

CHAPITRE 4

Psychoéducation

En premier lieu, nous proposons d'aborder le concept d'éducation thérapeutique, puis de développer cette notion dans le cadre de la psychiatrie où le terme psychoéducation est plus particulièrement utilisé.

Lacroix et Assal [88], se référant au rapport de l'OMS pour la région Europe de 1998, soulignent que la définition de l'éducation thérapeutique se décline en quatre axes :

- l'éducation thérapeutique du patient devrait lui permettre d'acquérir et de conserver les capacités et les compétences qui l'aident à vivre de manière optimale sa vie avec sa maladie ;
- il s'agit par conséquent d'un processus permanent, intégré dans les soins ;
- l'éducation thérapeutique est centrée sur le patient. Elle implique des interventions de sensibilisation, d'information, de soutien psychologique et d'apprentissage de l'autogestion concernant la maladie, le traitement, les soins, le cadre hospitalier, l'organisation et les comportements de santé/maladie ;
- elle vise à aider les patients et leurs familles à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie.

D'Ivernois et Gagnayre [89] relèvent que l'éducation thérapeutique actuellement : « [...] est caractérisée par un véritable transfert planifié et organisé des compétences du soignant vers le patient et s'inscrit dans une perspective où la dépendance du malade fait progressivement place à sa responsabilisation et au partenariat avec l'équipe de soins » (p. 2). Lacroix et Assal [88] préfèrent, du reste, le terme de formation thérapeutique, puisqu'il implique de mettre en place des actions qui vont permettre aux patients d'acquérir des compétences précises, plutôt que le vocable d'éducation, qui peut renvoyer à des notions liées au fait de gouverner, conduire ou influencer l'autre.

D'abord appliquée à des pathologies chroniques telles que le diabète ou l'asthme, l'éducation thérapeutique est ensuite entrée dans le champ des maladies mentales telles que la schizophrénie, et plus récemment dans celui des troubles bipolaires [90]. Dans le cadre de la psychiatrie, le terme de psychoéducation peut notamment être défini comme un processus de formation d'une personne souffrant de troubles psychiatriques, dans des domaines visant le traitement et la réadaptation [91].

Repères historiques

Dans le domaine de la psychiatrie, la première moitié du XX^e siècle correspond à l'aire de l'institutionnalisation. Les personnes atteintes de maladies psychiques sont isolées de la communauté et résident dans des asiles. Elles sont considérées avant tout comme des patients, à savoir des personnes démunies et trop handicapées pour vivre dans la société. Les services dispensés, principalement selon le modèle médical, considèrent que les déficiences sont telles que les professionnels n'ont d'autre choix que d'assumer les responsabilités de toutes les décisions touchant la vie des personnes [92].

Dans les années 1950, l'introduction de la médication neuroleptique permet de diminuer la symptomatologie psychotique et de réduire le risque de rechute. Par la suite, le mouvement de désinstitutionnalisation débute, le lieu de traitement de la plupart des personnes atteintes de troubles psychiques sévères passant de l'hôpital à la communauté [93]. Cependant, certaines de ces personnes présentent des difficultés à gérer leur vie quotidienne au sein de la collectivité. Dans le but d'améliorer leurs capacités fonctionnelles, la réhabilitation psychiatrique se développe [92].

Les grandes lignes du champ de la philosophie et des interventions de la réhabilitation psychiatrique contemporaine commencent à être définies durant les 1960 et 1970 [94-96].

En 1980, Anderson, Hogarty et Reiss utilisent le terme « psychoéducatif » pour la première fois, afin de distinguer leur approche auprès de familles de patients atteints de schizophrénie de l'approche systémique traditionnelle [97]. Durant cette même décennie, des réseaux d'entraide mutuelle entre usagers s'imposent avec de plus en plus de puissance, s'appuyant sur une volonté d'indépendance, de liberté et de reprise du pouvoir d'agir sur le plan collectif [98].

L'atteinte du rétablissement est mise au premier plan par les patients, entre autres grâce à leurs publications [99-102]. Deegan [103] parle ainsi de son expérience de restauration : « [...] j'ai été transformée par mon parcours de rétablissement. J'ai utilisé tous les dons et ressources à ma disposition pour accomplir mon rétablissement [...]. Je peux utiliser ce que j'ai appris pendant le rétablissement pour mener une vie accomplie et intense. » (p. 75). De plus, les domaines de la recherche et de l'intervention favorisant le rétablissement sont aussi investis par les usagers [102, 104, 105]. Enfin, les professionnels développent également un intérêt pour ce sujet en élaborant notamment des programmes et des recommandations [106-108].

Au tournant du XXI^e siècle se dessine ainsi une nouvelle vision des soins auprès des personnes atteintes de difficultés psychiques dans laquelle les forces individuelles, les ressources de la communauté et l'entraide sont particulièrement valorisées.

Provencher [109] a construit un modèle intégrant à la fois la vision réformatrice des usagers et le regard des soignants. Selon l'auteur, le rétablissement est comparable à une médaille symbolisant l'expérience globale de santé. Le côté face se rapporte à « l'expérience de restauration dans un contexte de maladie » ; il est en lien avec la vision médicale du rétablissement (baisse des symptômes et

des incapacités). Le côté pile est celui de « l'expérience d'optimisation dans un contexte de santé », la vision des usagers est ici soulignée (croissance de la qualité de vie et redéfinition de soi). Par conséquent, les actions des professionnels, dont font partie les interventions psychoéducatives, ont pour but de favoriser la gestion optimale de la maladie et d'amplifier les forces de la personne.

Quelques principes

L'aspect relationnel est un point important à considérer dans le cadre de la psychoéducation. En effet, les interventions psychoéducatives prennent place dans le contexte d'une relation en développement, caractérisée par une alliance mutuelle, ce qui implique [110] :

- une identification de terrains d'entente communs ;
- un accord entre le patient et le soignant concernant les objectifs à poursuivre ;
- une approche ouverte, participative et égalitaire.

En outre, la personne atteinte psychiquement est inscrite dans des relations avec ses proches. Ces derniers, en instillant de l'espoir quant aux possibilités d'agir pour améliorer la santé, contribuent au rétablissement [111].

Dans le cadre d'interventions auprès des familles, les éléments suivants sont à considérer [112] :

- rester attentif quant aux perceptions des proches, car la manière dont ils appréhendent leur rôle peut affecter leurs capacités à faire face à des difficultés futures ;
- transmettre les éléments de psychoéducation en évitant d'utiliser le jargon médical ;
- donner des messages à la fois optimistes et réalistes ;
- reconnaître la détresse et l'isolement des proches ;
- offrir une aide pour résoudre les problèmes au quotidien ;
- fournir les informations psychoéducatives au moment requis ;
- évaluer systématiquement les problèmes perçus par les familles et leurs stratégies d'évitement ;
- inclure activement les proches dès le début du suivi et favoriser l'accession de l'équipe pluridisciplinaire à une supervision spécialisée.

Un autre point important à relever ici est en lien avec l'autodétermination et le contrôle. McCann [110] relève que le concept d'autodétermination est dérivé du principe moral d'autonomie. Dans le contexte des soins, l'autodétermination a été définie, entre autres, comme la participation des patients dans les décisions qui affectent leur vie en l'absence de contraintes des autres [113] et le droit de se déterminer de manière autonome en ce qui concerne leur propre bien-être [114]. Enfin, les personnes atteintes de troubles psychiques expérimentent différentes formes de perte de contrôle (hospitalisation non volontaire ou rechute).

Afin de favoriser l'autodétermination et l'augmentation du contrôle personnel, les interventions psychoéducatives fournissent :

- des informations pour connaître et comprendre la maladie ;
- des explications sur les soins et les traitements biopsychosociaux ;
- une aide pour développer des habiletés liées à la prévention des rechutes.

Dans le cadre de la psychoéducation, il s'agit de tenir compte des aspects liés à l'espoir et à l'estime de soi. En effet, l'expérience de la psychose peut altérer ces aspects, en particulier en raison de son impact sur la trajectoire de vie des personnes [115]. Les jeunes patients, par exemple, peuvent se retrouver dans une situation de dépendance vis-à-vis d'une équipe soignante ou de leur famille, alors qu'ils se situent dans une étape d'autonomisation.

Les éléments suivants peuvent protéger l'estime de soi et favoriser l'espoir :

- présenter les informations d'une manière non menaçante, en utilisant des termes aussi positifs que possible (vulnérabilité et rétablissement) [116] ;
- identifier les problèmes concrets du patient et l'aider à les résoudre ;
- consolider et développer son réseau social ;
- relancer sa trajectoire de vie.

La stigmatisation peut de même provoquer une baisse de l'estime de soi et une perte d'espoir. On distingue trois formes de stigmatisation [117] :

- la stigmatisation publique concernant les stéréotypes de la communauté ;
- la stigmatisation personnelle se référant à l'internalisation des idées préconçues sociétales par le patient et à leur application à sa propre situation ;
- l'évitement de l'étiquette conduisant à l'esquive de tout contact avec les services professionnels par une personne atteinte psychiquement, afin d'échapper aux stéréotypes négatifs auxquels elle adhère.

À ce propos, il est opportun de ne pas négliger le style de rétablissement par l'évitement (ou *sealing-over*), qui est considéré comme un évitement cognitif et comportemental de l'expérience et du diagnostic de la psychose, et qui s'oppose au style de rétablissement intégratif (intégration constructive de l'expérience de la psychose).

Il est à noter que ce sujet a fait l'objet de diverses recherches menées dans le cadre des premiers épisodes psychotiques [118-120]. Les résultats obtenus tendent à souligner que le style de rétablissement par l'évitement est lié à une réduction de l'engagement et qu'il conduit à une moins bonne évolution symptomatique et fonctionnelle. Ces recherches relèvent par ailleurs la nécessité de développer des approches adaptées pour ces patients qui ont fréquemment vécu des expériences négatives précoces durant l'enfance, ainsi que des attachements dénués de sécurité à l'âge adulte. Ces derniers présentent, de surcroît, une fragilité de l'identité et s'évaluent généralement de manière plus négative que ceux ayant intégré de manière constructive l'expérience de la psychose. Ils sont par conséquent plus particulièrement vulnérables à l'impact de la stigmatisation.

Dans le but de diminuer la stigmatisation, il est important de relever les quelques éléments suivants [110, 116, 121] :

- l'instauration d'un cadre thérapeutique sécurisant et axé sur la validation du vécu émotionnel ;
- la mise en exergue des symptômes et problèmes individuels, même au sein d'un groupe ;
- la recherche d'options thérapeutiques liées aux difficultés reconnues par le patient ;

- la normalisation de l'expérience de la psychose ;
- l'atténuation des stéréotypes ;
- le développement des contacts (rencontres, associations et groupes d'entraide) ;
- la transmission d'informations relatives aux différents degrés de la révélation de soi.

En fin de compte, il est à constater que l'expérience psychotique entraîne souvent un sentiment d'incohérence et une perte de sens. Le rôle du soignant est ici d'aider le patient à trouver une signification à sa maladie, afin de lui permettre de s'adapter de manière constructive au vécu de la psychose. Ce travail permet notamment à ce dernier de prendre en compte sa vulnérabilité et de développer ses ressources personnelles. Lorsque le patient réalise en cours de chemin que ses valeurs ne lui correspondent plus, il est alors nécessaire qu'il puisse en identifier de nouvelles, susceptibles de donner sens à sa vie.

Dans cette perspective, il est important de :

- respecter le modèle explicatif individuel, en donnant au patient des informations adaptées à celui-ci ;
- proposer des modèles explicatifs alternatifs au moment opportun ;
- identifier les valeurs présentes chez le patient et l'aider à faire le deuil de celles avec lesquelles il est alors en désaccord.

Pour résumer les différentes réflexions, soulignons quatre principes en lien avec la psychoéducation :

- la promotion de relations empreintes de respect et de réciprocité ;
- le développement de l'autodétermination et du contrôle personnel ;
- l'augmentation de l'estime de soi et de l'espoir ;
- la construction d'un sens de la vie et d'une identité différenciée.

La suite de ce chapitre aborde en premier lieu le sujet de l'évaluation. Puis, nous décrirons plus particulièrement différentes interventions psychoéducatives.

Évaluation

Préalablement aux interventions psychoéducatives, une phase d'évaluation est nécessaire. Elle permet de connaître la situation globale de la personne, ainsi que celle de ses proches et d'adapter ainsi le contenu, la forme et le rythme des interventions. Elle est initiale, puis continue.

Dans le cadre de cette évaluation, il est nécessaire d'appréhender l'état psychique du patient. Il s'agit de rechercher la présence de symptômes psychotiques positifs et négatifs, de perturbations de l'humeur, d'altérations des fonctions cognitives, de signes d'anxiété et de traumatismes. De surcroît, le contenu de la psychose est également à relever.

À noter à également que lors d'une période de crise, le patient peut être préoccupé par des problèmes immédiats. Les informations non prioritaires sont alors remises à plus tard et on porte un intérêt aux inquiétudes actuelles [110]. Quant aux proches, certains membres de la famille peuvent développer un état de stress aigu, spécialement lors d'incidents traumatiques à domicile [122]. Des

explications structurées sont alors à introduire de manière graduelle, en s'assurant qu'elles soient bien comprises quitte à les redire.

D'autre part, dans le décours d'un épisode aigu, il peut y avoir persistance ou réapparition de certains symptômes psychotiques, mais aussi émergence d'une anxiété sociale, de signes d'un état de stress post-traumatique ou encore d'une humeur dépressive et d'idées suicidaires.

Pour ce qui est de l'évaluation du patient, il semble aussi important de chercher à connaître sa situation biopsychosociale, spirituelle et culturelle, ainsi que celle de ses proches.

À ce sujet, on propose ici de développer plus spécifiquement la dimension culturelle ; en effet, les soignants, dans le cadre d'un groupe psychoéducatif ou au sein de leur cohorte de patients, rencontrent fréquemment des personnes émigrées. Il s'agit alors d'être attentif à des éléments que nous allons décrire.

Les expériences de la migration peuvent avoir un impact sur la santé psychique des patients concernés. Ces derniers ont peut-être vécu des deuils et des traumatismes ; certains se trouvent dans des situations de précarité, d'incertitude et d'insécurité ; le processus d'acculturation induit aussi un stress d'intensité variable.

Par ailleurs, des conflits risquent de naître entre soignant et patient suite à la méconnaissance des croyances, des valeurs et des représentations de l'autre [123]. Il est possible d'éviter ces conflits par des démarches facilitant la communication et visant l'intégration. Cohen-Émérique [124] en propose trois : se décentrer (comprendre sa propre identité socioculturelle) ; saisir le système de référence de l'autre ; entamer une forme de négociation-médiation. Le but souhaité est d'atteindre un accord minimal déterminant un espace commun d'entente.

Au sein de l'évaluation, il s'agit également de rechercher le modèle explicatif du patient, mais également celui de chacun des proches, car différentes manières de comprendre la problématique peuvent coexister.

À ce propos, on sera particulièrement attentif aux attributions présentes dans la famille, puisqu'elles peuvent être l'expression d'une souffrance et d'un épuisement des proches. De surcroît, il existe un lien entre certains types d'attributions présents dans l'atmosphère environnementale et les rechutes, ce que nous allons voir plus loin.

Une attribution des symptômes et des comportements du proche malade interne et contrôlable est corrélée avec des commentaires critiques dans l'environnement familial [125]. Par exemple, un membre de la famille peut déclarer, à propos de son proche malade : « Il ne fait pas d'activité, parce que c'est quelqu'un de paresseux ». Dans ce cas, les symptômes ne sont pas attribués à la maladie, ils sont rattachés à des aspects relatifs à la personnalité. Inversement, une attribution externe et incontrôlable est plus particulièrement en lien avec une surimplication émotionnelle. Un proche expliquera : « Il ne peut rien faire pour lui-même, car il est juste malade. Alors, je ne lui demande rien et je fais tout à sa place ». Enfin, les commentaires critiques et la surimplication émotionnelle sont deux composants de « l'émotion exprimée ».

L'émotion exprimée (EE)

L'EE est évaluée durant une entrevue avec un membre-clé de la famille. Les commentaires critiques, l'hostilité et la surimplication émotionnelle exprimés par le parent lorsqu'il parle de son proche malade sont mesurés. L'EE reflète les perturbations dans l'organisation familiale, le climat émotionnel et les modes de transaction dans l'ensemble de la famille. L'EE prédit de manière robuste et significative les rechutes, dans le cadre, notamment, de la schizophrénie [126].

Afin de prévenir une rechute du patient et d'aider la famille à conserver son rôle de soutien, les attributions sont remises en question dans des entretiens individuels ou lors de groupes multifamiliaux. Pour ce qui est des proches de patients atteints de schizophrénie, les programmes psychoéducatifs ont démontré un effet positif significatif sur le patient, avec une diminution des rechutes ou du taux de réadmission [127]. De plus, le fardeau des familles est allégé, et leurs stratégies pour faire face ainsi que leurs ressources sociales sont améliorées [128]. Enfin, l'étude de Sin, Moone et Newell [129] révèle que, dans le cadre de la psychose débutante, les besoins des proches sont spécifiques, ce qui implique une adaptation des approches familiales bien établies.

Lors de l'évaluation, le répertoire des stratégies de *coping* doit également être recherché. Il s'agit d'identifier les habiletés personnelles et relationnelles associées à la gestion de la santé et de la maladie. En répertoriant ces stratégies, le soignant souligne et encourage celles qui sont particulièrement efficaces et les problèmes qu'elles permettent de résoudre. En accord avec le patient, le développement d'autres habiletés cognitives et/ou comportementales peut être discuté et inclus dans l'agenda des futures séances [115].

Enfin, l'évaluation comprend également le fait de déterminer le degré de conscience morbide de la personne et de cerner la phase de rétablissement dans laquelle elle se situe.

Voici, énumérés, les différents éléments-clés liés à la phase d'évaluation :

- l'état psychique ;
- la situation biopsychosociale, culturelle et spirituelle ;
- les ressources personnelles et environnementales ;
- la connaissance et la compréhension de la maladie ;
- les attributions ;
- le répertoire des stratégies de *coping* ;
- le degré de conscience morbide ;
- la phase de rétablissement.

Modèle stress-vulnérabilité

Dans un premier temps, la personne est informée de l'origine biopsychosociale de la vulnérabilité à la psychose. Puis on fait un dessin illustrant les trois sphères biologique, psychologique et sociale en interaction (fig. 4.1). La personne peut alors inscrire les données liées à sa propre vulnérabilité dans le cercle correspondant.

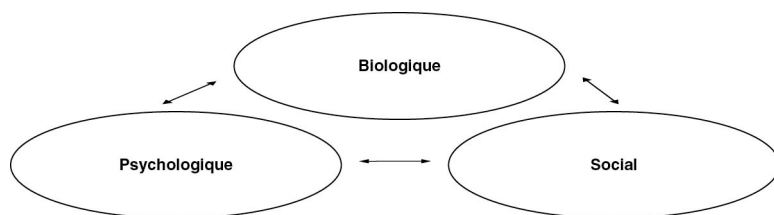


FIGURE 4.1. Les trois sphères.

Cas clinique

Antonia, 26 ans, relève que son grand-père avait également une schizophrénie. Pour ce qui est de l'aspect psychologique, elle note une faible estime de soi, une peur de déplaire et d'être abandonnée, ainsi qu'un évitement d'autrui lors de difficultés, et cela depuis l'enfance en raison de diverses privations. Ses parents ont émigré avant sa naissance, et elle a été élevée dans une structure familiale de type patriarcale très rigide.

Par la suite, on se sert du modèle stress-vulnérabilité (fig. 4.2). Il permet de noter les facteurs de stress personnels, puis de les mettre en lien avec la vulnérabilité individuelle. Enfin, on peut expliquer que les symptômes psychotiques sont une manière pour le psychisme de réagir face à un excédent de stress, certaines personnes étant plus vulnérables que d'autres.

Cas clinique

Antonia retient comme facteur de stress principal les rapports avec son mari. Séparée suite à des violences conjugales, elle prend soin de sa fille âgée de trois ans, Marjola, dont la garde lui a été confiée. Lorsqu'elle est en contact avec le père, celui-ci peut se montrer insultant. De plus, le cadre fixé de la fréquence et de la durée des visites n'est pas régulièrement respecté. Antonia relève, d'une part, ne pas arriver à s'affirmer face aux gens en général, et en particulier face à son mari ; d'autre part, elle est inquiète de sa maladie ayant très peur que les symptômes ne reviennent. En outre, elle souligne

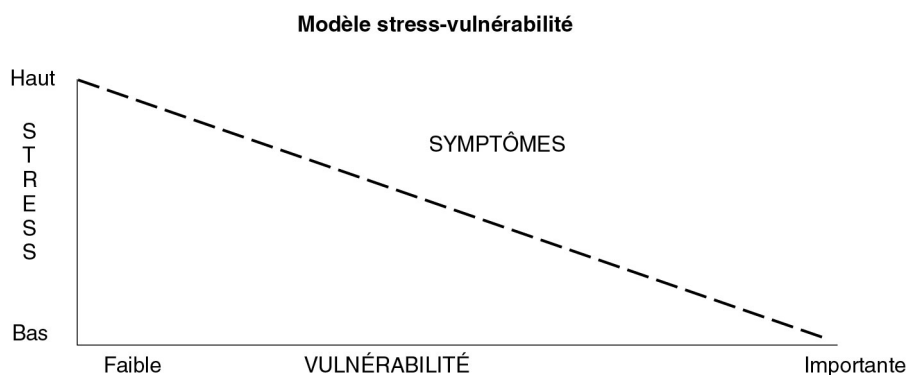


FIGURE 4.2. Modèle stress-vulnérabilité.

que son mari est le seul à être au courant de son trouble, car elle se sent honteuse et craint un rejet de la part de ses proches si elle leur en parle. Enfin, elle se sent dés-emparee pour comprendre et faire face à certains comportements de Marjola.

Il est important de montrer au patient les possibilités de contrôle que sa connaissance du modèle stress-vulnérabilité laisse entrevoir (par exemple, la médication permet de diminuer la vulnérabilité et de développer des stratégies pour faire face aux facteurs de stress).

Actions pour faire face

Pour les patients se remettant d'un épisode psychotique et subissant encore certaines difficultés (démoralisation, perte de confiance, symptômes négatifs, troubles cognitifs, diminution des capacités d'introspection), une démarche comportementale peut favoriser l'adaptation à cette expérience et le rétablissement. Le but visé est de rendre la personne témoin de ses succès et ainsi de modifier sa vision d'elle-même, du monde et du futur. En mettant en place des expériences graduées dans la vie de tous les jours, on l'aidera à remettre en question les croyances et les peurs [115].

Cas clinique

Antonia aimerait contacter un service de la petite enfance qui la soutiendrait dans son rôle parental. Comme elle n'ose ni téléphoner, ni rencontrer les intervenants, son soignant l'accompagne. Par la suite, elle se rend régulièrement seule aux rendez-vous avec Marjola, parce que l'attitude des professionnels rencontrés dans ce centre lui a permis de remettre en question certaines croyances en lien avec la peur de ne pas être acceptée.

Signature de la rechute

L'épisode psychotique peut conduire à une certaine confusion. En effet, les patients ont parfois de la peine à ponctuer dans le bon ordre les événements qui ont précédé la rechute. Afin de clarifier la chronologie des événements, il est souvent judicieux d'établir une ligne du temps, comme dans l'exemple ci-dessous.

Cas clinique

Il y a quatre mois, le mari d'Antonia perd son emploi. Depuis, il l'insulte beaucoup plus fréquemment. Une angoisse apparaît qui se manifeste par une augmentation de la consommation de cigarettes, une perte d'appétit et une diminution des activités avec ses amies. Ces dernières lui font des remarques, ce qui amène Antonia à les éviter. Elle rompt aussi les contacts avec les membres de sa famille. Des insomnies s'installent. Ses proches ne gardant plus Marjola certains jours de la semaine, la charge de travail est épuisante. Des sensations corporelles de courants électriques surviennent alors la nuit. Par la suite, Marjola crie et pleure plus fréquemment et plus longtemps, et

les voisins se plaignent. Antonia développe l'impression que ce qu'elle entend à la télévision ou à l'extérieur la concerne. Elle a l'impression de voir ses voisins dans la rue et d'être suivie. Puis, son mari ramène Marjola avec vingt-quatre heures de retard. Les jours suivants, les sensations corporelles de courants électriques augmentent et des hallucinations auditives apparaissent. Une amie se rend chez Antonia qui lui dit qu'un complot a été élaboré contre elle. Elle est conduite aux urgences psychiatriques.

On a relevé la ligne du temps effectuée avec Antonia : les événements de vie, ainsi que les modifications des émotions, des pensées et des comportements sont notés chronologiquement (fig. 4.3).

Pour élaborer la signature de la rechute, des liens sont établis entre les facteurs de stress et les symptômes prodromiques de la rechute récente et ceux des décompensations précédentes. En effet, certains événements critiques particuliers provoquent l'activation de schémas personnels, ce qui entraîne des changements émotionnels, cognitifs et comportementaux créant à leur tour un terrain favorable à la réémergence de symptômes prodromiques spécifiques. Ainsi, chaque rechute est précipitée par des problématiques similaires et se manifeste par des signes précurseurs analogues. La signature de la rechute met en lumière la vulnérabilité psychologique de la personne, qu'il est possible de diminuer grâce à une intervention thérapeutique.

Les schémas

Les schémas sont inconscients, stockés dans la mémoire à long terme et fonctionnent automatiquement, hors de la volonté et de la conscience du sujet. Ils interviennent comme guides dans l'interprétation de la réalité. Les informations peuvent venir renforcer les schémas préconstruits (assimilation) ou ceux-ci peuvent se modifier (accommodation) [130]. Les schémas régulent également les émotions, les croyances et les comportements. Alors que beaucoup de schémas se

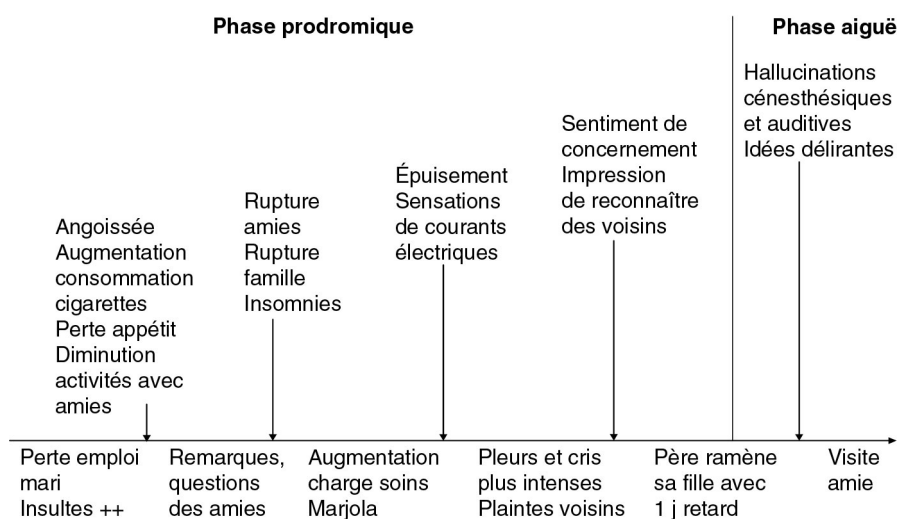


FIGURE 4.3. Ligne de temps (inspiré de COPE [115]).

constituent durant l'enfance et s'enrichissent d'expériences tout au long de la vie, ils sont aussi en mesure de se former ultérieurement. La thérapie cognitive a pour but de modifier les schémas inadaptés. Young [131] a repéré et décrit un certain nombre de schémas qu'il a nommés « schémas précoces inadaptés ». Ces derniers, constitués durant l'enfance et particulièrement autodéfaitistes, peuvent conduire au développement de troubles de la personnalité.

Cas clinique

Antonia relève qu'avant chaque rechute, elle rencontre des problèmes relationnels avec une ou plusieurs personnes (mari, collègues de travail, père). Lorsqu'elle se trouve dans des situations durant lesquelles elle reçoit des critiques, elle se sent très angoissée. Puis des pensées, associées à des croyances liées au fait d'être dénuée de valeur et indigne d'affection, émergent. Afin d'éviter un abandon ou un rejet, Antonia cherche alors à satisfaire les besoins et les attentes d'autrui, notamment en se soumettant. Il lui semble qu'elle réagit toujours de la sorte avec les gens, l'intensité de ses émotions étant en revanche variable. Des liens sont faits avec son enfance : celle-ci a été empreinte de négligences et de ruptures ; elles ont contribué à la formation de schémas personnels induisant une faible estime de soi et une peur de l'abandon.

Plan d'urgence et directives anticipées

En premier lieu, il s'agit de sélectionner des signes d'alarme individuels, ensuite de décrire leur évolution en fonction de leur intensité.

Voici la grille des signes d'alarme, effectuée avec Antonia ([tableau 4.1](#)).

Par la suite, le patient peut s'exercer à évaluer ses signaux d'alarme, en notant quotidiennement s'ils sont présents ou absents et leur intensité. On lui proposera de choisir un proche qui aura les rôles suivants : aider à reconnaître les signes d'alarme, avertir le patient de leur émergence, lui proposer de contacter son médecin s'il refuse de contacter lui-même l'équipe soignante [132].

Les signes prodromiques, les actions à entreprendre en cas de rechute, ainsi que les personnes et institutions impliquées sont mentionnés dans le plan d'urgence. Ce document écrit comporte également les informations importantes concernant le patient (traitement médicamenteux actuel, problèmes de santé, allergies, etc.). Les intervenants concernés sont informés et leurs coordonnées notées. Finalement, le document, en accord avec le patient, est à disposition des personnes impliquées.

Ci-après, voici un aperçu du **plan d'urgence d'Antonia**.

Mes signes d'alarme sont :

- troubles du sommeil (dès que je ne dors plus que six heures par nuit) ;
- alimentation irrégulière et insuffisante (dès que je ne mange plus que deux repas par jour) ;
- reprise de la consommation de cigarettes (dès que je recommence à fumer) ;
- diminution des activités avec mes copines (normalement je les vois tous les jours).

TABLEAU 4.1. Grille des signes d'alarme.

Signe d'alarme	Le signe d'alarme est :
1. Troubles du sommeil	<ul style="list-style-type: none"> – sévère, quand <i>je ne dors plus que quatre heures par nuit</i> – modéré, quand <i>je ne dors plus que cinq heures par nuit</i> – léger, quand <i>je ne dors plus que six heures par nuit au lieu de huit</i> – absent, quand <i>je dors entre huit et neuf heures par jour</i>
2. Consommation de cigarettes	<ul style="list-style-type: none"> – sévère, quand <i>je m'achète chaque jour deux paquets de cigarettes</i> – modéré, quand <i>je m'achète chaque jour un paquet de cigarettes</i> – léger, quand <i>je fume deux ou trois cigarettes par jour</i> – absent, quand <i>je ne fume pas du tout</i>
3. Alimentation irrégulière et insuffisante	<ul style="list-style-type: none"> – sévère, quand <i>je mange un repas tous les deux jours</i> – modéré, quand <i>je mange un repas par jour</i> – léger, quand <i>je mange deux repas par jour</i> – absent, quand <i>je prends trois repas par jour, tous les jours</i>
4. Diminution des activités avec les copines	<ul style="list-style-type: none"> – sévère, quand <i>j'ai des activités avec des amies une fois par semaine</i> – modéré, quand <i>j'ai des activités avec mes amies deux fois par semaine</i> – léger, quand <i>j'ai des activités avec mes amies un jour sur deux</i> – absent, quand <i>j'ai des activités tous les jours avec mes amies</i>

Dès que ces signes apparaissent **mon attitude** sera de :

- contacter et rencontrer mes intervenants de la consultation psychiatrique dans les 24 heures ;
- s'ils ne sont pas atteignables, contacter et rencontrer mon médecin traitant généraliste dans les 24 heures ;
- la nuit et les jours fériés ou en cas d'absence des intervenants habituels, me rendre aux urgences psychiatriques dans les 24 heures.

Mes symptômes psychotiques sont :

- des sensations bizarres ;
- l'idée que l'on parle de moi dans la rue et à la télévision ;
- l'impression de reconnaître les gens et d'être suivie ;
- des hallucinations, par exemple des sensations de courants électriques ou des voix.

L'apparition d'un de ces symptômes est une URGENCE, je contacte IMMÉDIATEMENT la consultation ambulatoire ou les urgences psychiatriques.

En ce qui concerne les directives anticipées (DA), ce droit a récemment été introduit dans les lois de divers pays. Elles donnent une place centrale au patient en favorisant l'autodétermination. En effet, les DA sont l'expression de la volonté libre et éclairée de toute personne qui anticiperait une possible perte de discernement [133]. En particulier pour les personnes ayant subi des mesures de contrainte répétées et qui restent opposées au modèle médical, les DA offrent un droit de décision ; elles ouvrent la porte à une autre forme de relation avec les soignants [134]. La thérapie cognitive basée sur les DA a été

élaborée notamment à partir des principes de l'entretien motivationnel. Par conséquent, les interventions mettent l'accent sur la responsabilité et les choix personnels, ainsi que sur l'exploration du vécu et des préoccupations du patient, grâce à un questionnement socratique [135].

Le questionnement socratique

Socrate a su développer au plus haut point l'art de modifier les convictions d'autrui, et ceci sans jamais moraliser ou conseiller de manière directive. Il avait pour habitude de questionner son environnement, en récusant les certitudes auxquelles il était confronté. Sous l'angle cognitivo-comportementaliste, la méthode socratique consiste à poser des questions formulées de telle façon qu'elles puissent stimuler le patient à rechercher, pas à pas et de lui-même, la solution au problème posé. Le travail du soignant n'est pas ici d'apprendre au patient à penser correctement, mais plutôt de l'amener à une réflexion prudente, fine et critique, visant à le mettre à l'abri de la subjectivité qui débouche trop souvent sur de la souffrance ou du mal-être [136].

Cas clinique

Voici un extrait des directives anticipées d'Antonia, élaborées conjointement avec son entourage, son équipe soignante et les intervenants du service de la petite enfance : « Ayant décrit mes signes avant-coureurs et mes symptômes psychotiques, je demande à mon amie Anna Dupont de m'avertir de leur présence et de s'assurer que je consulte mon équipe ambulatoire, mon généraliste ou les urgences. Anna Dupont m'accompagne sur le lieu de l'entretien, si elle le juge nécessaire ou si je le lui demande. Elle s'assure également que Marjola est confiée pendant ce temps à ma voisine, Céline Lafleur. Si je ne consulte pas, j'accepte qu'Anna Dupont contacte mes intervenants ou les urgences psychiatriques.

Si je présente des signes d'alarme ou des symptômes psychotiques, mes intervenants ambulatoires, mon généraliste ou les soignants des urgences psychiatriques évaluent la gravité de mon état psychique lors d'un entretien. En fonction de la gravité des symptômes, j'accepte que les soignants effectuent l'une des interventions décrites ci-dessous :

- réajuster le traitement médicamenteux, augmenter la fréquence des rendez-vous en ambulatoire ; me laisser ensuite rentrer chez moi auprès de ma fille ;
- réajuster le traitement médicamenteux, contacter mon mari pour qu'il garde Marjola (dans le cas où ce ne serait pas possible, joindre ma sœur), augmenter la fréquence des rendez-vous en ambulatoire, me laisser rentrer ensuite chez moi ;
- me demander d'aller à l'hôpital psychiatrique ; contacter mon mari pour qu'il garde Marjola (dans le cas où ce ne serait pas possible, joindre ma sœur). »

Traumatisme et psychose

L'expérience souvent traumatique de la psychose est traitée par les schémas personnels. Ces derniers s'en trouveront soit renforcés, soit modifiés d'une manière qui peut être constructive ou, au contraire, inadaptée. De plus, face à ce type de vécu, la personne ne va peut-être pas trouver dans son répertoire un schéma disponible pour s'adapter à cet événement [115].

La plupart des études rapportent qu'entre un tiers et la moitié des patients avec une psychose répondent aux critères d'un état de stress post-traumatique (ESPT) selon le DSM-IV ou l'ICD-10 [137]. La manière dont la personne perçoit l'événement traumatique, ses séquelles et ses symptômes est un élément important dans le maintien du trouble [138]. En effet, une perception négative du traumatisme et des symptômes de l'ESPT provoque l'émergence d'une série de réponses (évitement, engourdissement émotionnel ou symptômes négatifs) qui, à court terme, réduisent le stress, mais à long terme, empêchent tout changement cognitif et donc maintiennent le trouble [67].

Mueser, Rosenberg, Goodman et Trumbetta [139] ont élaboré un modèle interactif incluant le traumatisme, le stress post-traumatique et la maladie mentale sévère. Les auteurs posent l'hypothèse que l'ESPT aggrave la sévérité et le cours de la maladie. Cet effet est lié aux symptômes directs tels que l'évitement des stimuli liés au traumatisme, les reviviscences provoquant une détresse et l'hyperexcitation. De surcroît, il existe un impact indirect des corrélats de l'ESPT, comme l'abus de substances, la retraumatisation, ainsi qu'une alliance thérapeutique pauvre avec les soignants.

En regard de la psychoéducation, un travail de restructuration cognitive permet de développer un modèle explicatif adapté [67]. En complément, une approche liée à l'exposition (parler du traumatisme de la psychose et de son traitement plus ouvertement) contribue à la diminution des signes et réactions associés au traumatisme [140]. Le lien social est également un élément important : en effet, les comportements d'évitement mènent souvent à l'isolement, ce qui peut aggraver la maladie psychique ; un entourage qui est un appui minimise cet aspect. En outre, la personne, en appréciant des relations chaleureuses et respectueuses, court moins de risque d'être exposée à des événements qui la traumatisent à nouveau. Enfin, le développement d'un sentiment de confiance, à travers l'expérience de relations positives avec les autres, peut contribuer à améliorer les capacités du patient à établir et maintenir une alliance avec les soignants [139].

Différenciation de l'identité

Les interprétations concernant l'expérience psychotique sont en mesure de modifier la vision que la personne a d'elle-même et du monde. Par exemple, suite à un vécu traumatique, quelqu'un va se percevoir comme incapable/inacceptable. Des croyances liées au fait que les gens sont dangereux tendent aussi à émerger. L'impact du traumatisme de la psychose sur l'identité est d'autant plus important que la maladie survient pendant la période de formation de la personnalité. Il existe une relation significative entre traumatisme précoce et développement de traits de personnalité mal adaptés ; cela augmente le risque de développer un trouble psychopathologique à l'âge adulte en raison d'une vulnérabilité accrue [141].

Pour aider au rétablissement d'une identité positive, il est nécessaire que le patient puisse différencier les caractéristiques stables de sa personnalité, des symptômes de sa maladie et de ses réactions à l'épisode psychotique vécu.

Ce travail peut se faire grâce à l'utilisation de la ligne du temps-perception de soi. La technique inclut de dresser une ligne du temps et de demander au patient de décrire comment il se percevait avant de devenir psychotique, comment il se perçoit pendant la psychose aiguë, puis actuellement et dans le futur [115].

Cas clinique

Antonia trouve qu'avant de devenir psychotique, elle était sociable et nouait facilement des amitiés. De plus, elle était active et pleine d'énergie, malgré un manque d'estime de soi et une anxiété toujours présents. Pendant l'épisode psychotique, Antonia dit qu'elle était persécutée, méfiante, agitée, folle et incontrôlable. En ce moment, elle se considère comme seule, isolée et flemmarde. Elle se trouve aussi honteuse, nulle et incapable. À l'avenir, Antonia souhaiterait être à nouveau entourée d'amies et rencontrer de nouvelles personnes. Beaucoup d'activités égaieraient également ses journées. Alors, elle se sentirait sereine, confiante et compétente dans la maîtrise de sa vie.

Ci-dessous figure la ligne du temps-perception de soi construite par Antonia (tableau 4.2).

Dans un premier temps, l'attention du soignant se porte sur les termes utilisés par la patiente pour se décrire durant l'épisode. On lui explique que les idées de persécution font partie des symptômes de l'épisode psychotique aigu. Elles peuvent se développer dans un contexte de recherche de sens par rapport à des événements totalement inhabituels comme l'apparition d'hallucinations. Ces fausses croyances favorisent le développement de sentiments de méfiance et d'anxiété, qui entraînent à leur tour une modification des comportements habituels. Les informations sont présentées de manière normalisante, afin qu'Antonia soit capable de remettre en question les vocables de « folle » et « incontrôlable ». Par la suite, on s'intéresse aux descriptions liées au moi actuel. Une discussion avec Antonia permet de faire ressortir ses réactions à l'épisode psychotique aigu, comme le fait de s'isoler dans un but de protection. On lui dit qu'une baisse de l'énergie et de la motivation peut survenir dans le décours d'un épisode psychotique. Antonia poursuit actuellement une période de convalescence qui l'aide à retrouver des forces pour bouger à nouveau.

Il s'agit aussi de soutenir le patient dans sa réflexion sur ce qu'il appréciait chez lui avant l'épisode. Il peut formuler les traits qu'il souhaite voir revenir et ceux qu'il souhaite développer particulièrement dans le futur. Les indices de la

TABLEAU 4.2. Ligne du temps-perception de soi.

Avant la psychose	Pendant la psychose aiguë	Moi actuel	Moi futur
Sociable	Persécutée	Seule, honteuse	Sociable
Amicale	Méfiante	Isolée	Entourée
Active et énergique	Agitée	Flemmarde	Active
Sans valeur	Folle	Nulle	Sereine
Anxieuse	Incontrôlable	Incapable	Confiante, capable

présence actuelle de certains aspects souhaités de la personnalité sont relevés, même très minces, et ils sont renforcés. En dernier ressort, la personne est amenée à choisir un aspect d'elle-même qu'elle souhaiterait amplifier en priorité.

Cas clinique

Antonia souhaiterait retrouver son ouverture envers les autres, être à nouveau entourée et s'engager dans des activités. Concernant les aspects à développer dans le futur, elle souligne la confiance, la sérénité et le fait de se sentir capable de mener sa vie comme elle le souhaite. Antonia a déjà remis en route la plupart de ses activités quotidiennes. De surcroît, elle a recommencé à « chatter » sur Internet et envoyé quelques messages par mobile à ses copines et à des membres de sa famille. Bien sûr, elle a déjà revu Anna Dupont qui est sa meilleure amie. Elle a également mis en place une garderie pour Marjola avec l'aide du service pour l'enfance. Antonia est aussi capable maintenant, non seulement de se rendre aux rendez-vous de ce centre, mais aussi de l'appeler lorsqu'elle a des questions. Elle affirme que son côté sociable est celui qui lui manque le plus actuellement. Antonia pose donc l'objectif de revoir ses copines.
