



BORDEAUX
Centre Hospitalier
Charles Perrens



université
de BORDEAUX

Pôle UNIVA

Filière Rétablissement en Psychiatrie
Intersectorielle (REPI)

ESSOR

Évaluation, Soins Spécifiques et Orientation Rétablissement



Réunion du réseau
de réhabilitation psychosociale
lundi 23 mai 2022 – Vinatier Lyon

11h15 – 11h40

Considérer les traumatismes psychiques chez
les personnes souffrant de schizophrénie,
résistantes aux antipsychotiques - une attention
indispensable pour se rétablir

Aude Sibert et Clélia
Quiles - Centre
Hospitalier Charles
Perrens, Bordeaux

25'



Mme Aude SIBERT
Dr Clélia QUILES





RCP et Réhabilitation psychosociale

Aude Sibert, IPA PSM

Filière REPI, Pôle UNIVA, CH Charles Perrens



Définition – Recommandations

- Méthode d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles.
- Professionnels de santé de différentes disciplines, discussion collégiale, analyse des dossiers
- Décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science
- Organisation clairement établie (rythme, coordonnateur, secrétariat, traçabilité)
- Evaluation



Contexte

Création récente d'une filière de réhabilitation psychosociale au CH Charles Perrens :

« Filière REPI »

- Paradigme du rétablissement
- Equipes pluridisciplinaires et transversalité
- Parcours de soins coordonné
 - Centre ressource
 - Équipe mobile de transition
 - 3 Unités d'hospitalisation



RCP dans la filière REPI

Objectifs

- Remobiliser les équipes de soins d'admission autour des « patients chroniques »
- Valoriser les soins en réhabilitation psychosociale
- Diffuser les données probantes
- Travailler la résistance
 - Thérapeutique
 - Des professionnels des équipes
 - Au changement
- Travailler la transition et le parcours de réhabilitation



RCP dans la filière REPI

Indications

- **2 voies de sollicitation**
 - Demande de l'équipe d'admission ou de la filière
 - Recommandation suite à l'entretien d'admissibilité dans la filière
- **Indications**
 - Symptomatologie résistante aux thérapeutiques
 - Situation complexe en soins



RCP dans la filière REPI

Organisation

- Rôle du coordonnateur :
 - Planification / organisation
 - Invitations
 - Proposition de l'outil de présentation
 - Rédaction de l'avis
 - Suivi des RCP M+1 et M+6





Préparation de Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

I. Objectifs de la RCP

Nom, prénom, âge du patient :

Diagnostic psychiatrique principal :

Unité d'hospitalisation, date d'admission dans cette unité et mode d'hospitalisation actuel.

Raison de la RCP. (Ici expliquer la nécessité de la RCP : Symptomatologie encore envahissante qui peut empêcher la mise en place du projet individuel, troubles du comportement récurrents...)

II. Présentation de la personne

➤ Description de la personne :

Reprendre ici son âge, description physique, goûts vestimentaires, IMC... (Il faut pouvoir visualiser la personne)

➤ Antécédents :

Diagnostic principal et date de diagnostic

Les comorbidités psychiatriques

Les comorbidités somatiques

Antécédents familiaux

➤ Histoire de vie et Histoire des hospitalisations

Synthétiser ici les éléments biographiques connus, (Cette partie permet de retracer l'évolution de la personne mais également de dégager des facteurs de résistance par exemple), et le parcours hospitalier. (Présenter de manière résumée, si la personne a eu peu ou de nombreuses hospitalisations, des périodes sans hospitalisations, des tendances, comme peu d'hospitalisations puis des hospitalisations de plus en plus rapprochées, ou uniquement en soins sans consentement, UMD, USIP...)

Mesure de protection juridique et qualité du mandataire (Famille ou professionnel) et revenus :

➤ Clinique actuelle :

Description de la clinique au jour de la réunion. (Observation, éléments issus des entretiens médicaux ou paramédicaux, mais également scores d'échelles, degré d'insight, sa connaissance du trouble diagnostiqué...)

Observations infirmières, aides-soignantes et diagnostics infirmiers. (Déficits et Forces pour assumer les gestes du quotidien, pour les interactions interpersonnelles, ...)

L'intérêt est de décrire les manifestations symptomatiques, leurs conséquences dans le quotidien de la personne, les difficultés rencontrées dans l'accompagnement mais également les habiletés et les leviers repérés.



III. Éléments supplémentaires

Entourage : Famille, proches, personnes ressources pour le patient, personne de confiance

Les relations interpersonnelles : équipes soignantes, autres patients, proches

Des évaluations, soins, actions déjà réalisés et leurs effets : ETP, évaluation par l'addictologie, activités...

Décrire les souhaits exprimés par la personne (projet de vie / priorités de la personne)

IV. Projet

Orientation, dossiers déposés...

V. Thérapeutiques

Historique des stratégies thérapeutiques

Traitements actuels

(Un tableau récapitulatif peut être un support efficace.)





Filière pour le Rétablissement en Psychiatrie Intersectorielle Réunion de Concertation Pluri-professionnelle

Date de la RCP :

Unité présentant la situation :

Concernant le/la patiente

Prénom

Année naissance

- **Membres permanents :**
 - Médecins :
 - Pharmacienne :
 - Cadres de santé :
 - IDE, AS :
 - Éducateurs, ASE, AMP :
 - Ergothérapeutes, Psychomotriciens
 - Pair-aidant :
 - **Unité référente de la situation :**
 - Médecin :
 - Infirmier, AS :
 - Psychologue

Conclusion de la RCP

Suite à l'anamnèse présentée par l'équipe prenant en soin le patient et la concertation pluriprofessionnelle, plusieurs axes de travail sont proposés :

- 2

Recommandations et propositions de prise en charge

- Recommandations pharmacologiques :
 -
 -
 - Recommandations de soins de réhabilitation :
 -
 -

Suivi de la RCP proposé : L'équipe de soins ayant présenté la situation sera recontactée un mois puis six mois après la RCP afin de suivre l'impact des recommandations émises sur les axes de travail conclus.



RCP dans la filière REPI – Bilan

Patient	N°	M + 1 de la RCP						M + 6 de la RCP						Situation actuelle	CGI RCP	EGF RCP			
		Reco Pharmacologiques			Reco Soins de réhabilitation			Reco Pharmacologiques			Reco Soins de réhabilitation								
		S	PS	NS	S	PS	NS	S	PS	NS	S	PS	NS						
MA	1		x			x		x			x			Rupture de soins					
ET	2		x		x				x		x			Temps plein REPI					
	3	x				x		x			x			Temps plein REPI					
DF	4	Non évaluable												Temps plein REPI					
	12			x	x														
HS	5	x				x	x			x				Temps plein REPI					
CA	6	x				x		x			x			Temps plein REPI					
OM	7	x					x	Nouvelle RCP avant M+6						Filière amont REPI					
	10	Pas de nouvelle reco			x														
	20																		
KH	8	x				x		x		x				Temps plein REPI					
DB	9			x		x								Temps plein REPI					
LS	11	x			x									Temps plein REPI					
F	13	Hors indication REPI																	
C	14			x			x							Filière amont REPI					
TC	15		x		x									Filière amont REPI					
Z	16	x				x								Filière amont REPI					
LL	17	x				x								Temps plein REPI					
BP	18	x			x									Filière amont					
LT	19													Filière amont	6	40			

S : Suivies ; PS : Partiellement Suivies ; NS : Non Suivies ; RCP extra REPI ; RCP intra REPI



Illustration clinique

- Madame S. , 33 ans atteinte de schizophrénie, hospitalisée en moyenne tous les ans depuis l'âge de 22 ans et en continu en unité d'admission depuis 2 ans.
- RCP motivée par persistance de symptomatologie psychotique positive et négative envahissantes malgré plusieurs essais de traitements chimiothérapeutiques et sismothérapie.
- ATCD d'abus sexuels répétés dans l'enfance (condamnation de l'auteur à 11 ans de prison)
- Handicap fonctionnel important et idée d'euthanasie (auto stigmatisation)



Illustration Clinique (2)

Conclusions de la RCP :

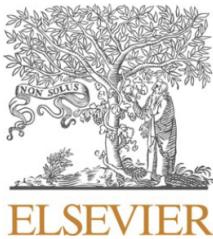
- Recommandations pharmacologiques
- Bilan avec le centre ressource de réhabilitation psychosociale
- Psychomotricité
- Recommandation d'évaluation de la symptomatologie post-traumatique actuelle (distinction symptomatologie traumatique / symptomatologie positive)
- Mise en évidence de l'impact du traumatisme sur la résistance





PARTIE 2 : TRAUMA ET RESISTANCE dans la schizophrénie

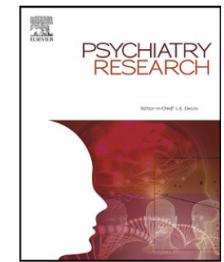
Psychiatry Research 309 (2022) 114392



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Psychiatry Research

journal homepage: www.elsevier.com/locate/psychres



Short communication

Trauma and resistance to antipsychotic treatment in schizophrenia: A narrative review



Hélène Verdoux ^{a,b,*}, Aude Sibert ^b, Clélia Quiles ^{a,b}

^a Inserm, Bordeaux Population Health Research Center, Pharmacoepidemiology Team, UMR 1219, University of Bordeaux, Bordeaux F-33000, France

^b Centre Hospitalier Charles Perrens, 121 rue de la Béchade, 33076, Bordeaux CEDEX F-33000, France



Contexte

- Identifier les facteurs de résistance aux antipsychotiques dans la schizophrénie résistante (TRS)
 - Trouble de l'usage
 - Mauvaise observance
 - Interactions
- Littérature grandissante :
 - Exposition à un traumatisme
 - et sévérité des symptômes psychotiques

Facteur modifiable





Méthode



(trauma* OR adversit* OR maltreat*)

(treatment-resistant schizophrenia OR clozapine)

(schizophrenia AND outcome OR symptom severity OR remission)



Méthode

- **Critères d'inclusion :**

- Études originales publiées dans des articles en anglais avec comité de lecture
- Incluant des sujets avec trouble du spectre de la schizophrénie (DSM ; ICD)
- Utilisant une échelle d'évaluation standardisée des traumatismes (enfance ou vie entière)
- Utilisant une mesure catégorielle de réponse au traitement antipsychotique et/ou un niveau de rémission des symptômes psychotiques



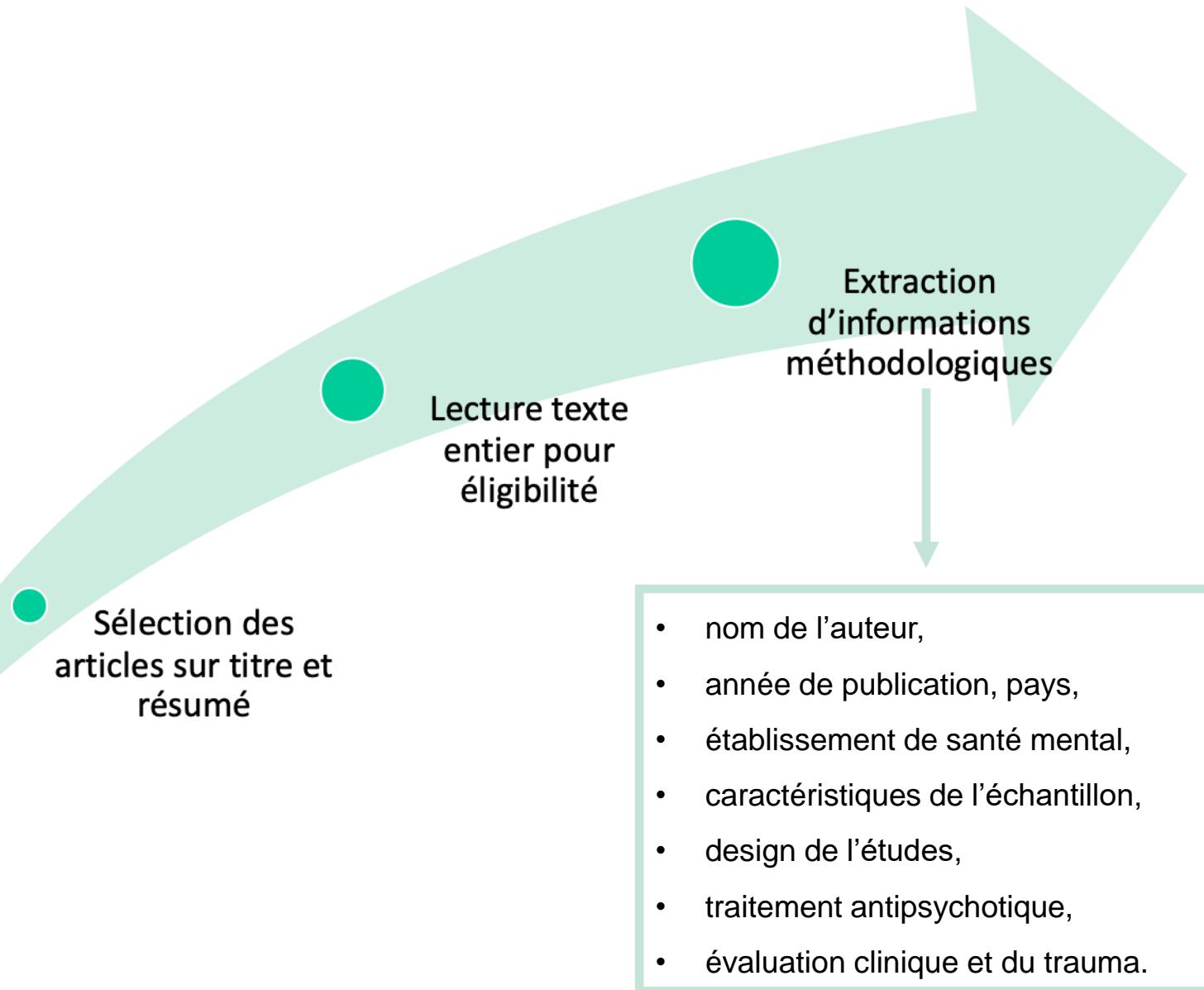
Méthode

- **Critères d'exclusion :**

- Études réalisées au sein de populations non cliniques ou à haut risque de développer un trouble psychotique
- Incluant des échantillons mixtes (ne fournissant pas de chiffres spécifiquement pour les sujets souffrant de schizophrénie non schizoaffective)
- Explorant cette association dans des symptômes autres que psychotiques
- Reportant des associations dimensionnelles sans mesures catégorielles



Méthode





Une seule étude

- proportion d'utilisateurs de clozapine

Résultats

8 études sur 6 échantillons

n = 62 à 198

4 études transversales 4 longitudinales

suivi 12 à 24 mois

**7 échelles différentes
pour explorer les trauma**

dans l'enfance (n = 6) ou vie entière (n = 3)

**6 études : critères de rémission
de la PANSS**

non rémission 29 à 67 %

**2 études utilisaient les critères de
résistance aux antipsychotiques**

42 % remplissaient les critères



Résultats

Studies exploring association between trauma and response to antipsychotic treatment.

Authors, year, country	Setting and sample	Design	Antipsychotic treatment	Trauma ¹	Clinical outcome	Main findings
Bankole et al. (2008) USA	Outpatient clinics and day programs, supported community residences <i>N</i> = 198 SZ ² patients ≥ 55 years with SZ onset before 45 ys (mean age 62 ys, 46% F ³)	Stratified sampling method Cross-sectional Analyses adjusted for demographic, functioning and clinical characteristics	87.8% with psychotropic medication: “almost always an antipsychotic agent” »	Lifetime Trauma Scale Lifetime number of traumas	PANSS ⁴ Remission criteria ⁵ and no hospitalization within previous year	Remission (49%) associated with fewer lifetime traumas (“remission” mean 4.1 (SD 4.4) vs. “no remission” mean 2.8 (SD 3), OR = 0.84, 95%CI 0.74–0.95)
Cohen et al. (2012) USA	cf Bankole et al. (2008)	cf Bankole et al. (2008)	cf Bankole et al. (2008)	Trauma and Victimization Scale lifetime: total score categorized into low vs. high trauma	PANSS Non-remission of positive or negative symptoms: scores >3 on at least one item of PANSS positive or negative scales	Non-remission of positive symptoms more frequent in “high” (48%) vs. “low” (26%) trauma group (OR = 4.91 95%CI 1.83–13.20) Comparable frequency-of non-remission of negative symptoms in high (39%) vs. low (42%) trauma group (OR = 0.53 95%CI 0.20–1.38)

¹ Scales exploring childhood and adulthood trauma: Lifetime Trauma Scale, Trauma and Victimization Scale, Stressful Life Events Screening Questionnaire: scales exploring childhood trauma: Childhood Trauma Questionnaire, Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure scale, Early Trauma Inventory Self Report, Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire.

² SZ: schizophrenia.

³ F: Female.

⁴ PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale.

⁵ Andreasen et al. (2005) criteria: score ≤3 on 8 PANSS items (delusions, conceptual disorganization, hallucinatory behavior, blunted affect, passive/apathetic social withdrawal, lack of spontaneity, mannerism, unusual thought content).

⁶ SZA: schizoaffective disorder.

⁷ CTO: Childhood Trauma Questionnaire.

⁸ TRS: treatment-resistant schizophrenia.



Résultats

Studies exploring association between trauma and response to antipsychotic treatment.

Authors, year, country	Setting and sample	Design	Antipsychotic treatment	Trauma ¹	Clinical outcome	Main findings
Hassan and De Luca (2015) Canada	Teaching psychiatric hospital <i>n</i> = 186 SZ/SZA ⁶ patients with duration of illness > 3 years (mean age 44 ys, 30% F) <i>n</i> = 84 in genetic study subsample	Cross-sectional study Analyses adjusted for demographic and clinical variables including history of drug or alcohol abuse/dependence		Stressful Life Events Screening Questionnaire (SLESQ): number of trauma categorized into low (<4) vs. high (≥ 4) CTQ ⁷	Treatment resistance: failure ≥ 2 antipsychotic trials at adequate therapeutic dosages for at least 6 weeks	Treatment resistance (41.9%) associated with (i) higher SLESQ trauma (“resistance” mean traumas 4.5 (SD 3.3) vs “non-resistance” 2.5 (SD 2.3), OR = 1.20, 95% CI 1.05–1.38) (ii) higher frequency of ≥ 4 traumas (“resistance” 55% vs “non-resistance” 23%, OR = 4.1, 95% CI 2.2–7.8). (iii) higher CTQ sexual abuse (“resistance” 9.5 vs “non-resistance” 7.3, OR = 1.09, 95% CI 1.005–1.172).



Résultats

Studies exploring association between trauma and response to antipsychotic treatment.

Authors, year, country	Setting and sample	Design	Antipsychotic treatment	Trauma ¹	Clinical outcome	Main findings
Koga et al. (2017) Canada	cf Hassan and De Luca (2015)	Univariate analyses	Clozapine: 55% of TRS ⁸ patients vs. 21% of non-TRS patients	cf Hassan and De Luca (2015)	cf Hassan and De Luca (2015)	TRS (36.9%) not correlated with CTQ total score ($p = 0.20$)
Schalinski et al. (2015) Germany	Local Center for Psychiatry $n = 62$ inpatients with SZ spectrum disorder (mean age 32 ys, 31% F)	4-month follow-up Univariate analyses	Maintenance neuroleptic medication	Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure (MACE) scale categorized into low (<2 types) vs. high (≥ 2)	PANSS Remission criteria maintained over 3 months	No difference in frequency of remission between "high" (26%) and "low" (39%) level of childhood adversities ($\text{Chi}^2=1.51 p = 0.38$)
Mondelli et al. (2015) UK	Genetic and psychosis study - South-East London hospitals $n = 68$ first-episode SZ spectrum disorder (mean age 29 ys, 32% F)	12-week follow-up Univariate analyses	Clinician-led antipsychotic treatment	Modified version of the Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire categorized into no vs. at least one trauma	PANSS Remission criteria at endpoint	No association (post-hoc analyses) between non-response (55.9%) and history of trauma ("non-responders" 84% vs "responders" 70%)



Résultats

Studies exploring association between trauma and response to antipsychotic treatment.

Authors, year, country	Setting and sample	Design	Antipsychotic treatment	Trauma ¹	Clinical outcome	Main findings
Misiak and Frydecka (2016) Poland	No information on setting <i>n</i> = 64 first-episode SZ inpatients (mean age 32 ys, 30% F)	12-week follow-up Analyses adjusted for other clinical characteristics associated with non- response	Amisulpride, olanzapine or risperidone	Early Trauma Inventory Self-Report—Short Form (ETISR-SF)	PANSS Remission criteria at endpoint	Non-response (45%) associated with (i) positive history of childhood trauma (“non- response” 62% vs. “response” 29%, OR = 2.35 95%CI 1.05–5.27) (ii) emotional abuse score (“non-response” 3.1 (SD 1.6) vs. “response” 1.5 (SD 1.3), OR = 2.55, 95%CI 1.07–6.11)
Kilian et al. (2020) South-Africa	Psychiatric hospitals and community clinics <i>n</i> = 78 first-episode SZ spectrum disorder (mean age 25 ys, 28% F)	24-month follow-up Analyses adjusted for demographic characteristics and current cannabis use	Long-acting flupentixol decanoate injections every two weeks for 24 months	CTQ categorized as high vs. low according to median	PANSS Remission criteria at endpoint	Remission more frequent in low (88%) vs high (64%) trauma group; CTQ total score predicts remission status (β = 0.03, p = 0.05). Higher mean modal dose of flupentixol in the high (13.3 mg SD 4.0) vs low CT group (10.5 mg SD 2.8) (t = 3.5, p < 0.01)



Résultats

- **Critères de rémission : 4 études sur 6**
- **Les deux études canadiennes ne sont pas concordantes**
- **3 études ne montrent pas d'association**
 - **Analyses univariées**
 - **Ajustées sur l'abus de substances dans deux études**
 - **Ajustées sur l'observance dans une seule étude**
- **L'association Trauma / Résistance retrouvée**
 - **Pour les traumas dans l'enfance et vie entière**
 - **Pour les études longitudinales et transversales**
 - **Pour les premiers épisodes et les troubles évoluant depuis plusieurs années**



Discussion

- **5 études sur 8 retrouvent une association entre trauma et non rémission des symptômes psychotiques ou schizophrénie résistante au traitement**
 - très peu d'articles explorant le lien entre traumatisme
 - et non réponse aux antipsychotiques



Discussion

- **Un syndrome dissociatif (ou l'association à d'autres symptômes de stress post traumatisque)**
 - pourrait être un intermédiaire entre trauma et mauvaise réponse aux antipsychotiques.
- **Les symptômes de stress post traumatisques**
 - pourraient particulièrement être impliqués dans la sévérité des hallucinations



Discussion

- **Fréquence élevée des histoires traumatisiques**
 - évaluation systématique nécessaire
 - en particulier chez les personnes souffrant de TRS
 - d'autant plus qu'il existe des thérapies efficaces
 - Thérapie d'exposition et restructuration cognitive
 - EMDR
 - ACT
- **La persistance de symptômes de stress post**



Conclusion

- **Le faible nombre d'études explorant le lien entre traumatisme et résistance au traitement pharmacologique contraste avec**
 - **la fréquence des TRS**
 - **la fréquence des trauma dans cette population**
- **Poursuivre les études**
- **Evaluer systématiquement**

