

# CHAPITRE 1

## Introduction

### La schizophrénie

La schizophrénie est une maladie très hétérogène qui se manifeste de diverses façons (tableau 1.1). Il s'agit d'un trouble du traitement et de l'intégration de l'information. La personne qui en souffre peut présenter des symptômes de distorsion de la réalité qui s'expriment par des idées délirantes et des hallucinations. Elle peut aussi se manifester par une réduction des capacités d'expression, une difficulté à accomplir des actes de la vie quotidienne et un retrait social. Ces derniers symptômes sont généralement plus stables et plus persistants que les autres signes de la maladie. Ils se confondent facilement avec la dépression ou certains effets secondaires des médicaments. Finalement, la maladie peut se révéler par une désorganisation dans la façon de s'exprimer sur les plans verbal et comportemental. Ces différentes manifestations peuvent être présentes simultanément ou non, avec différentes intensités. D'un point de vue temporel, la maladie passe généralement inaperçue jusqu'à la fin de l'adolescence. Elle est généralement très active dans la décennie qui suit son apparition puis a tendance à s'atténuer par la suite. Elle débute souvent par un épisode psychotique, caractérisé par des symptômes de distorsion de la réalité et de désorganisation. Les neuroleptiques agissent sur les symptômes psychotiques et permettent de réduire le risque de nouveaux épisodes. Comme pour le diabète, la personne doit apprendre à connaître la maladie afin de pouvoir participer activement au traitement, notamment pour trouver la dose optimale de médicament et prévenir les rechutes. Contrairement au diabète, il n'existe pas d'examens sanguins qui

TABLEAU 1.1. Symptômes de la schizophrénie.

Symptômes psychotiques ou positifs	Symptômes déficitaires ou négatifs
<ul style="list-style-type: none"><li>– Hallucinations (distorsion des perceptions)</li><li>– Idées délirantes (réinterprétation de la réalité)</li><li>– Désorganisation (pensée et comportement)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Réduction de l'expression verbale et non verbale</li><li>– Avolition, altération des processus cognitifs qui permettent de planifier et suivre un plan d'action</li><li>– Anhédonie, difficulté d'anticiper le plaisir</li><li>– Retrait social</li><li>– Troubles de l'attention</li></ul>
Réduction du fonctionnement dans le domaine des relations sociales, professionnelles et des soins personnels	

permettent de déterminer le degré de la maladie. Le patient doit donc pouvoir décrire les symptômes qu'il éprouve à son médecin, pour que celui-ci prescrive la dose efficace avec le moins d'effets secondaires possible. En ce qui concerne les altérations du fonctionnement dans les activités de la vie quotidienne, il n'existe pas de traitement médicamenteux direct, sauf quand ces altérations sont liées à d'autres causes, comme la dépression ou un retrait social consécutif à des symptômes psychotiques. Le traitement consiste alors à réentraîner les capacités de la personne pour qu'elle puisse reprendre en main ses activités quotidiennes et sociales ; cela correspond à la physiothérapie après une fracture. L'entraînement peut être entrepris au niveau comportemental, mais aussi au niveau cognitif. Les déficits du fonctionnement quotidien sont associés à des déficits des capacités cognitives comme la mémoire, l'attention, la planification, etc. Le réentraînement sur le plan comportemental s'appelle « entraînement des habiletés sociales ». Sur le plan cognitif, on l'appelle « remédiation cognitive ». Quant aux hallucinations ou aux idées délirantes, les neuroleptiques ne sont pas toujours efficaces, et ces symptômes peuvent persister. Il est alors important d'offrir des traitements psychologiques pour les traiter. La maladie est fréquemment accompagnée d'anxiété et de dépression qui doivent également être traitées sur le plan psychologique et médicamenteux. Ces thérapies psychologiques sont connues sous le nom de thérapie cognitive et comportementale. Les phases aiguës sont traitées le plus souvent à l'hôpital qui permet d'instaurer le traitement médicamenteux. Le reste du traitement s'effectue dans la communauté. Comme la maladie touche le fonctionnement dans la vie de tous les jours, il faut éviter les hospitalisations longues qui ont tendance à aggraver la maladie.

## Les faits sur la schizophrénie

Une bonne théorie de la schizophrénie doit s'appuyer sur des faits. Le concept de schizophrénie a été créé par Eugen Bleuler en 1908. Depuis, la recherche a produit une multitude de connaissances. Il s'agit ici de passer en revue les faits concernant la maladie. En 2008, Rajiv Tandon, Matcheri S. Keshavan et Henry A. Nasrallah ont profité du vingtième anniversaire de la revue *Schizophrenia Research* pour lister les faits scientifiquement acceptés sur la schizophrénie. Nous résumons ici les données les mieux validées [1, 2]. Cette liste est très similaire à celle publiée par Angus W. MacDonald et S. Charles Schulz dans *Schizophrenia Bulletin* en 2009 [3]. La liste ci-après est une combinaison de ces deux listes de faits.

### Les faits très bien démontrés

Il s'agit ici des faits démontrés par de nombreuses études indépendantes, répliquées de façon constante sans résultats contradictoires.

- L'incidence annuelle, c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas dans la population observée durant une année, est de 8 à 40 cas sur 100 000. Cette incidence est similaire sur les différents continents.
- La prévalence à un moment donné, c'est-à-dire le nombre de cas dans la population à un moment choisi, oscille entre 2 et 10 pour 1 000.

- La prévalence est plus élevée dans les classes sociales moins favorisées.
- Les facteurs génétiques sont en grande partie responsables de la maladie.
- Plusieurs facteurs environnementaux peuvent contribuer à une augmentation du risque de développer la schizophrénie comme l'abus de cannabis, les naissances en hiver et au printemps, les infections prénatales et la famine durant la grossesse, les complications obstétriques et périnatales, le stress social, un âge parental élevé, etc.
- Le volume total du cerveau est légèrement réduit et les espaces des ventricules latéraux et des troisièmes ventricules sont plus grands.
- Les agonistes de la dopamine exacerbent les symptômes de la schizophrénie, les antagonistes de la dopamine 2 les réduisent.
- Les frontières nosologiques entre la schizophrénie et d'autres troubles psychiatriques sont indistinctes.
- Bien que des symptômes caractéristiques et l'évolution soient décrits, aucun de ceux-ci n'est pathognomonique, c'est-à-dire caractéristique uniquement de la schizophrénie. Le diagnostic est fondé sur un profil de symptômes et d'évolution.
- Il existe une hétérogénéité dans la neurobiologie, les manifestations cliniques, l'évolution et la réponse au traitement parmi les patients.
- La schizophrénie est caractérisée par un mélange de symptômes positifs, négatifs, cognitifs, affectifs et de désorganisation.
- La sévérité des différents symptômes varie entre les patients et durant l'évolution de la maladie.
- La schizophrénie est accompagnée d'une occurrence plus élevée d'obésité et de troubles cardiovasculaires.
- La schizophrénie est liée à une prévalence augmentée de consommation de tabac et d'autres substances.
- Le risque suicidaire est majoré.
- Les premiers symptômes apparaissent généralement durant l'adolescence ou au début de l'âge adulte. La maladie se manifeste rarement avant l'adolescence et après la quarantaine.
- Les hommes tombent malades plus jeunes que les femmes.
- Il existe des altérations prémorbides chez une proportion substantielle de patients.
- Le risque de mortalité standardisé sur l'âge est presque doublé.
- Les antagonistes de la dopamine 2 (neuroleptiques) sont le seul médicament efficace.
- Les neuroleptiques varient beaucoup dans leurs profils d'effets secondaires.

## Les faits bien démontrés

Il s'agit ici des faits validés par un nombre considérable d'études avec des répliques homogènes, ou beaucoup d'études comportant passablement des répliques similaires.

- Une incidence plus élevée est associée à l'urbanité. L'urbanité est une mesure d'urbanisation ou de densité de résidentielle calculée par le nombre d'adresses au km<sup>2</sup>.

- Une incidence plus élevée est associée à la migration.
- La prévalence à vie est de 0,7 %.
- Le risque sur l'ensemble de la vie est plus grand chez les hommes mais égal au début et à la fin de la période de risque.
- Les descriptions de la maladie sont homogènes sur l'ensemble du siècle passé.
- Les anormalités structurelles du cerveau sont présentes au début de la maladie.
- Certaines anormalités structurelles du cerveau sont présentes à un degré plus léger parmi les membres non affectés de la famille.
- On observe une réduction de l'activité du cortex préfrontal au repos et lors d'activités cognitives (« hypofrontalité »).
- Les études d'imagerie cérébrale fonctionnelle montrent des activations anormales dans plusieurs régions du cerveau durant une variété de tâches cognitives.
- Il existe une réduction du N-acétyl-aspartate (NAA) dans le cortex frontal et temporal.
- Il existe des altérations dans l'architecture du sommeil comme des déficits du sommeil long profond et un raccourcissement de la latence du sommeil paradoxal.
- Il y a anormalité de poursuite visuelle continue chez les patients, et à un moindre degré chez les proches non affectés.
- Les antagonistes NMDA comme la phénylcyclidine (PCP) induisent des symptômes similaires à la schizophrénie.
- Il existe des anormalités dans plusieurs systèmes de neurotransmetteurs.
- La schizophrénie est un trouble récidivant avec généralement des rémissions incomplètes.
- Il y a des déficits neuropsychologiques spécifiques comme les fonctions exécutives, la mémoire, la vitesse psychomotrice, l'attention et la cognition sociale et les performances intellectuelles. La sévérité de ces déficits cognitifs prédit le fonctionnement professionnel, social et personnel davantage que les symptômes.
- Ces altérations cognitives sont présentes avant l'apparition de la maladie et persistent au cours de la maladie.
- Il existe une prévalence augmentée d'anormalités neurologiques incluant des troubles des mouvements et des signes neurologiques discrets.
- Il y a une incidence réduite de l'arthrite rhumatoïde.
- Un mauvais pronostic est prédit par le genre masculin, un âge précoce de début, une période prolongée de maladie non traitée et la sévérité des symptômes négatifs et des déficits neuropsychologiques.
- La clozapine est plus efficace que les autres neuroleptiques pour les symptômes positifs et le risque suicidaire.
- Tous les autres neuroleptiques disponibles sont similairement efficaces pour les symptômes positifs.
- Les neuroleptiques ont une efficacité limitée sur les symptômes négatifs et les déficits cognitifs.

- Les effets secondaires extrapyramidaux ne sont pas nécessaires pour avoir un effet antipsychotique, et ils compromettent les bénéfices sur les symptômes cognitifs, négatifs et affectifs.
- Les antidépresseurs sont efficaces pour traiter les symptômes dépressifs.
- La psychoéducation familiale et individuelle réduit le taux de rechute.
- La thérapie cognitive et comportementale réduit les symptômes psychotiques.
- L'entraînement des habiletés sociales améliore l'évolution.
- Le suivi intensif dans le milieu réduit les hospitalisations.
- Les interventions précoces durant le premier épisode de psychose améliorent l'évolution.

Réunir l'ensemble de ces faits dans une théorie explicative cohérente est un défi majeur. D'une part, l'hétérogénéité de la maladie rend difficile l'étude de phénomènes spécifiques et d'autre part, la complexité des mécanismes impliqués qu'ils soient neurobiologiques, environnementaux, cliniques ou thérapeutiques rend le contrôle des variables parasites très difficile. Le modèle neurodéveloppemental a l'avantage d'expliquer plusieurs faits que les théories précédentes ne prenaient pas en compte, comme le fait que la maladie passe inaperçue jusqu'à la fin de l'adolescence ou les raisons pour lesquelles les hommes tombent malades plus tôt que les femmes. Ce modèle explique l'apparition de plusieurs troubles psychiatriques dans le cadre du développement normal du système nerveux [4]. Plus précisément, selon l'hypothèse neurodéveloppementale, l'étiologie de la schizophrénie pourrait impliquer des processus pathologiques causés à la fois par des facteurs génétiques et environnementaux qui débuteraient avant que le cerveau n'atteigne sa maturité adulte. Les anomalies neurodéveloppementales pourraient se développer pendant la grossesse déjà et activeraient plus tard chez le jeune adulte des circuits neuronaux pathologiques [5]. Autrement dit, les signes de la maladie apparaissent lorsque ces circuits neuronaux associés à ces signes parviennent à maturité. Le système nerveux se développant plus rapidement chez l'homme que chez la femme, cela explique pourquoi les hommes tombent malades plus tôt que les femmes. Toutefois, on peut imaginer que les liens entre certains des différents faits listés ont également d'autres explications.

Le modèle du stress et de la vulnérabilité explique, quant à lui, l'apparition de la maladie et son évolution par l'interaction complexe de facteurs psychobiologiques et environnementaux [6]. Ce modèle montre que la vulnérabilité biologique pourrait être exacerbée par le stress et expliquer l'apparition de symptômes de la maladie. L'intérêt de ce modèle réside dans le fait qu'il prédit également que la personne peut revêtir un rôle actif pour compenser une partie de cette vulnérabilité avec le traitement neuroleptique, réduire ou limiter l'impact personnel des situations stressantes ou augmenter ses compétences pour faire face au stress. Ce modèle peut intégrer le modèle neurodéveloppemental pour expliquer la vulnérabilité biologique.

Le modèle pourrait être résumé de la façon suivante ([tableau 1.2](#)).

TABLEAU 1.2. Vulnérabilité – Compétence – Stress.

Vulnérabilité biologique	Facteurs personnels et psychologiques	Stresseurs environnementaux
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Facteurs génétiques</li> <li>– Dysfonctions neurodéveloppementales</li> <li>– Déficits neuropsychologiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Niveau de fonctionnement prémorbide</li> <li>– Compétence sociale</li> <li>– Capacités adaptatives</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Stress sociaux</li> <li>– Urbanicité</li> <li>– Migration</li> <li>– Drogues (cannabis, hallucinogènes)</li> </ul>

Ces différents facteurs sont en constante interaction. Ainsi, par exemple, le niveau de compétence sociale pourrait réduire ou augmenter l'impact des stresseurs sociaux. Les déficits neuropsychologiques pourraient diminuer les capacités adaptatives. Les interventions thérapeutiques cherchent à moduler ces différents facteurs, notamment en améliorant le soutien social et familial, en réduisant les manifestations symptomatiques associées aux dysfonctionnements cérébraux, en améliorant la compétence sociale et les capacités adaptatives, en prévenant la consommation de drogues, etc.

## Modèles théoriques de la croissance et des réactions humaines

Cet ouvrage se base sur différents modèles théoriques de la personne. Tout d'abord, il est construit sur l'idée que les personnes atteintes de schizophrénie, comme n'importe qui, désirent avoir un espace personnel, des contacts sociaux et exercer des rôles gratifiants [7]. L'ouvrage va donc appréhender les patients comme des personnes qui luttent avec la schizophrénie. Ces modèles ne sont pas spécifiques à la schizophrénie mais décrivent comment les personnes normales font leur vie et réagissent au fait de tomber malade. L'impact de la maladie sur le cycle de vie ainsi que l'influence des réactions humaines au fait d'avoir une maladie seront néanmoins discutés.

## Étapes du cycle de vie

La majorité des gens vont, durant leur existence, passer à travers les différentes étapes du cycle de vie décrit ci-dessous. Chacune de ces étapes nécessite la maîtrise de certaines tâches de croissance. La première étape du cycle de vie, quitter la famille d'origine, est cruciale dans la schizophrénie, car elle concorde avec l'entrée dans la maladie. La schizophrénie passe généralement inaperçue jusqu'à la fin de l'adolescence. La personne risque de tomber malade, alors qu'elle doit gérer de concert les tâches de croissance ardues qui caractérisent cette étape. L'entrée dans la maladie va bouleverser les projets de la personne et contrecarrer ses efforts pour devenir une personne autonome. Le fait d'avoir une schizophrénie peut conduire à la discrimination sociale et au rejet. Les symptômes psychotiques risquent d'interférer dans la relation avec les amis. Le

retrait social ou la baisse de la motivation va interférer avec la formation ou la professionnalisation.

Le cycle de vie et les tâches de croissance sont des concepts essentiels ; ils vont donner une direction au travail clinique. Il est légitime, pour un patient de 23 ans, de dire qu'il aimerait vivre dans un appartement et avoir un travail. Parfois, les professionnels de la santé ont de la peine à écouter ces demandes, parce qu'elles peuvent ne pas tenir compte des déficits fonctionnels ou de l'état clinique du patient. Le but ultime de nos interventions est justement de permettre aux patients d'accomplir leur vie et de poursuivre leur croissance malgré la maladie. Le cycle de vie est utile dans l'ensemble des interventions de soins qui concernent la schizophrénie. On aidera un jeune homme de 21 ans à développer des stratégies pour apprendre à courtiser. Mais on aidera une femme de 69 ans qui vit dans une pension pour patients âgés à envoyer des cartes postales à ses neveux, afin qu'elle ne soit pas oubliée durant les fêtes de fin d'année. Comme les hommes tombent malades plus tôt que les femmes, ils doivent le plus souvent régler les tâches de croissance autour de l'étape qui consiste à quitter leur famille. Les femmes tombent malades un peu plus tardivement, ce qui leur procure un meilleur pronostic car elles ont souvent déjà quitté la maison. Elles seront confrontées aux stades de croissance suivants comme la formation du couple ou la naissance du premier enfant. Elles pourront rencontrer des difficultés à trouver sa place en tant que personne dans la famille de son conjoint. Les symptômes peuvent également interférer avec les rôles parentaux et l'éducation des enfants. Le [tableau 1.3](#) expose les étapes du cycle de vie et les tâches de croissance à maîtriser. Il n'est pas possible d'évaluer le fonctionnement social d'une personne dans la communauté sans tenir compte de l'étape du cycle de vie qu'elle cherche à maîtriser. La maladie peut ralentir le cycle de vie et il arrive que l'on doive aider un patient à maîtriser les tâches de croissance liées au fait de quitter la famille d'origine durant la quarantaine.

Bien sûr, tout le monde ne passe pas par l'ensemble de ces étapes, et on peut faire des choix de vie différents que celui d'avoir des enfants. Toutefois, certaines étapes sont quasiment inévitables, comme quitter les personnes qui nous ont élevés. Si l'on décide de ne pas vivre maritalement, on peut malgré tout devenir oncle ou tante. Quoi qu'il arrive, nous vieillissons et nos parents aussi : il faudra donc s'adapter à leur déclin et au nôtre.

## Le rétablissement comme un processus

Le second modèle essentiel pour guider nos interventions est le modèle du rétablissement [8], vu ici comme un processus. Il s'agit également d'un modèle général. Ce modèle psychologique veut offrir une réponse compatible avec le système de croyances des personnes en ce qui concerne la santé. Le rétablissement psychologique se réfère à l'établissement d'une vie pleine et significative, d'une identité positive fondée sur l'espoir et l'autodétermination. C'est un peu comme si la personne se rétablissait de la « catastrophe psychologique » de la

TABLEAU 1.3. Cycle de vie.

Étapes	Tâches de croissance
Quitter la famille d'origine	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Développer un nouveau réseau de soutien</li> <li>– Développer des relations sentimentales</li> <li>– Acquérir l'indépendance financière (formation, professionnalisation) et personnelle (logement, entretien des effets personnels, etc.)</li> </ul>
Formation du couple	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Négocier de nouvelles valeurs et des règles au sein du couple (compromis entre les deux familles d'origine)</li> <li>– Faire la place à l'autre dans sa propre famille d'origine</li> </ul>
Naissance du premier enfant	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Réajuster les nouveaux rôles dans le couple et la famille élargie (parents, grands-parents, oncles, tantes, etc.)</li> <li>– Se partager les tâches éducatives, d'entretien du domicile et de l'obtention des ressources financières</li> </ul>
Départ des enfants	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Réorganiser le fonctionnement conjugal</li> <li>– Développer des relations d'adulte à adulte avec les enfants</li> <li>– Développer de nouveaux intérêts pour la personne qui s'est consacrée aux enfants</li> <li>– S'adapter aux maladies et au décès de ses propres parents</li> </ul>
Retraite	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Maintenir le fonctionnement du couple et des conjoints en dépit du déclin physiologique</li> <li>– Développer le rôle de grands-parents</li> <li>– S'adapter à la perte du conjoint, des pairs et à l'idée de sa propre mort</li> </ul>

maladie. Le modèle du rétablissement est construit sur l'étude des témoignages des personnes qui se sont rétablies de maladies psychiatriques sévères [9]. Il reste silencieux sur le fait de savoir si la maladie est toujours active ou non. Il n'est pas lié à une théorie causale de la maladie mentale. Il n'est pas spécifique de la schizophrénie, mais il considère les patients comme des personnes normales se débattant avec une maladie sévère.

Les personnes qui se décrivent comme rétablies d'une schizophrénie affirment qu'elles se sentent différentes de ce qu'elles étaient avant de tomber malades. La plupart des personnes rétablies se sentent grandies par l'expérience de la maladie et du rétablissement, même si elles ont un statut social inférieur à celui qu'elles avaient avant de tomber malades. Toujours d'après les témoignages de personnes rétablies, il apparaît que le retour aux anciens rôles sociaux n'est pas un critère du rétablissement. Il semble également qu'une minorité de personnes interrogées considèrent le rétablissement comme l'absence de symptômes de la maladie.

Il existe quatre ingrédients essentiels au processus rétablissement qui sont :

- *l'espoir* : un ingrédient majeur, démontré comme fondamental dans l'ensemble des témoignages de rétablissements existants. L'espoir est le catalyseur du rétablissement. C'est la perfusion qui va permettre au processus de se mettre en route. La résignation et le désespoir empêchent de se projeter dans l'avenir et de croire en soi et en son potentiel ;
- *la redéfinition de l'identité* : un travail qui va permettre de distinguer ce qui fait partie de la maladie de ce qui fait partie de la personne. Les symptômes de

la schizophrénie peuvent interférer avec la conception de soi. Par exemple : « Je suis téléguidé par une force extérieure » ; « Une voix surnaturelle m'oblige à agir contre mon gré » ; « Je ne parviens plus à faire ce que je faisais avant d'être malade. Je suis devenu paresseux » ; « Je n'arrive plus à penser clairement les problèmes ». Le fait d'être redéfini comme un « malade » peut aussi conduire à ne plus se concevoir comme une personne à part entière. La perte de l'identité (aliénation) ou la non-prise en compte de la personne (discrimination) est l'un des impacts négatifs fréquemment associés à la maladie mentale. Le patient peut y réagir en refusant de s'identifier avec la maladie et en la niant. Toutefois, la maladie peut être intégrée de différentes façons : être acceptée comme une partie de soi dans un esprit de croissance ou conçue comme quelque chose d'extérieur à soi avec lequel il faut vivre ;

- la *découverte d'un sens à la vie* : une conception de nouveaux buts et de nouvelles valeurs. Les projets qui existaient avant de tomber malade sont sans doute remis en question par la maladie. Elle peut empêcher l'achèvement de la formation professionnelle, conduire à la perte de l'emploi, remettre en question une relation de couple. La personne devra reconstruire de nouveaux projets, voire endosser de nouveaux rôles sociaux. Cette recherche d'un nouveau sens à la vie peut conduire la personne, par exemple, à découvrir ce qui rend la vie précieuse et enrichissante. Une autre va se réaliser dans une activité créatrice ou s'engager dans le soutien aux pairs ; une autre encore développera une nouvelle vision du monde sur le plan spirituel ou philosophique. Souvent un nouveau projet de vie est à reconstruire ;
- la *responsabilité du rétablissement* : une décision de gérer sa santé et son traitement, de faire ses propres choix de vie et prendre des risques mesurés. La responsabilité implique la gestion de sa propre santé et de son traitement, l'autonomie dans ses choix de vie et la volonté de prendre des risques mesurés dans le but de poursuivre sa croissance. Certains professionnels de la santé ont la fâcheuse tendance de prendre les patients en charge en sachant ce qui est bon pour eux et de leur parler comme à des personnes diminuées par la maladie. Ce type d'attitude peut conduire le patient à échapper au contrôle, au risque de ne pas recevoir les traitements appropriés ou de s'y soumettre en renonçant à l'autodétermination.

La recherche a mis en évidence que le rétablissement est un processus qui évolue en différentes étapes :

- le **moratoire** : cette étape est caractérisée par le déni, la confusion, le désespoir, le repli et la révolte ;
- la **conscience** : la personne a une première lueur d'espoir en une vie meilleure et une possibilité de rétablissement. Cela peut venir de la personne, elle-même, ou être déclenché par un clinicien, une autre personne significative ou un patient modèle. La personne peut endosser un autre rôle que celui de malade ;
- la **préparation** : cette étape implique de faire l'inventaire de sa partie saine, de ses valeurs, de ses forces et de ses faiblesses. Cela nécessite d'apprendre à gérer la maladie, à faire appel aux services disponibles, à s'impliquer dans des groupes de pairs ;
- la **reconstruction** : c'est lors de cette étape que le dur travail du rétablissement se met en place. La personne travaille à se forger une identité positive. Elle

établit et avance vers des buts personnels importants. C'est une prise de responsabilité dans la gestion de la maladie et une prise de contrôle sur sa vie. Il y a une prise de risques, des échecs et des essais ;

- la **croissance** : la personne n'est pas forcément libre de symptômes mais sait comment gérer la maladie et rester bien ; elle a confiance en ses capacités et maintient une vision positive ; elle est tournée vers le futur. Elle se sent transformée positivement par l'expérience de la maladie, comme si cette dernière lui avait appris quelque chose sur elle-même.

Le [tableau 1.4](#) met en lien les étapes du rétablissement et ses ingrédients.

TABLEAU 1.4. Étapes du processus de rétablissement.

Étapes	Trouver et maintenir de l'espoir	Rétablir une identité positive	Trouver un sens à la vie	Prendre la responsabilité de sa vie
Moratoire	Pas d'espoir dans le futur et le rétablissement	Perte de l'identité	Perte du sens de la vie	Impuissance, désespoir, sentiment d'être dépassé
Conscience	Espoir en une amélioration ; conscience que d'autres ont pu s'améliorer	Acceptation de la maladie ; distinction entre la maladie et soi	Donner un sens à la maladie	Désir de prendre soin de soi ; envie de faire face
Préparation	Espoir dans la capacité propre de pouvoir se rétablir	Reconnaissance de ses forces et de ses faiblesses	Établissement de buts pour le futur ; redécouverte de valeurs personnelles	Utilisation des ressources existantes, construction de la confiance en soi ; apprentissage de stratégies pour faire face
Reconstruction	Efforts pour améliorer sa santé. Confiance dans la capacité à se remettre sur les rails	Acceptation de la maladie comme une partie de soi ; découverte de nouveaux aspects de soi ; développement d'une nouvelle identité	La maladie nous apprend quelque chose sur la vie ; engagement dans la vie	Volonté de prendre des risques ; confiance dans la capacité de gérer la maladie ; sentiment d'être responsable de sa vie
Croissance	Bien-être et optimisme envers le futur	Identité différente mais améliorée ; bonheur d'être soi ; sentiment d'accomplissement	Acquisition de nouvelles valeurs dans la vie ; engagement dans de nouveaux projets	Disposition à affronter de nouveaux défis ; capacité à bien gérer la maladie ; sentiment d'être en contrôle de sa vie

L'intérêt de ce modèle est de pouvoir déterminer à quelle étape du processus de rétablissement se trouvent les patients et d'appliquer les interventions spécifiques qui permettront de passer d'une étape à l'autre. Il est en effet probablement inutile de proposer d'entraîner quelqu'un à négocier les problèmes liés au traitement quand une personne est juste en train de nier qu'elle est malade. Le [tableau 1.5](#) propose un canevas pour décider quand appliquer quelle intervention.

## Le rétablissement comme un résultat

En termes médicaux conventionnels, le rétablissement signifie ne plus avoir de signes et de symptômes de la maladie ni de conséquences de celle-ci sur le fonctionnement, et de ne plus présenter de rechute de la maladie. La recherche montre que 42 à 68 % des personnes atteintes de schizophrénie présentent un rétablissement complet ou améliorent leur vie de façon substantielle. Robert Liberman et ses collègues [10] ont défini des critères de rétablissement de la schizophrénie comme :

- ne plus avoir de symptômes durant les deux dernières années ;
- être employé au moins à 50 % durant les deux dernières années ;
- vivre de façon indépendante ;
- être capable de gérer son argent, ses courses, la préparation des repas et son hygiène personnelle ;
- avoir des interactions régulières avec des amis, des connaissances ou son conjoint (n'inclut pas la famille d'origine).

Les dix facteurs décrits dans le [tableau 1.6](#) sont reliés au rétablissement comme un résultat. Cela ne signifie pas que, pour se rétablir de la schizophrénie,

**TABLEAU 1.5. Interventions en fonction des étapes du processus de rétablissement.**

Étapes	Interventions principales
Moratoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Engagement dans la relation et les soins</li> <li>– Normalisation des symptômes psychotiques</li> <li>– Suivi intensif dans le milieu</li> </ul>
Conscience	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Psychoéducation individuelle et/ou familiale</li> <li>– Thérapie cognitive et comportementale des symptômes psychotiques</li> </ul>
Préparation	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Thérapie cognitive et comportementale des symptômes psychotiques</li> <li>– Remédiation cognitive</li> <li>– Entraînement des habiletés sociales dans le domaine de la vie domestique, des loisirs, des relations sociales et sentimentales</li> </ul>
Reconstruction	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Soutien à l'emploi ou à la formation</li> <li>– Emplois transitionnels, stages professionnels</li> <li>– Engagement dans de nouveaux rôles sociaux et de nouvelles activités.</li> </ul>
Croissance	

TABLEAU 1.6. Facteurs liés au rétablissement de la schizophrénie en tant que résultat.

Facteurs	Relation au rétablissement
Relations familiales	Peu de stress au niveau de la communication au sein de la famille et un soutien élevé des membres de l'entourage facilitent le rétablissement
Durée de la psychose non traitée	Les personnes rétablies ont accédé plus rapidement à un traitement dès l'apparition des premiers symptômes psychotiques
Réponse initiale aux médicaments	Les personnes rétablies ont répondu plus favorablement à la première prescription de neuroleptiques
Adhésion au traitement	Les personnes qui prennent leurs médicaments et adhèrent aux recommandations thérapeutiques ont plus de chances de se rétablir
Relation thérapeutique aidante	Le rétablissement est lié au fait d'avoir des relations positives et aidantes avec les professionnels de la santé
Capacités cognitives	Les personnes qui se rétablissent ont un bon fonctionnement cognitif en ce qui concerne l'attention, la concentration, la mémoire et la capacité de résoudre des problèmes
Habiletés sociales	Les personnes rétablies ont de meilleures habiletés interpersonnelles
Fonctionnement prémorbide	Les personnes qui se rétablissent présentent un meilleur fonctionnement avant de développer la schizophrénie dans les domaines des relations sociales, de la formation et du travail
Accès aux soins	Le rétablissement est associé à un meilleur accès à des soins continus comme le traitement médicamenteux, la thérapie psychologique, l'entraînement des habiletés sociales, la psychoéducation familiale, la réhabilitation professionnelle et les groupes de soutien

il faut nécessairement ces dix facteurs, mais que chacun de ces facteurs cumulés augmente les chances de rétablissement. Les traitements psychosociaux de la schizophrénie cherchent également à aider les patients à améliorer ces facteurs. Par exemple, la remédiation cognitive vise à améliorer les performances cognitives, l'entraînement des habiletés sociales à rétablir le fonctionnement interpersonnel, les thérapies des symptômes psychotiques à réduire les symptômes persistants, etc.