

CHAPITRE 2

Engager le patient dans les soins

Cas cliniques

- Thibaud a 27 ans ; il a déjà été hospitalisé plusieurs fois en hôpital psychiatrique pour des épisodes psychotiques. Il habite une chambre dans une pension. Comme il ne prend pas son traitement régulièrement, son psychiatre lui a prescrit un traitement qui consiste en injections d'un neuroleptique retard tous les quinze jours. Lorsqu'il est assis, il présente des mouvements incessants des jambes. Ses mains ont un léger tremblement. Souvent, il parle seul dans la rue à des êtres invisibles et peut crier « laissez-moi tranquille ! ». Parfois, il donne des coups de pied dans la carrosserie des voitures. Ce comportement fait peur aux gens. Thibaud a déjà été arrêté plusieurs fois par la police et relâché. Les factures de carrosserie ont été adressées à son tuteur qui doit prélever sur son argent de poche pour les payer. Quand on demande à Thibaud s'il entend des voix, il répond que non, qu'il n'en a jamais entendu.
 - Colette a 19 ans ; depuis cinq mois, elle a cessé sa formation professionnelle. Elle reste enfermée à la maison où elle passe la plupart du temps allongée sur son lit à écouter de la musique ou à regarder la télévision. Elle se couche tard dans la nuit et se lève rarement avant 14 heures. Sa mère, qui vit seule avec elle, est très inquiète. Elle a fait appel au père de sa fille pour l'aider, mais finalement les efforts des parents pour faire sortir leur fille se sont avérés vains et ils se sont résignés. Les parents ne comprennent pas ce qui se passe et ne parviennent pas à obtenir d'explication de leur fille.
 - Clément n'établit pas de contact visuel. Souvent, dans la discussion, il grimace et marmonne. Quand on lui demande ce qui se passe, il dit qu'il ne se passe rien de particulier. Parfois, il se fige et ne dit plus rien.
 - Viviane est hospitalisée très régulièrement avec un discours incohérent. Dans ce discours, elle dit qu'elle ferait mieux de mourir. Souvent, elle est hospitalisée après une consommation excessive de cocaïne et de cannabis.
-

Il peut être très difficile pour les patients de s'engager dans les soins, soit parce qu'ils sont désespérés, soit parce que la nature des symptômes psychotiques les rend difficiles à exprimer, soit parce qu'ils ont peur des conséquences des informations qu'ils pourraient partager. Ils ont peut-être aussi des raisons normales de ne pas s'engager dans une relation thérapeutique : la crainte de parler de problèmes personnels, être confrontés à la nécessité de changer. Ils ont pu également avoir eu des contacts thérapeutiques désagréables ou négatifs par le passé.

Durant la phase d'engagement, l'intervenant va chercher à développer une alliance avec la personne. La construction de l'alliance thérapeutique consiste à :

- rencontrer le patient comme une personne à part entière dans une relation de collaboration à travers laquelle on recherche ensemble des solutions aux problèmes posés ;
- utiliser l'écoute active et une attitude empathique centrée sur ce que vit le patient ;
- se montrer chaleureux et intéressé à rencontrer le patient ;
- rester soi-même ou être authentique, c'est-à-dire être à l'aise avec le patient et les émotions qu'il génère en nous ;
- demeurer professionnel, c'est-à-dire dans une relation où l'intervenant a un statut professionnel, à savoir un cadre codifié par des lois, des règlements et une éthique et qui offre des services et des compétences dans une relation contractuelle tacite ou explicite contre un financement.

Le modèle du processus de rétablissement présenté ci-dessus a également des implications sur la relation thérapeutique, notamment :

- donner de l'espoir au patient sur la possibilité de se rétablir ;
- aider la personne à identifier ses ressources en tant que personne, ses points forts et ses faiblesses ; permettre au patient de distinguer ce qui fait partie de la maladie de ce qui fait partie d'elle ;
- favoriser l'autodétermination et les choix personnels ;
- identifier des buts à long terme de la personne et les étapes intermédiaires pour les atteindre ; fixer des objectifs intermédiaires réalisables.

Pourtant, l'alliance thérapeutique avec les personnes en phase de moratoire ou durant un épisode psychotique pose un certain nombre de difficultés particulières : le patient peut ne pas reconnaître qu'il est malade, qu'il a besoin de soins ou que certains symptômes fassent partie de la maladie ; le patient peut ne pas considérer comme problématiques certains comportements dérangeants pour l'entourage. Ces difficultés représentent un défi pour la construction de l'alliance thérapeutique :

- le patient bloque les tentatives de rentrer en contact avec lui, car il n'en voit pas la nécessité ;
- le soignant éprouve un malaise en étant face à des problèmes qui le dérangent ou lui font peur ;
- le patient peut accepter la relation mais n'exprime pas de demande d'aide ;
- le patient exprime des problèmes ou des difficultés mais ne parvient pas à s'engager dans une relation thérapeutique ;
- le patient s'engage dans une relation thérapeutique en refusant de considérer certains symptômes comme faisant partie de la maladie ou comme pouvant aggraver sa santé mentale ou physique (ex. : sous-alimentation liée aux craintes d'empoisonnement).

Dans ce contexte, le professionnel doit être clair avec les limites de ses actions. Le patient peut être dangereux pour lui-même ou pour autrui et, dans ce cas, la législation de la plupart des pays démocratiques prévoit l'hospitalisation non volontaire dans une unité psychiatrique. Il est alors important de se reporter à la législation en vigueur. Toutefois, il faut savoir que l'hospitalisation non

volontaire reste une expérience douloureuse pour le patient ; elle nuira peut-être à la suite de la relation thérapeutique. Il s'agit toujours d'une décision difficile qu'il faut parfois prendre rapidement en sopesant les avantages et les inconvénients. La meilleure alternative étant de rencontrer le patient en amont de la décision, quand il reste de la marge pour intervenir.

Le *case-management*

Les personnes atteintes de schizophrénie peuvent nécessiter une intervention intensive de type *case-management*, notamment dans les premières phases du processus de rétablissement [11-13]. Par la suite, par exemple dans la phase de reconstruction, le *case-management* reste important mais, le plus souvent, requiert moins d'intensité. Le *case-manager* est la personne qui a la responsabilité du suivi à long terme du patient.

Il doit pouvoir assurer un certain nombre de fonctions essentielles comme :

- l'accès et l'engagement dans les soins ;
- l'établissement d'une relation thérapeutique et d'un suivi à long terme ;
- l'évaluation de la personne ;
- la planification des soins et des services nécessaires ;
- la coordination des soins et services ;
- la vérification que les services ont été fournis ;
- l'évaluation des progrès ;
- le plaidoyer pour l'amélioration des services ;
- les interventions de crise.

Le *case-manager* est généralement un professionnel du monde sanitaire ou social. Il peut être infirmier, travailleur social, éducateur, ergothérapeute, psychologue ou médecin. Il travaille généralement dans une équipe interdisciplinaire ou est bien implanté dans un réseau de soins. Selon la taille du service et le nombre de médecins disponibles, ceux-ci peuvent n'avoir qu'un rôle de seconde ligne et n'intervenir que lorsque les professionnels de première ligne en ont besoin.

Le *case-manager* doit être accessible. Le patient et sa famille savent qu'ils peuvent le contacter si une crise survient. Il doit être flexible. Le *case-manager* va s'adapter aux besoins changeants du patient et de sa famille plutôt qu'appliquer des règles de manière dogmatique. Il doit savoir maintenir l'optimisme, promouvoir l'espoir et considérer le patient comme un partenaire activement impliqué dans le processus de rétablissement. Il doit posséder les compétences nécessaires aux fonctions décrites ci-dessus et être capable de travailler dans une équipe interdisciplinaire. Souvent, dans une équipe qui utilise le modèle *case-management*, les différents professionnels assument différents rôles, surtout si on se réfère au modèle de *case-management clinique* [14]. Ils auront un rôle de *case-manager*, un rôle professionnel et un rôle de spécialiste. Le rôle de *case-manager* est de remplir les différentes fonctions décrites ci-dessus, qui seront revues en détail dans cet ouvrage. Le professionnel dépend de la profession à laquelle il appartient. La prescription de médicaments ne peut être assurée que par un médecin. Le *case-manager* psychologue pourra faire appel

à un assistant social pour résoudre un problème de dette. C'est l'infirmier ou le médecin qui s'occupera d'une injection intramusculaire. Le rôle de spécialiste va dépendre des compétences spécifiques de chaque professionnel. Certains membres de l'équipe auront plus de compétences dans le domaine du traitement des hallucinations et d'autres sauront animer des groupes motivationnels pour les problèmes d'abus de substances. Certains seront plus habiles pour l'animation de groupes de patients et d'autres plus à l'aise dans le suivi d'un groupe de familles. Les responsables de l'équipe chercheront à avoir la palette des compétences nécessaires pour garantir les prestations qui permettent le rétablissement.

Case-management clinique

Phase initiale

- Engagement.
- Évaluation.
- Planification.

Interventions environnementales

- Lien avec les ressources de la communauté.
- Consultation avec les familles et les autres « aidants naturels ».
- Maintien et élargissement du réseau social.
- Collaboration avec les médecins et les hôpitaux.

Interventions sur le patient

- Thérapie individuelle intermittente en fonction des besoins.
- Enseignement des habiletés pour vivre de façon indépendante.

Interventions sur le patient et l'environnement

- Interventions de crise.
- Évaluation continue.

L'entretien de motivation

Comment gérer les difficultés particulières à la construction de l'alliance thérapeutique listées ci-dessus ? Une stratégie de base est d'utiliser une approche motivationnelle. L'entretien de motivation ou entretien motivationnel cherche à créer une relation thérapeutique centrée sur le patient dont le but est de l'aider à explorer et à résoudre l'ambivalence par rapport à un changement de comportement et le préparer au changement. Les principes de l'approche sont :

- exprimer de l'empathie ;
- éviter la confrontation ;
- gérer les résistances ;
- élargir les contradictions ;
- soutenir la confiance en soi et l'autodétermination.

L'entretien de motivation est fondé sur le modèle intégratif du changement proposé par Prochaska et DiClemente [15-17]. Ce modèle précise que les gens

changent par étapes et que chaque étape du changement requiert des interventions différentes adaptées au stade de changement. Il est important de reconnaître les différentes étapes du processus de changement et de fournir l'intervention appropriée pour aider la personne à passer d'une étape à l'autre au sein de ce processus. Le [tableau 2.1](#) présente les différentes étapes du changement et les interventions associées.

Phase de pré-considération

Durant cette étape, la personne ne voit pas la nécessité de changer. Elle ne pense pas que son comportement pose problème ou ne fait pas le lien entre son comportement et ses conséquences. Elle peut être si découragée qu'elle ne croit pas que son problème ait une solution. Elle n'est pas prête à s'engager dans un processus de changement, et il est important de la préparer à pouvoir envisager les avantages et les inconvénients du processus de changement. L'intervention-clé, dans cette étape, est d'établir la relation et de fournir de l'information. Créer une relation positive avec la personne et la rencontrer, là où elle est, sera un premier pas décisif. Parfois, la création de ce lien peut prendre du temps. Le soignant devra se montrer persistant et constant, même s'il y a de nombreux rendez-vous manqués. La création de ce lien peut impliquer que le professionnel rencontre le patient chez lui, dans la rue, dans un squat, dans un café. Durant cette étape, le professionnel va chercher à comprendre la position du patient tout en évaluant la situation, c'est-à-dire la symptomatologie, les conditions de vie et l'environnement social, les problèmes exprimés et observés. La création de l'alliance thérapeutique est capitale pour préparer les patients à accepter des soins. Ce n'est qu'une fois que le patient est prêt à écouter le professionnel que celui-ci va commencer à donner de l'information. Toutefois, la personne peut ne pas être prête à recevoir de l'information. Il est donc nécessaire de commencer par vérifier ou susciter l'intérêt.

TABEAU 2.1. Processus de changement.

Étapes de changement	Interventions
Pré-considération Ne pas voir la nécessité de changer	Engager la relation, fournir des informations, normaliser les symptômes psychotiques pour favoriser l'acceptation de la maladie
Considération Être ambivalent par rapport au changement	Effectuer une balance décisionnelle pour connaître les facteurs de résistance, réduire les facteurs de résistance
Préparation Développer la confiance dans les capacités à changer	Donner de l'espoir dans le succès. Soutenir le sentiment d'efficacité personnelle
Détermination, action Changer	Confirmer et s'engager dans la thérapie assure des succès dans les premières étapes
Maintien et prévention rechute	Réduire les vulnérabilités personnelles et augmenter les capacités de faire face au stress. Réduire l'impact des rechutes et travailler sur la capacité à faire face aux facteurs déclenchants

Fournir de l'information

Vérifier l'intérêt

- Seriez-vous intéressé à connaître... ?
- Que savez-vous au sujet... ?

Exemples : Seriez-vous intéressé à en savoir plus sur les possibilités de se rétablir de la schizophrénie ? Connaissez-vous les effets du cannabis sur la maladie ? Connaissez-vous des gens qui se sont rétablis de cette maladie ? Que savez-vous au sujet de l'efficacité des traitements ?

Présenter l'information de façon neutre

- Décrivez les faits et pas l'interprétation de ceux-ci.
- Exemples : la recherche montre que la moitié des personnes atteintes de schizophrénie peuvent présenter un rétablissement complet ou améliorer leur vie de façon substantielle [10]. Les études indiquent que chez les personnes atteintes de schizophrénie, qui prennent régulièrement leur traitement médicamenteux et qui consomment du cannabis, le risque de rechute à un an est de 40 % contre 20 % chez ceux qui ne consomment pas de cannabis [18].

Demander au patient d'interpréter les faits

- Que faites-vous de cela ?
- Qu'est-ce que cela signifie pour votre avenir ?

Phase de considération

La caractéristique principale de la phase de considération est l'ambivalence. La personne hésite, oscille entre l'envie de changer et celle de ne pas changer. L'intervention de base vise à élargir les contradictions et à résoudre le conflit lié à l'ambivalence. L'une des stratégies possibles est d'établir avec la personne ce qu'on appelle une balance décisionnelle, c'est-à-dire un bilan des pour et des contre du changement et du non-changement (tableau 2.2). L'intervention consiste à fournir une structure pour examiner le pour et le contre, écouter et

TABLEAU 2.2. Balance décisionnelle.

Si le problème persiste (définir le problème) :	
Avantages	Inconvénients
Si le problème s'améliore (définir l'amélioration) :	
Avantages	Inconvénients

conduire le patient à s'exprimer, à résumer les éléments conflictuels et à évaluer si la balance penche du côté des avantages ou des inconvénients.

La balance décisionnelle peut évoluer dans le temps ; c'est un outil utile à la prise de décision et destiné au patient. Ce qui importe, ce sont les décisions du patient et la façon dont il s'autodétermine. Si les avantages ou les inconvénients ne penchent pas en direction du changement, il est utile d'aider le patient à maîtriser les facteurs qui empêchent le changement ou de développer les compétences nécessaires pour pouvoir réduire les facteurs qui bloquent le changement.

Cas cliniques

- Viviane dit que le cannabis l'aide à se détendre et à se couper de ses soucis. Elle dit également que sa consommation régulière de cannabis l'empêche de réaliser ses projets et peut la rendre « parano ». Toutefois, elle voit plus d'avantages à consommer qu'à ne pas consommer. Lorsqu'on discute avec Viviane des autres stratégies à sa disposition pour se détendre et se couper de ses soucis, elle se montre très démunie. Il peut être utile de lui enseigner une méthode de relaxation avant d'aller plus loin dans le processus de changement.
- Thibaud dit que les voix le persécutent sans raison, mais il craint, si ces voix disparaissent, de se retrouver seul au monde. C'est cet argument qui l'empêche de s'engager dans une intervention pour réduire l'impact des voix sur son comportement. Il peut alors être utile d'aider Thibaud à rencontrer d'autres personnes à qui se lier avant de l'inviter à modifier sa relation avec ses hallucinations auditives.

Phase de préparation

Durant la phase de préparation, le patient doit développer sa confiance en sa capacité à s'engager dans un processus de changement, le rôle de l'intervenant étant de donner de l'espoir dans le succès et de soutenir le sentiment d'efficacité personnelle. Autrement dit, il s'agit de susciter l'expression de propos automotivants. Les propos automotivants peuvent être la reconnaissance du besoin de changer, l'expression d'une préoccupation envers la maladie, l'expression de l'intention de changer ou l'expression d'optimisme autour du changement.

Susciter des propos automotivants

Reconnaissance du problème

- Qu'est-ce qui vous fait penser que c'est un problème ?
- Quelles difficultés cela vous a-t-il causé ?

Préoccupations concernant le problème

- Cela vous préoccupe-t-il ? Comment, à quels niveaux ?
- D'autres personnes se font-elles du souci pour vous ? Qui et pourquoi ?

Intentions de changer

- Si tout allait bien pour vous, qu'est-ce qui serait différent ?
- Qu'est-ce qui vous fait penser que ce serait le moment de changer ?

Optimisme au sujet du changement

- Qu'est-ce qui vous incite à croire que vous pouvez changer les choses, si vous le voulez ?
- Si vous décidez de changer, qu'est-ce qui pourrait marcher pour y parvenir ?

Durant la phase de préparation, l'intervenant va également discuter avec le patient des conséquences du changement et comment s'y préparer. Par exemple, si Thibaud s'engage dans une intervention pour changer sa relation avec ses voix, il devra s'organiser pour se rendre à ses rendez-vous et donc s'acheter un agenda et des tickets de bus, et il devra apprendre à utiliser un agenda. Si Viviane veut réduire sa consommation de cannabis, il lui faudra peut-être rencontrer d'autres copains pour sortir.

L'utilisation de l'entretien de motivation oblige de développer des compétences dans la gestion des résistances au changement. La résistance est un comportement observable, fluctuant, qui ne fait pas partie de la pathologie mais qui est influencé par le comportement de l'intervenant. C'est surtout un signal pour changer de stratégie. Une résistance est un comportement non coopératif qui indique que la personne ne parvient pas à coopérer dans les conditions actuelles.

Gérer les résistances

Écoute réflexive

- Montrer de la compréhension pour la difficulté à changer. « Arrêter de fumer du cannabis, cela semble très difficile pour vous. »
- Exagérer la compréhension de la difficulté à changer. « S'engager à suivre un traitement efficace est vraiment trop dur, trop pénible pour vous, voire impossible. »
- Montrer de la compréhension pour l'ambivalence. « Vous avez de bonnes raisons de continuer à fumer, mais vous en avez d'aussi bonnes pour arrêter. »

Temporisation, réassurance

- Changer de sujet, parler d'autre chose.
- Souligner le contrôle personnel : « C'est vous qui décidez ».
- Accepter que le patient ne change pas sur ce point et voir si l'on peut parler d'un autre problème.

Élargir la signification

- Accord avec rotation. « Vous dites que le cannabis n'a pas d'effet sur la maladie, mais vous êtes souvent à l'hôpital. »
- Recadrage. Le recadrage consiste à changer le sens de la résistance ou à élargir celui-ci, par exemple en redéfinissant la résistance comme un comportement coopératif.

Gestion des problèmes liés à la conscience du trouble

L'étude pilote internationale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) identifie le manque de conscience du trouble comme le symptôme qui permet le mieux de discriminer la schizophrénie des troubles de l'humeur [19]. Dans cette étude, le manque de conscience du trouble était présent chez 85 % des patients. Néanmoins, ce symptôme n'est pas un critère diagnostique formel

dans les classifications diagnostiques actuelles, bien qu'il reste le critère définitif de la psychose dans la plupart des dictionnaires français.

David [20] conçoit la conscience du trouble comme un concept multidimensionnel qui comprend la reconnaissance de la maladie, la reconnaissance du besoin de traitement et l'attribution des symptômes à la maladie (fig. 2.1). Ces différentes dimensions de la conscience du trouble peuvent interagir avec une certaine indépendance. Une personne peut nier qu'elle souffre de schizophrénie mais accepter de prendre son traitement. Une autre peut accepter l'idée d'être malade mais refuser son traitement. Une troisième peut accepter l'idée d'avoir une maladie, prendre son traitement mais demander que l'on intervienne pour aller dire à ses voisins d'arrêter de l'insulter à longueur de journée, en leur attribuant le contenu de ses hallucinations auditives.

Il est probable que ces différentes dimensions requièrent des interventions différenciées. En effet, il est difficile d'accepter l'idée de souffrir d'une schizophrénie, surtout en connaissant l'image de cette maladie telle qu'elle est véhiculée par les médias. La schizophrénie est généralement perçue comme étant une maladie chronique, sans possibilité de guérison. Les personnes qui en souffrent sont vues comme dangereuses, imprévisibles, incompréhensibles, étranges ou repliées sur elles. Ces images sont transmises avec les moyens démesurés des grands groupes de presse, des télévisions ou des compagnies de production hollywoodiennes. Il est alors très difficile pour le simple clinicien de pouvoir contrer ces messages et fournir une information objective et réelle de la maladie. En ce qui concerne l'acceptation du traitement, il est essentiel de réduire au maximum l'aspect parfois traumatique des soins psychiatriques. C'est un fait que, la privation de liberté, le traitement forcé, le recours à la contrainte, l'attachement ou l'enfermement lors des périodes aiguës peuvent conduire à des réactions post-traumatiques dont la conséquence la plus dérangeante pour le traitement sera l'évitement des lieux de soins et le refus de traitement. Le problème majeur des hôpitaux psychiatriques est que le plus souvent, ils ne sont pas dotés de

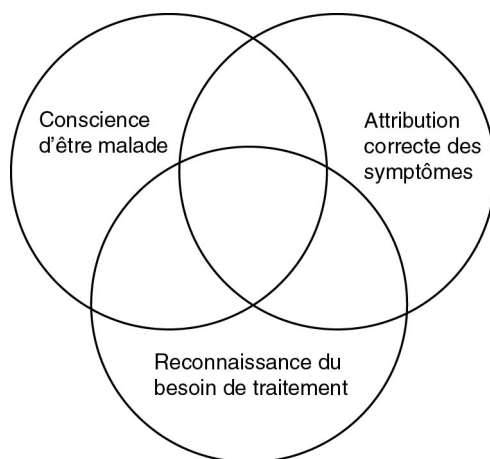


FIGURE 2.1. Concept multidimensionnel.

services de soins intensifs avec les effectifs infirmiers comparables aux unités de soins somatiques. Les soins aigus sont ainsi souvent réalisés au sein même des unités de soins, sans que les dotations soient adaptées aux problèmes présentés par les patients. Il est également essentiel d'éviter au maximum les effets secondaires désagréables des traitements médicamenteux et d'offrir des lieux de soins agréables et conviviaux. Cette dernière idée est souvent critiquée de peur que les patients s'institutionnalisent. Cette critique était probablement recevable à l'époque où la psychiatrie n'avait pas d'autre alternative que de fournir l'asile à des personnes exclues de la société. La disponibilité de nombreux traitements psychosociaux validés, les résultats démontrés et l'espoir dans le rétablissement ont complètement changé cette perspective.

La conscience du trouble a été beaucoup étudiée, soit en lien avec des variables psychosociales ou des variables neuropsychologiques, mais rarement avec des variables combinées. Des études ont montré que la conscience du trouble est associée à l'estime de soi, par exemple, ou aux déficits neuropsychologiques. Cependant très peu d'études ont comparé l'impact pondéré ou relatif de ces différentes variables. Si la conscience du trouble est associée à des déficits neuropsychologiques [21] et à des biais cognitifs qui empêchent l'intégration de l'expérience, l'intervention ne sera pas la même que si la conscience du trouble est associée à des stratégies psychologiques [22,23] pour préserver son estime personnelle ou maintenir une conception positive de soi. Il devient urgent de développer des modèles de compréhension qui intègrent le modèle neuropsychologique et le modèle psychologique. Il est possible d'imaginer que le fonctionnement neuropsychologique et le fonctionnement psychologique interagissent pour déterminer la conscience du trouble. Green et al. [24] estiment que le bon fonctionnement neuropsychologique prédit d'abord une bonne conscience du trouble, notamment pour reconnaître que les symptômes font partie de la maladie. Ce qui n'empêcherait pas les patients ayant un bon fonctionnement neuropsychologique d'utiliser le déni pour faire face à leurs difficultés et ainsi démontrer une mauvaise conscience du trouble. Une telle formulation suppose que les personnes ayant de faibles performances sur le plan neuropsychologique vont présenter une pauvre conscience du trouble. Des études confirment que les patients avec des déficits neuropsychologiques présentent une conscience du trouble faible ou modérée, alors que ceux qui n'ont pas de déficits neuropsychologiques présentent soit une très bonne, soit une très mauvaise conscience du trouble [25, 26]. Les patients avec peu de déficits neuropsychologiques peuvent ou bien montrer une bonne conscience du trouble, ou bien nier la maladie pour des raisons plus psychologiques.

- **Déficits neuropsychologiques** : réduction de l'efficacité des fonctions psychologiques de base comme l'attention, la mémoire, la planification. Dans la schizophrénie, ces déficits apparaissent chez 50 % des patients. Ils existent avant l'apparition de la maladie et ont une influence sur les altérations du fonctionnement social, professionnel et personnel.
- **Biais cognitifs** : erreurs de raisonnement, tendance à interpréter les événements de façon partielle ou déformée. Les biais de raisonnement sont, quant à eux, associés aux idées délirantes.

Cas clinique

Clément reconnaît qu'il a une schizophrénie et prend régulièrement ses médicaments. Pourtant, il a de la peine à expliquer ses comportements étranges comme marmonner ou éviter le contact visuel. Il fait souvent référence à des contacts avec un parent. Toutefois, selon l'anamnèse, ce parent serait décédé depuis plusieurs années. De temps à autre, il dit aussi que les gens contrôlent son regard et lui donnent des indications avec le doigt. Mais, lorsqu'on essaie d'en savoir plus, il fait comme si l'interlocuteur était au courant de la situation.

En ce qui concerne l'acceptation de la maladie, les professionnels apprécient souvent que les patients acceptent leur maladie en disant « je suis schizophrène » ou « je suis psychotique ». Cette manière d'intégrer la maladie est dangereuse pour plusieurs raisons : premièrement, les maladies « qu'on est » sont définitives. « On *est* cardiaque » mais « on *a* un infarctus ». Deuxièmement, lorsqu'on est une maladie, c'est probablement plus difficile de se rétablir, car on se confond avec la maladie et cela empêche de distinguer ce qui fait partie de soi de ce qui fait partie de la maladie et donc de s'appuyer sur sa partie saine. Troisièmement, cette confusion risque d'augmenter le risque de dépendance avec le système de soins. Elle réduit les possibilités de s'autodéterminer et de prendre la responsabilité du processus de rétablissement. Souvent, pour les professionnels, il est difficile de traiter les personnes qui nient leur maladie en disant « je ne suis pas schizophrène » ou « je ne suis pas psychotique ». Là, le problème se pose de clarifier s'il s'agit d'une conséquence de déficits neuropsychologiques ou d'un problème de déni psychologique de la maladie. Dans ce second cas, la non-acceptation de la maladie peut être une tentative de préserver l'estime de soi ; les stratégies de *normalisation des symptômes psychotiques* peuvent être utiles. Dans le cas de déficits neuropsychologiques, il est important que le patient puisse reconnaître ses déficits neuropsychologiques ou ses biais de raisonnement. C'est alors que l'entraînement métacognitif apparaît comme une intervention utile. Les stratégies de normalisation des symptômes psychotiques et d'entraînement métacognitif seront présentées plus loin dans l'ouvrage. Il semble que le modèle « je souffre d'une » ou « j'ai une schizophrénie » soit la meilleure façon d'intégrer la maladie [27].

Gestion de la dépression

La dépression est généralement sous-estimée dans la schizophrénie [28-32]. La maladie est elle-même déprimante, puisque capable de conduire à une remise en question importante du projet de vie. La dépression peut affecter le pronostic, notamment par le risque plus élevé de recourir à des substances [29] ou au risque suicidaire [33, 34]. Parfois, il peut être difficile de distinguer la dépression des symptômes négatifs comme l'émoussement de l'affect (réduction des expressions faciales, ton de voix monotone) ou le retrait social. Cela peut conduire l'intervenant à penser que le patient est déprimé, car il manque d'initiative (avolition, apragmatisme) et d'entrain (anhédonie). Ces différents types

de symptômes peuvent apparaître ensemble ou séparément. La dépression est généralement accompagnée de tristesse, de découragement, d'absence d'espoir ou d'idée de culpabilité. Au niveau des effets secondaires des neuroleptiques, il faut être attentifs à l'akinésie (réduction des mouvements spontanés au niveau des expressions du visage et des gestes) qui peut être confondue à la fois avec l'émoussement de l'affect et avec la dépression.

L'un des meilleurs outils pour évaluer la dépression dans la schizophrénie est l'échelle de dépression de Calgary [35-37] pour la schizophrénie¹. De plus, elle est bien validée en français [38-40].

Les antidépresseurs sont efficaces pour traiter les symptômes dépressifs dans la schizophrénie. Les autres stratégies pour lutter contre la dépression sont l'engagement dans des activités agréables, l'augmentation du niveau d'activité et les interventions sur les styles de pensées.

Engagement dans des activités agréables

Quand les gens sont déprimés, ils ont tendance à moins s'engager dans des activités agréables et aggravent ainsi leur dépression. La reprise d'un programme d'activités agréables peut contribuer à améliorer l'humeur [41]. Au début, il est important d'accompagner la personne dans la reprise d'activités agréables en mesurant les différentes activités entreprises, leur fréquence et l'humeur. Le [tableau 2.3](#) montre un exemple de tableau de suivi. Pour commencer, il sera nécessaire d'identifier les activités qui procuraient du plaisir au patient avant qu'il ne soit déprimé. Il est important de distinguer les activités fréquentes ou rares et le degré de plaisir (ex. : un peu, beaucoup). Il s'agit ensuite de construire une liste sur le modèle du [tableau 2.3](#). Il faudra peut-être, au début, accompagner le patient dans les activités et lui demander de remplir la grille quotidiennement, pour vérifier les effets sur l'humeur d'une augmentation des activités agréables.

Augmenter le niveau d'activité

La dépression peut rendre inactif et apathique, et l'apathie à son tour aggraver la dépression ; augmenter son niveau d'activité contribue à améliorer la dépression [42, 43]. Il est néanmoins très difficile de changer ses habitudes et de s'engager régulièrement dans des activités physiques. La meilleure manière d'y parvenir est de respecter les règles suivantes :

- *établir des buts atteignables* : la réussite des premiers buts est essentielle pour améliorer l'estime de soi. Il est donc préférable de fixer des buts dont le succès est garanti, surtout au début. Mieux vaut quinze minutes de marche une fois par semaine qu'une course à pied quotidienne ;
- *avancer progressivement vers les buts à long terme* : il n'est pas utile d'ajouter de nouveaux buts ou d'augmenter la difficulté avant que le premier but fixé ne soit atteint ;

1. Elle peut être téléchargée sur le site : <http://www.ucalgary.ca/cdss/>

TABLEAU 2.3. Tableau de suivi des activités agréables.

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Regarder un film d'action	X						
Nager		X					
Marcher pieds nus	X	X	X				
Faire un exercice de relaxation	X	X	X				
Écouter de la musique	X	X	X				
Sortir avec des amis			X				
Manger des sushis		X					
Rire			X				
Traîner sous la douche	X	X	X				
Me promener dans un beau parc		X					
Etc.							
Cotation de l'humeur 0 = très déprimé ; 10 = en forme	1	3	4				

- *enregistrer ses activités dans son agenda* : cela permet de mesurer les progrès ou d'identifier les obstacles ;
- *féliciter les succès et soutenir la personne quand elle est découragée* ;
- *inclure les autres dans les activités* : généralement, il est plus facile et plus agréable d'accomplir une activité régulière quand deux personnes au moins sont impliquées. Il est important de voir qui peut accompagner le patient dans la reprise d'activités.

Corriger les pensées dysfonctionnelles

La dépression est accompagnée d'un style dysfonctionnel de pensée : la personne a tendance à voir le mauvais côté des choses et ce type de pensée vient aggraver la dépression. Il est utile d'aider la personne à identifier ses pensées dysfonctionnelles et à les changer, afin de réduire leurs impacts sur la dépression. Le [tableau 2.4](#) présente les styles de pensées dysfonctionnelles qui apparaissent le plus souvent dans la dépression.

Le travail du soignant consiste ensuite à aider la personne à identifier ses pensées dysfonctionnelles, à en prendre conscience et à développer un style de pensée plus fonctionnel.

La dépression est capable de faire obstacle au processus de rétablissement. Elle peut être consécutive à l'idée que le diagnostic de schizophrénie va empêcher la personne de réaliser les projets qu'elle avait pour sa vie ; elle peut être aussi la conséquence d'un épisode psychotique : on l'appelle alors « dépression post-psychotique ». La dépression a souvent été négligée dans la schizophrénie, et elle réclame un traitement par antidépresseurs ou psychothérapeutique.

Les soignants ont un rôle majeur qui est d'apporter de l'espoir. Instiller l'espoir ne consiste pas seulement à encourager la personne, mais à l'aider concrètement

TABLEAU 2.4. Pensées dysfonctionnelles.

Styles de pensée problématique	Exemples
Tout ou rien	Voir les choses en noir et blanc : « Si je ne suis plus capable de faire cela, c'est que je ne vauds plus rien »
Anticipation négative	Prévoir le pire : « Cela ne sert à rien de lui demander, de toute façon, il ne sera pas disponible »
Transformer une exception en règle	Généraliser à partir d'un détail ou d'un phénomène unique : « Jean ne m'a pas salué ce matin, c'est bien la preuve qu'à ses yeux, je ne suis plus qu'une loque »
Prendre la responsabilité des événements négatifs	« Le chef pense que je suis nul », alors que le chef a crié contre l'ensemble de son équipe
Élever les exigences, plutôt que se donner le droit à un joker	Avoir tendance à ne pas se donner le droit de faire une pause en regardant ce qui a été accompli et à ne voir que les choses qui restent à faire. « Je n'y arriverai jamais, je n'ai réussi qu'à faire la moitié des choses que je devais faire »

dans la réalisation de ses buts. Le soignant doit être attentif à découper les objectifs à long terme en buts atteignables à court terme. La réussite est un bon antidote contre la dépression.

Cas clinique

Lorsqu'on discute avec Colette, on apprend qu'elle pense être incapable de faire quoi que ce soit. Elle a été renvoyée de l'école obligatoire à cause de ses mauvais résultats. Elle a commencé deux apprentissages : elle a été renvoyée du premier après quelques mois et a quitté le second suite au harcèlement sexuel de son chef. Colette se demande pourquoi elle devrait faire de nouveaux efforts, puisqu'elle est arrivée à la conclusion que quoi qu'elle fasse, cela ne sert à rien. Elle dit aussi qu'elle ne peut sortir, car les voisins l'observent et disent du mal d'elle. Elle regrette de ne pas sortir de chez elle : auparavant, elle appréciait nager, se promener dans la nature, voir des amis. Elle admet qu'en restant à longueur de journée à la maison, devant la télévision, le temps passe lentement. Lorsqu'on lui propose des activités, elle les refuse, avançant sa crainte que les autres ne la rejettent ; ou bien elle pense qu'elle n'y arrivera pas. Le soignant lui propose de poursuivre l'entretien dans le parc à côté de chez elle.

Gestion de la colère et de la violence

La colère est une émotion normale qui survient en réponse à la frustration ou à la croyance d'avoir été trompé. Les personnes atteintes de schizophrénie ont de nombreuses raisons d'être frustrées : elles peuvent entendre des voix dénigrantes ou distrayantes qui les empêchent d'établir des contacts sociaux ; les idées de persécution peuvent les conduire à se défendre d'une menace ; les sentiments d'anxiété ou de dépression sont fréquents et rendent plus difficile la réalisation des activités quotidiennes ; les symptômes déficitaires viennent saper l'énergie et la motivation ; les difficultés cognitives peuvent amoindrir la concentration et entraver les capacités de résolution de problèmes. Il arrive que les personnes atteintes de schizophrénie soient malheureuses car il est plus difficile pour elles d'avoir un travail gratifiant, un revenu suffisant, un appartement agréable et des relations satisfaisantes. Ces difficultés conduisent souvent à un sentiment d'injustice. La discrimination sociale envers la maladie risque également de conduire la personne à des sentiments de colère, surtout quand elle se sent rejetée, traitée avec dédain ou prise de haut.

Les manifestations les plus habituelles de la colère sont :

- l'irritabilité, la contrariété, l'agacement, la nervosité ;
- la morosité, la bouderie ;
- le manque de coopération ;
- l'anxiété ;
- la dépression ;
- la disposition à exploser (crier, hurler) ;
- la destruction d'objets ;
- les cris ou les injures contre soi-même ou les murs.

Un comportement violent impliquant l'agression d'autrui est beaucoup moins commun que la colère chez les personnes atteintes de schizophrénie. Le reste de ce chapitre passe en revue les stratégies à disposition des professionnels pour faire face à la colère.

Valider les sentiments de colère

Valider les sentiments de colère en montrant sa préoccupation et sa compréhension envers ce type d'émotion est une première intervention utile pour la réduire. La reconnaissance de la colère est importante, même si celle-ci ne paraît pas sensée.

Exemple

- Jean : « J'en ai marre de ces phénomènes. Ils veulent me détruire. Ils me harcèlent jour et nuit et se servent de mon corps pour me faire payer les erreurs des autres. »
- Intervenant : « Cela doit être très pénible d'être harcelé continuellement. »
- Jean : « Je vais finir par péter les plombs. Il faut que cela cesse, ou je vais devoir en tuer un. »
- Intervenant : « Je peux comprendre que cela semble très pénible. Ce serait bien si l'on pouvait chercher un bon moyen pour que cela s'arrête. »
- Jean : « J'aimerais bien que cela s'arrête. »
- Intervenant : « Ok, il faut que je comprenne mieux ces phénomènes pour pouvoir vous aider. Pouvez-vous m'expliquer comment cela se passe ? »

Insister pour que la communication reste respectueuse

Chacun a le droit d'être traité d'une façon polie et respectueuse. Lorsqu'une personne en colère crie, insulte, menace, hurle ou recourt au sarcasme, il est nécessaire de la reprendre, afin qu'elle puisse retrouver le contrôle d'elle-même. En effet, il ne sera pas possible de comprendre ou de résoudre le problème qui met la personne en colère si celle-ci est dépassée par ses émotions. La requête pour une communication respectueuse et polie doit être spécifique et énoncée calmement. Par exemple :

- je n'aime pas quand vous me parlez si fort ;
- si vous voulez me parler, je vous serais reconnaissant de ne pas hurler ;
- quand vous me regardez ainsi, cela me fait peur et je ne peux plus réfléchir clairement ;
- je n'aime pas quand vous m'insultez. Je vous serais reconnaissant de ne pas m'insulter, sans quoi je m'en vais jusqu'à ce que vous ayez retrouvé votre calme.

Si la personne ne retrouve pas son calme en dépit de vos requêtes, cela ne sert à rien de résoudre le problème ou le désaccord pour l'instant. Il faut faire une pause. La fiche ci-dessous présente les étapes pour faire une pause dans un moment de tension.

Étapes pour demander un temps mort

1. Dire à la personne que la situation est stressante.
2. Dire que c'est un obstacle à une solution constructive.
3. Dire que vous avez besoin de faire une pause, de vous arrêter là.
4. Préciser que vous serez heureux de discuter de cela plus tard quand cela sera possible.
5. Quitter la situation immédiate en changeant de lieu ou en sortant.
6. Ne pas engager la personne dans une dispute.

Identifier la colère mal dirigée

Parfois, la colère exprimée est mal dirigée. La personne est fâchée et s'adresse directement à son interlocuteur, alors que visiblement, cet interlocuteur n'y est pour rien. Il est dès lors important de vérifier avec la personne contre qui elle est en colère. Prendre le temps de discuter quelques minutes suffit souvent pour comprendre la raison de la colère et désamorcer la situation. Dans ce cas, il est essentiel de parler directement et de façon neutre à la personne. Il faut éviter de se justifier ; il faut seulement chercher à comprendre ce qui la met en colère. Elle peut être fâchée à cause d'un malentendu ou de tout autre chose, et vous pouvez l'aider à trouver des solutions.

Aborder la colère associée à l'abus de substances

Lorsque la colère est associée à l'utilisation d'une substance, il est important d'éviter de la résoudre alors que la personne est intoxiquée. Les gens ont généralement de la peine à discuter de leurs émotions ou de leurs problèmes sous l'influence d'un toxique. Il est à ce moment-là utile de préciser que l'on est prêt à discuter du problème quand la personne sera sobre ou *clean*, tout en évitant de la blâmer pour sa consommation d'alcool ou de drogue.

Aborder la colère associée aux symptômes psychotiques

Il existe deux grandes stratégies pour discuter de sentiments de colère fondés sur des idées délirantes. La première est d'aborder les sentiments sans chercher à évaluer leur validité. Aider la personne à faire face à ses émotions ne signifie pas que vous adhérez ou donnez du crédit à ses croyances, mais que vous vous souciez de celles-ci et désirez les soulager. Si la personne est en colère à cause d'idées de persécution, vous pouvez utiliser des stratégies qui passent par la validation des émotions ou vous servir de techniques de relaxation et rechercher des solutions pour obtenir davantage de sécurité.

La seconde stratégie est de chercher des explications alternatives aux faits qui ont conduit la personne à se mettre en colère. Il est alors nécessaire d'éviter la confrontation et l'argumentation qui risquent de conduire la personne à se sentir coincée. On va plutôt explorer les preuves ou les informations qui confirment ou infirment les idées délirantes. Souvent, lorsqu'on examine les preuves

qui confirment les croyances, on doit poser des questions pour préciser les informations sur lesquelles la personne se base et rechercher les données manquantes.

Utiliser la résolution de problèmes

La colère ou l'irritabilité peut être la conséquence d'un problème non résolu, voire non explicitement identifié. Les symptômes psychotiques ou les troubles de l'attention sont à même d'interférer avec la capacité d'identifier les problèmes. La réduction du métabolisme au niveau préfrontal (hypofrontalité) peut compliquer la possibilité de trouver spontanément des solutions aux problèmes de la vie de tous les jours. Dès lors, il est utile d'aider la personne à formuler explicitement les problèmes et de la soutenir dans la recherche de solutions. Les lecteurs peuvent se référer à la partie sur la résolution de problèmes (*cf.* chapitre 9).

Cas clinique

Viviane est très irritable. Elle s'est mise en colère avec plusieurs de ses connaissances. Durant l'entretien, elle élève la voix à plusieurs reprises et profère des menaces. Quand son infirmier lui rappelle qu'il est là pour trouver des solutions à ses problèmes, elle s'apaise un peu et accepte de parler des derniers jours. On apprend alors qu'elle est allée en visite chez ses parents et qu'elle est partie en claquant la porte. Elle ne se souvient plus très bien des raisons de sa colère. Toutefois, en passant en revue de façon détaillée le repas de famille, on apprend que son père a abondamment félicité sa sœur pour une promotion professionnelle, alors qu'à elle-même, il ne lui fait jamais de compliment. Elle dit qu'elle en a marre d'être l'échec de la famille.

Stratégies pour faire face à des comportements violents

Parfois, l'expression de la colère peut être accompagnée ou suivie de comportements violents comme casser des objets, jeter des objets en direction des autres, pousser l'autre, cracher, frapper, gifler ou autres actes agressifs.

Jusqu'au début des années 1980, le consensus établissait que les personnes atteintes de schizophrénie n'étaient pas plus violentes que la population générale. Par la suite, une série d'études a conduit à l'idée que les personnes atteintes de schizophrénie seraient plus violentes que les membres de la population générale, et cela en vertu de l'activité d'un petit sous-groupe de patients. Cependant, la méthodologie de ces études pose un certain nombre de problèmes, notamment au niveau des critères diagnostiques utilisés, de la définition de la violence (menaces verbales, contact physique) ou de biais de sélection (lieu de recrutement, refus de participer à l'étude, classe sociale, comorbidité avec des troubles de la personnalité ou des abus de substances). La plupart des études ont examiné le risque relatif de violence (la somme de risques posés par les personnes atteintes de schizophrénie par rapport à la population générale) [44]. L'utilisation de ce calcul de risque pourrait répondre en partie au débat qui persiste

entre les études américaines, qui indiquent que la schizophrénie a relativement peu d'effet sur l'augmentation du risque de violence, et les études scandinaves, qui trouvent un risque augmenté de comportements violents associé à la schizophrénie. Cette différence est probablement liée à des aspects culturels : la violence dans la population générale est moins courante en Scandinavie qu'aux États-Unis. Très peu d'études ont utilisé le pourcentage de risque attribuable à la population étudiée. Cette dernière mesure est probablement plus utile en termes de santé publique [44]. En fonction de cette mesure, on arrive à un taux de 2,7 % de personnes qui ont été violentes dans la communauté durant une année aux États-Unis et qui souffraient d'une schizophrénie [45]. Dans une étude finlandaise, les personnes avec une schizophrénie représentent 4 % des crimes violents enregistrés [46]. Dans une étude danoise où les gens ont été suivis de la naissance à l'âge de 44 ans, 2 % des hommes qui ont été arrêtés pour violence et 9 % des femmes avaient une schizophrénie. Lorsque l'on exclut les personnes qui consomment des substances, les chiffres tombent à 0,8 % pour les hommes et 6 % pour les femmes [47]. La plupart de ces chiffres représentent des pourcentages faibles de violence par rapport aux chiffres qui utilisent le risque relatif de violence.

Le pourcentage de risque attribuable à la population étudiée est fondé sur la notion de causalité ayant été établie entre le risque de violence et la schizophrénie. Il ne prend pas en compte les autres facteurs de risque qui pourraient opérer dans l'association entre un facteur de risque et la maladie. La comorbidité avec les abus de substances augmente le risque de violence : si l'on pouvait éliminer le facteur d'abus de substance, la contribution de la schizophrénie à la violence en serait notablement diminuée [44]. Afin de prévenir une stigmatisation inutile pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères, les chercheurs ont le devoir de présenter des informations équilibrées ; en négligeant de rapporter des mesures de risque absolu et relatif, ces études font émerger une fausse image des risques de violence. Un exemple d'un rapport équilibré indique que les personnes atteintes de schizophrénie ont cinq fois plus de risque d'être accusées de violences sérieuses que la population générale [48]. Les résultats présentés indiquent aussi que 99,97 % des personnes atteintes de schizophrénie ne seront pas accusées de violences sérieuses durant une année donnée, et que la probabilité qu'un patient commette un homicide est très faible (approximativement, le risque annuel est de 1 : 3 000 pour les hommes et de 1 : 33 000 pour les femmes).

Le meilleur indice de prédiction de violence est un comportement violent par le passé [49]. Toutefois, en l'absence de ce type d'information, il est plus prudent pour un soignant d'éviter de se faire agresser. En effet, se faire agresser est mauvais pour la relation thérapeutique, tant pour l'intervenant que pour le patient. L'intervenant qui a été agressé risque d'avoir peur du patient dans l'avenir et ainsi de ne pas pouvoir utiliser toutes ses capacités de résolution de problèmes pour soigner ce patient. Il pourra se reprocher d'avoir été maladroit et se sentir incompetent : il s'ensuivra peut-être du ressentiment et des contre-attitudes qui interféreront avec la relation thérapeutique ; quant au patient qui agresse, il

peut se sentir coupable et regretter son acte dans le futur, ce qui viendra ajouter un nouveau problème à ceux qu'il doit déjà résoudre. Le recours à la violence est rarement subit, comme un coup de tonnerre dans un ciel bleu : il est le résultat d'une escalade progressive de comportements qui sont des comportements de tensions et de colère. Cette progression peut être rapide, mais ce n'est pas un passage soudain d'absent à présent. Le plus souvent, elle est associée à une perte du contrôle, et le comportement violent est généralement précédé d'avertissements plus ou moins explicites comme :

- des expressions faciales de la colère (sourcils abaissés et rapprochés, rides verticales entre les sourcils, regard dur, lèvres tendues, serrées fermement ou ouvertes comme pour crier) ;
- la tendance à fermer les poings ;
- des menaces verbales ou gestuelles ;
- des comportements agités ou répétitifs.

La meilleure stratégie reste la prévention, qui a été abordée précédemment dans les stratégies pour faire face à la colère.

En cas de comportement violent, il faut se protéger et protéger les autres personnes menacées. On peut ainsi demander aux personnes présentes de quitter l'endroit où se trouve le patient violent, le quitter soi-même, puis appeler du secours (police, autres professionnels, voisins).

Lorsqu'on négocie une solution avec une personne menaçante, il est utile :

- de rester mobile et de se déplacer au lieu de garder une position statique, afin de pouvoir plus facilement éviter la personne si elle cherche le contact physique (par exemple, bouger latéralement d'un pied sur l'autre) ;
- de maintenir le contact visuel avec la personne agressive, afin d'observer ses déplacements et ses mouvements ;
- de maintenir une distance suffisante, généralement supérieure à deux longueurs de bras ;
- d'être dos à une issue ouverte qui permet de quitter l'espace en reculant, si l'on doit se protéger des bras.

Gestion des problèmes liés aux abus de substances

Les personnes souffrant de troubles psychiatriques consomment environ deux fois plus de substances et d'alcool que la population générale [50], le cannabis étant la drogue illicite dont l'usage est le plus fréquent. La consommation régulière de substances est particulièrement élevée dans les phases précoces des psychoses, et atteint 35 à 45 % des patients au moment du premier épisode [51, 52]. Dans la schizophrénie, les études indiquent qu'une prévalence de l'utilisation du cannabis reste plus élevée que dans la population générale et dans d'autres populations de patients psychiatriques. La prévalence de l'utilisation du cannabis varie en fonction des études, mais la moyenne se situe à 40 % des patients [53]. Au niveau des effets de l'utilisation du cannabis sur la schizophrénie, on peut dire qu'elle est associée de façon régulière avec un taux augmenté de rechutes et une baisse de l'adhérence au traitement. L'association

avec d'autres mesures d'évolution est plus disparate, et l'on aurait besoin de davantage d'études qui ajustent les résultats à la sévérité initiale de la maladie, la consommation d'alcool et d'autres variables parasites [54]. La bonne nouvelle est que les patients, suivis au sein d'un programme de soins pour le premier épisode psychotique et qui diminuent leur consommation peuvent avoir un meilleur pronostic que ceux qui n'ont jamais abusé de substances [52]. Probablement parce qu'ils font partie d'un sous-groupe ayant un bon fonctionnement prémorbide qui leur facilite l'accès au cannabis, *via* leur réseau social, mais péjore la psychose.

La plupart des substances illicites ou l'alcool peuvent avoir des effets délétères sur la vie quotidienne et interférer avec les études, le travail, le fonctionnement social et familial ainsi que sur les soins personnels. L'abus de substances peut également conduire à des problèmes légaux, sociaux, financiers ou de santé.

L'entretien de motivation est une stratégie de base pour aider les patients à dépasser les problèmes d'abus de substances. De surcroît, lorsque l'on regarde le hit-parade des raisons de consommer du cannabis, on trouve, généralement présentées dans l'ordre, les quatre grandes raisons suivantes :

- pour le plaisir, pour être ivre, défoncé ;
- pour se détendre ;
- pour être moins déprimé ;
- pour se socialiser.

Il s'agit de raisons pour lesquelles les soignants doivent pouvoir offrir de l'aide. Si les gens fument du cannabis dans le seul but d'être défoncés, c'est probablement pour échapper à la souffrance.

Cas clinique

Thibaud fume entre cinq et six joints par jour. Comme il a très peu d'argent, parfois, il fait l'intermédiaire et revend une partie de ce qu'il achète ; mais le plus souvent il fume, avec des personnes qu'il croise dans la rue ou d'anciens amis. Quand on lui demande pourquoi il fume, il dit que c'est pour être *stoned*. Une première balance décisionnelle est présentée [tableau 2.5](#).

TABLEAU 2.5. Balance décisionnelle de Thibaud.

	Consommer du cannabis	Diminuer ma consommation de cannabis
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> – Être défoncé – Me couper du monde – Ne plus penser à rien 	<ul style="list-style-type: none"> – Je pourrais peut-être retravailler et gagner plus d'argent – Je pourrais être plus attentif aux autres et avoir une copine
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> – Problèmes de mémoire et de concentration – Cela peut me rendre méfiant à l'égard des gens 	<ul style="list-style-type: none"> – La plupart de mes amis fument ; il faudrait donc que je rencontre d'autres personnes – J'aurais des envies irrésistibles de fumer – Mes problèmes m'envahiraient

Cette balance décisionnelle indique, entre autres, que le cannabis aide Thibaud à échapper à sa souffrance. Il sera dès lors important de pouvoir l'aider à développer des stratégies alternatives, d'une part, pour maîtriser les situations auxquelles il veut échapper, et d'autre part, pour mettre momentanément les problèmes entre parenthèses et avoir du répit. Il peut être utile aux personnes qui recherchent des sensations fortes de se mettre en situation de réfléchir et d'accéder à des activités enivrantes non toxiques (activités sportives, jeux de société, jeux vidéo et jeux informatiques, relaxation, méditation, activité sexuelle, danse, musique, etc.).

L'enseignement de stratégies de relaxation est très important pour les patients qui consomment des drogues pour se détendre. Des méthodes de relaxation sont enseignées plus loin dans cet ouvrage (*cf.* chapitre 6). Certains patients consomment des drogues pour lutter contre la dépression : il peut être judicieux de se référer à ce sujet dans le présent chapitre. Certains patients consomment du cannabis pour se socialiser : il est vrai que le milieu du cannabis est souvent un environnement peu exigeant sur le plan des compétences sociales. Vous pouvez passer un après-midi avec des consommateurs de cannabis sans parler ; au moment de vous séparer, vos acolytes pourront vous dire que « vous êtes super sympa ». Dans ce contexte, c'est l'entraînement des habiletés sociales qui va s'avérer une solution pour permettre à la personne d'accéder à des environnements sociaux plus exigeants. L'entraînement des habiletés sociales peut également être proposé aux patients qui boivent de l'alcool ou consomment de l'héroïne dans le but de réduire leur anxiété sociale.

Gestion des problèmes liés au refus du traitement neuroleptique

Les neuroleptiques ont une efficacité constamment supérieure au placebo pour le traitement des symptômes psychotiques aigus [55]. Dans le cadre d'une méta-analyse comparant quinze neuroleptiques, on constate des différences dans les comparaisons avec une meilleure efficacité pour la clozapine, l'amisulpride, l'olanzapine et la rispéridone. En ce qui concerne les raisons d'interruption du traitement, les patients invoquent :

- la prise importante de poids avec l'olanzapine et la clozapine ;
- une plus grande augmentation de la prolactine avec la rispéridone ;
- et plus d'effets secondaires extrapyramidaux avec l'halopéridol.

Le neuroleptique qui est le plus fréquemment interrompu dans les études est l'halopéridol [55].

Le traitement neuroleptique est moins efficace pour les symptômes déficitaires sauf pour ceux qui sont secondaires à la symptomatologie psychotique aiguë. Pour le traitement de maintien, les essais cliniques randomisés depuis les années 1950 ont montré de façon consistante que le traitement neuroleptique réduit le risque de rechute et le besoin d'hospitalisation. Toutefois, les neuroleptiques sont associés à des effets secondaires comme des troubles des mouvements, la prise de poids et la sédation [55]. Un des problèmes du traitement

neuroleptique est que l'on ne sait rien sur les effets des neuroleptiques comparés au placebo après trois ans [56]. Aussi, les études randomisées à court terme sont imparfaites car : elles n'incluent que 60 à 80 % des patients suivis dans notre système de traitement [57], avec de nombreux patients présentant des symptômes psychotiques légers à modérés étant considérés comme en rémission [58]. Six à dix mois après l'arrêt, 25 à 55 % des patients rechutent [59]. Le taux de rechute est considérablement réduit par la suite chez les patients qui restent stables durant cette période de six à dix mois après l'arrêt [59, 60]. Les patients qui ne prennent pas de neuroleptiques durant une période prolongée ne montrent pas ces tendances s'ils restent non traités [61]. Entre la moitié et les trois quarts des patients ne prennent pas leurs médicaments tels qu'ils ont été prescrits par leur médecin [62]. Il est utile de s'interroger sur le fait que les patients ne prennent pas leur traitement neuroleptique. Une littérature robuste a identifié les principaux facteurs favorisant la non-observance des neuroleptiques : les effets secondaires, une faible alliance thérapeutique (en particulier de la méfiance contre le prescripteur) et le manque de conscience du trouble [62, 63]. La peur de la stigmatisation et les attitudes négatives des pairs ou des membres de la famille à l'égard des médicaments exercent un effet néfaste sur l'observance thérapeutique. Un autre facteur de non-conformité concerne l'oubli, qui a émergé comme une raison de l'arrêt du médicament chez 32 % des patients souffrant de troubles psychotiques lors d'une enquête récente sur Internet [64]. Les patients peuvent aussi arrêter leur traitement pour retrouver des sensations associées aux symptômes psychotiques comme les idées de grandeur ou le fait d'avoir des pouvoirs spéciaux afin d'améliorer leur estime de soi [65].

Lorsqu'un patient refuse de prendre son traitement neuroleptique, il est nécessaire de savoir quelles sont ses raisons de ne pas le prendre. En effet, les raisons du refus, vont nous aider à déterminer l'intervention appropriée.

Un patient peut refuser son traitement car il ne comprend pas la raison de la prescription. Dans cette situation, il sera nécessaire de lui expliquer les raisons de la prescription et de le diriger vers son médecin afin qu'il puisse lui poser les questions qui lui permettront de mieux comprendre celle-ci. Les neuroleptiques permettent de réduire les symptômes psychotiques comme les idées délirantes, les hallucinations et la désorganisation. En traitement de maintien, ils permettent de réduire le risque de rechute.

Un patient qui pense qu'il n'est pas malade ne comprendra pas les raisons du traitement médicamenteux. Dans cette situation, il sera plus utile de l'engager dans la relation et de comprendre ses besoins plutôt que de se bagarrer sur la prise des médicaments. Lorsque la relation sera engagée et que l'intervenant aura aidé le patient à trouver des réponses à ses besoins, il sera plus facile de discuter de l'utilité des médicaments. Notamment quand les symptômes psychotiques auront interféré avec l'atteinte des objectifs du patient. La contrainte ou les traitements forcés auront des effets délétères sur l'adhésion subséquente au traitement. Il est nécessaire, lorsqu'on veut recourir à la contrainte car le patient présente des symptômes psychotiques, d'évaluer le ratio risques/bénéfices. Le patient peut être dangereux pour lui-même ou autrui. Dans

ce contexte, le traitement peut être nécessaire mais devra faire l'objet d'une mesure de contrainte dans le cadre de la loi. Le degré de contrainte devra être proportionnel à la nécessité pour éviter des conséquences en termes de risques traumatiques [66-68]. Si le patient reçoit un traitement forcé, celui-ci peut parfois être appliqué de façon disproportionnée avec le risque que le patient présente des réactions post-traumatiques qui le conduiront à éviter les soins dans le futur.

Cas clinique

Arthur a été hospitalisé une première fois à l'âge de 21 ans. Il ne comprenait pas ce qu'il lui arrivait. Il avait l'impression qu'il était victime d'un complot visant à le tuer. À son arrivée à l'hôpital, il criait et se débattait pour se libérer des ambulanciers et s'enfuir. Il se retrouve face à un médecin et un groupe d'infirmiers qui le bloquent au sol et l'emmènent dans une chambre d'isolement. Alors qu'il hurle et se débat, il reçoit une injection dans la fesse. Il se réveille le lendemain complètement amorti, la bouche sèche. Il se sent profondément blessé par ce qui s'est passé. Un mois après avoir quitté l'hôpital, il fait des cauchemars durant lesquels il revit les événements de son injection forcée. Lorsque le téléphone sonne ou que l'on sonne à sa porte, il sursaute. Il ne veut pas aller voir de médecin et craint d'aller à l'hôpital. Il refuse de prendre son traitement malgré le fait qu'il craint toujours de sortir de chez lui à cause de ses idées de persécution.

Un autre patient peut refuser de prendre ses médicaments à cause des effets secondaires. Dans ce contexte, le patient devra discuter avec le médecin prescripteur de ses effets secondaires et trouver une dose ou un médicament plus confortable. Les neuroleptiques ont de nombreux effets secondaires. L'akinésie, l'akathisie, la prise de poids, la galactorrhée ou les effets secondaires sexuels comme la baisse du désir ou les troubles de l'érection peuvent être particulièrement gênants dans les relations interpersonnelles. La prise de poids peut être très coûteuse en termes de frais de rachat de garde-robe ou par rapport aux risques à long terme de maladies cardiovasculaires ou métaboliques.

- **Akinésie** : réduction des mouvements spontanés qui se traduit par une réduction des expressions faciales et des gestes, une lenteur des mouvements et une tendance à l'immobilité.
- **Akathisie** : difficulté ou une impossibilité de s'asseoir ou de rester dans la position assise, impatiences, besoin irrépressible d'agitation, de se balancer en position debout ou assise, de piétiner ou de croiser et décroiser les jambes.
- **Dysphorie** : sentiment déplaisant et dérangent d'inconfort émotionnel ou mental, symptôme de la tristesse, de l'anxiété, de la tension, de l'indifférence, de l'irritabilité ou de l'insatisfaction.

Les effets secondaires sont très individuels. Ils sont le plus souvent associés au profil d'action du neuroleptique et diffèrent ainsi d'une molécule à l'autre. Il est possible d'utiliser des stratégies pour réduire l'impact des effets secondaires comme éviter de sucer des bonbons ou chewing-gums sucrés quand on a la

bouche sèche ou se protéger du soleil quand on présente une photosensibilité. Pour d'autres effets secondaires, on peut faire des choses pour les atténuer comme des exercices d'étirement des jambes quand on présente une légère akathisie ou réduire l'apport de graisses en cas de prise de poids, mais si l'effet secondaire est trop important, ces solutions peuvent être vaines. Dans ce cas, il faudra trouver une solution auprès du prescripteur en réduisant le traitement, modifiant la posologie ou en changeant de neuroleptique. Lors de l'évaluation des réactions au traitement neuroleptique, il ne faut pas négliger la dysphorie qui peut être une réaction subjective négative au traitement qui réduit l'adhérence au traitement et peut conduire à l'usage de toxiques pour la diminuer l'inconfort. Elle peut être confondue avec l'anhédonie et la dépression. Elle est moins fréquente avec les nouveaux neuroleptiques [69-71].

Cas clinique

Eurydice sort depuis quelques mois avec Jacques. Depuis qu'elle prend son traitement neuroleptique, elle présente une baisse du désir sexuel et un sentiment de détachement par rapport à son corps. Comme Jacques se plaint parfois de son désintérêt pour la sexualité, elle consomme de l'alcool ou du cannabis pour essayer d'activer son désir. Parfois, elle consomme au-delà de ses limites et regrette ses paroles ou son comportement.

Lorsqu'un patient arrête son traitement neuroleptique parce que les sensations associées à la psychose lui manquent, c'est souvent associé à une baisse de l'estime de soi. L'intervention pour améliorer l'adhérence au traitement consistera à soutenir la personne à s'engager dans des activités qui rehausseront son estime de soi, comme la reprise d'une activité valorisante ou l'atteinte d'un objectif important pour la personne.

Les oublis restent une raison importante de la non-adhérence au traitement neuroleptique. L'utilisation de moyens mnémotechniques pour ne pas oublier de prendre son traitement permet de réduire ce problème. Par exemple, en disposant les médicaments ou un rappel dans un endroit auquel on accèdera automatiquement dans les activités quotidiennes, par exemple à la salle de bains ou à la cuisine.