

---

## Contenu

La maladie	Préface Qu'est-ce que la schizophrénie ? Comment reconnaître la schizophrénie ? Comment s'assurer du diagnostic de schizophrénie ? Quelle est la fréquence de la schizophrénie et à quel âge apparaît-elle ? Quelles en sont les causes ? Quel est le pronostic à long terme ? Quel est le rôle des drogues et de l'alcool ? Résumé
Le traitement	Comment traite-t-on la schizophrénie ? Comment choisir la bonne médication ? Pourquoi certains patients hésitent-ils à prendre leur médication ? Quand les antipsychotiques sont-ils nécessaires ? Pendant combien de temps faut-il prendre les antipsychotiques ? La médication doit-elle être réellement poursuivie même après la disparition des symptômes aigus ? Qu'est-ce qu'un neuroleptique dépôt ? Quels sont les effets secondaires les plus fréquents du traitement ? Quel est le rôle du traitement psychosocial ? Résumé
Prévenir les rechutes	Quelles sont les causes des rechutes ? Comment peut-on déceler et prévenir les rechutes ? Résumé
Conseils pratiques	Que peuvent faire les patients et leur famille ? Conseils pour mieux vivre avec la schizophrénie Quel est le rôle de la famille ? Résumé
Les groupes psycho-éducatifs	Que sont les groupes psycho-éducatifs ? Résumé
Aspects légaux	Quels sont les droits du patient devant la loi ?
Annexes	Annexe 1 : Glossaire Annexe 2 : Associations et organisations Annexe 3 : Bibliographie

## La maladie

### Préface

Le présent manuel est destinée à fournir des informations aux personnes souffrant de schizophrénie et à leur famille concernant la nature de la maladie et son traitement. Ces informations sont particulièrement importantes dans le cas de la schizophrénie. En effet, beaucoup de préjugés et de concepts erronés circulent encore à propos de cette grave affection psychiatrique. En outre, la coopération de patients bien informés et de leur famille est encore plus importante, au plan du traitement, qu'elle ne l'est dans de nombreuses autres maladies.

Nous vous proposons un bref aperçu des éléments essentiels concernant la maladie. L'information est présentée de telle sorte que chaque chapitre puisse être lu indépendamment. Pour de plus amples renseignements, on pourra consulter des ouvrages plus détaillés et/ou participer à des

séances psycho-éducatives de groupes, des réunions avec d'autres patients, leurs familles, des médecins ou d'autres professionnels.

Souvent, les groupes d'entraide pour les patients et leurs familles se révèlent très utiles. On trouvera en annexe une liste d'adresses de ces groupes.

La collaboration entre les patients, leur famille et les professionnels peut améliorer significativement les résultats du traitement. Une information complète et détaillée de toutes les personnes concernées peut contribuer à créer ce partenariat. C'est le but de ce guide en ligne.

H. Lundbeck A/S remercie le Dr. Kissling du Département de Psychiatrie de l'Hôpital Universitaire de Munich, pour sa contribution au manuscrit original.

Merci également aux Professeurs John M. Kane et Nina R. Schooler pour leur aide et leurs conseils lors de la préparation de ce manuscrit original ainsi qu'aux membres de l'International Prelapse Advisory Board : Wolfgang W. Fleischhaker, Jes Gerlach, Michel Goudemand, Luis Salvador Carulla et Antony Hale.

L'adaptation française de cette brochure a été faite à partir de la traduction du manuscrit original, du Guide de traitement à l'intention des cliniciens réalisé sous la direction du comité de consultation canadien du programme Prelapse et de différents aménagements proposés par les membres des Advisory Board nationaux Belgique et Luxembourg.

Lundbeck espère que le module psycho-éducatif du programme Prelapse incitera de nombreux psychiatres à lancer des groupes psycho-éducatifs pour les patients schizophrènes et leurs familles.

## **Qu'est-ce que la schizophrénie ?**

Bien que les scientifiques ne puissent pas encore apporter de réponse définitive à toutes les questions concernant cette maladie, on sait que la schizophrénie n'est pas un " dédoublement " de la personnalité ni une personnalité " multiple ".

### **La schizophrénie est une maladie du cerveau**

Le cerveau étant l'organe avec lequel nous pensons, nous ressentons, nous interprétons nos perceptions et contrôlons nos actions, cette maladie affecte la pensée, les sentiments et les émotions tout comme la perception et les comportements. Toutes ces fonctions ne sont cependant pas perturbées au même moment et dans la même mesure. De nombreux patients schizophrènes semblent parfaitement normaux pendant de longues périodes.

Bien qu'elle ne touche pas à l'intelligence proprement dite de la personne, la schizophrénie occasionne souvent un certain nombre de déficits intellectuels qui perturbent notamment l'attention, la mémoire, l'apprentissage et le traitement de l'information. Ces déficits appelés " cognitifs " sont souvent présents dès le début de la maladie et diminuent la capacité de la personne à réagir avec son milieu de manière appropriée.

La cause de la schizophrénie n'est pas encore entièrement élucidée. Plusieurs facteurs jouent un rôle dans son apparition et son évolution. En général, on considère la schizophrénie comme un trouble résultant d'une interaction complexe entre une vulnérabilité biologique et psychologique d'une personne et le stress associé à son environnement. Ce modèle explicatif de la schizophrénie appelé modèle vulnérabilité-stress sera détaillé plus avant dans ce manuel.

## **Comment reconnaître la schizophrénie ?**

Les symptômes de la schizophrénie sont subdivisés en symptômes " positifs ", qui apparaissent souvent pendant un épisode schizophrénique aigu et qui sont une perturbation du fonctionnement cérébral normal et en symptômes " négatifs " qui sont des affaiblissement ou des pertes de fonctions normales.

## Les symptômes positifs les plus fréquents

- **Les hallucinations**

Les hallucinations sont des perceptions sensorielles qui ont leur source dans le cerveau de la personne plutôt qu'à l'extérieur. Les hallucinations sont causées par la maladie. Les patients schizophrènes entendent parfois des voix (hallucinations auditives) qu'une personne saine placée dans la même situation n'entendrait pas ou voient des choses (hallucinations visuelles) que personne d'autre ne perçoit. Ces perceptions sensorielles étranges sont souvent très perturbantes pour le patient qui éprouve parfois d'énormes difficultés à distinguer hallucinations et perceptions réelles. Pour le patient, les voix sont réelles et il peut donc agir en conséquence, parfois d'une façon incompréhensible aux autres personnes.

- **Les idées délirantes**

Il s'agit de convictions erronées constantes, non transitoires, qui ne sont pas partagées par d'autres et que le patient continue à considérer comme réelles même en présence de preuves démontrant le contraire.

Le patient peut être convaincu qu'il est poursuivi (délire de persécution), qu'il est Dieu (idées délirantes mystiques) ou qu'il est le centre (idées de référence) des événements qui se déroulent autour de lui. Ces convictions erronées sont dues à un trouble du fonctionnement cérébral. Habituellement, elles ne peuvent pas être modifiées par des faits ou des arguments; elle ne peuvent l'être que par le traitement. Le patient est souvent incapable de comprendre que ses convictions sont erronées et qu'il est malade. Les idées délirantes et les hallucinations sont réelles pour le patient. C'est pourquoi ses comportements et sa conduite sont souvent incompréhensibles aux personnes saines.

- **Les troubles de la pensée**

Les personnes souffrant de schizophrénie peuvent être incapable de penser ou de communiquer de manière logique. Leur pensée et leur discours deviennent désorganisés et difficile à suivre.

- **La perturbation de la perception de soi**

Il arrive que la personne atteinte perde le sens de son identité personnelle. La frontière entre lui-même et le milieu qui l'entoure se dissout. Cela se manifeste par exemple par la conviction que d'autres peuvent lire ses pensées, ou qu'ils peuvent introduire directement des pensées dans sa tête.

- **Les troubles du comportement**

Ces troubles peuvent se manifester par des comportements relativement bizarres ou injustifiés, qui peuvent aller jusqu'à l'hostilité et l'agression.

## Les symptômes négatifs les plus fréquents

- **Manque d'énergie et de motivation**

Le manque d'énergie est un symptôme négatif fréquent. La maladie peut causer une perte de vivacité, d'entrain et d'intérêt général chez le patient. Cela se traduit souvent par une incapacité d'assumer ses responsabilités à la maison, au travail ou à l'école.

- **Emoussement affectif**

Le patient perd sa capacité à ressentir et à exprimer des émotions. L'expression faciale est souvent réduite ou même absente.

- **Retrait social**

Les patients présentent souvent un manque d'intérêt envers leur milieu social et finissent par éviter tout contact social et même familial.

- **Pauvreté de la pensée**

Les patients peuvent devenir très peu portés à s'exprimer spontanément et peuvent présenter un ralentissement général de la pensée, voir même une absence d'idée.

## La dépression peut-elle être associée à la schizophrénie ?

L'humeur ou les sentiments dépressifs sont fréquents chez les patients schizophrènes. En outre, les patients peuvent se sentir découragés lorsqu'il réalise l'impact de la maladie sur leur vie. Le risque de suicide est plus important que dans la population générale. Les idées suicidaires doivent être prises très au sérieux et doivent inciter à chercher immédiatement de l'aide.

## Comment s'assurer du diagnostic de schizophrénie ?

La schizophrénie doit être diagnostiquée rapidement car au plus vite le traitement est instauré au plus de chance il a d'être efficace.

Cependant, la schizophrénie peut être difficile à diagnostiquer à ses débuts. Le début n'est pas toujours spectaculaire avec des symptômes classiques comme des idées délirantes, des hallucinations auditives et des troubles du comportements qui évoquent d'emblée le diagnostic de schizophrénie. Le début peut être insidieux et progressif. Des signes possibles d'une schizophrénie débutante peuvent être :

- retrait constant des relations sociales
- comportement bizarre et inexplicable
- présence de perceptions sensorielles inhabituelles
- déclin important et persistant des performances intellectuelles
- intérêt inhabituel et excessif envers la religion ou les sciences occultes

Dans tous les cas il faut faire appel à un spécialiste pour poser le diagnostic de schizophrénie. Ce dernier recherchera avec soins l'ensemble des critères qui permettent de poser le diagnostic de schizophrénie en interrogeant le patient et sa famille et en observant les comportements du patient.

## Quelle est la fréquence de la maladie et à quel âge apparaît-elle ?

Sur base des études réalisées un peu partout dans le monde, il semble qu'une personne sur 100 souffre de schizophrénie.

La maladie apparaît généralement au début de l'âge adulte. Chez l'homme l'âge moyen d'apparition des symptômes est d'environ 23 ans, bien que de nombreux cas se manifestent à la fin de l'adolescence. Chez la femme, les symptômes apparaissent vers l'âge de 27 ans en moyenne.

## Quelles en sont les causes ?

Bon nombre des premières théories sur les causes de la schizophrénie sont maintenant discréditées. Ces théories insinuaient souvent que certains dysfonctionnement à l'intérieur des familles, comme la présence d'une " mère schizophrénigène " ou une " communication à double lien " pouvaient directement provoquer l'apparition de la schizophrénie chez un des membres de la famille. Des études approfondies ont prouvé que ces théories étaient fausses.

Aujourd'hui, la recherche distingue des facteurs prédisposants et des facteurs déclenchants dans l'apparition de la schizophrénie chez un individu.

### • Les facteurs prédisposants

Tout d'abord il existe une **prédisposition génétique** dans certaines formes de schizophrénie. Le tableau 1 montre le risque héréditaire en fonction du lien génétique avec une personne schizophrène. L'hérédité cependant n'est qu'un facteur prédisposant parmi d'autres causes possibles. La maladie peut survenir même lorsqu'il n'existe aucun autre cas connu dans la famille; par ailleurs, le fait d'avoir plusieurs parents schizophrènes ne signifie pas pour autant qu'une personne développera la maladie.

## Etudes génétiques - tableau 1

◆ Prévalence dans des populations spécifiques	
- population générale	1%
- frère non-jumeau d'un patient schizophrène	8%
- enfant avec un parent schizophrène	12%
- faux jumeau d'un patient schizophrène	12%
- enfant avec les deux parents schizophrènes	40%
- jumeau monozygote d'un patient schizophrène	47%

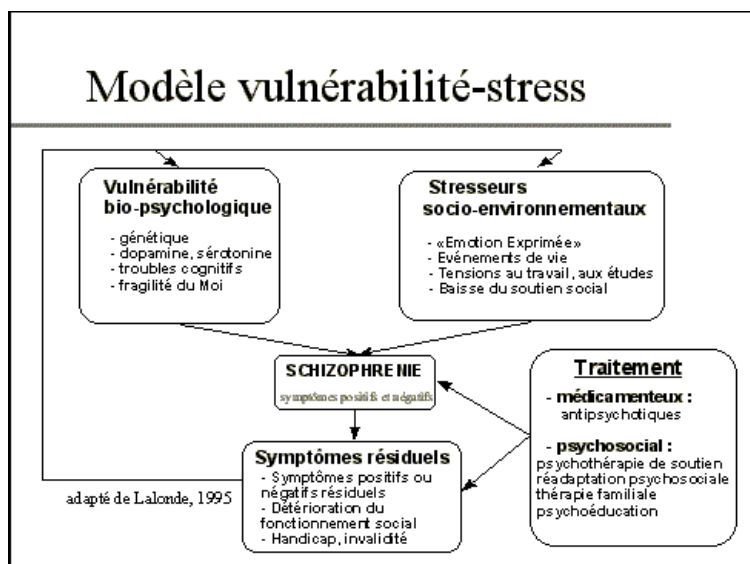
dans Kaplan et Sadock, édit. 1991

D'autres causes de la schizophrénie seraient d'origine biologique sans qu'elles soient héréditaires. Certaines données semblent indiquer que des facteurs intra-utérins ou périnataux, comme des **infections virales** ou des **complications lors de l'accouchement**, pourraient accroître le risque que le fœtus développe un jour une schizophrénie. Ces facteurs sont reconnus pour perturber les fonctions cérébrales normales parce qu'ils peuvent nuire au processus de développement neurologique.

### Le modèle vulnérabilité-stress

Le modèle vulnérabilité-stress est le modèle qui permet au mieux d'intégrer les connaissances actuelles sur la schizophrénie. Ce modèle postule que pour développer la maladie schizophrénique un individu doit présenter en lui préalablement une prédisposition d'ordre biologique et psychologique. Cette prédisposition le rend particulièrement vulnérable aux stress de son environnement. C'est l'interaction entre cette vulnérabilité et les stress de l'environnement qui pourrait déterminer l'apparition de la maladie et son évolution.

La maladie elle-même et ses séquelles éventuelles vont à leur tour accroître la vulnérabilité de la personne. Toutes ces interactions sont schématisés dans le tableau 3.



### Quel est le pronostic à long terme ?

La schizophrénie est une maladie chronique dont les symptômes s'améliorent généralement avec le traitement mais dont le risque de rechute reste élevé.

Le pronostic est variable d'un cas à l'autre. Il est largement amélioré par un traitement antipsychotique et peu l'être encore davantage si ce traitement est combiné avec des interventions psychosociales.

Sans traitement, de 60 à 80% des patients font une rechute moins de un an ou deux après l'apparition de la maladie. Un traitement antipsychotique de longue durée permet de ramener ces chiffres à 15-20%.

La plupart des patients récupèrent bien de leur premier épisode de schizophrénie. Malheureusement un grand nombre d'entre eux rechutent après avoir cessé de prendre leur médication. Chaque rechute a des conséquences pénibles pour le patient et son entourage et nécessite la plupart du temps une réhospitalisation. La récupération est plus longue et plus difficile à chaque rechute. Le risque de voir s'installer des symptômes résiduels et une incapacité permanente augmente également.

## Quel est le rôle des drogues et de l'alcool ?

En soi, la consommation de drogues ou d'alcool ne cause pas la schizophrénie. Toutefois ces produits agissent souvent comme de puissants déclencheurs qui entraînent l'apparition d'un premier épisode ou d'une rechute chez une personne prédisposée à la schizophrénie.

Toute personne souffrant de schizophrénie devrait s'abstenir d'alcool et de drogues, même douces.

L'abus de drogues et d'alcool est un problème malgré tout assez fréquent chez des patients schizophrènes et nécessitent en plus du traitement de la schizophrénie un traitement spécifique de la dépendance.

## Résumé

- La schizophrénie est une maladie du cerveau
- Une personne sur 100 environ souffre de schizophrénie
- La schizophrénie est diagnostiquée en parlant au patient (et à sa famille) et en observant son comportement
- La schizophrénie est le résultat d'une interaction complexe entre une vulnérabilité bio-psychologique et des stressors socio-environnementaux

Parmi les symptômes, on retiendra :

- **Les symptômes positifs :**
  - les hallucinations - le patient entend ou voit des choses qui ne sont pas réelles
  - les idées délirantes - de fausses convictions
  - les troubles de la pensée - le discours est désorganisé et difficile à comprendre
  - les comportements bizarres
- **Les symptômes négatifs :**
  - les troubles de l'attention
  - le manque d'énergie et de motivation
  - l'émoussement affectif - absence d'expression normale des émotions
  - le retrait social
  - la pauvreté de la pensée

# Le traitement

## Comment traite-t-on la schizophrénie ?

Les meilleurs résultats peuvent être obtenus par la combinaison d'un traitement médicamenteux (antipsychotiques) et d'un traitement psychosocial qui sera décrit plus loin dans ce chapitre.

Les antipsychotiques en général s'avèrent efficaces pour contrôler les symptômes positifs de la schizophrénie. Donnés de façon continue, ils ont une action préventive par rapport aux rechutes. Par contre leur effet sur les symptômes négatifs sont faibles.

Les antipsychotiques produisent leurs effets thérapeutiques en bloquant les récepteurs de la dopamine. Les antipsychotiques atypiques agissent à la fois sur les récepteurs de la dopamine et sur ceux de la sérotonine, un autre neurotransmetteur.

Vous trouverez en annexe une liste complète des antipsychotiques disponibles en Belgique.

Les traitements psychosociaux ont pour but d'aider le patient et sa famille à faire face à la maladie et aux problèmes qu'elle crée. De nombreux patients tirent profit d'un tel traitement même en phase de rémission. Le traitement le plus approprié dans le cas de chaque patient (psychothérapie de soutien, réadaptation psychosociale, thérapie familiale) sera choisi en concertation avec le médecin. Tout patient (et si possible sa famille) devrait participer à un programme psycho-éducatif après un premier épisode de schizophrénie afin de s'informer sur la maladie, son traitement et son évolution à long terme.

### **Comment choisir la bonne médication ?**

Comme chaque patient réagit différemment aux antipsychotiques - et il en existe beaucoup - il est indispensable de trouver le médicament et la posologie adéquats pour chacun. L'objectif est de combattre efficacement les symptômes de la schizophrénie en limitant les effets secondaires de la médication. Pour atteindre cet objectif, il faut du temps et il est parfois nécessaire d'essayer différents antipsychotiques.

Dans la plupart des cas, les antipsychotiques réduisent considérablement ou éliminent les symptômes positifs de la schizophrénie en moins de quelques semaines. En moyenne, l'amélioration d'un épisode aigu nécessite de quatre à six semaines. Il faudra encore une période de trois mois au moins pour ajuster la posologie et éventuellement modifier la médication pour trouver enfin l'antipsychotique offrant le meilleur effet thérapeutique avec le minimum d'effets secondaires.

A certains moments, le médecin pourra également prescrire d'autres médicaments, pour traiter l'anxiété, une dépression, des problèmes de sommeil ou d'éventuels effets secondaires persistants des antipsychotiques.

### **Pourquoi certains patients hésitent-ils à prendre leur médication?**

- Les patients souvent refusent de croire qu'ils souffrent d'une maladie et ne voient pas du tout la nécessité de suivre un traitement. De fait, l'absence d'autocritique est une caractéristique fréquente de la schizophrénie.
- Lorsqu'ils commencent à se sentir mieux, ils peuvent penser qu'ils n'ont plus besoin de médicaments surtout s'ils n'ont pas été informés sur la nature de leur maladie.
- Certains effets secondaires peuvent être gênants et particulièrement désagréables rendant difficilement supportable le traitement.
- Parfois, certains oublient tout simplement de prendre régulièrement leurs médicaments à cause de leur style de vie désorganisé ou de légers troubles de la mémoire.
- Certains patients craignent que les médicaments les dépouillent de leur personnalité ou contrôlent leur esprit. D'autres ne tolèrent pas le contact avec la réalité et préfèrent retourner dans leur monde délirant.
- En raison de préjugés sur les médicaments et sur la maladie l'entourage peut décourager les patients à poursuivre leur médication.

### **Quand les antipsychotiques sont-ils nécessaires ?**

La schizophrénie est une maladie grave et chronique, pour laquelle un traitement médicamenteux est indispensable. Si elle n'est pas traitée au moyen d'antipsychotiques, elle s'aggravera fort probablement. Il peut y avoir des rechutes fréquentes, avec de graves conséquences à long termes au plan du travail et de la vie sociale.

Le recours au traitement psychosocial sans traitement antipsychotique concomitant est non seulement inefficace mais peut également augmenter le risque de rechute en raison du stress que ces interventions peuvent provoquer chez les patients

Un patient qui souffre de schizophrénie doit être informé des avantages et des inconvénients du traitement médicamenteux et être suivi régulièrement pour évaluer sa fidélité au traitement et les résultats de ce dernier.

### **Pendant combien de temps faut-il prendre les antipsychotiques ?**

Ces médicaments agissent de deux façons. premièrement ils traitent les symptômes positifs et améliorent certains des symptômes négatifs pendant la phase aiguë de la maladie. Deuxièmement ils contribuent à prévenir les rechutes. Ils doivent dès lors être pris aussi longtemps que les symptômes positifs et négatifs sont présents, et même après la disparition de ces symptômes.

Après un premier épisode, il est préférable de poursuivre le traitement médicamenteux pendant un ou deux ans. A partir du second épisode, on continuera le traitement pendant au moins 5 ans. Le risque de rechute reste souvent élevé et il est possible que les antipsychotiques soient nécessaires pour une durée indéterminée, surtout si les rechutes ont été graves.

La durée du traitement dépend de l'analyse risques/avantages pour les patients.

Lorsque le traitement prophylactique des rechutes est interrompu trop tôt, pratiquement tous les patients récidivent.

### **La médication doit-elle réellement être poursuivie même après disparition des symptômes aigus ?**

Tant que les symptômes aigus et très pénibles d'une maladie persistent, il est clair pour la plupart des gens qu'un traitement est nécessaire. Lorsque les idées délirantes et les hallucinations ont disparu, cela devient moins évident. Même si les symptômes aigus ont disparu, il est essentiel qu'un patient schizophrène continue son traitement pour les raisons suivantes :

La schizophrénie est une maladie chronique qui est associée à un risque de rechute élevé pour le reste de la vie du patient. Un traitement antipsychotique de longue durée réduit la vulnérabilité du patient et le risque de rechute. En l'absence de traitement prophylactique à l'aide d'antipsychotiques, la plupart des patients rechutent.

Bien qu'il n'existe aucun traitement curatif pour la schizophrénie, il est possible de la traiter aussi efficacement que de nombreuses maladies chroniques, comme le diabète par exemple.

La décision de continuer ou d'arrêter le traitement devrait être basée sur une évaluation soigneuse et une discussion entre le médecin et son patient concernant la gravité et l'évolution de la maladie, les risques liés à une rechute et les effets secondaires du traitement médicamenteux. L'apparition d'une dyskinésie tardive (un effet secondaire caractérisé par des mouvements anormaux) est un facteur important, bien que pour de nombreux patients, les avantages liés à la poursuite du traitement soient nettement supérieurs aux risques, même en présence de cet effet secondaire. La dyskinésie tardive n'est généralement ni sévère ni évolutive; elle peut être améliorée si on administre la dose minimale efficace (voir rubrique "effets secondaires").

### **Qu'est-ce qu'un neuroleptique dépôt ?**

Chez les patients qui suivent un traitement préventif à long terme, l'observance thérapeutique peut être améliorée par des injections intramusculaires de neuroleptiques dépôts, puisque ceux-ci n'ont pas à être pris tous les jours.

Cette approche est particulièrement avantageuse pour les personnes ayant des difficultés à accepter leur maladie et ne voulant pas se voir rappeler leur état par la prise orale d'un médicament deux ou trois fois par jour.

Les neuroleptiques dépôt agissent selon le principe suivant : on injecte en une seule fois, en intramusculaire, la quantité de neuroleptique dont le patient a besoin pour une période de 2-4 semaines. La dose quotidienne nécessaire est libérée automatiquement dans la circulation sanguine à partir de ce "réservoir intramusculaire". Au plan des effets secondaires, cette libération régulière est probablement plus avantageuse que l'administration orale abrupte.

La procédure la plus courante avec les formes dépôt consiste à commencer le traitement d'un épisode aigu à l'aide d'antipsychotiques par voie orale puis à passer aux neuroleptiques dépôt dès que l'état du patient s'est stabilisé.

L'intervalle entre deux injections varie entre 1 et 6 semaines en fonction des patients et du médicament.

## Quels sont les effets secondaires les plus fréquents du traitement ?

Comme tous les médicaments efficaces et puissants, les antipsychotiques ont de nombreux effets, dont certains sont désagréables ou indésirables. Certains apparaissent au début du traitement et peuvent être réduits ou éliminés en modifiant les doses, en changeant d'antipsychotique ou en ajoutant d'autres médicaments (voir tableau IV). D'autres peuvent apparaître plus tard. En dépit des effets secondaires, les patients continuent à prendre leurs médicaments parce qu'ils se rendent compte que les conséquences d'une rechute sont plus graves que les effets secondaires. L'apparition d'effets secondaires ne nécessite habituellement pas l'interruption du traitement. Votre médecin vous aidera à évaluer si les avantages du traitement dépassent les inconvénients des effets secondaires. Certains problèmes que le patient interprète comme des effets secondaires (fatigue, manque d'énergie, dépression, problèmes de concentration ou de mémoire etc.) peuvent être des symptômes de la maladie : ils apparaissent également chez les patients non traités.

De nombreux patients sont perturbés lorsqu'ils lisent la longue liste d'effets secondaires possibles. Ces listes reprennent souvent des effets secondaires extrêmement rares. Il est conseillé d'en discuter avec votre médecin, qui vous aidera à replacer les choses dans leur contexte.

Les symptômes de la maladie ou les effets secondaires du traitement médicamenteux peuvent parfois entraîner des problèmes de coordination ou de concentration. Les patients devraient demander à leur médecin si la conduite automobile ou l'utilisation de machines dangereuses leur est autorisée.

Chaque patient réagissant différemment à un médicament donné, il faut un certain temps pour que le médecin puisse déterminer, en modifiant les doses ou en changeant le médicament, quel antipsychotique est le plus indiqué pour un patient particulier et cause le moins d'effets secondaires.

15 à 20% des patients sous traitement antipsychotique de longue durée (plusieurs années) risquent de développer une dyskinésie tardive. Cet effet secondaire est caractérisé par des mouvements involontaires affectant la bouche, les lèvres et la langue, parfois le tronc ou d'autres parties du corps.

Dans la plupart des cas, ces symptômes sont légers et réversibles; les patients n'en sont pas tellement incommodés. Dans de rares cas cependant, il se peut que ces effets secondaires soient sévères, persistants et invalidants. En raison du risque de dyskinésie tardive, les patients doivent être examinés régulièrement par leur médecin afin de vérifier qu'ils ne présentent aucun mouvement anormal. S'il constate certains mouvements anormaux, le médecin tentera d'évaluer avec le patient et sa famille si le bénéfice lié à la poursuite du traitement est supérieur à l'inconfort lié à la présence de ces mouvements. Heureusement, la dyskinésie tardive peut également s'améliorer, même si le patient continue à prendre des antipsychotiques, surtout si on administre la dose minimale efficace.

Effets secondaires les plus fréquents	Contre-mesures possibles
Spasmes musculaires	Anticholinergiques (bipéridène, benzotropine).
Rigidité musculaire, tremblements, impatience motrice	Diminuer les doses, anticholinergiques (bipéridène, par exemple), propranolol, changer le médicament.
Hypotension	Diminuer les doses, prudence en position debout, administrer le médicament le soir.
Sécheresse de bouche, vision trouble, constipation, difficultés à uriner	Changer de médicament, diminuer les doses, antidote.
Rash cutané, démangeaisons	Changer de médicament.
Sensibilité à la lumière solaire (coups de soleil)	Eviter le soleil, écran total.
Prise de poids	Régime, conseils diététiques, exercices physiques
Somnolence et léthargie	Diminuer les doses, ne pas conduire, prendre les médicaments ou les doses les plus fortes le soir.
Dysfonctionnement sexuel	Diminuer les doses, changer de médicament.

Règles irrégulières	Diminuer les doses, changer de médicament.
Ralentissement des mouvements	Diminuer les doses, changer de médicament ou antidote.
Problèmes de mémoire ou de concentration	Diminuer les doses, changer de médicament, éviter les correcteurs
Mouvements involontaires anormaux	Diminuer les doses, changer de médicament ou arrêter le traitement.

D'autres effets secondaires peuvent également apparaître mais ils sont, en règle générale, moins fréquents.

## Les nouveaux antipsychotiques

La recherche scientifique s'intéresse au développement de nouveaux traitements médicamenteux. Idéalement, ces nouveaux traitements devraient être au moins tout aussi efficaces que les traitements existants, être de plus susceptibles d'améliorer les patients qui sont peu aidés par les traitements existants et enfin présenter moins d'effets secondaires sérieux et gênants.

C'est ainsi qu'apparaissent en Belgique depuis 1996 une série de nouveaux antipsychotiques appelés " atypiques " qui, pour la plupart, ont effectivement un profil intéressant sur le plan des effets secondaires et représentent donc un progrès pour de nombreux patients sensibles notamment aux effets secondaires neurologiques des antipsychotiques classiques (rigidité, tremblements, dyskinésie tardive,...).

Cette nouvelle génération de médicaments semble prometteuse sur la qualité de vie des patients car leur action principale ne se fait pas via un effet sédatif ce qui serait plus favorable pour les fonctions intellectuelles, l'initiative en général et l'activité motrice.

Ces nouveaux traitements ont néanmoins leurs propres effets secondaires et ne sont indiqués qu'après une évaluation psychiatrique complète justifiant ou non leur utilité. Enfin, comme ils n'existent pas encore sous forme dépôt, ces nouveaux traitements ne conviennent pas aux patients qui prennent leur médicament de façon non régulière.

## Quel est le rôle du traitement psychosocial ?

Il est clair que la schizophrénie interfère de nombreuses façons avec la vie sociale de la personne atteinte. Les antipsychotiques agissent bien sur les symptômes positifs de la maladie et offrent une bonne protection vis-à-vis des rechutes. Toutefois, ils agissent moins bien sur les symptômes négatifs et sur l'inadaptation sociale liée à la maladie.

Il est admis actuellement qu'une approche psychosociale bien menée en complément avec la médication améliore de façon tout à fait significative l'adaptation sociale, le risque de rechute et la qualité de vie des personnes souffrant de schizophrénie.

En se référant au modèle vulnérabilité-stress de la schizophrénie, on peut schématiser les différents interventions thérapeutiques de la façon suivante :

- les antipsychotiques atténuent la vulnérabilité biologique de la personne
- les interventions psychosociales agissent
  1. en diminuant le stress auquel la personne est soumise
  1. en augmentant les capacités de la personne à faire face aux différentes situations sociales qu'il rencontre et aux événements de vie stressants
  2. en procurant à la personne un soutien social efficace

Tous les patients ont besoin d'un soutien psychothérapeutique qui les aide à accepter leur maladie et à affronter les effets de celle-ci sur leur vie sociale et professionnelle, les soutienne pendant les crises et les

motive à poursuivre les différents traitements nécessaires. Il ne s'agit pas d'une psychothérapie en " profondeur " qui bousculerait les défenses déjà fragiles de la personne mais d'une psychothérapie centrée sur le réel et les difficultés concrètes de la personne.

En plus du soutien psychothérapeutique, différentes interventions psychosociales ont démontré leur utilité.

- ***La thérapie familiale***

La participation de la famille au programme de traitement est toujours utile surtout si le patient vit dans sa famille. Dans certains cas des interventions familiales plus spécifiques seront nécessaires pour aborder des problèmes et des conflits que le système familiale ne parvient plus à gérer.

Quoiqu'il en soit les thérapeutes ne cherchent jamais à blâmer ou à culpabiliser les familles mais les invitent plutôt à devenir des collaborateurs éclairés pour la poursuite de l'ensemble des traitements.

- ***La réadaptation psychosociale.***

La réadaptation psychosociale peut contribuer à réinsérer progressivement les patients dans une vie sociale et professionnelle aussi normale que possible. Les patients peuvent aussi avoir besoin d'aide pour trouver la situation de vie qui leur convient le mieux - retour dans la famille, vie dans un foyer, dans un appartement supervisé, dans une habitation individuelle. La réhabilitation peut aussi comprendre une formation professionnelle, la recherche d'une occupation, d'un travail adapté, d'activité de loisirs, une guidance au niveau des finances etc... Les centres de réadaptation fonctionnelle, les centres de jour, les clubs psychosociaux, les initiatives d'habitations protégées, sont autant de structures qui ont été conçues pour offrir aux personnes concernées et à leur famille des services de réadaptation psychosociale.

- ***L'Entraînement aux Habiletés Sociales.***

De nombreux patients schizophrènes ont des difficultés importantes dans leurs relations interpersonnelles . Ces difficultés sont dues à des déficits dans leurs capacités à communiquer et à gérer les problèmes interpersonnels.

L'Entraînement aux Habiletés Sociales est une méthode structurée qui vise à enseigner les habiletés sociales nécessaires dans les relations interpersonnelles et à promouvoir le maintien et la généralisation de ces habiletés dans la vie réelle du patient.

Cette méthode a fait ses preuves dans l'amélioration de l'adaptation sociale des patients schizophrènes. D'origine anglo-saxonne, elle commence à être utilisée dans notre pays.

- ***La psycho-éducation.***

Les groupes psycho-éducatifs peuvent contribuer à une meilleure compréhension, de la part de toutes les personnes concernées par la maladie schizophrénique, de ses causes, de son traitement et de ses effets sur la famille. Dans ce processus, tous les aspects de la maladie sont expliqués de manière claire et détaillée afin que les patients et leur famille comprennent la maladie et son traitement. Des patients bien informés sont mieux motivés pour accepter un traitement à long terme. Un autre avantage de ce traitement de groupe est que les participants peuvent partager leur vécu émotionnel et s'entraider pour résoudre certains problèmes. Enfin, les groupes contribuent également à étendre les réseaux de soutien social.

## Résumé

La schizophrénie doit être traitée par des antipsychotiques associés à un traitement psychosocial. Un traitement médicamenteux adéquat permet une amélioration suffisante des symptômes pour que le médecin puisse introduire la psycho-éducation et les autres formes de traitement psychosocial. Les groupes psycho-éducatifs sont surtout utiles dans les semaines qui suivent la décompensation. La famille autant que les patients sont alors très motivés à en savoir plus sur ce qui leur a causé tant de désagréments. Bien informés, les patients et leur famille collaborent mieux avec le médecin et les autres thérapeutes et l'observance à long terme des différents traitements s'en trouve améliorée. Les groupes psycho-éducatifs permettent aussi d'aborder le risque de rechute à travers la mise en évidence des **signes d'alarme** et la mise en place d'un **plan d'action** en concertation avec le patient, sa famille ou son entourage et les différents intervenants professionnels (voir chapitre Prévenir les rechutes).

La schizophrénie est une maladie chronique qui requiert plusieurs formes de traitement : les professionnels devraient assurer au patient et à leur famille un soutien à long terme, la continuité des soins et des services aussi longtemps que nécessaire et surtout la coordination entre les différents intervenants et services offerts.

# Prévenir les rechutes

## Quelles sont les causes de rechutes ?

Une rechute est la réapparition des symptômes antérieurs de la maladie et nécessitent la plupart du temps une réhospitalisation. Les rechutes font partie intégrante de la schizophrénie et surviennent chez 60 à 80% des patients non traités.

Nous savons que la schizophrénie s'accompagne d'une vulnérabilité à développer des rechutes, dont l'importance varie d'une personne à l'autre mais qui peut la plupart du temps être contrôlée par les antipsychotiques.

L'arrêt de la médication antipsychotique est la cause principale de rechute. L'abus de drogue et d'alcool qui augmente la vulnérabilité biologique est aussi une cause importante de rechutes. Un niveau de stress trop élevé est également une cause de rechutes. Les stress peuvent être chroniques comme vivre dans une famille avec un haut niveau d'Emotion Exprimée ou aigus comme des événements de vie stressants. Un patient peut rechuter même s'il prend un traitement antipsychotique si le niveau de stress auquel il est confronté est trop élevé.

## Comment peut-on déceler et prévenir les rechutes ?

Les rechutes sont souvent précédées de signes avant-coureurs. Il s'agit de symptômes comme de l'insomnie, de l'agitation, des changements d'humeur, un retrait social plus marqué, des préoccupations excessives et qui surviennent de quelques jours à quelques semaines avant la rechute. Chaque patient a ses propres signes d'alarme qui réapparaissent avant chaque rechute. On trouvera ci-dessous une liste générale des **signes d'alarme de rechute** les plus fréquents.

Il est donc utile pour le patient et sa famille d'identifier ces signes d'alarmes spécifiques en se remémorant les périodes qui ont précédé les rechutes. Ce travail se fait avec l'aide du médecin ou d'un autre thérapeute en suivant une méthode qui est décrite dans une brochure qui accompagne le programme Prelapse.

Les patients, la famille et le médecin devraient également envisager, pendant les périodes de rémission, les mesures concrètes à prendre lorsque ces signes d'alarme commencent à se manifester et élaborer un **plan d'action**. On peut décider, par exemple, que le patient augmentera immédiatement la dose d'antipsychotique, qu'il n'ira pas travailler jusqu'à ce que les choses se calment, qu'il consultera au plus vite son psychiatre ou son médecin traitant. Devrait également être abordé ouvertement avec le patient ce qu'il autorise ses parents et son médecin de faire au cas où il refuserait de reconnaître qu'une rechute est imminente.

Malgré ce travail préalable, il n'est pas aisé de reconnaître une rechute imminente et de réagir adéquatement. N'hésitez pas à consulter votre médecin une fois de trop ou à demander conseil aux autres intervenants en cas de doute. Il est vraiment important d'éviter toute rechute.

---

## Signes d'alarme de rechute

---

- \* Tension et nervosité
  - \* Dépression
  - \* Insomnie
  - \* Agitation
  - \* Manque de concentration
  - \* Perte d'appétit
  - \* Troubles de la mémoire
  - \* Sentiment de persécution
  - \* Manque d'intérêt pour les amis
  - \* Sentiment d'être ridiculisé
  - \* Sentiment d'être l'objet de conversations
  - \* Perte d'intérêt pour les choses
  - \* Préoccupations religieuses (d'apparition récente)
  - \* Sentiment de malaise sans raison apparente
  - \* Hyperexcitation
  - \* Hallucinations auditives, visuelles
  - \* Sentiment d'inutilité
  - \* Comportement bizarres
-

## Résumé

La schizophrénie est une maladie associée à un risque élevé de rechute. En suivant un traitement de longue durée à base d'antipsychotiques, il est possible de réduire ce risque de 75% à 15%. Le risque de rechute ne disparaît cependant jamais complètement, même chez les patients qui prennent régulièrement leurs médicaments. Les rechutes peuvent être identifiées à un stade précoce, grâce à des signes avant-coureurs appelés **signes d'alarme de rechute**. Il est utile pour les patients, leur famille et leur médecin de décider à l'avance des mesures à prendre en cas d'apparition de ces signes d'alarme. Le patient n'étant en général pas en position de prendre les mesures nécessaires lorsqu'une nouvelle crise apparaît, il est primordial d'envisager, pendant les périodes de rémission, les mesures à prendre pour gérer la crise, avec le patient et sa famille et éventuellement de les consigner par écrit dans un **plan d'action**.

## Conseils pratiques

### Que peuvent faire les patients et la famille ?

Le préalable le plus important pour assurer le succès d'un traitement est d'amener le patient et ses proches à comprendre que la schizophrénie est une maladie grave du cerveau. Le patient tirera le meilleur bénéfice d'un traitement si sa maladie est diagnostiquée et traitée aux tous premiers stades. De plus le succès d'un traitement dépend de l'acceptation par toutes les personnes concernées - professionnels de la santé, patient, famille et amis - du fait que la schizophrénie est davantage qu'une crise existentielle et que son traitement requiert un effort concerté et volontaire de chacun. Le patient et ses proches doivent comprendre que la maladie ne peut être contrôlée que par un traitement combinant l'administration d'antipsychotiques à une approche psychosociale, et que leur collaboration est essentielle afin de s'assurer que le patient reçoive le traitement approprié.

En raison du degré de mobilisation que suppose le traitement d'une telle maladie, toute personne atteinte de schizophrénie devrait confier son cas à un médecin, de préférence un psychiatre, qui connaît bien la maladie, qui travaillera avec ses proches et en qui elle pourra avoir confiance. Le patient et sa famille devraient pouvoir discuter sans gêne avec le médecin choisi de toutes les facettes du traitement envisagé, et tout particulièrement de la prévention des rechutes à l'aide d'antipsychotiques et de directives à observer en cas de signes d'alarme de rechute.

Par-dessus tout, le patient et ses proches doivent comprendre qu'ils jouent un rôle de premier plan dans le traitement de la maladie. Par leurs comportements de tous les jours ainsi que par les gestes qu'ils posent les uns envers les autres, ils peuvent contribuer à modifier le cours de la maladie et à prévenir les rechutes. Voici une liste de conseils utiles à ce sujet.

### Conseils pour mieux vivre avec la schizophrénie

1. Les proches doivent comprendre qu'après un épisode aigu, le patient subit souvent une perte d'énergie et de motivation pendant une longue période. Cet état n'a rien à voir avec la paresse, car il découle directement de la maladie.
2. Le patient ne pouvant pas, en raison de sa maladie, faire face à trop de stimulations extérieures, on tentera de lui éviter les stimulations exagérées et le stress et on lui laissera le loisir de se retirer.
3. Les membres de la famille doivent s'efforcer de communiquer clairement et simplement avec le patient. Ils doivent être fiables dans leurs propos et leurs comportements. Ils doivent par ailleurs maintenir une routine quotidienne prévisible pour le patient et éviter toute critique et émotions exagérées.
4. Le patient et ses proches doivent tenter de trouver le juste milieu entre une stimulation excessive et une stimulation insuffisante. Il vaut mieux ne pas surcharger le patient d'obligations et d'activités, mais il faut s'assurer qu'il ne perde pas des capacités susceptibles d'être maintenues par des encouragements et de la pratique.
5. Les patients, la famille et le médecin devraient définir ensemble, pendant les périodes de rémission, les mesures à prendre si le patient décide subitement de ne plus suivre le traitement prévu ou présente à nouveau une aggravation des symptômes schizophréniques. Parfois, le patient est incapable de se

rendre compte immédiatement de la nécessité d'un traitement en raison de la nature même de sa maladie. Dans certains cas, la famille et le médecin doivent commencer le traitement contre la volonté du patient afin de l'empêcher de se faire du mal. Les détails de ce qu'ils doivent faire ainsi que la législation dans ce genre de situation sont présentés plus loin.

6. Les patients et leur famille peuvent obtenir des informations et une aide pratique auprès de groupes psycho-éducatifs ou de groupes d'entraide. Une liste des associations de groupe d'entraide est proposée en annexe.
7. Si un patient présente des hallucinations ou des idées délirantes, il n'est habituellement pas conseillé de tenter de le raisonner, car pour lui le phénomène a toute les apparences de la réalité. Il est plus utile de veiller à ce qu'il reçoive le plus rapidement possible les soins psychiatriques dont il a besoin.
8. Les patients et leur famille ne devraient pas se fixer d'objectifs irréalistes. S'ils ne sont pas atteints ou si la pression sur le patient est trop forte, cela peut en effet déboucher sur une aggravation de la maladie. Il est préférable de tenter d'atteindre l'objectif visé par petites étapes. Comme tout un chacun, les patients schizophrènes ont besoin d'encouragement. Ils ont besoins d'être félicités pour leurs réussites. Le renforcement positif peut s'avérer plus utile et plus efficace que la critique.
9. Les proches du patient doivent également prendre garde de ne pas présumer de leurs capacités. Ce n'est qu'en ménageant leur propre santé et en maintenant leurs activités et leurs relations d'amitiés qu'ils conserveront la vitalité nécessaire pour offrir le soutien voulu à leur parent malade. Ils ne pourront venir en aide efficacement s'ils ne pensent pas également à leur propre bien-être.

## Quels est le rôle de la famille ?

L'homme est un être social et la famille, les parents, les partenaires sociaux sont très importants pour lui. C'est d'autant plus vrai pour les patients schizophrènes, qui ont habituellement peu de contacts sociaux en raison de leur maladie et qui sont souvent très isolés. Ces patients ont besoin d'une aide urgente de la part de leur famille, en situation de crise naturellement mais aussi pour résoudre de nombreux petits problèmes quotidiens. Les patients schizophrènes ne pouvant souvent pas reconnaître le début de la maladie ou les premiers symptômes de rechute, la famille joue un rôle central au plan du dépistage précoce. Souvent, les parents sont les seuls à pouvoir veiller à ce que le patient soit traité à temps ou à ce qu'il continue son traitement prophylactique.

La famille doit donc être informée de tous les aspects de la schizophrénie, au même titre que le patient. En outre, elle doit se voir offrir l'aide de professionnels de la santé mentale, sous forme d'un soutien et de conseils pratiques. Cela se fera de préférence dans le cadre de groupes psycho-éducatifs, dans lesquels les familles de patients schizophrènes se rencontrent régulièrement et reçoivent des informations ainsi qu'une guidance professionnelle. Ces groupes étant formés de personnes confrontées aux mêmes problèmes, il est plus facile pour la famille du schizophrène de faire face au fardeau émotionnel et aux problèmes pratiques associés au fait d'avoir un parent souffrant de schizophrénie. C'est dans l'intérêt du malade, étant donné que des parents débordés ou émotionnellement stressés représentent à leur tour un fardeau émotionnel potentiel indésirable pour le patient schizophrène.

L'objectif des groupes psycho-éducatifs est de créer le partenariat indispensable entre le patient, sa famille et son médecin.

## Résumé.

Les facteurs sociaux ont une importance capitale pour le patient. Il est dès lors essentiel que la famille soit impliquée dans le traitement. Ses observations et sa connaissance du comportement du patient lorsqu'il est bien et lorsqu'il est malade peuvent, dans de nombreux cas, être cruciales pour lui garantir un traitement optimal. L'observation des modifications visibles du comportement du patient peut, en collaboration avec le médecin, contribuer à prévenir une rechute. Les groupes psycho-éducatifs peuvent également fournir des informations précieuses au médecin et faciliter le rôle positif de la famille.

# Les groupes psycho-éducatifs

## Que sont les groupes psycho-éducatifs ?

Les patients et leur famille se posent généralement beaucoup de questions concernant les causes, l'évolution, le traitement de la schizophrénie ainsi que la prévention des rechutes. Ces questions sont normalement évoquées lors des consultations avec le médecin ou dans des brochures d'information (comme celle-ci). Il existe toutefois une troisième possibilité, qui associe dans certaine mesure les deux solutions précédentes : il s'agit des "groupes psycho-éducatifs".

Les patients et leur famille ne participent pas au même groupe. On constitue en fait des groupes de patients et parallèlement des groupes de parents.

Dans ces groupes, les patients et leurs familles peuvent poser toutes les questions qu'ils souhaitent concernant la maladie. Les animateurs professionnels de ces groupes - habituellement un psychiatre, un psychologue, un(e) infirmier(e) ou un(e) assistant(e) social(e) - y répondront et évoqueront avec les membres du groupe tous les aspects importants de la maladie et de son traitement. Les membres trouvent également très utile de pouvoir échanger leurs expériences avec d'autres patients ou d'autres familles et s'aident mutuellement à résoudre leurs problèmes.

Le travail en groupe commence habituellement pendant l'hospitalisation du patient et se poursuit pendant les premiers mois de traitement ambulatoire. Généralement, 8-10 séances de groupe ont lieu à intervalle de 2-3 semaines. Par la suite, de nombreux groupes décident de poursuivre sous forme de groupes d'entraide sans animateur professionnel. Des études ont montré que les patients et les familles qui participent à ces groupes psycho-éducatifs sont non seulement mieux informés à propos de la maladie et de son traitement mais sont aussi plus à même d'y faire face; les rechutes sont d'ailleurs plus rares.

## Résumé.

Les groupes psycho-éducatifs sont un lieu où patients, familles et médecins échangent librement des informations et leurs expériences. Ces groupes sont habituellement lancés pendant la période d'hospitalisation du patient. A la sortie de l'hôpital, le patient et sa famille participent à plusieurs autres réunions, toutes les 2-3 semaines. Des études ont montré que les rechutes étaient moins fréquentes lorsque les patients et leur famille participent à ces groupes psycho-éducatifs.

## Aspects légaux

### Quels sont les droits du patient devant la loi ?

Il est généralement reconnu qu'un adulte a le droit de décider par lui-même s'il désire ou non se soumettre à une évaluation et à être traité. Dans la plupart des cas, une personne souffrant de schizophrénie pourra prendre elle-même cette décision, surtout si elle n'est pas à un stade aigu de la maladie. Cette décision doit reposer sur de solides informations comme celles fournies dans ce guide. Il peut arriver toutefois qu'en raison de son état, une personne ne soit pas en mesure de prendre une décision réfléchie. Dans un tel cas, elle pourrait être incapable de veiller elle-même à ses besoins ou pourrait même présenter un risque pour elle et pour les autres. Dans toutes les sociétés, il existe des lois qui autorisent l'examen et le traitement d'un patient sans son consentement, jusqu'à ce que celle-ci soit en mesure de prendre des décisions rationnelles ou que les risques découlant de son état s'atténuent.

En Belgique, ce type de situation est régi par la loi de la Protection de la Personne des Malades Mentaux de juillet 90. Cette loi met fortement l'accent sur la protection des droits individuels que toute personne possède à l'égard des risques d'hospitalisation involontaire injustifiée. Il faut toutefois savoir que cette loi a été conçue de façon à permettre aux médecins de protéger les patients contre les dangers qu'ils présentent pour eux-mêmes et pour les autres. Il est recommandé aux patients et à leurs familles de se familiariser avec cette loi et de confier à un avocat ou un psychiatre d'expérience le soin de les aider à en interpréter les dispositions.

# Annexes

## Annexe 1 : Glossaire

### - D -

Dépression : sentiment de tristesse persistante, pessimisme, perte de l'estime de soi, perte de goût aux activités.

Dyskinésie tardive : mouvements anormaux lents et involontaires de certains muscles (bouche, langue, lèvres). Un effet secondaire potentiel d'un traitement de longue durée par antipsychotiques (neuroleptiques). Elle peut également survenir dans d'autres parties du corps.

### - E -

Emotion Exprimée : concept anglo-saxon. Fait référence à une émotion caractérisée par un surinvestissement émotionnel qui se traduit par une hostilité et une critique excessive à l'égard du patient.

### - G -

Groupes psycho-éducatifs : groupes réunissant des patients schizophrènes ou des familles de patients schizophrènes dans lesquels un animateur professionnel - psychiatre, psychologue, infirmier(e), assistant(e) social(e) - répond aux questions des membres du groupe et évoque avec eux les principaux aspects de la maladie et de son traitement.

### - H -

Hallucinations : perceptions sensorielles fausses, sans influence de l'extérieur. Les patients peuvent entendre des voix (hallucinations auditives) ou sentir des odeurs (hallucinations olfactives) qu'une personne saine n'entendrait/ne sentirait pas. L'hallucination peut également être tactile : le patient a alors l'impression qu'on le touche.

### - I -

Idées délirantes : convictions personnelles erronées que les autres ne partagent pas. Convictions qui sont maintenues en dépit des évidences. Le patient a l'impression qu'il est persécuté, qu'il est Dieu, que tout tourne autour de lui, etc.

Injection intramusculaire : injection d'un médicament dans un muscle à partir duquel il est ensuite libéré dans la circulation sanguine.

Injection intraveineuse : injection pratiquée directement dans les veines.

### - M -

Médicaments antipsychotiques : aussi appelés neuroleptiques. Médicaments utilisés pour traiter les psychoses. La schizophrénie est un type de psychose.

Médicament dépôt : antipsychotique administré sous forme d'injection intramusculaire à longue durée d'action. Une injection est efficace pendant 1-4 semaines.

### - N -

Neurotransmetteur : messenger chimique élaboré au niveau des synapses et qui assure la transmission de l'influx nerveux. La dopamine et la sérotonine sont deux neurotransmetteurs.

### - O -

Oral : concernant la bouche. Prise orale d'un médicament veut dire prise par la bouche.

**- P -**

Paranoïaque : souffrant d'idées délirantes de persécution. Le patient croit qu'on essaie de lui faire du mal.

Phénomène de référence : sentiment d'être l'objet de discussions ou d'allusions lorsque ce n'est pas le cas.

Programme Prelapse : prelapse est l'abréviation des termes anglais "preventing relapse" qui veulent dire prévenir la rechute. Prelapse est un programme de traitement complet destiné aux patients schizophrènes et à leur famille, qui vise à réduire le taux de rechute et améliorer la qualité de vie. Prelapse propose une série d'outils pratiques à l'usage des patients et de leur famille.

Prophylactique : qui permet de prévenir la réapparition de la maladie ; traitement prophylactique.

Psychose : trouble mental entraînant des altérations profondes de la personnalité et du sens de la réalité. La schizophrénie est un type de psychose.

**- R -**

Réadaptation (ou réhabilitation) psychosociale : efforts visant la réinsertion sociale et professionnelle d'une personne souffrant d'une maladie mentale.

Retrait social : fait d'éviter les contacts avec les autres.

**- S -**

Symptômes négatifs : terme désignant des symptômes tels que manque d'énergie, affect émoussé, dépression, retrait.

Symptômes positifs : terme désignant des symptômes tels qu'hallucinations, idées délirantes, troubles de la pensée et comportements bizarres.

Synapse : région de contact entre deux cellules nerveuses

Système dopaminergique : ensemble des cellules nerveuses du cerveau entre lesquelles la dopamine fonctionne comme messenger chimique.

Système sérotoninergique : ensemble de cellules nerveuses du cerveau entre lesquelles la sérotonine sert de messenger chimique.

**- T -**

Traitement psychosocial : l'ensemble des interventions de nature psychologique et sociale qui aident un patient à récupérer un niveau de fonctionnement optimal et qui contribue à rendre son environnement plus soutenant.

## **Annexe 2 : Associations et organisations**

### **Associations et organisations locales : Belgique.**

Cette feuille est destinée à accueillir les informations concernant les associations locales présentant un intérêt pour le patient et sa famille.

Pour plus de renseignements, veuillez contacter la filiale belge de la firme Lundbeck.

Mr. Guy BIERMEZ  
Tél. : 02/251.08.91

#### **Similes Bruxelles et Wallonie.**

Similes Bruxelles et Hainaut : 02/511.19.08

Similes Liège : 04/343.21.30

04/365.64.69

087/37.61.56

Similes Namur : 081/40.09.12

081/73.18.30

081/43.44.53

Similes Ath : 068/28.55.01

Similes Luxembourg : 061/31.31.62

Similes Henri-Chapelle : 087/74.24.92

#### **Groupe Parole.**

Charleroi : 071/42.27.60

---

### **Associations et organisations locales : Canada/Québec/Montréal.**

#### **Association québécoise de la schizophrénie**

Hôpital Louis H. Lafontaine

Pavillon Bédard

7401 rue Hochelaga,

Montréal Québec H1N 3M5

Téléphone 514-251-4000 poste 3400

Télécopieur 514-251-6347

Courrier électronique : [AQSINFO@GLOBETROTTER.NET](mailto:AQSINFO@GLOBETROTTER.NET)

---

### **Associations et organisations locales : Suisse/Genève.**

#### **Association "Le Relais"**

Groupe de proches de personnes souffrant de troubles psychiques.

Maison des associations

15, rue des Savoises

CH-1205 Genève

Tél. (+41) 022 781 65 20

Fax: (+41) 022 781 65 21

### Annexe 3 : Bibliographie

Addington, D. Addington, J. et Maticka-Tyndale, E. "Assessing Depression in Schizophrenia : The Calgary Depression Scale" in *Br J Psychiatry*, 1993, n°163 (Suppl. 22), p.39-44.

Alexander, K. *Understanding and coping with schizophrenia*. Melbourne, Australie, WILKINSON Books, 1991.

Appleby, L. "Suicide in Psychiatric Patients : Risk and Prevention" in *Br J Psychiatry*, 1992, n°161, p. 749-758.

Bäumli, J. *Psychosen aus dem Schizophrenen Formenkreis*.

*Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige?* Berlin, Heidelberg, New York, Springer, 1994.

Barta, P.E., Pearson, G.D., Powers, R.E., et al. "Auditory hallucinations and smaller superior temporal gyrus volume in schizophrenia" in *Am J Psychiatry*, 1990, n°147, p.1457-1462.

Bland, R.C. "Longterm Mental Illness in Canada : An Epidemiological Perspective on Schizophrenia and Affective Disorders" in *Can J Psychiatry*, 1984, n°29, p.242-246.

Bellack, A.S. et Mueser, K.T. "Psychosocial treatment for schizophrenia" in *Schizophr Bull*, 1993, n°19, p. 317-337.

Benton, M.K. et Schroeder, H.E. "Social skills training with schizophrenics : A meta-analytic evaluation", in *J Consult Clin Psychol*, 1990, n°58, p. 741-747.

Braff, D.L. "Information processing and attention dysfunctions in schizophrenia", in *Schizophr Bull*, 1993, n°19, p. 233-259.

Breier, A., Owen, M., Wolkowitz, et al. "Neuroleptic responsivity of negative and positive symptoms in schizophrenia" in *Am J Psychiatry*, 1987, n°144 (12), p. 1549-1555.

DeJesus M.J. et Steiner, D.L. "An overview of family interventions and relapse on schizophrenia : A meta-analysis of research finding" in *Psychol Med*, 1994, n°24, p. 565-578.

Finzen, A. "Schizophrenie. Die Krankheit verstehen" in *Psychiatrie*, Bonn, Allemagne, Verlag, 1993.

Hell, D., et Fisher-Gestefeld, M. *Schizophrenen*, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, Springer Verlag, 1993.

Kane, J.M. "Drug Therapy : Schizophrenia" in *N Engel J Med*, 1996, n°334, p. 34-41.

Kissling, W. "Compliance, quality assurance and standards for relapse prevention in schizophrenia" in *Acta Psychiatr Scand*, 1994, n°89 (Suppl. 382), p. 16-24.

La schizophrénie - Guide à l'intention des familles. Ottawa, Ontario, Approvisionnement et Services Canada, 1991. Disponible à l'adresse suivante : Direction générale des communications, Santé et Bien être social Canada, Ottawa, Ontario, KIA 0K9.

Lalonde, P. et al. "Démystifier les maladies mentales" in *La schizophrénie démythifiée*, Montréal, Canada, Gaëtan Morin, 1995.

Lewine, R.R.J. "Gender and Schizophrenia" in Nasrallah H.A., et, *Handbook of schizophrenia*, vol. 3, Amsterdam, Pays-Bas. Elsevier, 1988, p. 379-397.

Malla, A.K. et Norman, R.M.G. "Prodromal symptoms in schizophrenia" in *Br J Psychiatry*, 1994, n°164, p. 487-493.

Malla, A.K. "Understanding Symptoms of schizonia" in *Can J Psychiatry*, 1995, n°40 (Suppl. 1), p. S12-S17.

McGuffin. P., Owen, M.J. et Farmer, A.E. "Genetic basis of schizophrenia" in *Lancet*, 1995, n°346, p.678-682.

McGuire, P.K. Shah, G.M. et Mirray, R.M. "Increased blood flow in Broca's area during auditory hallucinations in schizophrenia" in *Lancet*, 1993, n°342 p. 703-706.

Norman, R. et Malla, A. "Stressful life events and schizophrenia I : A review of the literature" in *Br J Psychiatry*, 1993, n°162, p. 161-166.

Norman, R.M.G. et Malla, A.K. "Dysphoric mood and symptomatology in schizophrenia" in *Psychol Med*, 1991, n°21, p. 897-903.

Robbins, T.W. "The case for frontostriatal dysfunction in schizophrenia" in *Schizophr Bull*, 1990, n°16, p. 391-402.

Schizophrenie : Informationen für Angehörige, OMS 1993.

Schizophrenia : Questions and Answers, Shore D, ed., 1990. Disponible à l'adresse suivante : National Institute of Mental Health, 5600 Fishers Lane, Rockville, Maryland 20857.

Smith, J. et Huncker, S. "Schizophrenia and Substance Abuse" in *Br J Psychiatry*, 1994, n°165, p.13-21.

Solomon. P. "The efficacy of case management services for severely mentally disabled clients" in *Community Ment Health J*, 1992, n°28, p. 163-180.

VASK Bern. Diagnose - *Bewältigung*. Eine information f. Angehörige und Laien, VASK - Vereinigung der Angehörigen von Schizophreniekranken, Postfach 140, 3084 Wabern.

Weinberger, D.R. "Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia" in *Arch Gen Psychiatry*, 1987, n°44, p. 660-669.