 2) : S110-4.

145. Parizot S. information sur le diagnostic du patient schizophrène et de son entourage. *Ann Med Psychol* 1999 ; 157(7) : 479-83.
146. Milton AC., Mullan BA. *Diagnosis telling in people with psychosis. Curr Opin Psychiatry* 2014 ; 27(4) :302-7.
147. Seeman MV. *Breaking bad news : schizophrenia. J Psychiatr Pract* 2010 ; 16(4) :269-76.
148. Couratier P., Desport JC., Torny F., Lacoste M. Conférence de consensus. Texte des experts : modalités et contenu de l'annonce du diagnostic de sclérose latérale amyotrophique sporadique. *Rev Neurol* 2006 ; 162 (Suppl. 2) : 108-112.
149. Levi TT., Kelly BJ., CohenM., Vamos M., Landa Y., Bylund C. *Case studies in public-sector leadership. Using a psychiatry e-list to develop a model for discussing a schizophrenia diagnosis. Psychiatr Serv* 2011 ; 62(3) :244-6.
150. Loughland C., Kelly B., Ditton-Phare P. Kissane D., Loughland C. *Improving Clinician competency in communication about schizophrenia. A pilot educational program for psychiatry trainees. Acad Psychiatry* 2014 ; 23 :1-5.
151. Pascal JC. Caroli F. Annonce de la maladie et modalités de prise en charge. *Encéphale* 2001 ; 27 :22-5.
152. Shergill S.S., Barker D., Greenberg M. *Communication of psychosis diagnosis. Sos Psychiatry Epidemiol* 1998 ; 33, 32-38.
153. Luderer HJ., Böcker FM. *Clinicians information habits, patients knowledge of diagnosis and etiological concepts in four different clinical samples. Acta Psychiatr Scand* 1993 ; 88(4) : 266-72.
154. Ferreri M., Rouillon F., Nuss P., N. Bazin., Farah S., Djaballah K., Gerard D. De quelles informations les patients souffrants de schizophrénie disposent-ils sur leur maladie et leur traitement ? *L'Encéphale* 2000 ; 26(spécial 1) :15-22.
155. Mac Donald-Scott P., Machizwa S., Satoh H. *Diagnostic disclosure : a tale in two cultures. Psychological Med* 1992 ; 22(1) :147-157.
156. Outram S., Harris G., Kelly B., Cohen M., Sandhu H., Vamos M. et al. *Communicating a schizophrenia diagnosis to patients and families : a qualitative study of mental health clinicians. Psychiatr Serv* 2014 ; 65(4) : 551-4.
157. Magliano L. Fiorillo A., Malangone C., Del Vecchio H., Maj M. *Views of persons with schizophrenia on their own disorders. An Italian parcipatory study. Psychiatr Serv* 2008 ; 59(7) : 795-9.
158. Gremion J., Mantelet S., Hardy P. Place de l'information dans le consentement aux soins des patients schizophrènes. A propos d'une enquête réalisée auprès de 74 psychiatres du Val de Marne. *Ann Méd Psychol* 2001 ; 159 :522-528.
159. Clafferty RA., MacCabe E., Brown KW. *Telling patients with schizophrenia their diagnosis. Patients should be informed about their illness. BMJ* 2000 ; 321(7257) : 384-5.
160. Moran GS., Oz G., Karnieli-Miller O. *Psychiatrists' challenges in considering disclosure of schizophrenia diagnosis in Israel. Qual Health Res* 2014 ; 24(10) :1368-80.
161. Chabannes JP., Cherrier A., Balaguer E. Faut-il annoncer le diagnostic en matière de schizophrénie ? *Nervure* 2001 ; 14(5) :47-50.

162. Kress JJ. Information du patient schizophrène et de son entourage. *Ann Med Psychol* 1999 ; 157(7) : 477-8.
163. Remede.org : communauté médicale. Nombre de Postes et de Rangs pour l'examen national classant (ENC) des années 2012 à 2015. [En ligne]. Remede.org : communauté médicale, [Consulté le 27 septembre 2016]. Disponible sur <http://www.remede.org/internat/cartes-enc/index.html>
164. INSAR-IMG, Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale. Enquête nationale sur les statuts de l'interne, premiers résultats sur 1515 retours. [en ligne]. Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale, 2008 [consulté le 24 septembre 2016]. Disponible sur <http://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/statut-de-linterne-resultats.pdf>
165. AFFEP-Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie. [En ligne]. Paris : AFFEP. [Consulté le 20 octobre 2016]. Disponible sur <http://www.affep.fr/formation/DES.php>
166. Senon JL. Senon-online. [En ligne]. Poitiers : J-L. Senon. [Consulté le 20 octobre 2016]. Disponible sur <http://www.senon-online.com/Documentation/telechargement/2cycle/moduleD/1%20Grds%20courants%20pensee%20psy.pdf>
167. AFFEP-Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie. [En ligne]. Paris : AFFEP. [Consulté le 20 octobre 2016]. Disponible sur <http://www.affep.fr/formation/psychotherapies.php>
168. Van Effenterre A., Azoulay M., Champion F., Briffault X. La formation aux psychothérapies des internes en psychiatrie en France: résultats d'une enquête nationale. *L'Encéphale* 2013; 39, 155-164.
169. Van Effenterre A. Formation et information des internes en psychiatrie: quelle place pour la recherche? *L'Encéphale* 2011; 37, 159-161.
170. HAS - Haute Autorité de Santé. [En ligne]. Saint Denis : Haute Autorité de Santé, juin 2005 [consulté le 10 octobre 2016]. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_autisme.pdf
171. Fondation Fondamentale. [En ligne]. Créteil : Fondation Fondamentale, [consulté le 10 octobre 2016]. Disponible sur http://www.fondation-fondamental.org/page_dyn.php?lang=FR&page_id=MDAwMDAwMDA2Mw==
172. Lachaux B. Manuel de Psychiatrie : 2^{ème} Edition, sous la direction de Guelfi J.-D. et Rouillon F., Ed. Elsevier Masson 2012, pp : 738.

ANNEXES

Annexe n°1 : critères diagnostics de la schizophrénie du DSM-5 [45]

A. Deux (ou plus) des manifestations suivantes sont présentes chacune pendant une partie significative du temps durant une période d'1 mois (ou moins quand elles répondent favorablement à un traitement). Au moins un des symptômes doit être (1), (2) ou (3) :

1. Idées délirantes
2. Hallucinations
3. Discours désorganisé (c'est-à-dire coq-à-l'âne fréquents ou incohérence)
4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
5. Symptômes négatifs (par exemple : émoussement affectif ou perte de volonté)

B. Pendant une partie significative du temps depuis la survenue de la perturbation, un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement tels que le travail, les relations interpersonnelles ou les soins personnels, sont nettement inférieurs au niveau atteint avant la survenue de la perturbation (ou, en cas de survenue dans l'enfance ou l'adolescence, incapacité à atteindre le niveau de réalisation interpersonnelle, scolaire ou dans d'autres activités auxquelles on aurait pu s'attendre).

C. Des signes permanents de la perturbation persistent pendant au moins 6 mois. Cette période de 6 mois doit comprendre 1 mois de symptômes (ou moins s'ils répondent favorablement à un traitement) du critère A (c'est-à-dire symptômes de la phase active) et peut comprendre des périodes de symptômes prodromiques ou résiduels. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes de la perturbation peuvent se manifester uniquement par des symptômes négatifs ou par deux ou plus des symptômes figurant dans le critère A présents sous une forme atténuée (par exemple : croyances bizarres, perceptions inhabituelles).

D. Un trouble schizo-affectif et un trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques ont été éliminés soit (1) parce qu'aucun épisode dépressif majeur ou maniaque n'a été présent simultanément aux symptômes de la phase active ; soit (2) parce que si des épisodes thymiques ont été présents pendant les périodes de symptômes de la phase active, leur durée a été brève par rapport à la durée des périodes actives et résiduelles.

E. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (c'est-à-dire une drogue donnant lieu à abus, médicament) ou à une affection médicale générale

F. En cas d'antécédents de trouble autistique ou d'un trouble envahissant du développement à début dans l'enfance, le diagnostic additionnel de schizophrénie n'est fait que si des idées délirantes ou des hallucinations prononcées, en plus des autres symptômes requis de la schizophrénie, sont également présentes pendant au moins un mois (ou moins quand elles répondent favorablement à un traitement) ;

NB : Les critères n'ont quasiment pas changé par rapport au DSM IV-TR, en revanche les sous types de schizophrénie (paranoïde, désorganisé, catatonique, indifférencié, résiduel) ont été supprimés.

Annexe n°2 : critères diagnostics de la schizophrénie selon la CIM-10 [46]

La schizophrénie est classée dans le chapitre V de la CIM-10 (F00-F99), relative aux troubles mentaux et du comportement. Elle est cotée F.20 et est définie par des symptômes caractéristiques : ≥ 1 critère (1 à 4) ou ≥ 2 critères (5 à 8), pendant ≥ 1 mois, ou critère (9) pendant ≥ 12 mois (soit 1 an pour la schizophrénie simple), sans faire référence à une phase prodromique non psychotique :

1. Écho de la pensée, pensées imposées ou vol de la pensée, divulgation de la pensée.
2. Idées délirantes de contrôle, d'influence ou de passivité, se rapportant clairement à des mouvements corporels ou à des pensées, actions ou sensations spécifiques, ou perception délirante.
3. Hallucinations auditives dans lesquelles une ou plusieurs voix commentent en permanence le comportement du patient, ou parlent de lui ou autres types d'hallucinations auditives dans lesquelles une ou plusieurs voix émanent d'une partie du corps.
4. Autres idées délirantes persistantes, culturellement inadéquates ou invraisemblables, concernant p. ex. l'identité religieuse ou politique ou des pouvoirs surnaturels (être capable de contrôler le temps, ou de communiquer avec des extraterrestres...).
5. Hallucinations persistantes de n'importe quel type, accompagnées soit d'idées délirantes fugaces ou à peine ébauchées, sans contenu affectif évident, soit d'idées surinvesties persistantes, ou hallucinations survenant quotidiennement pendant des semaines ou des mois d'affilée.
6. Interruptions ou altération par interpolations du cours de la pensée. Rendant le discours incohérent et hors de propos, ou néologismes.
7. Comportement catatonique : excitation, posture catatonique, flexibilité cireuse, négativisme, mutisme ou stupeur.
8. Symptômes "négatifs" : apathie importante, pauvreté du discours, émoussement affectif ou réponses affectives inadéquates (ces symptômes sont généralement responsables d'un retrait social et d'une altération des performances sociales). Il doit être clairement établi que ces symptômes ne sont pas dus à une dépression ou à un traitement neuroleptique.
9. Modification globale, persistante et significative de certains aspects du comportement, se manifestant par une perte d'intérêt, un comportement sans but, une inactivité, une attitude centrée sur soi-même, et un retrait social.

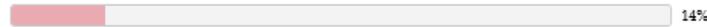
Ils existent des critères d'exclusion :

1. Symptômes dépressifs ou maniaques au premier plan, à moins d'être certain que les symptômes schizophréniques précédaient les troubles de l'humeur. Ou symptômes affectifs d'importance à peu près égale aux symptômes schizophréniques et se développant simultanément : trouble schizo-affectif (F25)
2. Atteinte cérébrale manifeste ou apparaissant au cours d'une épilepsie (F06.2)
3. Intoxication ou un sevrage à une substance psychoactive (F1x.5)



Représentations et pratiques de l'annonce diagnostique chez les internes de psychiatrie de France

Cette étude est réalisée par une interne de psychiatrie dans le cadre de sa thèse de médecine.



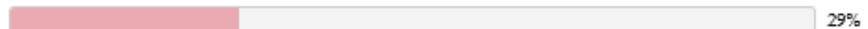
L'enquête est réservée aux internes de psychiatrie de France Métropolitaine et d'Outre-Mer. Si vous n'êtes pas concerné veuillez quitter cette page.

Les données sont collectées de manière strictement anonyme selon la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Vous pouvez commencer le questionnaire en cliquant sur "Page suivante".

MERCI D'AVANCE POUR VOTRE PARTICIPATION

Questions socio-démographiques et professionnelles



1 Vous êtes :

- un homme
 une femme

2 Quel est votre âge ?

3 Concernant votre internat, quel est votre CHU de rattachement ?

4 En quel semestre d'internat êtes-vous actuellement ?

- 1 2 3 4 5
 6 7 8

5 Jusqu'à présent votre internat s'est principalement constitué de stage :

- dans des services de psychiatrie en hôpital général
 dans des services de psychiatrie au CHU
 dans des centres hospitaliers spécialisés ou des E.P.S.M.

* 6 Jusqu'à présent, votre internat s'est principalement constitué de stage :

- aux urgences ou en liaison
- en extrahospitalier (HDJ, CATTP, CMP)
- en service d'hospitalisation d'entrée
- en service d'hospitalisation de longue évolution

* 7 Vos principaux outils thérapeutiques sont (réponse multiple possible) :

- la chimiothérapie
- la psychothérapie de soutien
- la thérapie analytique ou psycho-dynamique
- la thérapie cognitivo-comportementale
- la thérapie familiale ou systémique
- Aucun en particulier
- Autre

Si "autre", veuillez préciser :

Avis sur la formation à l'annonce diagnostique en psychiatrie



* 1 Une formation ou un cours théorique sur l'annonce diagnostique en psychiatrie vous sont-ils délivrés lors de votre cursus ?

- Oui
- Non

* 2 Connaissez-vous les lois relatives à l'information médicale et leur contenu concernant la réglementation de l'annonce diagnostique ?

- Oui, très bien
- Oui, assez bien
- Non, pas vraiment
- Non, pas du tout

* 3 Pour une formation spécifique sur l'annonce diagnostique en psychiatrie, vous seriez :

- Très favorable
- Favorable
- Peu favorable
- Pas favorable
- Indifférent

Avis et pratiques concernant l'annonce diagnostique en psychiatrie



1 Pour chaque pathologie, choisissez la fréquence à laquelle vous annoncez le diagnostic à vos patients :

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	Je n'ai jamais été confronté à ce diagnostic
Trouble bipolaire	<input type="radio"/>					
Trouble anxio-dépressif	<input type="radio"/>					
Psychose non dissociative : PHC (psychose hallucinatoire chronique)	<input type="radio"/>					
Psychose non dissociative : paraphrénie	<input type="radio"/>					
Psychose non dissociative : paranoïa	<input type="radio"/>					
Schizophrénie avec prédominance de symptômes négatifs	<input type="radio"/>					
Schizophrénie avec prédominance de symptômes positifs	<input type="radio"/>					
Trouble de personnalité - Groupe A : paranoïaque-schizoïde-schizotypique	<input type="radio"/>					
Trouble de personnalité - Groupe B : antisociale-borderline-histrionique-narcissique	<input type="radio"/>					
Trouble de personnalité - Groupe C : évitante-dépendante-obsessionnelle-compulsive	<input type="radio"/>					

2 Selon vous, quels sont les diagnostics les plus simples à annoncer au patient : [choisissez maximum 3 diagnostics]

- Trouble bipolaire
- Trouble anxio-dépressif
- Psychose non dissociative : PHC (psychose hallucinatoire chronique)
- Psychose non dissociative : paraphrénie
- Psychose non dissociative : paranoïa
- Schizophrénie avec prédominance de symptômes négatifs
- Schizophrénie avec prédominance de symptômes positifs
- Trouble de personnalité - Groupe A : paranoïaque-schizoïde-schizotypique
- Trouble de personnalité - Groupe B : antisociale-borderline-histrionique-narcissique
- Trouble de personnalité - Groupe C : évitante-dépendante-obsessionnelle-compulsive

3 Selon vous, quels sont les diagnostics les plus compliqués à annoncer au patient : [choisissez maximum 3 diagnostics]

- Trouble bipolaire
- Trouble anxio-dépressif
- Psychose non dissociative : PHC (psychose hallucinatoire chronique)
- Psychose non dissociative : paraphrénie
- Psychose non dissociative : paranoïa
- Schizophrénie avec prédominance de symptômes négatifs
- Schizophrénie avec prédominance de symptômes positifs
- Trouble de personnalité - Groupe A : paranoïaque-schizoïde-schizotypique
- Trouble de personnalité - Groupe B : antisociale-borderline-histrionique-narcissique
- Trouble de personnalité - Groupe C : évitante-dépendante-obsessionnelle-compulsive

* 4 Selon vous, en psychiatrie est-il indispensable d'informer le patient de son diagnostic ?

- Oui, tout à fait
- Oui, plutôt
- Non, pas vraiment
- Non, pas du tout
- Sans opinion

* 5 Quelle importance accordez-vous aux aspects suivants dans votre pratique de l'annonce diagnostique auprès des patients :

	Pas important	Peu important	Normal	Important	Très important
l'aspect juridique	<input type="radio"/>				
l'aspect éthique	<input type="radio"/>				
l'aspect thérapeutique	<input type="radio"/>				

Représentations des internes concernant l'annonce diagnostique de la schizophrénie



* 1 Selon vous, l'annonce diagnostique est-elle nécessaire dans le cas de la schizophrénie ?

- Oui, tout à fait
- Oui, plutôt
- Non, pas vraiment
- Non, pas du tout
- Sans opinion

* 2 Pensez-vous qu'il est possible d'informer suffisamment les patients sans donner le diagnostic précis de schizophrénie ?

- Oui, tout à fait
- Oui, plutôt
- Non, pas vraiment
- Non, pas du tout
- Sans opinion

* 3 Selon vous, le fait d'annoncer le diagnostic aux patients souffrant de schizophrénie ...

- ... est un frein dans la prise en charge
- ... est un atout dans la prise en charge
- ... n'a pas d'influence particulière dans la prise en charge

* 4 Selon vous, le fait d'annoncer le diagnostic aux patients souffrant de schizophrénie ...

- ... améliore l'alliance thérapeutique
- ... détériore l'alliance thérapeutique
- ... n'a pas d'influence particulière sur l'alliance thérapeutique

* 5 Selon vous, le fait d'annoncer le diagnostic aux patients souffrant de schizophrénie ...

- ... améliore l'observance thérapeutique
- ... n'améliore pas particulièrement l'observance thérapeutique

* 6 Selon vous, l'annonce diagnostique de la schizophrénie ...

- ... c'est le rôle de l'interne autant que celui du sénior
- ... c'est davantage le rôle du sénior

* 7 Annoncez-vous le diagnostic à vos patients schizophrènes ?

- Oui, toujours
- Oui, souvent
- Oui, parfois
- Oui, mais rarement
- Non, jamais
- Je n'ai jamais été confronté à cette situation (devoir annoncer une schizophrénie à un patient)

Pratiques des internes concernant l'annonce diagnostique de la schizophrénie



* 1 Vous arrive-t-il de ne pas annoncer le diagnostic à vos patients souffrant de schizophrénie alors que vous auriez souhaité le faire ?

- Oui, toujours
- Oui, souvent
- Oui, parfois
- Oui, mais rarement
- Non, jamais

* 2 Ressentez-vous de l'appréhension avant d'annoncer le diagnostic à un patient souffrant de schizophrénie ?

- Oui, toujours
- Oui, souvent
- Oui, parfois
- Oui, mais rarement
- Non, jamais
- Non concerné par la question (car je n'annonce jamais le diagnostic)

* 3 Parmi les propositions suivantes, lesquelles vous conduisent le plus souvent à ne pas annoncer le diagnostic de schizophrénie au patient (réponse multiple possible) :

- Incertitude diagnostique
- Diagnostic de mauvais pronostic
- Réticence à donner une étiquette diagnostique
- Incapacité fonctionnelle du patient à comprendre le diagnostic (anosognosie, déni des troubles, troubles cognitifs, pas d'insight)
- Absence d'interrogation du patient
- Crainte des répercussions cliniques négatives (agitation, recrudescence anxio-dépressive, traumatisme émotionnel, crise suicidaire, etc.)
- Crainte des répercussions thérapeutiques négatives (rupture d'alliance thérapeutique, etc.)
- Crainte des répercussions sociales négatives (stigmatisation, rejet socio-familial, etc.)
- Vous pensez que cela n'apporterait rien dans la prise en charge
- Non concerné par la question (car j'annonce toujours le diagnostic)
- Autre

Si "autre", veuillez préciser :

* 4 Utilisez-vous le terme de « schizophrénie » lors de l'annonce ?

- Oui, toujours
- Oui, souvent
- Oui, parfois
- Oui, mais rarement
- Non, jamais
- Non concerné par la question (car je n'annonce jamais le diagnostic)

* 5 Quels termes alternatifs utilisez-vous lors de l'annonce auprès des patients souffrant de schizophrénie ? [réponse multiple possible]

- Démence (précoce)
- Dépression chronique
- Maladie délirante
- Maladie discordante
- Psychose ou trouble psychotique
- Trouble de la pensée et des sens
- Trouble grave de la personnalité
- Troubles hallucinatoires
- Troubles schizo-affectif
- Reprise des termes utilisés spontanément par le patient
- Aucun terme en particulier
- Non concerné par la question
- Autre

Si "autre", veuillez préciser :

6 En général, dans quel(s) contexte(s) annoncez-vous le diagnostic à vos patients souffrant de schizophrénie ? (réponse multiple possible)

- Après un épisode aigu, une rechute, un soin sous contrainte, etc.
- Au moment de l'introduction ou de la modification d'un traitement médicamenteux
- Quand le patient demande des informations sur le diagnostic
- Quand la famille demande des informations sur le diagnostic
- Quand le patient évoque la schizophrénie de lui-même
- Lors d'un écrit administratif (reconnaissance travailleur handicapé, AAH, certificat, etc.)
- Il n'y pas un contexte en particulier
- Non concerné par la question (car je n'annonce jamais le diagnostic)
- Autre

Si "autre", veuillez préciser :

7 Parlez-vous du diagnostic à la famille de vos patients souffrant de schizophrénie ?

- Oui, toujours
- Oui, souvent
- Oui, parfois
- Oui, mais rarement
- Non, jamais

8 Si oui, demandez-vous l'accord du patient pour informer la famille ?

- Oui, toujours
- Oui, souvent
- Oui, parfois
- Oui, mais rarement
- Non, jamais

L'information donnée au patient souffrant de schizophrénie

100%

1 Lors d'une annonce diagnostique, quels types d'informations délivrez-vous à vos patients souffrant de schizophrénie (réponse multiple possible) ?

- Cliniques et sémiologiques
- Etio-pathogéniques
- Epidémiologiques
- Pronostiques
- Thérapeutiques
- Non concerné par la question (car je n'annonce jamais le diagnostic)

2 Expliquez-vous les symptômes visés par le traitement médicamenteux à vos patients souffrant de schizophrénie ?

- Oui, toujours
- Oui, souvent
- Oui, parfois
- Oui, mais rarement
- Non, jamais

3 Informez-vous vos patients souffrant de schizophrénie des effets secondaires du traitement médicamenteux ?

- Oui, toujours
- Oui, souvent
- Oui, parfois
- Oui, mais rarement
- Non, jamais

- * 4 En général, donnez-vous des informations au patient schizophrène et/ou à sa famille concernant les structures de soins et d'aide (CMP, CATTP, HDJ) ?
- Oui
- Non
- * 5 En général, donnez-vous des informations au patient schizophrène et/ou à sa famille concernant les associations de patients et de familles (UNAFAM ...) ?
- Oui
- Non
- * 6 En général, vous servez-vous d'une aide matérielle (ouvrage de vulgarisation, extraits de texte, plaquettes, bande audio ou visuelles...) pour faciliter l'annonce du diagnostic de schizophrénie ?
- Oui
- Non
- * 7 De manière générale, le niveau d'information que vous donnez au patient schizophrène sur sa pathologie vous semble-t-il suffisant ?
- Oui
- Non

Annexe n°4 : argumentaire électronique de sollicitation des référents locaux (n°1)

Chère Consœur, Cher Confrère,

Je me présente à vous. Je suis Marie Perpette, interne de psychiatrie à la faculté d'Amiens.

Dans le cadre de mon travail de thèse, je m'intéresse à la représentation et à la pratique des internes de psychiatrie (sur l'ensemble du territoire) concernant l'annonce diagnostique dans notre discipline (en particulier dans la schizophrénie).

Les objectifs de ce travail sont principalement :

- L'étude des représentations relatives à l'annonce diagnostique dans notre spécialité.
- L'évaluation des difficultés rencontrées à travers la pratique de l'annonce diagnostique.

A ce sujet, je vous propose par le biais de l'AFFEP, de bien vouloir relayer un questionnaire sur internet aux internes de votre subdivision. Il comporte une trentaine de questions (temps nécessaire : **5-10 minutes**). Les réponses à ce questionnaire vont être recueillies directement et de façon **anonyme** sur une base de données, sans identification aux e-mails d'envois.

Pourriez-vous m'envoyer la mailing liste des internes de votre subdivision ? Ou pourrais-je vous envoyer justement le mail contenant un lien internet vers le questionnaire, que vous pourrez transmettre aux internes de votre subdivision ?

Votre participation, que j'espère optimale, sera d'un apport essentiel à cette étude.

Veillez accepter toute ma gratitude par avance pour l'attention que vous porterez à ce message. Je vous prie de recevoir, chères consœurs et chers confrères, l'expression de mes sincères salutations.

Marie PERPETTE

Interne DES de psychiatrie

Faculté d'Amiens

Annexe n°5 : mail d'invitation pour répondre au questionnaire (n°2)

Chères consœurs, Chers confrères,

Dans le cadre de ma thèse, je me permets de vous solliciter pour répondre à un questionnaire sur les représentations et les pratiques de l'annonce diagnostique dans notre spécialité.

Les objectifs de ce travail sont principalement :

- L'étude des représentations relatives à l'annonce diagnostique
- L'évaluation des difficultés rencontrées dans notre pratique de l'annonce diagnostique, notamment dans le cas de la schizophrénie

En répondant vous m'aidez à réaliser mon travail de thèse dans les meilleures conditions et vous participerez à l'amélioration des pratiques dans notre discipline.

Le questionnaire est court et strictement anonyme. Cela ne vous prendra que quelques minutes.

Cliquez ci-dessous pour commencer le questionnaire :

<http://fr.surveymonkey.com/r/thesepsy80>

Veillez accepter toute ma gratitude pour l'attention portée à ce message. Je vous prie de recevoir l'expression de mes sincères remerciements.

Marie PERPETTE

Interne DES de psychiatrie

Faculté d'Amiens

Annexe n°6 : Répartition des internes selon les villes de leur CHU d'affectation

Ville du CHU d'affectation	Nombre d'internes Affectés	Nombre d'internes Répondants (Taux de participation par ville)	Taux de participation Global (%)
Aix Marseille	101	22(21%)	4,8
Amiens	55	27(49%)	5,8
Angers	44	7(16%)	1,5
Antilles-Guyane	26	16(61%)	3,5
Besançon	55	8(14%)	1,7
Bordeaux	90	21(23%)	4,5
Brest	50	11(22%)	2,4
Caen	66	19(29%)	4,1
Clermont-Ferrand	69	11(18%)	2,4
Dijon	62	14(23%)	3
Grenoble	44	10(23%)	2,2
Lille	159	22(14%)	4,8
Limoges	33	5(15%)	1,1
Lyon	89	24(27%)	5,2
Montpellier	59	15(25%)	3,2
Nancy	71	19(27%)	4,1
Nantes	54	15(28%)	3,2
Nice	42	10(24%)	2,2
Océan Indien	18	5(28%)	1,1
Paris	412	30(7%)	6,5
Poitiers	80	26(32%)	5,6
Reims	61	8(13%)	1,7
Rennes	45	25(56%)	5,4
Rouen	79	20(25%)	4,3
Saint-Etienne	36	14(39%)	3
Strasbourg	53	18(34%)	3,9
Toulouse	96	23(24%)	5
Tours	47	17(36%)	3,7
	2096	462	

Annexe n°7 : Table des illustrations

Table des tableaux :

Tableau 1. Répartition des répondants par CHU de rattachement.....	66
Tableau 2. Principaux outils thérapeutiques utilisés par les internes interrogés.....	67
Tableau 3. Avis sur les répercussions de l'annonce du diagnostic de schizophrénie.....	74
Tableau 4. Choix des freins à l'annonce du diagnostic de schizophrénie.....	77
Tableau 5. Choix des termes alternatifs utilisés lors de l'annonce du diagnostic de schizophrénie.....	78
Tableau 6. Choix des contextes d'annonce du diagnostic de schizophrénie.....	79
Tableau 7. Types d'informations délivrées aux patients souffrant de schizophrénie.....	81
Tableau 8. Types d'informations données aux patients et support utilisé lors de l'annonce.....	82
Tableau 9. Grille de lecture de la valeur « P-value ».....	83
Tableau 10. Corrélation entre la fréquence d'annonce diagnostique de la schizophrénie et les facteurs explicatifs potentiels.....	86
Tableau 11. Taux de formation à l'annonce diagnostique supérieurs à la moyenne nationale.....	
Tableau 12. Récapitulatif des représentations liées à une annonce peu ou pas fréquente du diagnostic de la schizophrénie.....	106

Table des figures :

Figure 1. Répartition par sexe.....	65
Figure 2. Répartition par âge.....	65
Figure 3. Répartition par année d'internat.....	65
Figure 4. Principal lieu de stage pendant l'internat.....	66
Figure 5. Principal type de service pendant l'internat.....	66
Figure 6. Formation sur l'annonce diagnostique pendant leur cursus.....	68
Figure 7. Niveau de connaissances des lois relatives à l'information médicale.....	68
Figure 8. Intérêt pour une formation spécifique à l'annonce diagnostique destinée aux internes... 68	
Figure 9. Fréquence de l'annonce diagnostique en fonction des différentes pathologies psychiatriques.....	69
Figure 10. Choix des diagnostics « plus simples » à annoncer.....	70
Figure 11. Choix des diagnostics « plus difficiles » à annoncer.....	70
Figure 12. Opinion sur le caractère indispensable de l'information diagnostique au patient en psychiatrie.....	71

Figure 13. Importance des aspects thérapeutique, éthique et juridique dans la pratique.....	72
Figure 14. Opinion des internes sur la nécessité de l'annonce diagnostique dans la schizophrénie.....	73
Figure 15. Avis sur la possibilité d'informer le patient schizophrène sans lui donner le diagnostic précis.....	73
Figure 16. Confrontation à une situation d'annonce du diagnostic de schizophrénie.....	75
Figure 17. Fréquence d'annonce du diagnostic de schizophrénie.....	75
Figure 18. Fréquence des situations où l'interne se trouve dans l'incapacité d'annoncer le diagnostic.....	76
Figure 19. Appréhension avant d'annoncer un diagnostic de schizophrénie.....	76
Figure 20. Terminologie utilisée lors de l'annonce diagnostique de la schizophrénie.....	78
Figure 21. Annonce diagnostique à la famille du patient.....	80
Figure 22. Recherche du consentement du patient pour informer la famille.....	80
Figure 23. Information sur les symptômes visés par le traitement médicamenteux.....	81
Figure 24. Information sur les effets secondaires des traitements.....	81
Figure 25. Satisfaction concernant l'information délivrée aux patients schizophrènes.....	82
Figure 26. Fréquence de l'appréhension avant l'annonce du diagnostic de schizophrénie.....	85
Figure 27. Fréquence de l'annonce du diagnostic à la famille du patient en fonction du profil de pratique.....	89
Figure 28. Fréquence de l'utilisation du terme « schizophrénie » lors de l'annonce en fonction du profil de pratique.....	90
Figure 29. Fréquence des situations où l'interne ne donne pas le diagnostic alors qu'il aurait souhaité le faire en fonction du type de pratique.....	90
Figure 30. Types d'informations délivrées au patient en fonction du profil de pratique.....	91
Figure 31. Taux de satisfaction du niveau d'informations donné au patient en fonction du profil de pratique.....	91
Figure 32. Fréquence d'annonce du diagnostic de schizophrénie en fonction des outils thérapeutiques utilisés dans la pratique.....	105
Figure 33. Fréquence d'annonce du diagnostic de schizophrénie en fonction des freins à l'annonce.....	107

GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS

AFFEP : Association Fédérative Française des Etudiants en Psychiatrie

ALD : Affection Longue durée

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

APA : Association Américaine de Psychiatrie

CEDH : Convention Européenne des Droits de l'Homme

Cf. : *confer* (se reporter à)

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM : Classification Internationale des Maladies et des troubles

CSP : Code de Santé Publique

DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux

ECT : Electro-convulsivo-thérapie

EPSM : établissements publics de santé mentale

Et al. : *Et alli* (et autres)

Etc : *Et cetera*

GEM : groupe d'entraide mutuelle

HAS : Haute Autorité de Santé

MMPI : inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota

N : effectif

N.B. : *Nota Bene* (Note Bien)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

p : seuil de significativité

PHC : psychose hallucinatoire chronique

QEL : questionnaire en ligne

q11.2 du gène 22 : segment 11-2 du bras long du chromosome 22

Récepteur 5-HT-2 : récepteur 5-hydroxytryptamine

TBP : trouble bipolaire

TCC : thérapie cognitive et comportementale

Trouble de personnalité groupe A : personnalité « paranoïaque-schizoïde-schizotypique »

Trouble de personnalité groupe B : personnalité « antisociale-borderline-histrionnique-narcissique »

Trouble de personnalité groupe C : personnalité « évitante-obsessionnelle-compulsive »

UNAFAM : Union Nationale d'Amis et Familles de personnes Malades et/ou handicapées psychiques.

Résumé

Les internes de psychiatrie face à l'annonce du diagnostic de schizophrénie : représentations et pratiques

Étude quantitative à partir d'un questionnaire auprès des internes de psychiatrie

Introduction : En France, il n'existe que peu d'informations récentes relatives à la pratique de l'annonce diagnostique de schizophrénie. Les dernières données ont révélé qu'à la fin des années 90, seul un nombre restreint de médecins annonçait clairement le diagnostic de schizophrénie à leur patient, malgré les bénéfices reconnus de cette annonce. Depuis la loi du 4 mars 2002, le psychiatre a le devoir d'informer le patient de son diagnostic. L'intérêt de notre étude est de tenter d'évaluer l'état actuel de cette pratique et de ses représentations, chez les internes de psychiatrie.

Matériel et Méthodes : Etude quantitative, descriptive, transversale, nationale, à partir d'un questionnaire en ligne.

Résultats : 462 internes de psychiatrie ont répondu à notre questionnaire. Durant leur internat, plus de 9 internes sur 10 ne bénéficieraient pas de formation sur l'annonce diagnostique. 95% des internes ont estimé nécessaire d'annoncer le diagnostic de la schizophrénie, considérant pour la plupart cette démarche comme un atout dans la prise en charge. Pourtant, seuls 45% d'entre eux annoncent souvent ou systématiquement ce diagnostic. La réticence à poser une étiquette diagnostique, à annoncer une maladie au pronostic sévère, ainsi que la crainte de répercussions sociales et thérapeutiques négatives, freineraient les internes dans leur pratique. Bien qu'ils donnent pour la plupart des informations variées (cliniques, thérapeutiques, pronostiques, symptômes visés et effets secondaires du traitement, structures d'aide), la majorité des internes se sont déclarés insatisfaits des informations qu'ils délivrent aux patients schizophrènes.

Conclusion : La démarche d'annonce diagnostique a évolué. Des difficultés persistent et s'opposent au droit à l'information du patient. Un encadrement de la démarche diagnostique, une formation dédiée à l'annonce et l'utilisation de supports matériels seraient à réfléchir afin de limiter ces difficultés et d'accompagner les internes dans leur pratique. Dans ce sens, les internes en psychiatrie sont quasi unanimes à souhaiter une formation spécifique.

Mots-clés : Diagnostic, annonce, information, schizophrénie, étude quantitative, internes, représentations, pratiques.

Abstract

Psychiatry residents faced with the announcement of diagnosis of schizophrenia: Representations and Practices

Quantitative study based on a survey filled in by psychiatry residents

Introduction: In France, very little recent information about the announcement of diagnosis of schizophrenia is to be found. The latest data has shown that by the end of the 90's, only but a few physicians clearly provided their patients with a diagnosis of schizophrenia, despite the acknowledged benefits of this announcement. Since the law adopted on March, 4th 2012, all psychiatrists have been under the obligation to inform their patients about their diagnosis. The purpose of this study consists in assessing the current state of this practice and how psychiatry residents handle it.

Material and methods: quantitative, descriptive and transversal study led nationwide and based on an online survey.

Results: 462 psychiatry residents have filled in the survey. During their residency, more than 9 residents out of 10 have not been trained to announce diagnoses. 95% of residents have deemed necessary to announce a diagnosis of schizophrenia, arguing for the most part that it was an asset in the care given to the patients. Nevertheless, only 45% of them announce it "often" or "systematically." The reasons of such a small percentage are their reluctance to label schizophrenia as such and to announce a disease with a severe prognosis, as well as their fear of negative social and therapeutic repercussions. Even though most residents give plenty of information to their patients – whether clinical, therapeutic, prognostic, or linked to the treatment's targeted symptoms and possible side effects – most of them are still unsatisfied with the degree of information they deliver to schizophrenic patients.

Conclusion: The announcement of a diagnosis unfolds differently today and has indeed evolved. Yet, some predicaments persist and get in the way of the patients' right to be informed. A clearer framework, better training dedicated to this announcement and the use of appropriate media need to be considered in order to improve the situation and assist residents in their practice. Therefore, psychiatry residents almost unanimously wish for a thorough training in this area of expertise.

Keywords: diagnosis, announcement, information, schizophrenia, quantitative study, residents, representations, practices.