



Année 2024/2025

Thèse
Pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE
Diplôme d'État
par
TAUVEL-MOCQUET Félix
Né le 16 octobre 1991 à Rouen (76)

Interventions auprès des familles de patients souffrant de schizophrénie : revue narrative de littérature

Présentée et soutenue publiquement le 31 octobre 2025 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur EL HAGE Wissam, Psychiatrie Adulte, Faculté de Médecine - Tours.

Membres du Jury :

Directeur de thèse : Professeur DESMIDT Thomas, Psychiatrie, Faculté de Médecine - Tours.

Docteur BARBE Pierre-Guillaume, Psychiatrie, Faculté de Médecine - Tours.

Docteur HARDY Antoine, Psychiatrie, Faculté de Médecine - Tours.

Interventions auprès des familles de patients souffrant de schizophrénie : revue narrative de littérature

Résumé

Introduction : L'inclusion dans les soins des familles de patients souffrant de schizophrénie est progressivement utilisée dans le monde depuis la moitié du vingtième siècle revêtant des aspects différents montrant l'évolution des connaissances sur la pathologie, l'impact du milieu familial de la maladie et inversement. Les recommandations internationales préconisent une prise en charge globale du patient en incluant son environnement, les interventions familiales sont indiquées.

Les objectifs dans ce travail sont d'identifier les indications et l'efficacité les mieux validés des différentes interventions familiales dans la schizophrénie sur la base d'une revue narrative de la littérature.

Méthode : Nous avons réalisé une revue narrative de la littérature en interrogeant les bases de données PUBMED et la Cochrane Library. Notre recherche a identifié quatre méta-analyses, regroupant plus de 260 essais contrôlés randomisés et méta-analyses, publiés entre 1971 et 2022.

Résultats : Les études sélectionnées étaient de bonne qualité méthodologique, avec notamment l'utilisation de méta-analyses en réseau qui ont renforcé la fiabilité des conclusions. Ces résultats confirment l'intérêt des interventions familiales dans la prise en charge de la schizophrénie, que ce soit à un stade précoce ou chronique.

Elles permettent une amélioration significative sur plusieurs aspects clés :

- 1) Réduction des symptômes et meilleure adhésion du patient au traitement,
- 2) Diminution du nombre de rechutes et d'hospitalisations,
- 3) Impact positif sur la santé mentale des aidants.

Discussion : Les résultats de cette revue confirment que les interventions familiales devraient être intégrées dès le début de la prise en charge des troubles psychotiques. Les études démontrent clairement leurs bénéfices à la fois pour le patient et pour sa famille. En complément d'un traitement médicamenteux, ces interventions favorisent une meilleure implication de la famille et une compréhension plus profonde de la maladie, ce qui se traduit par une meilleure adhésion aux soins et, in fine, par de meilleurs résultats cliniques. Pour que ces bénéfices se concrétisent à plus grande échelle, il est crucial de faciliter l'accès à ces thérapies. Cela passe notamment par la formation des professionnels de santé et une meilleure promotion des interventions familiales auprès du grand public et des familles concernées.

Mots clés : thérapie familiale ; intervention familiale ; intervention psychosociale ; schizophrénie ; trouble psychotique ; aidants ; psychoéducation ; psychose précoce.

Family interventions therapy in schizophrenia disorder: narrative literature review

Abstract:

Introduction: The inclusion of families of patients suffering from schizophrenia in the care has been gradually used throughout the world since the middle of the twentieth century, taking on different aspects showing the evolution of knowledge about the pathology, the impact of the family environment of the disease and vice versa. International recommendations advocate a comprehensive care of the patient by including his environment, family interventions are indicated.

The objectives of this work are to identify the best validated indications and effectiveness of different family interventions in schizophrenia based on a narrative review of the literature.

Method: We conducted a narrative literature review by searching the PUBMED and Cochrane Library databases. Our search identified four meta-analyses, including more than 260 randomized controlled trials and meta-analyses, published between 1971 and 2022.

Results: The selected studies had a good methodological quality, including the use of network meta-analyses, which strengthened the reliability of the conclusions. These results confirm the value of family interventions in the management of schizophrenia, whether at an early or chronic stage.

They enable significant improvements in several key areas:

- 1) Reduction in symptoms and improved patient adherence to treatment,
- 2) Reduction in the number of relapses and hospitalizations,
- 3) Positive impact on caregivers' mental health.

Discussion:

The results of this review confirm that family interventions should be integrated from the outset of psychotic disorders management. Studies clearly demonstrate their benefits for both the patient and their family. As a complement to drug treatment, these interventions promote greater family involvement and a deeper understanding of the illness, which results in better adherence to care and, ultimately, better clinical outcomes.

For these benefits to be realized on a larger scale, it is crucial to facilitate access to these therapies. This includes training healthcare professionals and better promoting family interventions among the general public and affected families.

Keywords: family therapy; family intervention; psychosocial intervention; schizophrenia; psychotic disorder; caregivers; psychoeducation; early psychosis.

**UNIVERSITÉ DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

DOYEN

Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN

Pr David BAKHOS

ASSESEURS

Pr Philippe GATAULT, Pédagogie

Pr Alexandra AUDEMARD-VERGER, Relations internationales

Pr Clarisse DIBAO-DINA, Médecine générale

Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, Formation Médicale Continue

Pr Hélène BLASCO, Recherche

Pr Pauline SAINT-MARTIN, Vie étudiante

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

Pr Patrice DIOT – 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES

Pr Gilles BODY

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Patrice DIOT

Pr Luc FAVARD

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Gilles PAINAUD

Pr Frédéric PATAT

Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

D.ALISON – P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – M. AUPART – A. AUTRET – D.
BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P.
BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – G. CALAIS
– L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P.
CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P.
DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G.
GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M.
JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y.
LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE –
G. LEROY – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J.
MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L.
POURCELOT –
R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C.
ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI –
D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric Neurochirurgie
ANDRES Christian Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis Cardiologie
APETOH Lionel Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra Médecine interne
BACLE Guillaume..... Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne
.....
Cardiologie BISSON Arnaud
.....
Cardiologie
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle Biologie cellulaire
BLASCO Hélène..... Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique Physiologie

BOULOUIS Grégoire	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo	Rhumatologie
CHAUMIER François	Médecine palliative
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DE LUCA Arnaud	Nutrition
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESMIDT Thomas	Psychiatrie
DESOUBEUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie et biologie du vieillissement
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
JOUAN Youenn	Médecine intensive-réanimation
KERVARREC Thibault	Anatomie et cytologie pathologiques
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation

chirurgicale, médecine d'urgence LARDY Hubert
 Chirurgie infantile
 LARIBI Saïd..... Médecine d'urgence
 LARTIGUE Marie-Frédérique Bactériologie-virologie
 LAURE Boris Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
 LE NAIL Louis-Romée Cancérologie, radiothérapie
 LECOMTE Thierry Gastroentérologie, hépatologie
 LEDUCQ Sophie Dermatologie
 LEFORT Bruno Pédiatrie
 LEGRAS Antoine Chirurgie thoracique
 LEMAIGNEN Adrien Maladies infectieuses
 LESCANNE Emmanuel Oto-rhino-laryngologie
 LEVESQUE Éric Anesthésiologie et réanimation
 chirurgicale, médecine d'urgence
 LINASSIER Claude Cancérologie, radiothérapie
 MACHET Laurent Dermato-vénéréologie
 MAILLOT François Médecine interne
 MARCHAND-ADAM Sylvain Pneumologie
 MARRET Henri Gynécologie-obstétrique
 MARUANI Annabel Dermatologie-vénéréologie
 MEREGHETTI Laurent Bactériologie-virologie ; hygiène
 hospitalière
 MITANCHEZ Delphine Pédiatrie
 MOREL Baptiste Radiologie pédiatrique
 MORINIERE Sylvain Oto-rhino-laryngologie
 MOUSSATA Driffa Gastro-entérologie
 MULLEMAN Denis Rhumatologie
 ODENT Thierry Chirurgie infantile
 OUAISSI Mehdi Chirurgie digestive
 OULDAMER Lobna Gynécologie-obstétrique
 PARE Arnaud Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
 PASI Marco Neurologie
 PERROTIN Franck Gynécologie-obstétrique
 PISELLA Pierre-Jean Ophtalmologie
 PLANTIER Laurent Physiologie
 REMERAND Francis Anesthésiologie et réanimation,
 médecine d'urgence ROINGEARD Philippe..... Biologie cellulaire
 RUSCH Emmanuel Epidémiologie, économie de la santé et
 prévention
 SAINT-MARTIN Pauline Médecine légale et droit de la santé
 SALAME Ephrem Chirurgie digestive
 SAMIMI Mahtab Dermatologie-vénéréologie
 SANTIAGO-RIBEIRO Maria Biophysique et médecine nucléaire
 SAUTENET-BIGOT Bénédicte Thérapeutique
 THOMAS-CASTELNAU Pierre Pédiatrie
 VOUREC'H Patrick Biochimie et biologie moléculaire
 WATIER Hervé Immunologie
 ZEMMOURA Ilyess Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre
PAUTRAT Maxime

PROFESSEURS ASSOCIÉS

BARBEAU Ludivine Médecine Générale
LIMA MALDONADO Igor Anatomie
MALLET Donatien Soins palliatifs
SAMKO Boris Médecine générale
RUIZ Christophe Médecine générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde Cancérologie, radiothérapie
CHESNAY Adélaïde Parasitologie et mycologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie-virologie, hygiène
hospitalière
DUFOUR Diane Biophysique et médecine nucléaire
EYMIEUX Sébastien Biologie cellulaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas Pédiopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie Immunologie
HOARAU Cyrille Immunologie
KHANNA Raoul Kanav Ophtalmologie
LE GUELLEC Chantal Pharmacologie fondamentale,
pharmacologie clinique
LE TILLY Olivier Pharmacologie fondamentale,
pharmacologie clinique
LEJEUNE Julien Hématologie, transfusion
LEROY Victoire Médecine interne
MORICE Anne Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MOUMNEH Thomas Médecine d'urgence
PASTUSZKA Adeline Bactériologie-virologie, hygiène
hospitalière
PIVER Éric Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl Bactériologie

TERNANT David Pharmacologie fondamentale,
pharmacologie clinique
VALLET Nicolas Hématologie, transfusion
VAYNE Caroline Hématologie,
transfusion VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....
Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia Neurosciences
AUBRY Jean-Denis Sciences infirmières
BLANC Romuald Orthophonie
EL AKIKI Carole Orthophonie
NICOGLU Antonine Philosophie – histoire des sciences et des
techniques
PATIENT Romuald Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain Médecine Générale
BALAND Thierry Médecine Générale
CHALEIX Lysiane Médecine Générale
CHAMANT Christelle Médecine Générale
DUMAS Adrien Médecine Générale
ETTORI Isabelle Médecine Générale
MOLINA Valérie Médecine Générale
PHILIPPE Laurence
..... Médecine
Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme Chargé de Recherche Inserm – UMR
Inserm 1253
BLOCH Solal Chargé de Recherche Inserm –
UMR Inserm 1253 BOUAKAZ Ayache Directeur de
Recherche Inserm – UMR Inserm 1253 BOUTIN Hervé
..... Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm
1253 BRIARD Benoît Chargé de Recherche
Inserm – UMR Inserm 1100
DE ROCQUIGNY Hugues Chargé de Recherche Inserm – UMR
Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel Chargé de Recherche Inserm –
UMR Inserm 1253 GILOT Philippe Chargé de
Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie Chargée de Recherche Inserm – UMR

Inserm 1253
 GOUILLEUX Fabrice Directeur de Recherche CNRS – UMR
 Inserm 1100
 GUEGUINOU Maxime Chargé de Recherche Inserm –
 UMR Inserm 1069 HAASE Georg Chargé de
 Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
 HENRI Sandrine Directrice de Recherche Inserm – UMR
 Inserm 1100
 HEUZE-VOURCH Nathalie Directrice de Recherche Inserm – UMR
 Inserm 1100
 KORKMAZ Brice Chargé de Recherche Inserm – UMR
 Inserm 1100
 LABOUTE Thibaut Chargé de Recherche Inserm – UMR
 Inserm 1253
 LATINUS Marianne Chargée de Recherche Inserm – UMR
 Inserm 1253
 LAUMONNIER Frédéric Directeur de Recherche Inserm - UMR
 Inserm 1253
 LE MERRER Julie Directrice de Recherche CNRS – UMR
 Inserm 1253
 MAMMANO Fabrizio Directeur de Recherche Inserm – UMR
 Inserm 1259
 PAGET Christophe Directeur de Recherche Inserm – UMR
 Inserm 1100
 RAOUL William Chargé de Recherche Inserm – UMR
 Inserm 1069
 SECHER Thomas Chargé de Recherche Inserm – UMR
 Inserm 1100
 SI TAHAR Mustapha Directeur de Recherche Inserm – UMR
 Inserm 1100
 SUREAU Camille Directeur de Recherche émérite CNRS
 – UMR Inserm 1259 TANTI Arnaud Chargé de
 Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
 WARDAK Claire Chargée de Recherche Inserm – UMR
 Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice Praticien Hospitalier

LEONARD Thomas

..... Praticien

Hospitalier

Pour la médecine manuelle et

l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc

..... Praticien

Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie Orthophoniste
 CABANNE-Hardy Marie-Charlotte
 Orthophoniste CLOUTOUR Nathalie
 Orthophoniste
 CORBINEAU Mathilde Orthophoniste
 GLAIE Axelle Orthophoniste
 HARIVEL OUALLI Ingrid
 Orthophoniste
 IMBERT Mélanie

 Orthophoniste MORIN
 Eléonore.....
 ... Orthophoniste
 NAL Emmanuel Praticien Hospitalier
 PILLER Anne-Gaëlle Orthophoniste
 PUJOLE Dorine Orthophoniste
 ROUVRE Olivier Orthophoniste
 SIZARET Eva Orthophoniste
 TAMIATTO Zinaïda

 Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine Orthoptiste
 SALAME Najwa

 Orthoptiste

Pour la santé au travail

MONMOUSSEAU Fanny Praticien Hospitalier
 NGUYEN Duc Qui
 Dirigeant
 d'entreprise

Pour la Médecine Générale

LOISON Clotilde Médecin Généraliste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

Remerciements

À Monsieur le Professeur EL HAGE Wissam,

Je vous remercie de présider cette thèse, je suis très honoré de votre présence aujourd'hui, merci d'avoir accepté d'évaluer ce travail et de m'avoir accompagné et soutenu durant mon internat, je vous en suis très reconnaissant

Au Docteur BARBE Pierre-Guillaume, recevez mes respectueux remerciements pour avoir accepté de faire partie de ce jury.

Merci pour le temps que vous avez apporté à ce travail de thèse et pour votre supervision lors de mes stages.

Au Docteur HARDY Antoine, mon ami, je suis très honoré de votre présence aujourd'hui et de l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Je suis heureux d'avoir vécu ces années d'internat ensemble.

Je remercie très sincèrement le Professeur DESMIDT Thomas, d'avoir accepté de diriger ce travail. Je tiens à souligner votre disponibilité constante et votre bienveillance. Votre expertise et votre exigence m'ont poussé à dépasser mes craintes, et vos conseils ont été essentiels pour l'aboutissement de cette recherche.

À ma famille, je vous remercie de votre soutien durant ces années d'études.

À mes amis de Poitiers, à mes anciens colocataires William et Hadrien, à ceux que j'ai perdu de vue, il me tarde de revenir vers vous.

À mes amis Antoine et Francis, nos liens, mêmes distanciels, m'ont été d'une aide précieuse depuis notre rencontre au début d'internat.

À Juliette, ma compagne, qui est parvenue à se faire une place dans ce travail de thèse malgré ma réticence à accepter l'aide. Merci pour ta patience et ton affection.

Tables des matières

Résumé	2
Abstract	3
Introduction.....	15
A) Etat des lieux des dispositifs existants et leurs résultats.....	18
a) Historique de la prise en charge de la schizophrénie et de l'intégration des familles dans le parcours de soins.....	18
b) Rapport de l'UNAFAM.....	20
c) Programme BREF.....	22
d) Programme LEO.....	23
e) Programme PROFAMILLE.....	24
f) Recommandations internationales.....	25
f1) NICE GUIDELINES.....	25
f2) RANZCP.....	27
f3) CANPSY.....	28
Matériel et méthode.....	29
Résultats.....	30
A) Analyse des articles inclus	30
a) Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis (Bighelli et al.,2021)	31
b) Family interventions for relapse prevention in schizophrenia:a systematic review and network meta-analysis. (Rodolico et al.,2022)	34
c) Efficacy and acceptability of psychosocial interventions in schizophrenia: systematic overview and quality appraisal of the meta-analytic evidence. (Solmi et al., 2022)	37
d) Do Family Interventions improve outcomes in early psychosis? A systematic review and meta-analysis. (Claxton et al., 2017)	40
Discussion	42
Conclusion	45
Références bibliographiques.....	46
Annexes	50
1) Annexe 1.....	50
2) Annexe 2.....	51
3) Annexe 3.....	52
4) Annexe 4.....	53
5) Annexe 5.....	54
6) Annexe 6.....	55
7) Annexe 7.....	56
8) Annexe 8.....	57
9) Annexe 9.....	58

Introduction :

L'intégration des familles dans les soins des patients atteints de schizophrénie a débuté au milieu du XXe siècle. Cette pratique a évolué au fil du temps, reflétant une meilleure compréhension de la maladie et de l'interaction complexe entre la schizophrénie et l'environnement familial. Aujourd'hui, les recommandations internationales mettent l'accent sur une approche holistique de la prise en charge. Elles préconisent des interventions familiales comme une composante essentielle pour améliorer le traitement et le bien-être du patient.

La thérapie vient du mot grec « thérapia » qui signifie « soins » et « cure ». Le mot famille « familia » en latin qui évoquait « l'ensemble des esclaves sous un même toit » ou les « habitant d'une même maison ».

La thérapie familiale servirait à sortir les malades et leur entourage d'un isolement douloureux et délétère créé par la pathologie.

La thérapie familiale, ou psychothérapie familiale, est une approche thérapeutique qui ne se concentre pas uniquement sur un individu souffrant, mais sur le système familial dans son ensemble. Elle part du principe que le mal-être ou les difficultés d'un membre de la famille (souvent désigné comme le "patient désigné") sont le reflet de dysfonctionnements ou de déséquilibres dans les relations et les interactions de la famille.

Le point de vue central de la thérapie familiale est l'approche systémique. Au lieu de voir l'individu comme un être isolé, on le perçoit comme faisant partie d'un système vivant et complexe, où chaque membre influence les autres et est influencé par eux.

Les principaux objectifs de la thérapie familiale sont de :

- Comprendre les dynamiques relationnelles : Le thérapeute aide la famille à identifier les schémas de communication et les interactions qui sont à l'origine de la souffrance.
- Améliorer la communication : Apprendre à s'écouter, à s'exprimer clairement et à comprendre les besoins de chacun est essentiel pour résoudre les conflits et renforcer les liens.
- Renforcer les ressources de la famille : La thérapie vise à mobiliser les forces et les compétences de la famille pour qu'elle puisse trouver ses propres solutions.
- D'offrir un espace de parole sécurisant : Le thérapeute est un facilitateur neutre qui permet à chacun d'exprimer ses émotions et ses points de vue sans être jugé.

Les dispositifs de psychothérapie amènent le patient à comprendre ses troubles, favorisent l'unité de la structure familiale.

Prendre soin de la santé mentale des patients mais aussi de l'accompagnement de leurs aidants est un objectif central de notre pratique.

Les aidants de patients schizophrènes rapportent une qualité de vie moins bonne que les personnes non soignantes et les aidants d'autres pathologies (12).

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (29), la santé mentale est un état de bien être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté.

Rappelons que la schizophrénie touche 1% de la population française. Or, en France, les programmes de psychoéducation restent très peu accessibles pour les proches : on estime que c'est moins de 5% des aidants qui en bénéficient, bien souvent dans un délai de plus de 8 ans après l'entrée dans la maladie du proche concerné (1).

La schizophrénie d'après le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5ème édition (DSM-5) (2) se définit par principalement par :

A. Deux ou plus des symptômes suivants sont présents pendant une partie significative du temps sur une période d'un mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement). Au moins l'un des symptômes doit être 1, 2 ou 3 :

1. Idées délirantes
2. Hallucinations
3. Discours désorganisé (c.-à-d., coq-à-l'âne fréquents ou incohérence)
4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
5. Symptômes négatifs (c.-à-d., réduction de l'expression émotionnelle, aboulie)

B. Pendant une partie significative du temps depuis la survenue du trouble, 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 dans 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 au moins 1 mois de symptômes (ou moins quand ils répondent favorablement au traitement) qui répondent aux critères A (c.-à-d. symptômes de la phase active), et peut comprendre des périodes de symptômes prodromiques ou résiduels. Pendant ces périodes prodromiques et résiduelles, les signes de la perturbation peuvent se manifester uniquement par des symptômes négatifs ou par deux ou plus des symptômes figurants dans le critère A présents sous une forme atténuée (p.ex., croyances bizarres, perceptions inhabituelles).

D. Un trouble schizo-affectif et un trouble dépressif ou bipolaire 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 symptômes de la phase active, ils ne l'ont été que pour une faible proportion de la durée des périodes actives et résiduelles.

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

F. En cas d'antécédents d'un trouble du spectre autistique ou d'un trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic additionnel de schizophrénie n'est fait que si les idées délirantes ou les hallucinations sont prononcées et sont présentes avec les autres symptômes requis pour le diagnostic pendant au moins 1 mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement).

Ce trouble perturbe durablement la vie quotidienne de la personne et par extension celle de l'entourage proche.

La Haute Autorité de Santé (HAS) (13) recommande « une prise en charge globale et individualisée de la schizophrénie, qui combine différents types de traitements pour une efficacité maximale. Elle ne se limite pas aux médicaments, mais intègre une dimension psychosociale essentielle. »

L'objectif dans ce travail a été d'identifier les indications et l'efficacité les mieux validés des différentes interventions familiales dans la schizophrénie sur la base d'une revue narrative de la littérature.

Nous observerons le cadre dans lequel les études ont été réalisées et les critères sur lesquels les chercheurs se sont basés afin de déterminer les bénéfices et incidences de la thérapie familiale sur les patients et les pairs.

Puis nous présenterons les données ainsi recueillies en les synthétisant afin d'analyser l'efficacité des interventions familiales sur les sujets cités et d'en écrire les bénéfices, les résultats et éventuellement les biais.

A) Etat des lieux des dispositifs existants et leurs résultats.

Dans cette première partie, nous aborderons l'histoire de la prise en charge des patients atteints de schizophrénie puis nous évoquerons les différents dispositifs en place en France (Annexe 1). Enfin, nous verrons trois recommandations internationales concernant les interventions familiales.

a) Historique de la prise en charge de la schizophrénie et de l'intégration des familles dans le parcours de soins.

Avant les années 1950 : le modèle asilaire

La schizophrénie est interprétée comme une maladie chronique non curable, la famille est exclue de la prise en charge car considérée comme incapable ou responsable des troubles.

Le patient est alors interné en hôpital psychiatrique, coupé du tissu familial, l'éloignement sert à éviter les troubles sociaux.

Années 1950–1970 : premières théories familiales

Avec l'apparition des neuroleptiques (chlorpromazine en 1952 Henri LABORIT), une l'approche médicamenteuse de la schizophrénie évolue, ce qui permet la réduction des hospitalisations.

En parallèle, débutent des approches psychodynamiques et systémiques en psychiatrie :

Théorie de la mère schizophrénogène (Frieda Fromm-Reichmann) (34) :

Le facteur causal envisagé est une figure maternelle froide, surprotectrice et intrusive.

Le concept de « mère schizophrénogène », développé aux États-Unis par la psychanalyste Frieda Fromm-Reichmann, est né dans les années 1930 : le « terrible rejet » que le schizophrène aurait subi dans son enfance de la part d'une mère manquant de chaleur ferait de lui un individu méfiant et plein de ressentiments envers les autres. Cette théorie culpabilisante fait son chemin dans les années 1950 chez Théodore Lidz, l'un des pères fondateurs de la thérapie familiale des schizophrènes.

A ce stade, l'idée dominante est que la famille rend malade l'un de ses membres.

Théorie de la double contrainte (Gregory Bateson) :

La théorie de la « double contrainte » ou « double bind », introduite en 1956 par Bateson et reprise en 1967 par Watzlawick, définit la schizophrénie comme un mode de communication. Il est question d'injonctions paradoxales dans un milieu familial où règne une communication pathologique.

La double contrainte serait une expérience répétée au sein de laquelle une personne est confrontée à deux messages de niveaux différents qui se contredisent l'un l'autre, émis par son entourage. La personne souffrant de schizophrénie, par usage d'un langage métaphorique et ambigu, tente de résoudre l'effet inhibiteur et contrôlant du « double bind ». La schizophrénie serait à la fois un mécanisme de défense pour faire face à un contexte d'impossibilité, et un ultime moyen de maintenir la cohésion du groupe en tentant d'assumer concrètement son incohérence.

Avec ces théories, la famille va certes être intégrée aux traitements mais plutôt comme problème supplémentaire, la schizophrénie serait alors l'expression d'un dysfonctionnement du système familial.

Années 1970–1980 : virage communautaire et psychoéducation

La diminution de la durée d'hospitalisation avec l'arrivée des neuroleptiques va provoquer le retour des patients au sein de leur famille qui devient co-actrice de la prise en charge tout en étant estimée comme facteur de risque de rechutes.

On assiste au début de la psychoéducation familiale qui vise à informer la famille sur la pathologie, les traitements, les rechutes.

La pensée que la dynamique familiale puisse influencer directement sur la pathologie schizophrénique est investiguée par Brown et son équipe (4) qui crée le concept d'Émotions Exprimées.

En France, développement du réseau UNAFAM pour soutenir le travail auprès des familles.

Années 1990–2000 : modèle bio psychosocial et alliance thérapeutique

Il existe donc une reconnaissance du rôle protecteur ou déclencheur du contexte familial, mais sans le réduire à une cause unique.

L'Expressed Emotion (EE) désigne un niveau élevé de charge émotionnelle au sein du système familial (ou d'un environnement proche) qui peut influencer l'évolution de troubles psychiatriques, notamment la schizophrénie. S'appuyant sur les travaux de Brown (4) puis de Vaughn (39) dans les années 70. Elle se mesure par l'attitude des membres de la famille vis-à-vis du patient : une attitude marquée par des criticisms, de l'hostilité, ou une sur-implication émotionnelle.

L'impact de l'EE sur l'évolution de la schizophrénie :

Risque accru de rechutes : Des études ont montré que les patients schizophrènes vivant dans des environnements familiaux à haut niveau d'EE présentent un taux de rechute plus élevé.

Aggravation des symptômes : Un environnement familial négatif peut favoriser l'aggravation des symptômes psychotiques, les patients ayant plus de difficulté à se rétablir.

Moins d'adaptation sociale et professionnelle : L'EE augmente la détresse psychologique du patient, ce qui diminue sa capacité à s'intégrer socialement et à fonctionner de manière autonome.

Années 2000–aujourd'hui : partenariat et réhabilitation

La famille devient partenaire à part entière du soin.

Développement des approches orientées rétablissent l'inclusion du vécu du patient et de sa famille et met l'accent mis sur la qualité de vie, l'autonomie, et les projets de vie.

Groupes multi-familles, programmes psychoéducatifs familiaux de plus en plus diffusés.

Inclusion des proches aidants dans les plans de soins, appui sur la pair-aidance et les réseaux de soutien.

b) Rapport de Presse de L'UNAFAM

L'UNAFAM écrit en 2021 un rapport de presse qui balaye la situation des personnes interrogées et fait le point en sortie de la crise sanitaire (37).

L'UNAFAM est un acronyme qui signifie Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques.

La schizophrénie est une maladie psychique reconnue comme un handicap, ce rapport de presse abordant la situation des familles et proches de personnes est tout à fait d'actualité et relève des difficultés similaires à celles rencontrées par les familles.

Le rapport aborde les sujets suivants :

- L'apparition des premiers symptômes : une période cruciale encore trop souvent sans réponse.

« La période pré-diagnostic est une des plus difficiles à vivre pour l'entourage et les personnes vivant avec des troubles psychiques. Ce qui arrive à son proche reste flou et incertain, les aidants sont seuls face à la situation. Cette période peut durer plus de 5 ans pour un tiers des personnes. ».

« Pour 90% des répondants, il a fallu une crise, voire plusieurs (72%) pour qu'un diagnostic soit établi. ». Les familles évoquent spontanément la fracture scolaire qui s'effectue dans cette période d'entrée dans la maladie et de premières crises, notamment avec la citation suivante « 67% n'ont pu terminer leurs études ou formations. ».

- La déstigmatisation des troubles psychiques : une urgente nécessité en 2021.

Les personnes interrogées font remonter les difficultés à aborder le trouble avec leurs pairs, les aidants se retrouvent, à leur tour, isolés de leurs proches qui pourraient aussi les soutenir. La stigmatisation entraîne à la fois l'isolement dramatique des malades mais aussi par extension de leurs proches. Les personnes interrogées rapportent « Pour 69% des personnes interrogées, la maladie de leur proche est représentée de façon stigmatisante et anxiogène dans les médias. », « La moitié des aidants ne parlent pas facilement de la maladie de leurs proches. 53% n'en parlent pas avec leurs employeurs. Ces mises sous silence ont de graves conséquences sur les vies personnelles et professionnelles des aidants. ».

Pourtant 30 % des personnes interrogées déclarent que leur proche vit chez eux dans cette enquête, ce chiffre démontre l'importance de la mise en place de l'accès à la thérapie familiale au sein de la structure familiale.

- Pour rendre enfin les droits effectifs, un accompagnement global doit être pensé.

L'enquête met en lumière les éléments suivants : « 84 % déclarent que leur proche n'est pas accompagné par un Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) », « 85% déclarent que leur proche n'est pas accompagné par un Service d'accompagnement médico- social pour adultes handicapés (SAMSAH) », « 91% déclarent que leur proche n'est pas accompagné par un Service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) ».

- Des aidants présents et formés : un passeport vers le rétablissement.

Les aidants et familles sont globalement en première ligne face aux difficultés psychiques de leurs proches qui vivent souvent (30 % des personnes touchées) dans le même domicile.

« Ils ont quasiment tous connu au moins une situation de crise ou d'urgences psychiques, et pour 4/5 ces crises sont survenues de multiples fois. Ainsi la prise en charge reste difficile et pèse sur les aidants. 73% déclarent qu'il a été difficile de faire prendre en charge leur proche lors du plus récent épisode de crise ou d'urgence. » « : 64% ont dû signer au moins une demande d'hospitalisation sans consentement. » « Des répondants affirment que la maladie de leur proche a eu des retentissements négatifs sur leurs relations sociales ou sentimentales. ».

c) Le programme BREF :

Le programme BREF est un programme de psychoéducation des aidants, il a été conceptualisé par CLAP (Centre Lyonnais des Aidants en Psychiatrie) et l'UNAFAM (38).

Le programme a été expérimenté durant trois ans à partir de fin 2016, il a ensuite été reconnu par le ministère de la Santé et de la Prévention, il a été soutenu puis a été déployé dans l'ensemble de la France.

Le programme BREF s'adresse à la famille et l'entourage d'une personne ayant déjà eu recours à des soins psychiatriques. Accessible sur demande, peu importe le moment de la prise en soins de la personne sans conditions diagnostiques. L'accès au dispositif BREF est gratuit pour les familles.

Le programme BREF est conçu pour être rapide et accessible à tout l'entourage de la personne soignée, c'est un programme psychoéducatif.

Les objectifs cités sur le site internet de l'UNAFAM sont :

- Apporter les informations prioritaires pour la famille ou l'entourage
- Dédramatiser la situation
- Déculpabiliser les aidants
- Développer l'alliance thérapeutique
- Motiver les participants à se faire aider et à s'informer sur les dispositifs d'aide
- Soutenir les aidants dans leur parcours d'aidants « aidés » en les encourageant à se mettre en lien avec l'UNAFAM.

Le contenu du programme se déroule sur trois séances d'une heure environ durant 3 à 6 semaines. Le membre de la famille ou proche est reçu par deux professionnels de santé durant les trois séances.

Le premier entretien sert d'entretien d'accueil, il permet d'identifier les questions et problématiques prioritaires de l'entourage accueilli.

La deuxième entrevue est consacrée aux questions spécifiques à l'accompagnement du proche et à l'organisation du système de santé.

La dernière intervention se concentre sur l'impact de la situation sur l'entourage lui-même, sur l'importance d'être accompagné et de connaître les aides existantes. La troisième séance se déroule en présence des professionnels de santé et d'un bénévole de l'UNAFAM. Un entretien trois mois après le programme peut être proposé.

d) Programme LEO :

Le programme a été créé par le Collectif Schizophrénies et le CLAP (Dr. Rey, Hôpital du Vinatier, Lyon) ont coconçu : « LÉO » (9), un programme psychoéducatif familial court, multi-diagnostic (troubles schizophréniques, troubles schizo-affectifs, troubles de l'humeur (bipolarité, dépression)), dont l'objectif est de délivrer précocement les compétences essentielles pour les familles accompagnant une personne avec un trouble psychique. Le programme se compose de 8 séances de trois heures par groupe de 12 personnes.

Les objectifs de chaque séance sont les suivants : Les 5 premières séances sont axées sur les compétences pour accompagner son proche :

- 1) Accroître mes connaissances médicales
- 2) Améliorer mon style de communication 1/2
- 3) Améliorer mon style de communication 2/2
- 4) Communiquer si délire ou hallucination
- 5) Optimiser mon message

Les 3 dernières sont centrées sur les compétences à prendre soin de soi (pour les aidants).

- 6) Clarifier mes besoins et mon objectif
- 7) Identifier mes ressources.
- 8) Préparer mon plan d'action

LÉO est le premier programme spécifiquement conçu pour délivrer précocement les compétences dont l'entourage a besoin. Il est associé à un bénéfice thérapeutique double (sur l'entourage et indirectement sur les patients eux-mêmes) (22).

Le programme LEO complète le programme BREF et donne à l'entourage un socle de connaissances, compétences.

Depuis 2025 le programme LEO est disponible dans une version 2.0 en ligne qui permet de majorer son accessibilité.

e) L'association PROFAMILLE :

PROFAMILLE est un programme psychoéducatif qui voit le jour au Québec en 1987 et importé en France en 1993. Il s'appuie sur un réseau francophone, est dédié au soutien des familles de personnes vivant avec des troubles psychiques (notamment la schizophrénie et autres troubles graves). L'association a pour objectif principal de promouvoir l'aide et l'accompagnement des familles face aux défis liés à la maladie mentale dans le cadre familial. Les actions principales de PROFAMILLE sont (20) :

L'accompagnement psychologique qui consiste à proposer un soutien émotionnel aux familles, en particulier face à des situations de crise ou d'hospitalisation.
L'organisation et la réalisation de groupes de parole : Organiser des rencontres où les membres peuvent discuter ouvertement des difficultés rencontrées, sans jugement.
Réunions d'information : Fournir des sessions régulières pour informer les familles sur les dernières avancées en matière de traitements et de prise en charge de la schizophrénie et autres troubles.

Partenariats avec des professionnels : Collaborer avec des psychologues, psychiatres et travailleurs sociaux pour mieux structurer l'aide apportée aux familles.

Le programme PROFAMILLE se compose de deux modules (31) :

Le premier module contient 14 séances se regroupant en 4 étapes dont l'ordre est étudié pour que chaque étape prépare l'étape suivante.

Une première étape d'éducation sur la maladie, une deuxième étape sur le développement des habiletés relationnelles, une troisième concernant la gestion des émotions et développement de cognitions adaptées puis une quatrième étape sur le développement des ressources via une insertion dans un réseau d'entraide.

Le deuxième module vise à renforcer les apprentissages et favoriser la mise en application des savoir-faire développés dans le programme. Il se déroule sur 2 ans, avec 4 séances sans les animateurs, 4 séances avec les animateurs, 3 séances individuelles limitées à quelques participants en difficultés ayant donné leur accord et 10 révisions mensuelles par correspondance.

Pour aller mieux, les familles doivent apprendre à mieux faire face à ces difficultés et corriger leurs éventuels dysfonctionnements adaptatifs.

Une amélioration clinique du patient en diminuant les rechutes, la symptomatologie et évolution favorable du fonctionnement global du patient ainsi qu'un impact positif aussi sur la relation entre le patient et sa famille a été démontré (5).

f) Recommandations internationales

f1) NICE GUIDELINES 2014 (32)

Prévention de la psychose

Si une personne présente un risque accru de développer une psychose, il est indiqué de l'orienter vers un psychiatre et de proposer une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) individuelle avec ou sans intervention familiale. Tout en prenant en charge les troubles possiblement associés comme les troubles anxieux, la dépression, les addictions.

Premier épisode psychotique :

L'intervention précoce dans les services de prise en charge de la psychose devrait être accessible à toutes les personnes présentant un premier épisode ou une première présentation de psychose, quel que soit l'âge de la personne ou la durée de la psychose non traitée.

Le but d'une prise en charge précoce dans la psychose vise à apporter des interventions pharmacologiques, psychologiques, sociales et éducatives au patient.

La prise en charge se doit d'être globale, comprenant une évaluation psychiatrique, des pathologies somatiques, de la santé physique, ses habitudes de vie, son environnement social et celui dans lequel il a grandi.

Il est recommandé de rechercher un trouble de stress post-traumatique et les autres réactions au traumatisme, car les personnes atteintes de psychose ou de schizophrénie sont susceptibles d'avoir subi des événements indésirables ou des traumatismes antérieurs liés au développement de la psychose ou résultant de la psychose elle-même.

Le choix du médicament antipsychotique doit être fait conjointement par l'usager et le professionnel de santé, en tenant compte de l'avis de l'aidant si ce dernier est d'accord. Il faut fournir des informations et discuter des bénéfices probables et des effets secondaires possibles de chaque médicament, notamment les effets métaboliques (y compris la prise de poids et le diabète), extrapyramidaux (y compris l'akathisie, la dyskinésie et la dystonie) cardiovasculaires (y compris l'allongement de l'intervalle QT), hormonaux (y compris l'augmentation de la prolactine plasmatique), autres (y compris les expériences subjectives désagréables).

Conjointement au traitement médicamenteux, il doit être proposé une prise en charge individuelle par TCC ainsi qu'une intervention psychologique familiale.

Épisodes aigus ultérieurs de psychose ou de schizophrénie et orientation en cas de crise :

Il est recommandé de proposer une TCC à toutes les personnes atteintes de psychose ou de schizophrénie. Cette intervention peut être initiée pendant la phase aiguë ou ultérieurement, y compris en milieu hospitalier.

Proposer une intervention familiale à toutes les familles de personnes atteintes de psychose ou de schizophrénie qui vivent avec l'usager ou qui sont en contact étroit avec lui. Cette intervention peut être initiée pendant la phase aiguë ou ultérieurement, y compris en milieu hospitalier.

Pour les personnes présentant un premier épisode psychotique, proposer :

Un traitement antipsychotique oral associé à des interventions psychologiques (intervention familiale et thérapie cognitivo-comportementale individuelle). Il faut également informer les personnes souhaitant essayer des interventions psychologiques seules que celles-ci sont plus efficaces lorsqu'elles sont administrées en association avec un traitement antipsychotique.

Si la personne souhaite toujours essayer des interventions psychologiques seules, il faut alors proposer une intervention familiale et une TCC puis convenir d'une consultation rapprochée (1 mois ou moins) pour examiner les options thérapeutiques, y compris l'introduction d'un traitement antipsychotique.

Cela comprend la surveillance régulière des symptômes, la détresse, les troubles et le niveau de fonctionnement (y compris l'éducation, la formation et l'emploi).

Comment réaliser des interventions psychologiques :

La TCC doit être dispensée en individuel, sur au moins 16 séances planifiées et suivre un protocole de traitement défini afin que les personnes puissent établir des liens entre leurs pensées, leurs sentiments ou leurs actions et leurs symptômes actuels ou passés, et/ou leur fonctionnement. Le thérapeute amène le patient à la réévaluation des perceptions, des croyances ou du raisonnement des personnes en lien avec les symptômes.

L'intervention doit inclure également au moins l'un des éléments suivants : les personnes surveillent leurs propres pensées, sentiments ou comportements par rapport à leurs symptômes ou à leur réapparition. Elle promeut des solutions alternatives pour faire face au symptôme ciblé. L'objectif interventionnel est aussi de réduire la détresse du patient et d'améliorer le fonctionnement psychique.

L'intervention familiale doit inclure la personne atteinte d'un trouble psychotique. Cette intervention doit être menée sur une période de 3 mois à 1 an et comporter au moins 10 séances planifiées. Elle doit tenir compte de la préférence de toute la famille pour une intervention individuelle ou une intervention de groupe multifamiliale. Il faut être attentif à la relation entre l'aidant principal et la personne atteinte de psychose ou de schizophrénie. L'intervention doit avoir une fonction spécifique de soutien, d'éducation ou de traitement et inclure un travail de résolution de problèmes négociée ou de gestion de crise.

f2) RANZCP

Le Royal Australian and New Zealand Journal of Psychiatry (11) rappelle que de plus en plus de données probantes soutiennent le recours à la psychothérapie et aux stratégies psychosociales pour la prise en charge des psychoses, que celles-ci doivent être associées à un traitement antipsychotique optimal.

Les obstacles potentiels à l'offre de thérapies psychosociales comprennent la durée limitée d'admission dans un service spécialisé en santé mentale, la rotation et le renouvellement fréquents des cliniciens, les éventuelles limitations du temps passé avec les personnes et les familles et le manque de formation en thérapies psychologiques.

Les familles de personnes atteintes de schizophrénie vivent une détresse, un deuil et un stress chronique considérables, qui peuvent être extrêmes et entraîner des risques importants pour leur santé et leur bien-être. Ces problèmes ont généralement été négligés par les services et de nombreux professionnels de santé. Pourtant, un soutien efficace aux familles est crucial, car pour de nombreuses personnes atteintes de schizophrénie, la survie et le rétablissement dépendent de leurs relations familiales.

Le lien entre le fardeau familial et la détresse, d'une part, et l'évolution de la personne atteinte de schizophrénie, d'autre part, a conduit à la reconnaissance d'une prise en charge optimale incluant les proches de la personne, notamment sa famille, dans son environnement de rétablissement. De nombreux programmes et modalités (individuels ou de groupe) ont été validés empiriquement (24 ; 30). Parmi les éléments communs figurent l'éducation à la maladie et les stratégies d'adaptation (35).

Il est donc recommandé, conjointement au traitement pharmacologique et de la psychoéducation du patient, de proposer de manière automatique une intervention familiale de type psychoéducative.

La TCC pour les personnes atteintes de psychose (TCCp) est généralement recommandée en complément de la pharmacothérapie pour réduire la détresse et l'invalidité associées aux symptômes psychotiques résiduels ou persistants. La TCCp est plus efficace que d'autres thérapies par la parole, telles que le soutien psychologique pour les hallucinations, et elle pourrait présenter des avantages à long terme pour la gestion de la détresse émotionnelle et de la dépression.

Cependant, ses avantages par rapport à d'autres thérapies pour l'état mental global et les délires ne sont pas établis (17 ; 18). Un ECR multicentrique portant sur la TCCp chez des personnes à risque de psychose a rapporté une diminution de la gravité des symptômes, mais aucun impact sur les taux de transition vers la psychose (26).

f3) CANPSY

Selon les recommandations du Canadian Journal of Psychiatrie (28), l'intervention familiale devrait être proposée à toutes les personnes diagnostiquées schizophrènes qui sont en contact étroit avec des membres de leur famille ou qui vivent avec eux. Elle devrait être considérée comme une priorité en cas de symptômes persistants ou de risque élevé de rechute. Dix séances sur une période de trois mois devraient être considérées comme la dose minimale efficace.

Ces interventions mettent l'accent sur le soutien et l'éducation de la famille, le renforcement des capacités de résolution de problèmes et de communication, ainsi que la gestion des crises et la prévention des rechutes.

Ces guidelines se réfèrent à la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) selon laquelle « la mise en œuvre des interventions familiales doit tenir compte de la préférence de l'ensemble de la famille pour une intervention monofamiliale ou multifamiliale, et ne doit pas exclure les enfants. ».

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pour la psychose devrait être proposée à toutes les personnes diagnostiquées avec une schizophrénie dont les symptômes n'ont pas répondu adéquatement aux antipsychotiques et présentent des symptômes persistants, notamment anxieux ou dépressifs. La TCC peut être initiée dès la phase initiale, la phase aiguë ou la phase de rétablissement, y compris en milieu hospitalier.

L'accompagnement thérapeutique par TCC devrait être sur 16 séances, basé sur le nombre de séances proposées lors d'essais contrôlés randomisés apportant des résultats probants.

Les résultats de multiples essais contrôlés randomisés de thérapie cognitive démontrent l'efficacité de la TCC dans la psychose pour réduire la gravité des symptômes, les hospitalisations et les rechutes. Plusieurs études ont également démontré des effets bénéfiques significatifs sur le niveau de dépression.

La thérapie de remédiation cognitive peut être envisagée pour les personnes diagnostiquées avec une schizophrénie et présentant des problèmes persistants associés à des difficultés cognitives. Les lignes directrices du SIGN ont conclu qu'« il existe des preuves que la TRC améliore les domaines cognitifs à la fin du traitement, et des preuves limitées, avec des résultats incohérents, que cela pourrait se traduire par une amélioration des résultats sociaux et fonctionnels ».

Il est rappelé que certaines preuves suggèrent que la remédiation cognitive peut avoir un impact accru lorsqu'elle est proposée en même temps que d'autres interventions psychosociales.

Matériel et méthode :

Nous avons réalisé une revue narrative de la littérature en interrogeant les bases de données PUBMED et la Cochrane Library. Notre recherche a identifié quatre méta-analyses, regroupant plus de 260 essais contrôlés randomisés et méta-analyses, publiés entre 1971 et 2022.

Cette phase de recherche a démarré en 2023 où les principaux articles ont été sélectionnés, elle inclut les articles publiés jusqu'en 2022.

L'utilisation des opérateurs booléens "AND" et "OR" a permis l'obtention des équations de recherche optimisées suivantes : (family intervention) AND (schizophrenia) OR (psychotic disorder) et (psychosocial intervention) AND (schizophrenia) OR (psychotic disorder).

La traduction des articles a été effectuée par mes soins ou à l'aide d'outils informatiques tels que Google traduction, DeepL, HETOP, ou un dictionnaire.

Ils ont été sauvegardés dans l'application Zotero et les duplicatas ont été supprimés manuellement.

Les articles ont été choisis par la lecture des résumés disponibles et les mots-clés présentés pour inclure les études pertinentes.

Les articles ont été sélectionnés sur la base de niveau élevé d'évidence dans des revues impact factor élevé type méta analyse/revue de la littérature.

Puis dans un deuxième moment les articles ont été lus afin d'exclure de la revue narrative de la littérature ceux qui ne correspondaient pas selon les critères d'exclusion que voici :

- L'absence de diagnostic posé chez le patient ;
- Les articles qui abordent une autre pathologie que la schizophrénie.
- Articles non disponibles ou non traduits/ publiés en anglais ou en français.

Résultats :

A) Analyse des articles inclus

Premier auteur	Revue, année	Objectif(s)	Type d'étude
Bighelli	Lancet Psychiatry, 2021	Principal : évaluer l'impact des interventions familiales sur le taux de rechutes dans la schizophrénie.	Méta-analyse en réseau : 72 études randomisées et 10000 patients.
Rodolico	Lancet Psychiatry, 2022	Principal : Comparer différentes approches d'interventions familiales sur le taux de rechutes dans la schizophrénie.	Revue de littérature et méta-analyse en réseau : 90 études 10340 patients
Solmi	Molecular Psychiatry, 2022	Principal : impact des interventions psychosociales sur les symptômes totaux chez le patient atteint de schizophrénie.	“umbrella review”, 78 méta-analyses et 5 network méta-analyses pour un nombre total de 1246 essais contrôlés randomisés et 84925 patients.
Claxton	Frontiers in Psychology, 2017	Principal : Impact des interventions familiales sur une dizaine de critères concernant le patient en phase de psychose précoce et ses aidants.	Revue systématique de la littérature, méta analyses de 14 études pour un total de 1278 patients.

a) Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis (Bighelli et al.,2021)

Dans une méta-analyse en réseau publiée dans le LANCET PSYCHIATRY en 2021, Bighelli et ses collègues ont examiné l'efficacité de diverses interventions psychosociales pour prévenir les rechutes psychotiques de la schizophrénie, dont 72 essais contrôlés randomisés réalisés entre 1971 et 2019 (10 364 participants) comparant 20 interventions psychologiques avec le traitement standard. La population finalement étudiée était composée de 3939 femmes et 5716 hommes de plus de 18 ans avec un diagnostic de schizophrénie ou trouble associé (pathologie schizophréniforme, trouble schizo-affectif). La taille moyenne de l'échantillon par étude était de 142 participants (entre 19 et 1 268) et la durée médiane de l'essai était de 52 semaines (entre 2 et 468).

Ils incluent les études comparant les interventions psychosociales et psychologiques qui avaient parmi les objectifs primaires la mesure des rechutes ou des re-hospitalisations avec un minimum de 12 semaines entre la randomisation et l'évaluation des rechutes. Ces interventions pouvaient être comparées entre elles ou vis à vis du "treatment as usual" comprenant un traitement médicamenteux par antipsychotique non combiné à une intervention psychosociale.

Les études dont les critères d'inclusion comprenaient une forme aiguë de la maladie, une pathologie concomitante ou les situations "à risque de psychose" ont été exclues afin d'assurer une homogénéité dans la population incluse.

Le critère de jugement principal était la rechute à 12 mois, défini par des critères cliniques, une hospitalisation en service psychiatrique. Les données pour la rechute ont été recueillies à 6 mois, 12 mois (point de référence) et au-delà de 12 mois.

Les symptômes positifs, négatifs et de dépression de la schizophrénie ; la qualité de vie ; l'adhésion ; le fonctionnement global ; les interruptions d'études liées à l'efficacité de fonctionnement ont été définis comme critères de jugement secondaires. Ces critères ont été recueillis en fin de traitement.

Les interventions psychosociales évaluées lors de cette méta analyse comprenait :

Les interventions familiales ou interventions impliquant les proches du patient, pouvant viser plusieurs objectifs. Parmi ceux-ci figurent la construction d'une alliance avec les proches qui s'occupent de la personne atteinte de schizophrénie, la réduction du climat familial défavorable, le renforcement de la capacité des proches à anticiper et à résoudre les problèmes, le maintien d'attentes raisonnables quant aux performances du patient et l'obtention d'un changement souhaitable dans le comportement et les croyances des proches.

La psychoéducation familiale à l'instar de la psychoéducation destinée aux patients, les domaines suivants sont généralement abordés : les symptômes de la schizophrénie, les traitements pharmacologiques et psychosociaux, et la prévention des rechutes, avec une attention particulière portée au rôle de la famille. L'intervention peut être dispensée uniquement aux proches, avec la participation du patient ou dans un contexte multifamilial. Des aspects plus actifs, tels que les compétences d'adaptation, peuvent être abordés, mais l'accent est mis principalement sur l'information.

Le support familial est principalement utilisé comme condition de contrôle pour les interventions familiales ; l'objectif est de contrôler l'aspect non spécifique du traitement (par exemple, passer du temps avec des familles qui vivent la même situation, sans intervention systématique (également définie comme le placebo du réseau social))

Les integrated interventions sont des interventions explicitement définies comme une combinaison de différents traitements, par exemple une thérapie cognitivo-comportementale individuelle, une intervention familiale et une approche assertive.

Le programme de prévention des rechutes sont des interventions comprenant généralement une éducation à la reconnaissance des premiers symptômes de rechute, un système de surveillance des symptômes, ainsi qu'un plan de crise et une intervention en cas d'aggravation des symptômes au-delà d'un certain seuil.

Les groupes de parents ou groupes de soutien pour les proches des patients, où les membres se réunissent en l'absence des patients afin de partager leurs expériences, de s'entraider et d'échanger avec enthousiasme sur leurs expériences d'aidant. Ces groupes sont généralement animés par des pairs, sans l'intervention directe d'un expert.

Les résultats de cette méta-analyse sont présentés de la manière suivante :

Dans la figure 3 de l'étude qui est un graphique en forêt des interventions psychologiques versus traitement habituel (Annexe 2), nous observons des bénéfices sur le critère de jugement principal lors de diverses interventions : interventions familiales, programme de prévention des rechutes, la thérapie cognitive et comportementale (TCC), la psychoéducation familiale, les interventions intégrées, la psychoéducation du patient.

Plus précisément à 12 mois, en comparaison au "treatment as usual" :

- Les interventions familiales obtiennent un Odds Ratio de 0,35 (95% CI 0,24–0,52) avec un taux de rechute chez les patients de 16%.
- Les programmes de prévention des rechutes obtiennent un Odds Ratio de 0,33 (0,14–0,79) avec un taux de rechutes de 15%.
- La TCC obtient un Odds Ratio de 0,45 (0,27-0,75) avec un taux de rechutes de 20%.
- La psychoéducation familiale obtient un Odds Ratio de 0,56 (0,39 - 0,82) avec un taux de rechutes de 23%
- Les interventions intégrées obtiennent un OR de 0,62 (0,44-0,87) avec un taux de rechutes de 25%.
- La psychoéducation du patient obtient un OR de 0,63 (0,42-0,94) avec un taux de rechutes à 25%.

En opposition, les patients recevant le "treatment as usual" avaient un taux de rechutes de 35% à 1 an.

En comparaison indirecte (Annexe 3), les résultats montrent que les interventions familiales sont significativement associées à un risque de rechutes plus faible que ne le sont les interventions intégrées, la psychoéducation du patient, le support familial, la réhabilitation, les groupes de proches de patients, le case management.

En revanche, il n'est pas trouvé de résultat significatif comparativement à la TCC : OR = 0,77 (0,42–1,43) ou la psychoéducation familiale OR = 0,62 (0,37–1,04).

En comparaison directe (méta analyse par paire), le seul résultat significatif montrant une supériorité en dehors d'une comparaison avec le "treatment as usual" était celui entre les interventions familiales et le support familial OR 0,7 (0·01–0·70).

Concernant les critères de jugement secondaire en comparaison avec treatment as usual :

Integrated interventions et les interventions familiales ont montré une amélioration sur les symptômes positifs, tandis que sur les symptômes négatifs, les interventions familiales et la psychoéducation familiale ont démontré une évolution favorable.

Leurs effets positifs sont même supérieurs à la TCC.

Concernant le fonctionnement global, les interventions familiales se sont montrées les plus efficaces.

Au total, les interventions familiales, la psychoéducation familiale, les integrated interventions réduisent le taux de rechutes à 12 mois comparé au standard care.

Au-delà des 12 mois, les interventions familiales et la psychoéducation familiale semblent supérieures à la TCC sur le taux de rechutes, comparativement au "treatment as usual".

Ces résultats concordent avec la littérature sur le rôle protecteur des interventions familiales dans la récurrence de la schizophrénie. Les interventions dispensées par les professionnels de santé et les interactions avec d'autres familles pourraient permettre de mieux comprendre la maladie et ses complexités, d'améliorer l'observance thérapeutique, de stabiliser l'environnement familial et de soutenir le patient pendant les phases critiques de la maladie.

Les limites de cette étude résident dans le faible nombre d'études comparées entre elles, raison pour laquelle les comparaisons directes entre les interventions ne sont pas interprétables. L'impossibilité de conduire les études en aveugle augmente le nombre de biais.

Enfin la définition de la rechute n'était pas précisée dans un certain nombre d'études, en dehors d'une admission à l'hôpital.

Enfin, les thérapies médicamenteuses ne détaillent pas les molécules utilisées, en traitement seul ou conjointement aux interventions psychologiques et psychosociales, les résultats doivent donc être interprétés comme les effets des interventions fournies en complément de la pharmacothérapie.

b) Family interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. (Rodolico et al.,2022)

Sous la forme d'une revue de la littérature et méta analyse en réseau publiée dans le Lancet Psychiatry en 2022, Alessandro Rodolico et Al, ont comparé l'efficacité, l'acceptabilité et la tolérance de 11 modèles d'interventions familiales pour la prévention des rechutes dans la schizophrénie. Au total, 90 essais contrôlés randomisés, réalisés entre 1981 et 2019 ont été intégrés à l'étude.

Ces 90 études portaient sur un nombre total de 10340 participants de plus de 18 ans, l'âge moyen était de 31,3 ans, 61% de la population étudiée était des hommes. La taille moyenne de l'échantillon par étude était de 116 participants (entre 19 et 1 268) et la durée médiane de l'essai était de 52 semaines (entre 5 et 520).

L'objectif principal de l'étude était :

Le critère de jugement principal étant la rechute à 12 mois basé prioritairement sur une hospitalisation en hôpital psychiatrique ou une évaluation médicale clinique.

Les 11 modèles (Annexe 4) ont été comparés les uns avec les autres ainsi qu'avec le traitement standard.

Des critères de jugements secondaires ont été définis lors de l'étude, regroupant la symptomatologie positive et négative de la schizophrénie, la qualité de vie, l'adhésion au traitement, le fonctionnement général, le fardeau familial, les émotions exprimées ainsi que les arrêts de suivi.

La méthode présentée dans cet article de Lancet psychiatrie est la suivante :

Cette revue systématique et méta analyse en réseau a inclus des essais contrôlés randomisés en aveugle dont au moins 80% des patients souffraient d'un trouble du spectre de la schizophrénie.

Ont été exclus les études dont les critères d'inclusion comprenaient une phase aiguë de la pathologie, un trouble somatique ou psychiatrique concomitant ou un état prodromique à risque de psychose.

Ont été incluses toutes les études portant sur les interventions impliquant des membres de la famille en comparaison à d'autres interventions familiales ou pratiques cliniques habituelles ainsi que les prises en charges combinant différentes approches dont une intervention familiale.

Puisque le but de cette revue systématique était de mesurer l'impact des différents modèles d'intervention familiale sur prévention des rechutes, inclusion uniquement les études dans lesquelles les symptômes des exacerbations ou des hospitalisations étaient prévues à un minimum de 12 semaines après la randomisation.

Les résultats sont explicités grâce à :

La figure 3 (Annexe 5), présente sous forme de forest plots les effets des différents modèles d'intervention en comparaison avec le traitement habituel.

Ainsi, suivant le critère de jugement principal, il est noté que toutes les interventions, à l'exception de la family psychoeducation combined with family behavioural or skills training (crisis-oriented) et de la brief family or relatives' psychoeducation (≤ 2 sessions), permettent une diminution du taux de rechutes à 12 mois en comparaison avec le traitement habituel.

Le traitement habituel voyait un taux de rechutes à 12 mois de 37% des patients.

A 12 mois, le modèle le plus efficace est la psychoéducation familiale seule Odds Ratio de 0,18 (95% CI 0,12–0,27) avec un taux de rechute chez les patients de 9,68% (6,66–13,87)

La family psychoeducation combined with family behavioural or skills training and mutual skills training support Odds ratio de 0,35 (0,23–0,53) avec un taux de rechutes à 17,08% (12,07–23,61)

Les systemic oriented family intervention Odds ratio de 0,33 (0,17–0,66) avec un taux de rechutes à 16,33% (8,89–28,07).

Les family psychoeducation combined with family behavioural or skills training (broad) Odds Ratio de 0,37 (0,24–0,57) avec un taux de rechutes à 17,91% (12,49–25,00).

Les family psychoeducation combined with patient behavioural or skills training Odds Ratio de 0,47 (0,35–0,62) avec un taux de rechutes à 21,48% (17,16–26,54).

La psychoéducation des proches Odds Ratio de 0,47 (0,30–0,74) avec un taux de rechutes à 21,75% (15,07–30,34).

La family psychoeducation combined with family behavioural or skills training and emotional climate focused interventions Odds Ratio de 0,49 (0,36–0,67) avec un taux de rechutes à 22,37% (17,46–28,19).

La psychoéducation des proches combinée à la psychoéducation du patient Odds ratio de 0,51 (0,34–0,77) avec un taux de rechutes de 23,22% (16,80–31,16).

La community-based care intervention Odds Ratio de 0,63 (0,42–0,94) avec un taux de rechutes à 27,04% (19,87–35,63).

Concernant les résultats à 6 mois, les résultats montrent une diminution des rechutes en comparaison au traitement habituel pour une partie des modèles comme la psychoéducation familiale, la family psychoeducation combined with family behavioural or skills training and mutual skills training support, la family psychoeducation combined with patient behavioural or skills training, la psychoéducation des proches combinée à la psychoéducation du patient séparément.

Au-delà des 12 mois, le taux de rechutes est diminué en comparaison au traitement habituel pour tous les modèles étudiés en comparaison au traitement habituel à l'exception de la family psychoeducation combined with family behavioural or skills training (crisis-oriented) avec un Odds Ratio de 0,53 (0,14–2,05).

En comparaison indirecte (Annexe 6), la psychoéducation familiale est supérieure à tous les autres modèles en dehors de la thérapie familiale systémique concernant le taux de rechutes à 12 mois.

La forme la plus simple de psychoéducation familiale a été classée parmi les interventions les plus efficaces pour la prévention des rechutes et s'est avérée supérieure à la plupart des interventions plus complexes en matière de prévention des rechutes.

Dans les études incluses sur la psychoéducation familiale, une médiane de 12 séances a été dispensée.

Ce résultat suggère qu'informer la famille sur la maladie, les symptômes et les options de traitement joue un rôle protecteur dans la prévention des rechutes.

Une explication possible de l'efficacité supérieure inattendue de la psychoéducation par rapport aux interventions plus complexes pourrait être que ces dernières incluent des stratégies qui peuvent être perçues comme contraignantes, ou que toutes les familles ne sont pas en mesure de participer à une intervention plus exigeante, ou que ces interventions sont tout simplement moins efficaces. Ce qui pourrait constituer un axe de recherche ultérieur.

Les limitations de cette méta analyse en réseau sont : le faible nombre d'études pour certains modèles d'intervention familiale, le risque de biais de mesure via les définitions des rechutes.

c) Efficacy and acceptability of psychosocial interventions in schizophrenia: systematic overview and quality appraisal of the meta-analytic evidence. (Solmi et al., 2022)

Cet article est une umbrella review menée par Marco Solmi et ses collègues, publiée en 2022 dans le *Molecular Psychiatry*, incluant 78 méta-analyses et 5 networks méta-analyses pour un nombre total de 1246 essais contrôlés randomisés et 84925 patients. Concernant la psychose précoce, 7 méta-analyses et 1 network méta-analyse ont été inclus (53 essais contrôlés randomisés pour un total de 7010 patients).

L'objectif de cette étude est de comparer les interventions psychosociales dans la schizophrénie et la psychose précoce au traitement habituel, aux interventions actives et aux groupes de contrôles mixtes.

La psychose précoce est définie comme un diagnostic clinique de psychose basée sur le DSM dans les 5 ans suivant le premier épisode psychotique ou la consultation d'un service de santé mentale.

Le critère de jugement principal est la réduction des symptômes totaux comme mesurés par des échelles valides (Positive and Negative Syndrome Scale, Brief Psychiatric Rating Scale) en fin de traitement.

Des critères de jugement secondaire ont également été définis et incluent les symptômes positifs, négatifs et de dépression, la cognition, le fonctionnement global, les hospitalisations, les rechutes, la qualité de vie et toutes les causes d'interruption de suivi identifiées comme mesure d'acceptabilité.

Les critères d'inclusion sont les NMA et MA portant sur l'efficacité des interventions psychosociales comparativement au traitement habituel ou un autre modèle d'intervention. Les études incluent avaient une moyenne d'âge dans l'échantillon supérieure à 18 ans, un diagnostic de schizophrénie ou pathologie associée.

En raison de l'hétérogénéité des définitions concernant les interventions familiales utilisées au sein des différentes études, a été décidé d'appeler "Mixed family interventions" les résultats provenant d'études qui ne les caractérisait pas ou les regroupait et "Specific family interventions" celles qui suivaient un modèle bien défini.

Résultats concernant la phase précoce de psychose sont (Annexes 7 et 8) :

En regard du critère de jugement primaire, les interventions familiales spécifiques amènent une amélioration sur les symptômes totaux en fin de traitement en comparaison au traitement habituel, il en va de même pour les interventions précoces.

En comparaison aux groupes de contrôle actif, les interventions familiales mixed sont bénéfiques en follow up uniquement avec une différence moyenne standardisée de -0,61.

En regard des critères de jugement secondaire, les interventions familiales ont un rôle protecteur vis-à-vis des rechutes en fin de traitement en comparaison au traitement habituel (OR 0,27).

En comparaison aux autres interventions actives, les interventions familiales mixed sont supérieures concernant les rechutes et le fonctionnement global lorsque les TCC sont supérieurs uniquement sur le fonctionnement global en fin de traitement.

Les interventions précoces, elles, sont supérieures au traitement habituel dans la majorité des critères de jugement secondaires.

Résultats concernant la schizophrénie (Annexes 7 et 8) :

D'après le critère de jugement primaire, la TCC se montre supérieure en comparaison au TAU que ce soit en fin de traitement ou en follow up alors que la psychoéducation et les interventions familiales ne sont significativement supérieures qu'en fin de traitement. La TCC familiale ne montre pas de bénéfice significatif comparée à TAU.

En comparaison aux groupes de contrôle mixte, la TCC est significativement supérieure en EoT et FU.

Par rapport aux groupes de contrôle actifs, les résultats significatifs les plus élevés pour la mindfulness therapy et la psychoéducation basée sur la mindfulness en fin de traitement, en follow up la TCC se montre significativement supérieure.

Concernant les critères de jugements secondaires, la comparaison au TAU, la TCC est significativement supérieure sur les symptômes positifs et négatifs, les rechutes, la qualité de vie ainsi que le fonctionnement global et social en fin de traitement. Cet impact bénéfique n'est pas retrouvé en follow up.

Les interventions familiales sont significativement supérieures sur les symptômes positifs et le fonctionnement global en fin de traitement, sur les rechutes en fin de traitement et en follow up.

En comparaison aux groupes de contrôle mixte, la remédiation cognitive a démontré les effets positifs les plus solides étant significativement supérieure en fin de traitement comme en follow up sur les symptômes négatifs, les capacités cognitives et le fonctionnement global. Elle est significativement supérieure en fin de traitement uniquement sur les symptômes positifs, les symptômes dépressifs et le fonctionnement social.

La TCC est significativement supérieure en fin de traitement sur les symptômes positifs et négatifs, le fonctionnement global. En follow up uniquement sur les symptômes positifs.

Les interventions familiales ne sont efficaces que sur les rechutes en fin de traitement.

Comparativement aux groupes de contrôle actif, la TCC est significativement supérieure en follow up sur les symptômes positifs et négatifs. La remédiation cognitive est significativement supérieure sur les capacités cognitives et le fonctionnement global en fin de traitement.

Les interventions familiales ne sont significativement supérieures sur aucun critère secondaire.

Les limitations de l'étude se situent en premier lieu sur l'exclusion d'essais contrôlés randomisés individuels (n'inclut que des méta analyses), l'uniformisation des conditions de contrôle. Hétérogénéité du traitement as usual qui, n'étant pas équivalent au placebo, est soumis à des variations entre les études.

De plus, les interventions psychosociales peuvent difficilement être prodiguées en double aveugle, en comparaison au traitement pharmacologique.

Il existe une variation du nombre d'études incluses, et de patients entre les différentes interventions, les comparaisons ainsi que les critères de jugement.

Au total cette umbrella review montre un bénéfice sur l'association des familles dans les prises en charge précoce de la schizophrénie avec pour effet de diminuer les rechutes et d'améliorer les symptômes totaux, positifs et négatifs, la qualité de vie.

Lors de prise en charge individuelle de la schizophrénie, la TCC, la remédiation cognitive et

les interventions familiales devraient constituer la première ligne de traitement, en association avec la médication.

Il serait intéressant de poursuivre l'étude de l'impact des diverses interventions psychosociales, dont les interventions familiales sur des périodes plus longues en follow up en intégrant des échantillons de patients à l'échelle mondiale tout en définissant des conditions de contrôle homogénéisées.

d) Do Family Interventions improve outcomes in early psychosis? A systematic review and meta-analysis. (Claxton et al., 2017).

Cette étude est une revue systématique avec méta analyse d'articles évaluant l'impact des interventions familiales dans le cadre des psychoses précoces en comparaison à un groupe contrôle (standard care), elle est publiée en 2017 dans le journal Frontiers et a été menée par Claxton et son équipe.

Un total de 14 études, datant de 1988 à 2016, a été inclus dans cette méta-analyse. Il s'agit ici d'appréhender divers objectifs primaires selon les études, portant sur la symptomatologie de personnes souffrant d'un trouble psychotique ainsi que sur des critères concernant les aidants à différents moments de la prise en charge, en fin de traitement et en follow up.

Les articles rapportant des résultats primaires ou secondaires liés à : la rechute, les symptômes et le fonctionnement de l'utilisateur ; les émotions exprimées par l'aidant et les personnes de l'environnement familial, le fardeau ressenti par les aidants et le bien-être ont été inclus.

Les aidants de 1 278 usagers ont été inclus dans les 14 essais inclus (577 dans le groupe FIp et 635 dans le groupe témoin), avec un échantillon moyen de 91,29 personnes (écart-type = 70,65). Lorsque des informations ont été recueillies, les usagers étaient âgés de 12 à 40 ans, et trois études ont exclusivement examiné les usagers présentant une psychose à début très précoce, ceux dont les symptômes sont apparus avant l'âge de 18 ans.

La moyenne de complétion de traitement est de 83,3%.

Il existe une hétérogénéité des études incluses dans la méta-analyse :

Sur la nature des interventions familiales qui sont différentes selon les études incluses : 9 d'entre elles portent sur un travail mono familial, 3 sur un travail familial en groupe et 2 regroupant des thérapies seules et en groupe. 11 études sont axées majoritairement sur la psychoéducation, une étude utilisant uniquement la thérapie familiale systémique.

Les études varient sur le nombre et la durée des séances de l'intervention familiale ainsi que le temps sur lequel elles sont réalisées.

Sur le public bénéficiant des interventions familiales, certaines réservées uniquement aux aidants et d'autres regroupant patients et aidants.

L'hétérogénéité s'observe aussi sur la population de patients inclus, une étude portant sur les personnes à risque ou ayant des symptômes prodromaux, le reste des études portant sur des personnes au diagnostic de psychose précoce mineurs ou majeurs.

Des différences étaient aussi sur la nature du groupe contrôle, 6 études comparent la FIp à une prise en charge standard améliorée comprenant des soins spécialisés sur la psychose précoce, 7 études comparent à une prise en charge standard et 1 étude compare à une prise en charge standard associée à des soins de groupe non structuré.

Les critères d'inclusion des études dans la revue étaient les suivants :

- (1) Les études évaluant une intervention familiale menée par un clinicien (y compris le travail familial, la psychoéducation et la thérapie familiale), quelle que soit sa durée ;
- (2) population d'utilisateurs de services définie comme étant « à risque » (selon des méthodes d'évaluation validées, par exemple, personnes ayant des antécédents familiaux de psychose ou présentant des symptômes prodromiques) ou ayant reçu un diagnostic de psychose précoce (utilisateurs de services décrits comme « premier épisode », « psychose précoce », « première admission » ou utilisateurs de services dans les cinq premières années suivant le diagnostic) ;
- (3) études quantitatives avec un groupe témoin ou de comparaison clairement défini (par

exemple, ECR ou essais cliniques contrôlés)

(4) études publiées en anglais et dans des revues à comité de lecture.

Les résultats de cette étude mettent en lumière les éléments suivants (Annexe 9) :

Concernant les patients, les interventions familiales montrent un effet bénéfique sur la symptomatologie en follow up jusqu'à deux ans ($p=0,01$) mais pas en fin de traitement ($p<0,15$).

Le fonctionnement global est amélioré en fin de traitement ($p=0,02$), le résultat n'est pas significatif en follow up ($p=0,43$).

Le taux de rechute est significativement plus faible en fin de traitement ($p=0,05$) mais n'est pas retrouvé en follow up à 5 ans ($p=0,98$).

La durée d'hospitalisation n'est pas significativement améliorée en fin de traitement ou en follow up à 2 ans ($p=0,18$; $p=0,62$).

Concernant les aidants, les interventions familiales permettent de significativement diminuer l'intensité des émotions exprimées en fin de traitement ($p=0,01$), les critiques exprimées en fin de traitement ainsi qu'en follow up à 2,5 ans ($p<0.001$; $p=0,04$). Il n'est pas trouvé de résultat significatif sur le surinvestissement émotionnel que cela soit en fin de traitement ou en follow up à 2,5 ans ($p=0,94$; $p=0,56$).

Les interventions familiales diminuent significativement les échanges conflictuels en fin de traitement ($p=0,008$).

Le sentiment de fardeau est significativement amélioré en fin de traitement ($p=0,001$) mais n'est pas retrouvé en follow up à 2,5 ans ($p=0,62$).

Les limitations se situent dans le faible nombre d'études incluses dans les méta-analyses et l'importante hétérogénéité entre les études comme développé plus haut.

Au total, cette étude indique un intérêt au recours d'interventions familiales dans le cadre des psychoses précoces en comparaison au traitement standard, pour améliorer la compréhension des symptômes de rechutes de la pathologie, ce qui a pour effet de diminuer le taux de rechutes et la fréquence des hospitalisations. Cette revue de la littérature souligne également les bénéfices sur la qualité de l'environnement familial, diminuant la sensation de fardeau ressentie, en apaisant la communication et en diminuant les émotions exprimées.

Discussion

Les études incluses dans cette revue narrative de la littérature avaient comme objectifs d'évaluer les effets thérapeutiques des interventions familiales chez les patients souffrant de schizophrénie et les aidants.

Les critères de validités étaient divers tels que la diminution de la symptomatologie, la diminution du taux de rechutes et la limitation de la souffrance ressentie par les aidants afin de pouvoir améliorer la prise en charge de la schizophrénie et son impact sur l'environnement familial.

La revue de la littérature suggère que la plupart des interventions familiales montrent une efficacité sur le taux de rechutes et d'autres critères secondaires portant sur le patient ou ses aidants.

Les articles ont été sélectionnés sur la base de niveau élevé d'évidence dans des revues impact factor élevée, type méta analyse ou revue de la littérature.

Selon ce travail, il serait recommandé de proposer une intervention familiale sous forme de psychoéducation dès le début du suivi psychiatrique du patient présentant une psychose précoce. Celle-ci peut se réaliser en l'absence ou avec le patient ou en présence d'autres familles. Une étude de 1995 de McFarlane (25) avait démontré, concernant la psychoéducation familiale, que celles incluant de groupes composés de plusieurs familles étaient plus efficaces pour maintenir les temps sans rechutes en comparaison avec la psychoéducation familiale d'une seule famille.

Le programme BREF reste un programme de psychoéducation permettant d'initier une prise en charge familiale en apportant des compétences sociales.

Ces connaissances pourront être par la suite approfondies via le programme LEO et PROFAMILLE.

D'après les guidelines NICE 2014, il faudrait proposer une TCC à toutes les personnes atteintes d'un trouble schizophrénique.

Il a été montré dans l'étude du Lancet 2021 que la psychoéducation familiale permettait de diminuer plus fortement le taux de rechutes à 12 mois. De même, les interventions familiales ont montré une supériorité d'efficacité par rapport à la TCC en comparaison au traitement habituel.

Notre revue de la littérature suggère que la plupart des interventions familiales montrent une efficacité sur la rechute ainsi que sur d'autres critères liés à la pathologie schizophrénique ou la symptomatologie observée et vécue chez les aidants.

Dans un premier temps, l'étude du LANCET 2021 (3) a pu démontrer la supériorité sur le taux de rechute à 12 mois des interventions familiales en comparaison au traitement usuel, résultat dépassant ceux de la TCC.

Dans un deuxième temps l'étude LANCET 2022 (33) a pu démontrer que la psychoéducation familiale était supérieure à tous les autres modèles d'intervention familiale concernant le taux de rechute à 12 mois. La psychoéducation familiale se montre également comme étant la plus efficace à 6 mois indiquant l'intérêt d'une mise en place précoce dans la prise en charge d'un trouble schizophrénique.

Dans une troisième étude de MOLECULAR Psychiatry (36) montre un bénéfice sur l'association des familles dans la prise en charge précoce de la schizophrénie, en effet, il permet d'améliorer les symptômes totaux, positifs et négatifs ainsi que la qualité de vie du patient.

Ainsi il est conclu que lors d'une prise en charge de la schizophrénie, les interventions familiales, au même titre que la TCC et la remédiation cognitive, doivent constituer la première ligne de traitement proposé au patient en association avec la médication.

Enfin dans la dernière étude FRONTIERS (7) il est souligné l'impact positif des interventions familiales dans le cadre des psychoses précoces tant sur le fonctionnement individuel de la personne schizophrène que sur les aidants et l'environnement familial.

Ces résultats sont concordants avec les recommandations internationales telles que les NICE Guideline (32) ou RANZCP (11), CANPSY (28) et PORT (10). La psychoéducation peut se remettre en place au décours d'une hospitalisation liée à une exacerbation de la symptomatologie.

L'offre de soins disponible sur Tours reprend ces constats et propose un accompagnement psychoéducatif familial via le programme BREF ainsi que le réseau PROFAMILLE dans les CMP.

Des thérapies familiales sont proposées par les différents médecins, et intervenants formés dans le domaine.

L'équipe A'venir au sein du dispositif Se Rétablir 37 vient axer son travail sur l'intervention précoce dans les formes débutantes ou à haut risque de transition vers la psychose. C'est un dispositif intersectoriel dont l'une des missions est d'engager la famille dans la prise en charge dès le début des soins, dispensant également des programmes de psychoéducation à destination des familles (6).

Les professionnels ont la possibilité de se former via des diplômes universitaires en France tels que le DU Psychoéducation et éducation thérapeutique en psychiatrie ou DU de psychothérapie familiale. Il existe des formations destinées aux familles et professionnels de santé concernant les outils de psychoéducation comme les programmes LEO ou BREF qui accompagnent les aidants.

De plus, des associations comme PROFAMILLE propose un programme de psychoéducation multifamilial à l'attention des familles dont le proche est atteint de schizophrénie ou de troubles apparentés.

Bien que la psychoéducation familiale semble l'intervention la plus efficace et face à mettre en place, les professionnels de santé doivent s'adapter aux ressources disponibles, besoins et souhaits du patient et de la famille en proposant divers outils allant de la psychoéducation à la thérapie familiale systémique.

Il s'agit donc de proposer un accompagnement thérapeutique adapté mais aussi accepté par la famille, en effet certaines familles peuvent considérer les interventions familiales comme intrusives (8). Des combinaisons d'interventions aux mécanismes différents pourraient apporter un bénéfice plus important (23).

Récemment, le programme de psychoéducation LEO 2.0 permet un accès numérique, simplifié via un format digital (21). L'information est plus accessible, fiable et moins contraignante.

De nombreux services emploient désormais des pairs aidants au sein de leur équipe clinique ou les engagent comme consultants cliniques (27). Ces pairs aidants peuvent contribuer à la motivation, au renforcement de la confiance en soi et à l'amélioration des interactions sociales (16). On observe un essor des thérapies dispensées par les pairs, telles que les groupes

d'écouteurs de voix.

En France il n'existe actuellement pas de recommandation HAS définie au sujet de la pair-aidance, un groupe de travail est en cours, dont la commission pour la validation de la recommandation doit se tenir en avril 2026 (19).

Conclusion :

Les interventions familiales dans le cadre de la prise en charge de la personne schizophrène se développent de plus en plus dans le milieu de la santé mentale, pourtant son usage reste insuffisamment utilisé d'après le rapport baromètre de l'UNAFAM. Dans ce travail nous nous sommes intéressés à la comparaison des différents modèles d'interventions familiales à travers des méta-analyses et des études randomisées récentes.

L'approche familiale et les interventions familiales sont officiellement recommandées dans la prise en charge des patients atteints de schizophrénie car un environnement adapté et attentif limite le risque de rechute et permet au patient d'adhérer aux soins plus facilement et durablement, les rechutes et souffrances sont donc diminuées.

Devant les résultats positifs obtenus dans le domaine de la santé mentale en particulier, faire connaître des différentes formes et d'interventions familiales et former les professionnels à son utilisation semble indiqué et prioritaire.

A travers cette revue de la littérature, intégrant plusieurs méta analyses portant sur divers aspects des interventions familiales sur les patients atteints de schizophrénie ou de troubles apparentés ainsi que leurs aidants, il a pu être montré l'impact bénéfique des interventions familiales sur différents critères définis.

Les recherches s'accordent à relever de nouveau des arguments en faveur de déploiement de programmes d'éducatifs et d'interventions familiales pour diminuer la souffrance des patients schizophrènes et de leur entourage.

En effet, il en ressort une diminution du taux de rechutes à 12 mois, une diminution de la symptomatologie de la pathologie comprenant les symptômes négatifs et positifs, les symptômes liés à la dépression et également sur la santé mentale et la qualité de vie des aidants.

Ce travail pourrait être complété en investiguant les mécanismes permettant l'amélioration du fonctionnement de la dynamique familiale ou en s'intéressant aux limites des interventions familiales proposant un programme plus complexe pouvant générer un sentiment de pénibilité à la famille. Enfin une étude portant sur les comparaisons directes des interventions familiales entre elles ou avec la TCC permettrait d'approfondir nos connaissances.

Références bibliographiques :

1. AAP I Déploiement de programmes de psychoéducation à destination des proches de personnes ayant un trouble psychique. (2024, septembre 23). Agence Régionale de Santé (ARS) Île-de-France. <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/aap-i-deploiement-de-programmes-de-psychoeducation-destination-des-proches-de-personnes-ayant-un>
2. American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5e éd., texte rev.).
3. Bighelli, I., Rodolico, A., García-Mieres, H., Pitschel-Walz, G., Hansen, W.-P., Schneider-Thoma, J., Siafis, S., Wu, H., Wang, D., Salanti, G., Furukawa, T. A., Barbui, C., & Leucht, S. (2021). Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet. Psychiatry*, 8(11), 969–980. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00243-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00243-1)
4. Brown, G. W., Birley, J. L. T., & Wing, J. K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 121(563), 241–258.
5. Carruzzo, D. (s. d.). Psychoéducation des familles dans la schizophrénie : Impact clinique et socio-relationnel du programme Profamille sur le devenir du patient à Rennes.
6. CHRU de Tours. Pôle de Psychiatrie-Addictologie. Se rétablir 37. Équipe A’Venir. (s. d.). Se Rétablir 37. <https://www.chu-tours.fr/seretablir37/>
7. Claxton, M., Onwumere, J., & Fornells-Ambrojo, M. (2017). Do family interventions improve outcomes in early psychosis? A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 8, 371. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00371>
8. Cohen, A. N., Glynn, S. M., Hamilton, A. B., & Young, A. S. (2010). Implementation of a family intervention for individuals with schizophrenia. *Journal of General Internal Medicine*, 25(Suppl 1), 32–37. <https://doi.org/10.1007/s11606-009-1136-0>
9. Collectif Schizophrénies. (2022). Le programme LEO. <https://www.collectif-schizophrenies.com/la-schizophrenie/le-programme-leo>
10. Dixon, L. B., Dickerson, F., Bellack, A. S., Bennett, M., Dickinson, D., Goldberg, R. W., Lehman, A., Tenhula, W. N., Calmes, C., Pasillas, R. M., Peer, J., & Kreyenbuhl, J. (2010). The 2009 Schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 48–70.
11. Galletly, C., Castle, D., Dark, F., Humberstone, V., Jablensky, A., Killackey, E., Kulkarni, J., McGorry, P., Nielssen, O., & Tran, N. (2016). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(5), 410–472. <https://doi.org/10.1177/0004867416641195>

12. Gupta, S., Isherwood, G., Jones, K., & Van Impe, K. (2015). Assessing health status in informal schizophrenia caregivers compared with health status in non-caregivers and caregivers of other conditions. *BMC Psychiatry*, 15(1), 162.
<https://doi.org/10.1186/s12888-015-0547-1>
13. Haute Autorité de Santé. (2017). Guide ALD 23 « Schizophrénies ». https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/lap_ald23_schizophr_juin_07.pdf
14. Health (UK), N. C. C. for M. (2009a). Psychological therapy and psychosocial interventions in the treatment and management of schizophrenia. In National Collaborating Centre for Mental Health (Ed.), *Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (Update)*. British Psychological Society. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11688/>
15. Health (UK), N. C. C. for M. (2009b). Schizophrenia. In National Collaborating Centre for Mental Health (Ed.), *Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (Update)*. British Psychological Society. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11672/>
16. Henderson, A. R., & Kemp, V. (2013). Australian consumer perceptions of peer support: Consumer perceptions of peer support. *Asia-Pacific Psychiatry*, 5(3), 152–156. <https://doi.org/10.1111/j.1758-5872.2012.00226.x>
17. Jauhar, S., McKenna, P. J., Radua, J., Fung, E., Salvador, R., & Laws, K. R. (2014). Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 204(1), 20–29.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.116285>
18. Jones, C., Hacker, D., Cormac, I., Meaden, A., & Irving, C. B. (2012). Cognitive behaviour therapy versus other psychosocial treatments for schizophrenia. *The Cochrane database of systematic reviews*, 4(4), CD008712.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD008712.pub2>
19. Laurence, C. (s. d.). Pair-aidance dans les organisations sanitaires, sociales et médico-sociales.
20. Le programme. (s. d.). Profamille. <https://profamille.site/le-programme/>
21. Léo 2.0 : Le soutien des aidants à portée de clic. (s. d.). Fondation FondaMental. <https://www.fondation-fondamental.org/infos-aidants/leo-20-le-soutien-des-aidants-a-portee-de-clic>
22. Lespine, L.-F., de Martène, B., Zeltner, B., Chenu, B., Berbey, C. D., & Rey, R. (2024). Leo program, a short multi-family skill-based psychoeducational program for caregivers of relatives living with a severe mental disorder: A retrospective pilot study. *Frontiers in Psychiatry*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1374540>
23. Mc Glanaghy, E., Turner, D., Davis, G. A., Sharpe, H., Dougall, N., Morris, P., Prentice, W., & Hutton, P. A. (2021). A network meta-analysis of psychological

interventions for schizophrenia and psychosis: Impact on symptoms. *Schizophrenia Research*, 228, 447–459. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.12.036>

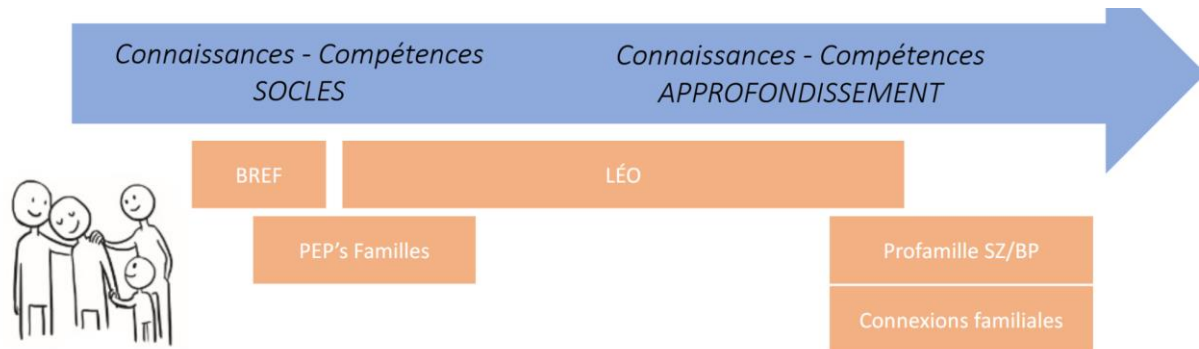
24. McFarlane, W. R. (2002). *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders*. Guilford Press.
25. McFarlane, W. R., Lukens, E., Link, B., Dushay, R., Deakins, S. A., Newmark, M., Dunne, E. J., Horen, B., & Toran, J. (1995). Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 52(8), 679–687. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950200069016>
26. Morrison, A. P., French, P., Walford, L., Lewis, S. W., Kilcommons, A., Green, J., Parker, S., & Bentall, R. P. (2004). Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 185, 291–297. <https://doi.org/10.1192/bjp.185.4.291>
27. Nestor, P., & Galletly, C. (2008). The employment of consumers in mental health services: Politically correct tokenism or genuinely useful? *Australasian Psychiatry*, 16(5), 344–347. <https://doi.org/10.1080/10398560802196016>
28. Norman, R., Lecomte, T., Addington, D., & Anderson, E. (2017). Canadian treatment guidelines on psychosocial treatment of schizophrenia in adults. *Canadian Journal of Psychiatry*, 62(9), 617–623.
29. Organisation mondiale de la Santé. (1948). Constitution. <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
30. Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Orbach, G., & Morgan, C. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychological Medicine*, 32(5), 763–782. <https://doi.org/10.1017/S0033291702005895>
31. Profamille. (2024). Profamille programme de psychoéducation. <https://profamille.site/>
32. Psychosis and schizophrenia in adults: Prevention and management. (2014). National Institute for Health and Care Excellence (NICE). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555203/>
33. Rodolico, A., Bighelli, I., Avanzato, C., Concerto, C., Cutrufelli, P., Mineo, L., Schneider-Thoma, J., Sifakis, S., Signorelli, M. S., Wu, H., Wang, D., Furukawa, T. A., Pitschel-Walz, G., Aguglia, E., & Leucht, S. (2022). Family interventions for relapse prevention in schizophrenia: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet. Psychiatry*, 9(3), 253–265. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00437-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00437-5)
34. Seeman, M. V. (2016). Schizophrenogenic mother. In J. Lebow, A. Chambers, & D. Breunlin (Eds.), *Encyclopedia of couple and family therapy*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-15877-8_482-1
35. Sin, J., Jordan, C. D., Barley, E. A., Henderson, C., & Norman, I. (2015).

Psychoeducation for siblings of people with severe mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010540.pub2>

36. Solmi, M., Croatto, G., Piva, G., Rosson, S., Fusar-Poli, P., Rubio, J. M., Carvalho, A. F., Vieta, E., Arango, C., DeTore, N. R., Eberlin, E. S., Mueser, K. T., & Correll, C. U. (2022). Efficacy and acceptability of psychosocial interventions in schizophrenia: Systematic overview and quality appraisal of the meta-analytic evidence. *Molecular Psychiatry*, 28, 354–368. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01727-z>
37. Unafam. (2021). Baromètre Unafam 2021. <https://www.unafam.org/sites/default/files/fichiers-joints/11-2022/barom%C3%A8tre%202021.pdf>
38. Unafam. (2023, octobre). Programme BREF. <https://www.unafam.org/loire/ressources/bref-un-programme-de-psychoeducation-pour-les-proches>
39. Vaughn, C. E., & Leff, J. P. (1976). The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 15(2), 157–165.

ANNEXES :

Annexe 1 : Parcours psychoéducatif



Annexe 2: Forest plots of psychological interventions versus treatment as usual for the primary outcome of relapse at 6 months, 12 months, and more than 12 months.

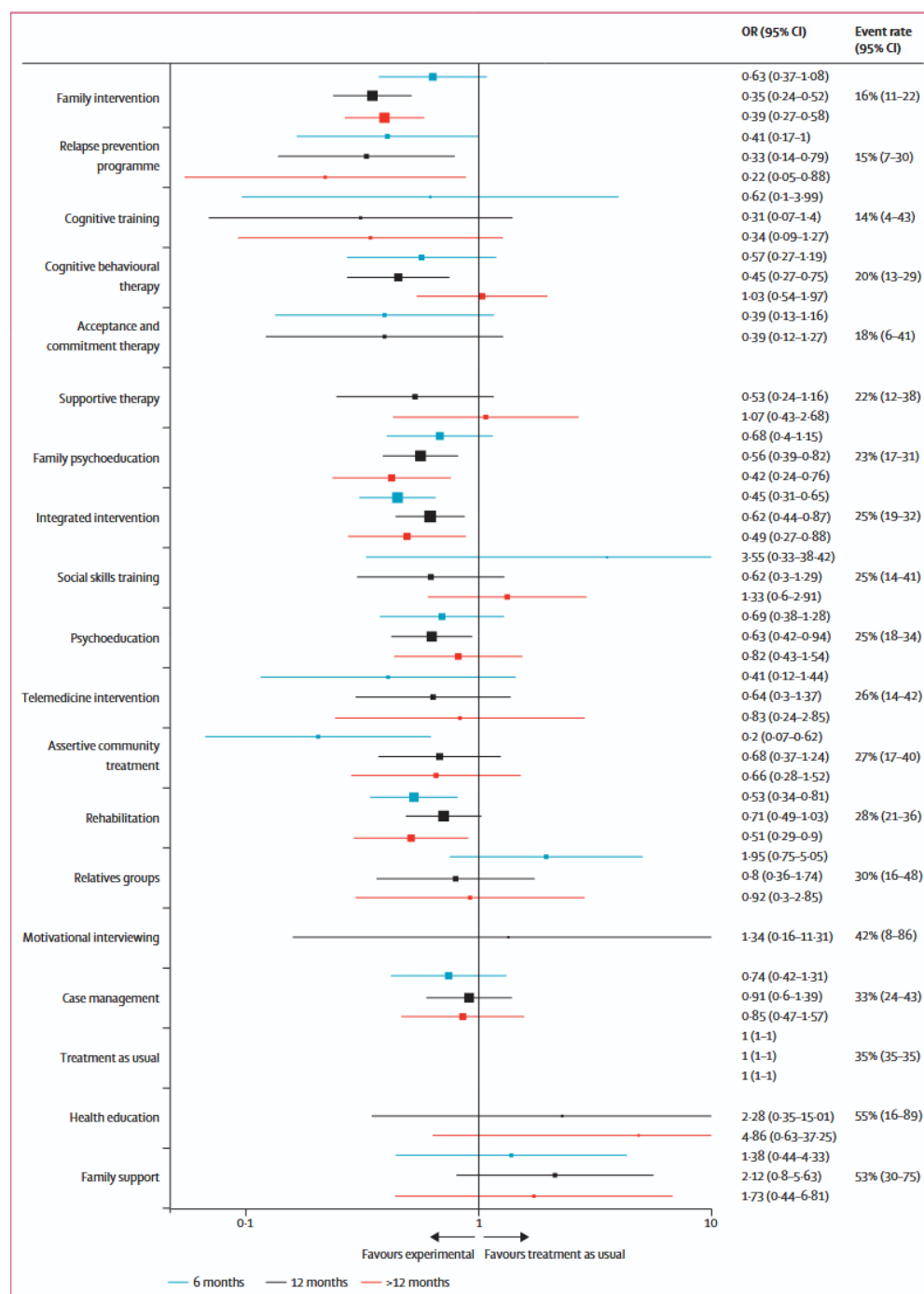


Figure 3: Forest plots of psychological interventions versus treatment as usual for the primary outcome of relapse at 6 months, 12 months, and more than 12 months
Treatments are ranked by probability of being the best in preventing relapse (net rank) at the main timepoint (12 months). Reference treatment is treatment as usual. ORs less than 1 are in favour of the psychological intervention. Event rates were calculated from ORs as explained in the appendix (p 3). OR=odds ratios.

Annexe 3: League table of the primary outcome of relapse at 12 months

FI	--	--	--	--	0.07	0.56	2.70	0.88	0.88	--	--	--	0.44	--	--	0.35	--	--
					(0.01-0.70)	(0.21-1.48)	(0.44-16.49)	(0.28-2.74)	(0.24-3.29)				(0.16-1.17)			(0.22-0.53)		
1.06	RPP	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	0.33	--	--
(0.41-2.76)																(0.14-0.79)		
1.12	1.06	CT	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	0.31	--	--
(0.24-5.30)	(0.19-6.03)															(0.07-1.40)		
0.77	0.73	0.69	CBT	--	1.41	--	--	0.26	0.10	--	--	--	--	--	--	0.45	--	--
(0.42-1.43)	(0.27-2.01)	(0.14-3.36)			(0.60-3.30)			(0.06-1.14)	(0.00-1.91)							(0.26-0.79)		
0.89	0.84	0.79	1.15	ACTP	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	0.39	--	--
(0.26-3.05)	(0.19-3.61)	(0.12-5.31)	(0.32-4.12)													(0.12-1.27)		
0.66	0.62	0.58	0.85	0.74	ST	--	--	1.14	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
(0.29-1.50)	(0.19-1.99)	(0.11-3.17)	(0.42-1.70)	(0.18-3.02)				(0.41-3.21)										
0.62	0.59	0.55	0.80	0.70	0.95	FP	--	--	--	--	--	--	--	--	--	0.56	--	0.29
(0.37-1.04)	(0.23-1.52)	(0.13-2.60)	(0.43-1.50)	(0.20-2.40)	(0.40-2.24)											(0.38-0.82)	(0.05-1.76)	
0.56	0.53	0.50	0.73	0.64	0.86	0.91	II	0.24	0.91	--	--	--	--	--	--	0.64	0.28	
(0.34-0.94)	(0.21-1.36)	(0.11-2.35)	(0.40-1.34)	(0.19-2.16)	(0.37-2.00)	(0.55-1.50)		(0.04-1.40)	(0.41-2.04)							(0.45-0.93)	--	(0.10-0.84)
0.55	0.53	0.50	0.73	0.63	0.86	0.90	0.99	SST	--	--	--	--	--	--	--	0.55	0.27	--
(0.26-1.21)	(0.17-1.65)	(0.09-2.65)	(0.35-1.52)	(0.16-2.52)	(0.39-1.86)	(0.40-2.04)	(0.45-2.20)									(0.17-1.78)	(0.05-1.55)	
0.56	0.52	0.50	0.72	0.63	0.85	0.89	0.98	0.99	PE	--	--	--	--	--	--	0.68	--	--
(0.33-0.95)	(0.20-1.37)	(0.10-2.34)	(0.38-1.36)	(0.18-2.17)	(0.36-2.02)	(0.52-1.54)	(0.61-1.59)	(0.44-2.25)								(0.43-1.08)		
0.55	0.52	0.49	0.71	0.62	0.84	0.88	0.97	0.98	0.99	TI	--	--	--	--	--	0.64	--	--
(0.23-1.30)	(0.16-1.66)	(0.09-2.64)	(0.28-1.78)	(0.15-2.51)	(0.28-2.49)	(0.38-2.07)	(0.42-2.25)	(0.34-2.82)	(0.42-2.34)							(0.30-1.37)		
0.51	0.49	0.46	0.66	0.58	0.78	0.83	0.91	0.92	0.92	0.94	ACT	--	--	--	--	0.68	--	--
(0.25-1.06)	(0.17-1.41)	(0.09-2.31)	(0.30-1.46)	(0.15-2.17)	(0.29-2.10)	(0.41-1.69)	(0.45-1.83)	(0.36-2.36)	(0.45-1.91)	(0.35-2.49)						(0.37-1.24)		
0.49	0.47	0.44	0.64	0.56	0.75	0.80	0.88	0.88	0.89	0.90	0.96	RE	--	--	--	0.71	--	--
(0.29-0.85)	(0.18-1.21)	(0.09-2.07)	(0.34-1.20)	(0.16-1.91)	(0.32-1.79)	(0.47-1.35)	(0.53-1.45)	(0.39-2.00)	(0.51-1.54)	(0.38-2.12)	(0.47-1.96)					(0.49-1.03)		
0.44	0.41	0.39	0.57	0.50	0.67	0.71	0.78	0.78	0.79	0.80	0.85	0.89	RG	--	--	0.90	--	--
(0.20-0.97)	(0.13-1.34)	(0.07-2.13)	(0.22-1.43)	(0.12-2.03)	(0.23-1.99)	(0.30-1.67)	(0.33-1.82)	(0.27-2.23)	(0.33-1.89)	(0.27-2.39)	(0.32-2.30)	(0.37-2.11)				(0.37-2.23)		
0.26	0.25	0.23	0.34	0.29	0.40	0.42	0.46	0.46	0.47	0.47	0.51	0.53	0.59	MI	--	--	0.59	--
(0.03-2.23)	(0.02-2.46)	(0.02-3.15)	(0.04-2.85)	(0.03-3.35)	(0.05-3.41)	(0.05-3.64)	(0.05-3.98)	(0.06-3.44)	(0.05-4.09)	(0.05-4.58)	(0.06-4.65)	(0.06-4.59)	(0.06-5.70)			(0.22-1.60)		
0.38	0.36	0.34	0.50	0.43	0.59	0.62	0.68	0.68	0.69	0.70	0.75	0.78	0.87	1.47	CM	0.91	--	--
(0.22-0.68)	(0.14-0.96)	(0.07-1.63)	(0.26-0.96)	(0.12-1.51)	(0.24-1.42)	(0.35-1.09)	(0.39-1.17)	(0.29-1.59)	(0.39-1.24)	(0.29-1.68)	(0.36-1.56)	(0.44-1.37)	(0.36-2.13)	(0.17-12.96)		(0.60-1.39)		
0.35	0.33	0.31	0.45	0.39	0.53	0.56	0.62	0.62	0.63	0.64	0.68	0.71	0.80	1.34	0.91	TAU	--	--
(0.24-0.52)	(0.14-0.79)	(0.07-1.40)	(0.27-0.75)	(0.12-1.27)	(0.24-1.16)	(0.39-0.82)	(0.44-0.87)	(0.30-1.29)	(0.42-0.94)	(0.30-1.37)	(0.37-1.24)	(0.49-1.03)	(0.36-1.74)	(0.16-11.31)	(0.60-1.39)			
0.15	0.14	0.14	0.20	0.17	0.23	0.25	0.27	0.27	0.28	0.28	0.30	0.31	0.35	0.59	0.40	0.44	HE	--
(0.02-1.02)	(0.02-1.15)	(0.01-1.52)	(0.03-1.31)	(0.02-1.59)	(0.03-1.56)	(0.04-1.68)	(0.04-1.83)	(0.05-1.55)	(0.04-1.88)	(0.04-2.13)	(0.04-2.15)	(0.05-2.11)	(0.05-2.65)	(0.22-1.60)	(0.06-2.75)	(0.07-2.88)		
0.16	0.16	0.15	0.21	0.19	0.25	0.26	0.29	0.29	0.30	0.30	0.32	0.33	0.37	0.63	0.43	0.47	1.07	FS
(0.06-0.47)	(0.04-0.57)	(0.02-0.88)	(0.07-0.64)	(0.04-0.85)	(0.07-0.87)	(0.10-0.72)	(0.11-0.75)	(0.09-0.98)	(0.11-0.83)	(0.09-1.04)	(0.10-1.01)	(0.12-0.95)	(0.11-1.30)	(0.06-6.56)	(0.15-1.24)	(0.18-1.25)	(0.13-8.93)	

Figure 4: League table of the primary outcome of relapse at 12 months

Treatments are ranked by probability of being the best in preventing relapse (net rank). Results from the network meta-analysis (mixed [network] and indirect comparisons) are presented in the lower left triangle and results from pairwise meta-analyses (direct comparisons) are presented in the upper right triangle. Significant results are presented in bold. Relative treatment effects are measured by odds ratios along with their 95% CIs. The colours of the cells in the lower triangle represent the confidence in the estimate results obtained with CINeMA: blue indicates moderate confidence, yellow indicates low confidence, and red indicates very low confidence. ACT=assertive community treatment. ACTP=acceptance and commitment therapy. CBT=cognitive behavioural therapy. CM=case management. CT=cognitive training. FI=family intervention. FP=family psychoeducation. FS=family support. HE=health education. II=integrated intervention. MI=motivational interviewing. PE=patient psychoeducation. RE=rehabilitation. RG=relatives groups. RPP=relapse prevention programme. ST=supportive therapy. SST=social skills training. TAU=treatment as usual. TI=telemedicine.

Annexe 4: Description of included family interventions models

	Treatment groups	Description of the intervention	Median number of sessions	Node characteristics
Systemic-oriented family interventions				
Systemic-oriented family intervention	6	The whole family is the target of the intervention; family considered as a self-governing cybernetic system; therapists focus on relationships between members, their interactions, and dynamics	8	Systemic
Psychoeducational approaches to family with the patient				
Family psychoeducation	15	Psychoeducational intervention; patients and relatives simultaneously involved; only information about schizophrenia (and related topics) is provided; not behavioural	12	Extended psychoeducation
Family psychoeducation combined with family behavioural or skills training (broad)	14	Psychoeducational intervention; behavioural or skills training intervention; patients and relatives simultaneously involved; the interventions address difficulties in managing patients with schizophrenia and favour the development of coping skills	17	Extended psychoeducation, behavioural
Family psychoeducation combined with family behavioural or skills training (crisis-oriented)	3	Psychoeducational intervention focused on relapse prevention; behavioural or skills training intervention; patients and relatives simultaneously involved; the interventions address difficulties in managing patients with schizophrenia and favour the development of coping skills	6	Extended psychoeducation, behavioural, focus on relapse prevention
Family psychoeducation combined with family behavioural or skills training with a focus on family emotional climate	19	Psychoeducational intervention; behavioural or skills training intervention; focus on the family emotional climate; patients and relatives simultaneously involved; the interventions address the emotional climate in the families of patients with schizophrenia	29	Extended psychoeducation, behavioural, focus on emotional climate
Family psychoeducation combined with family behavioural or skills training and mutual skills training support	8	Psychoeducational intervention; behavioural or skills training intervention; mutual support between families' members; addressed to multiple families; patients and relatives simultaneously involved; this group of interventions promote the development of social networks between families as a novel core aspect	72	Extended psychoeducation, behavioural, sharing skills
Psychoeducational interventions to the family without the patient				
Relatives' psychoeducation	12	Psychoeducational intervention; addressed only to relatives; most of the studies focus on the emotional climate of families; patients are not included in the relatives' intervention	18	Absence of patients in the family intervention, extended psychoeducation
Relatives' psychoeducation combined with patient psychoeducation	8	Psychoeducational intervention; addressed only to relatives; patients are not included in the relatives' intervention; patients receive a separate intervention similar to the relatives' intervention	14	Absence of patients in the family intervention, additional psychoeducation for patients (excluding relatives)
Integrated interventions (separate interventions for patients and the whole family)				
Family psychoeducation combined with patient behavioural or skills training	15	Psychoeducational intervention; patients and relatives simultaneously involved; additional behavioural or skills training intervention only for patients	35	Extended psychoeducation, additional cognitive or behavioural intervention only for patients
Community-based care intervention	6	Integrated intervention (mostly assertive outreach); family intervention is a part of a larger psychosocial intervention	143	Community-based intervention for patients and families
Control conditions				
Brief family or relatives' psychoeducation	6	Brief (no more than two sessions) and not model-based education to patients	2	Brief (unstructured) psychoeducation
Treatment as usual	80	Patients continue to receive standard psychiatric care; care usually includes regular psychiatric consultations, maintenance antipsychotic medication, outpatient and community follow-up, and access to community-based rehabilitative activities such as day centres and drop-in centres	NA	NA
References for all included studies are provided in the appendix (pp 65–71).				
Table: Description of included family interventions models				

Annexe 5: Forest plots of psychological interventions versus treatment as usual for the primary outcome of relapse at 6 months, 12 months, and more than 12 months

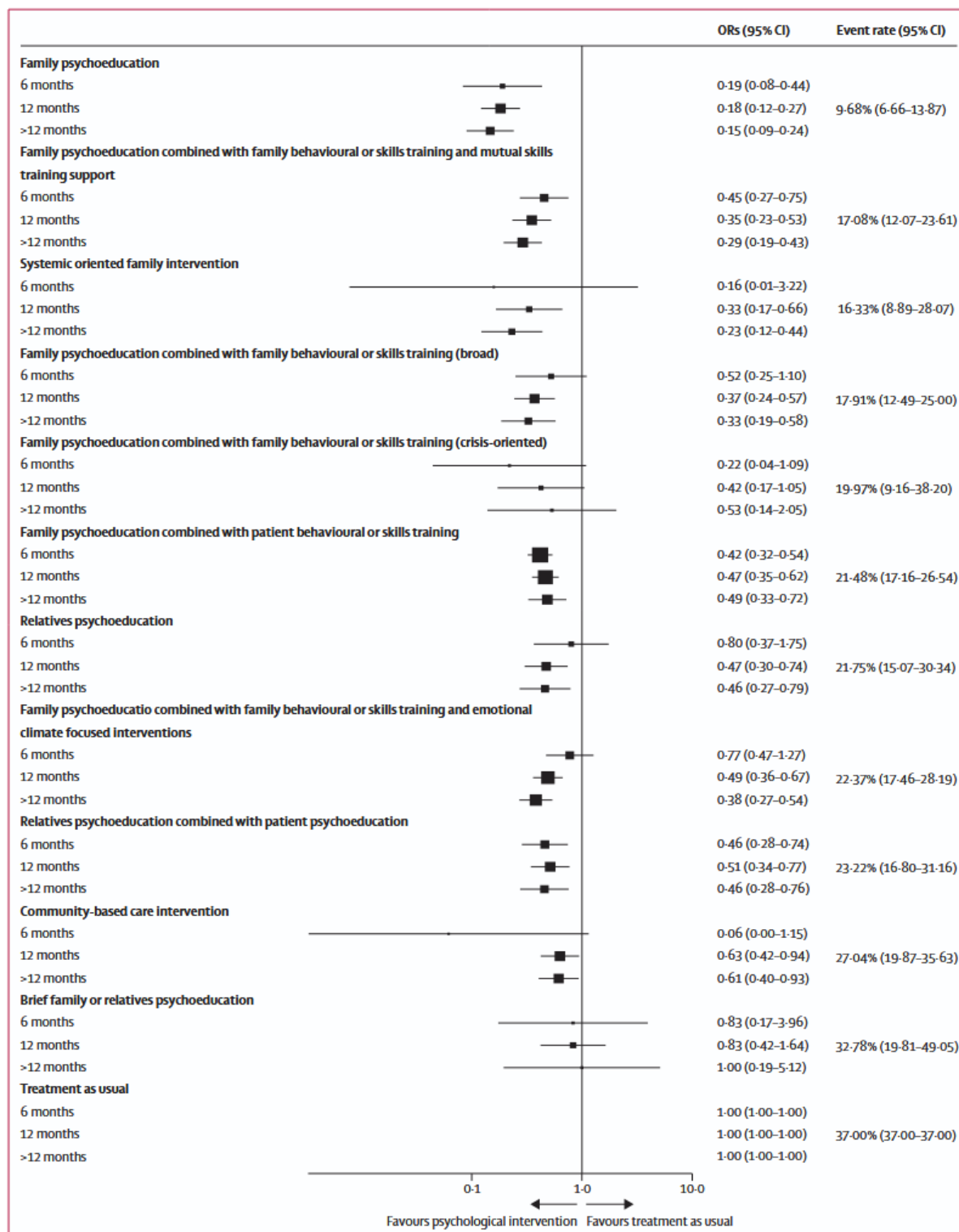


Figure 3: Forest plots of psychological interventions versus treatment as usual for the primary outcome of relapse at 6 months, 12 months, and more than 12 months

Treatments are ranked by probability of being the best for the prevention of relapse (net rank) at the primary timepoint (12 months). Reference treatment is treatment as usual. ORs less than 1 favour the psychological intervention. Event rates were calculated from ORs (appendix p 8). Box sizes are proportional to the precision of the estimate, and the horizontal lines show 95% CIs of the point estimate. OR=odds ratio.

Annexe 6: League table of the primary outcome of relapse at 12 months

FmPE	--	1.20 (0.06-22.52)	2.03 (0.39-10.55)	--	--	--	0.47 (0.04- 5.98)	--	--	0.11 (0.01-1.12)	0.16 (0.11-0.25)
0.52 (0.29-0.92)	FmPE + FmBST + MutST	--	--	--	--	1.05 (0.33-3.37)	0.51 (0.23-1.10)	--	--	--	0.40 (0.25-0.64)
0.55 (0.25-1.21)	1.06 (0.47-2.36)	SysFml	--	--	--	--	--	--	--	--	0.35 (0.17-0.71)
0.49 (0.28-0.87)	0.94 (0.53-1.69)	0.89 (0.40-2.01)	FmPE + FmBST (broad)	--	--	3.08 (0.72-13.23)	--	--	--	--	0.36 (0.23-0.57)
0.43 (0.16-1.16)	0.83 (0.31-2.23)	0.78 (0.25-2.45)	0.87 (0.32-2.38)	FmPE + FmBST (crisis)	--	--	--	--	--	--	0.42 (0.17-1.05)
0.39 (0.24-0.64)	0.75 (0.46-1.23)	0.71 (0.34-1.51)	0.80 (0.48-1.32)	0.91 (0.35-2.36)	FmPE + PtBST	--	0.30 (0.09-0.97)	--	--	--	0.49 (0.37-0.64)
0.39 (0.21-0.70)	0.74 (0.42-1.31)	0.70 (0.31-1.60)	0.78 (0.44-1.41)	0.90 (0.33-2.47)	0.98 (0.58-1.67)	RelPE	2.86 (0.38-21.24)	--	--	0.69 (0.24-1.98)	0.54 (0.31-0.92)
0.37 (0.22-0.62)	0.71 (0.45-1.13)	0.68 (0.32-1.45)	0.76 (0.45-1.28)	0.87 (0.33-2.26)	0.95 (0.63-1.42)	0.96 (0.57-1.62)	FmPE + FmBST + ECF	--	--	0.45 (0.17-1.20)	0.43 (0.31-0.62)
0.35 (0.20-0.63)	0.68 (0.38-1.21)	0.65 (0.29-1.44)	0.72 (0.40-1.30)	0.83 (0.31-2.23)	0.90 (0.55-1.48)	0.92 (0.50-1.68)	0.95 (0.57-1.58)	RelPE + PtPE	--	--	0.51 (0.34-0.77)
0.29 (0.16-0.51)	0.56 (0.31-0.98)	0.53 (0.24-1.17)	0.59 (0.33-1.06)	0.67 (0.25-1.82)	0.74 (0.45-1.20)	0.75 (0.41-1.37)	0.78 (0.47-1.29)	0.82 (0.46-1.44)	CBC	--	0.63 (0.42-0.94)
0.22 (0.10-0.48)	0.42 (0.20-0.91)	0.40 (0.15-1.06)	0.45 (0.20-0.99)	0.51 (0.16-1.59)	0.56 (0.27-1.17)	0.57 (0.28-1.16)	0.59 (0.30-1.18)	0.62 (0.28-1.37)	0.76 (0.34-1.67)	BriefFmRelPE	0.73 (0.21-2.51)
0.18 (0.12-0.27)	0.35 (0.23-0.53)	0.33 (0.17-0.66)	0.37 (0.24-0.57)	0.42 (0.17-1.05)	0.47 (0.35-0.62)	0.47 (0.30-0.74)	0.49 (0.36-0.67)	0.51 (0.34-0.77)	0.63 (0.42-0.94)	0.83 (0.42-1.64)	TAU

Figure 4: League table of the primary outcome of relapse at 12 months

Treatments are ranked by probability of being the best for the prevention of relapse (net rank). Results from the network meta-analysis (mixed and indirect comparisons) are presented in the lower left triangle and results from pairwise meta-analyses (direct comparisons) are presented in the upper right triangle. Significant results are shown in bold. Relative treatments effects are measured by odds ratios and corresponding 95% CIs. The colours of the cells in the lower triangle represent the confidence in the estimate results obtained using the Confidence in Network Meta-Analysis approach: blue indicates moderate confidence, yellow indicates low confidence, and red indicates very low confidence. FmPE=family psychoeducation. FmPE + FmBST + MutST=family psychoeducation combined with family behavioural or skills training and mutual skills training support. SysFml=systemic-oriented family intervention. FmPE + FmBST (broad)=family psychoeducation combined with family behavioural or skills training (broad). FmPE + FmBST (crisis)=family psychoeducation combined with family behavioural or skills training (crisis-oriented). FmPE + PtBST=family psychoeducation combined with patient behavioural or skills training. RelPE=relatives' psychoeducation. FmPE + FmBST + ECF=family psychoeducation combined with family behavioural or skills training with a focus on family emotional climate. RelPE + PtPE=relatives' psychoeducation combined with patients psychoeducation. CBC=community-based care intervention. BriefFmRelPE=brief family or relatives' psychoeducation. TAU=treatment as usual.

Annexe 7: Efficacy of psychosocial interventions on total symptoms in patients with early psychosis and schizophrenia.

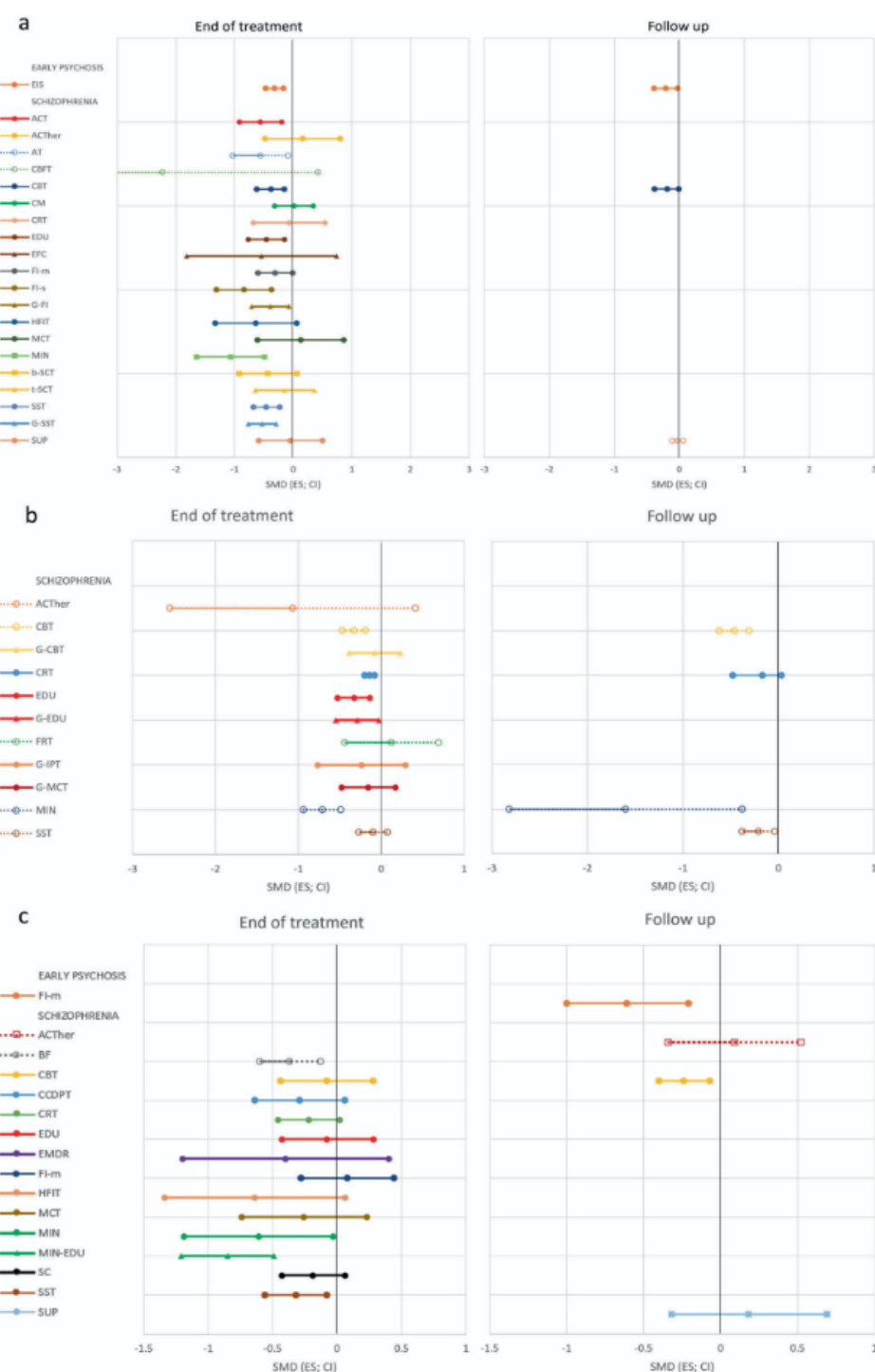


Fig. 1 Efficacy of psychosocial interventions on total symptoms in patients with early psychosis and schizophrenia. Psychosocial Interventions vs Treatment as Usual (TAU) (a), Psychosocial Interventions vs MIXED control groups (b), Psychosocial Interventions vs ACTIVE Interventions (c). EIS early intervention services, ACT acceptance-commitment therapy, AT adherence therapy, BF befriending, CBFT cognitive-behavioral family therapy, CBT cognitive-behavioral therapy, CCDPT computerize cognitive drill and practice training, EDU psychoeducation, EFC experience focused counselling, FI-m mixed family intervention, FI-s specific family interventions, FRT facial affect recognition training, HFIT hallucination focused integrative treatment, MCT meta-cognitive training, SST social skills training, SUP supportive therapy. Dotted lines indicate low quality; continuous lines indicate medium/high quality. For FI-s, median ES is reported.

Annexe 8 : Heat map indicating efficacy profile of psychosocial interventions.

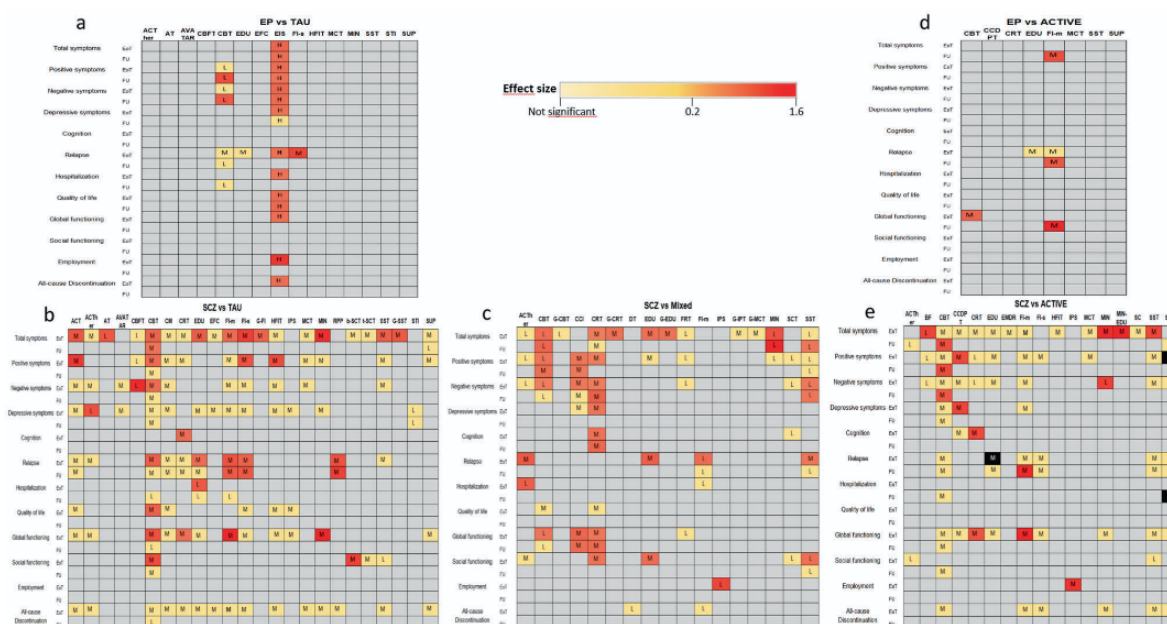


Fig. 2 Heat map indicating efficacy profile of psychosocial interventions. Comparisons versus treatment as usual in patients with early psychosis (a) and with schizophrenia (b), comparisons versus Mixed control groups in patients with schizophrenia (c), comparisons versus ACTIVE interventions in patients with early psychosis (d) and with schizophrenia (e). EP early psychosis, ACT assertive community treatment, ACTHer acceptance commitment therapy, AT adherence therapy, AVATAR AVATAR therapy, BF befriending, CBFT cognitive-behavioral family therapy, CBT cognitive-behavioral therapy, CCDPT computerize cognitive drill and practice training, CCI compensatory cognitive interventions, CM intensive case management, CRT cognitive remediation therapy, DT distraction techniques, EDU psychoeducation, EFC experience focused counselling, EIS early intervention services, EoT end of treatment, FI-m mixed family intervention, FI-s specific family interventions, FRT facial affect recognition therapy, FU follow up, G group intervention, HFIT hallucination focused integrative treatment, IPS individual placement and support, MCT meta-cognitive training, MIN mindfulness, RPP relapse prevention programme, b-SCT broad social cognition training, t-SCT targeted social cognition training, SCZ schizophrenia, SST social skills training, STI anti-stigma intervention, SUP supportive therapy, sympt symptoms. Quality indicated as high (H), medium (M), low (L). Black cells indicate intervention worse than control for that outcome. No evidence was available vs MIXED for early psychosis. For FI-s, pooled median ES across specific FI interventions is reported.

Annexe 9: | Analysis of Family Intervention for psychosis (FIp) compared to standard care (random-effects model).

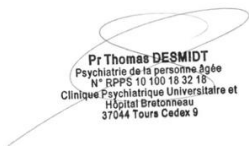
TABLE 3 | Analysis of Family Intervention for psychosis (FIp) compared to standard care (random-effects model).

	Outcome	Time of data collection	Trials k	Participants, n FIp/control	Estimate	Summary of estimate [95% CI]	Z, p	Favors FIp/control	Heterogeneity	
									Q test	I ² (%)
Service user	(1) Symptoms (BPRS; PANSS, SOPS)	End of treatment	4	129/130	SMD	-0.26 [- 0.61, 0.09]	1.5, p < 0.15	-	Q = 5.4, p = 0.14	45
		Up to 2 years follow-up	2	81/82	SMD	-0.85 [-1.05, -0.20]	2.6, p = 0.01*	Favors FIp	Q = 3.6, p = 0.06	72
	(2) Functioning (C/GAS)	End of treatment	4	87/88	SMD	0.74 [0.13, 1.36]	2.4, p = 0.02*	Favors FIp	Q = 10.0, p = 0.02	70
		Up to 2 years follow-up	1	25/24	SMD	0.22 [-0.34, 0.79]	0.8, p = 0.43	-	n/a	n/a
	(3) Relapse (num. of people hospitalized/relapse in symptoms/transition to psychosis)	End of treatment	7	303/291	RR ¹	0.58 [0.34, 1.00]	0.3, p = 0.05*	Favors FIp	Q = 12.13, p = 0.06	51
		Up to 5 years follow-up	3	242/232	RR	0.98 [0.32, 2.99]	0.0, p = 0.98	-	Q = 9.4, p = 0.009	79
	(4)Length of hospitalization throughout treatment /follow-up	End of treatment	3	81/80	SMD	-0.58 [-1.43, 0.27]	1.3, p = 0.18	-	Q = 6.1, p = 0.01	84
		Up to 2 years follow-up	2	33/43	SMD	-0.12 [-0.58, 0.35]	0.5, p = 0.62	-	Q = 0.0, p = 0.99	0
	Carer	(5) n of carers changed from high to low EE (CFI, FMSS)	End of treatment	2	27/22	OR ¹	16.76 [1.96, 143.44]	2.6, p = 0.01*	Favors FIp	Q = 0.42, p = 0.52
(6) EE: criticism (FQ, PRS)		End of treatment	3	94/97	SMD	-0.84 [-1.15, -0.53]	5.3, p < 0.001*	Favors FIp	Q = 31.1, p < 0.001	94
		Up to 2.5 years follow-up	1	10/11	SMD	-0.96 [-1.87, -0.05]	2.1, p = 0.04*	Favors FIp	n/a	n/a
(7) EE: emotional over involvement (FQ)		End of treatment	2	79/83	SMD	-0.08 [-2.14, 1.97]	0.1, p = 0.94	-	Q = 33.5, p < 0.001	97
		Up to 2.5 years follow-up	2	66/69	SMD	-0.45 [-1.94, 1.04]	0.6, p = 0.56	-	Q = 8.6, p = 0.004	88
(8) Communication conflict (FCS, FES, and clinician coding)		End of treatment	3	80/70	SMD	-0.44 [-0.77, -0.12]	2.7, p = 0.008*	Favors FIp	Q = 1.4, p = 0.51	0
(9) Caregiver burden (ECI)		End of treatment	3	135/139	SMD	-0.72 [-0.97, -0.47]	5.7, p < 0.001*	Favors FIp	Q = 17.4, p < 0.001	88
		Up to 2.5 years follow-up	3	122/125	SMD	-0.31[-1.53, 0.91]	0.5, p = 0.62	-	Q = 36.6, p < 0.001	95

BPRS, Brief Psychosis Rating Scale; CCT, Controlled Clinical Trial; (C) GAS, (Children's) General Assessment Scales; CFI, Camberwell Family Interview; ECI, Experience of Caregiving Questionnaire; FES, Family Environment Scale; FCS, Family Conflict Scale; FMSS, Five Minute Speech Sample; FQ, Family Questionnaire; GHQ-28, General Health Questionnaires; K-10, Kessler Psychological Distress Scale; PANNS, Positive and Negative symptoms Scales; PRS, Patient Rejection Scale, SOPS= Scale of Psychosis-Risk Symptoms.

Vu, le Directeur de Thèse, Pr Thomas DESMIDT

A Tours, le 30 septembre 2025



Pr Thomas DESMIDT
Psychiatre de la personne âgée
N° RPPS 10 100 18 32 18
Clinique Psychiatrique Universitaire et
Hôpital Bretonneau
37044 Tours Cedex 9

Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

Tauvel-Mocquet Félix

61 Pages- 1 tableau- 9 annexes

Résumé

Introduction : L'inclusion dans les soins, des familles de patients souffrant de schizophrénie est progressivement utilisée dans le monde depuis la moitié du vingtième siècle revêtant des aspects différents montrant l'évolution des connaissances sur la pathologie, l'impact du milieu familial de la maladie et inversement. Les recommandations internationales préconisent une prise en charge globale du patient en incluant son environnement, les interventions familiales sont indiquées.

Les objectifs dans ce travail sont d'identifier les indications et l'efficacité les mieux validés des différentes interventions familiales dans la schizophrénie sur la base d'une revue narrative de la littérature.

Méthode : Nous avons réalisé une revue narrative de la littérature en interrogeant les bases de données PUBMED et la Cochrane Library. Notre recherche a identifié quatre méta-analyses, regroupant plus de 260 essais contrôlés randomisés et méta-analyses, publiés entre 1971 et 2022.

Résultats : Les études sélectionnées étaient de bonne qualité méthodologique, avec notamment l'utilisation de méta-analyses en réseau qui ont renforcé la fiabilité des conclusions. Ces résultats confirment l'intérêt des interventions familiales dans la prise en charge de la schizophrénie, que ce soit à un stade précoce ou chronique.

Elles permettent une amélioration significative sur plusieurs aspects clés :

- 1) Réduction des symptômes et meilleure adhésion du patient au traitement,
- 2) Diminution du nombre de rechutes et d'hospitalisations,
- 3) Impact positif sur la santé mentale des aidants.

Discussion :

Les résultats de cette revue confirment que les interventions familiales devraient être intégrées dès le début de la prise en charge des troubles psychotiques. Les études démontrent clairement leurs bénéfices à la fois pour le patient et pour sa famille. En complément d'un traitement médicamenteux, ces interventions favorisent une meilleure implication de la famille et une compréhension plus profonde de la maladie, ce qui se traduit par une meilleure adhésion aux soins et, in fine, par de meilleurs résultats cliniques. Pour que ces bénéfices se concrétisent à plus grande échelle, il est crucial de faciliter l'accès à ces thérapies. Cela passe notamment par la formation des professionnels de santé et une meilleure promotion des interventions familiales auprès du grand public et des familles concernées.

Mots clés : thérapie familiale ; intervention familiale ; intervention psychosociale ; schizophrénie ; trouble psychotique ; aidants ; psychoéducation ; psychose précoce.

Jury :

Président du jury : Professeur EL HAGE Wissam, Psychiatrie Adulte, Faculté de Médecine - Tours.

Directeur de thèse : Professeur DESMIDT Thomas, Psychiatrie, Faculté de Médecine - Tours.

Membres du jury :

Docteur BARBE Pierre-Guillaume, Psychiatrie, Faculté de Médecine - Tours.

Docteur HARDY Antoine, Psychiatrie, Faculté de Médecine - Tours.

Date de soutenance : 31 octobre 2025