

LA SCHIZOPHRÉNIE

Guide d'information
sur les différents
**TRAITEMENTS
MÉDICAMENTEUX ET
PSYCHOSOCIAUX**



Brochure réalisée grâce au soutien de Janssen-Cilag

Table des matières

La schizophrénie	5
Les causes	8
Les facteurs déclenchants	8
Les symptômes	9
Apparition et évolution	12
Peut-on en guérir?	12
Peut-on se rétablir?	13
Les troubles associés à la schizophrénie	15
La schizophrénie et la consommation de toxiques	15
La schizophrénie et risque suicidaire	16
La schizophrénie et la dangerosité	17
La schizophrénie et le fait de ne pas se reconnaître malade (l'anosognosie)	17
La schizophrénie, ce n'est pas...	17

Les traitements

Traitements non-pharmacologiques

Thérapie de soutien

Thérapies comportementales et cognitives (TCC)

Thérapies familiales et travail avec les familles

Remédiation cognitive, Éducation thérapeutique (ETP) et psychoéducation du patient

Méditation et Mindfulness

Les groupes d'entraide

La réhabilitation

Traitements pharmacologiques

Comment idéalement se soigner?

Objectif du traitement pharmacologique?

Comment agissent les antipsychotiques?

Que faire en cas d'effets indésirables?

Que faire en cas d'oubli d'une prise ou d'une administration?

En cas de traitement par voie orale

En cas de traitement par injections à longue durée d'action

Que se passe-t-il en cas d'arrêt du traitement?

Les proches

La psychoéducation

Similes

Adresses utiles et livres

18

18

18

18

19

19

20

20

21

21

21

23

26

29

30

30

31

31

34

35

37

38

Ce guide propose aux proches et aux personnes concernées par la schizophrénie des explications claires et succinctes quant aux différentes possibilités de traitements pour ce trouble psychique.

« Notre fils Benoît se faisait facilement des amis et avait des facilités à l'école. Pourtant, il y a environ un an, il a commencé à éprouver de plus en plus de difficultés tant à l'école qu'à la maison : Il est devenu renfermé et passait le plus clair de son temps dans sa chambre, il n'adressait quasiment plus la parole à sa sœur et ne communiquait plus avec nous que par des onomatopées et grognements »

« Mon frère se sent harcelé à son boulot, il dit que toute son équipe est contre lui et lui veut du mal. Il vit chez lui les rideaux fermés et a coupé sa ligne téléphonique par peur de représailles de sa société. »

« Anna a commencé à ne plus prendre soin d'elle, à ne plus se laver, à parler toute seule et à ne plus vouloir sortir »

Vous faites peut-être le même type de constat avec un de vos proches. Vous vous posez sans doute beaucoup de questions à son sujet. Le diagnostic de schizophrénie a déjà été posé ou pas. Sachez avant tout que **vous n'êtes pas seul** à vous interroger sur les comportements de votre proche malade, sur son traitement et sur les manières de lui venir en aide.



La schizophrénie

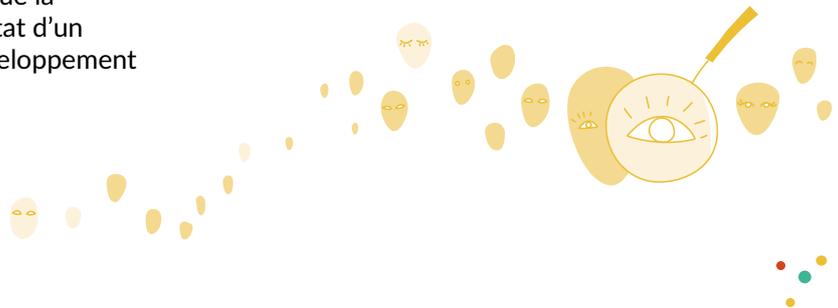
La schizophrénie est une maladie aux nombreux visages qui touche près d'une personne sur cent dans le monde. Elle se déclare généralement au début de l'âge adulte et concerne autant les hommes que les femmes. Elle est indépendante de la culture, de l'origine ethnique ou de la classe sociale des personnes.

Une maladie mentale multiple et extrêmement complexe

La schizophrénie est une maladie dont l'origine est plurifactorielle. Son développement résulterait d'une interaction entre gènes et environnement, suggérant qu'il existe une vulnérabilité génétique précipitée par des facteurs environnementaux tels que certains stress ou une consommation de substances psychogènes.

Les recherches expliquent que les symptômes de la schizophrénie sont causés par un déséquilibre biochimique du cerveau. Elles révèlent que la schizophrénie est probablement le résultat d'un mauvais alignement survenu lors du développement des neurones du cerveau fœtal.

Ce défaut se mue complètement en maladie vers la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte, car il s'agit d'une phase particulièrement intense de maturation du cerveau, au cours de laquelle les neurones et différentes régions cérébrales se réorganisent.



Des premiers symptômes psychotiques au diagnostic

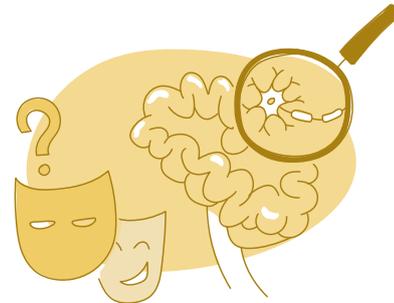
La schizophrénie est une pathologie souvent difficile à diagnostiquer. Il n'est donc pas rare que le diagnostic soit posé alors que la maladie progresse depuis plusieurs années.

La difficulté à poser le diagnostic s'explique par la diversité de ses symptômes, pouvant être parfois

confondus avec ceux de la dépression, d'un trouble anxieux sévère ou des troubles bipolaires, notamment quand les symptômes déficitaires sont au premier plan. Les symptômes les plus caractéristiques de la maladie sont le délire, les hallucinations, les troubles de la pensée et de la communication et le retrait des activités sociales¹.

La schizophrénie se manifeste par des signes très nombreux et variables selon les personnes

Reconnaître ces symptômes peut s'avérer particulièrement difficile quand la maladie se développe pendant l'adolescence. En effet, les changements comportementaux liés à la schizophrénie sont souvent attribués à une crise d'adolescence passagère.



¹ Apprendre à connaître la schizophrénie, Manuel de référence pour les familles et le personnel soignant, Société canadienne de schizophrénie, 2003. Dossier Schizophrénie – Intervenir au plus tôt pour limiter la sévérité des troubles, Inserm (en collaboration avec Marie-Odile Krebs), 2018

Les signes précurseurs de l'apparition de la maladie sont donc progressifs et difficiles à identifier :

- *Retrait social, isolement et soupçon excessif à l'égard des autres*
- *Baisse des résultats scolaires ou des performances sportives*
- *Incapacité d'exprimer de la joie*
- *Sautes d'humeur*
- *Incapacité de pleurer ou pleurs excessifs*
- *Mauvaise hygiène corporelle*
- *Rire inapproprié*
- *Modifications des relations familiales*
- *Regard vague et sans expression*
- *Incapacité de se concentrer*
- *Hyperactivité ou inertie extrême*
- *Incapacité de composer avec des problèmes mineurs*
- *Sommeil excessif ou insomnie*
- *Sensibilité inhabituelle au bruit ou à la lumière*
- *Abandon des activités habituelles*
- *Sens altéré de l'odorat et du goût*
- *Indifférence, même face à des événements importants*
- *Propos irrationnels ou inappropriés*
- *Abandon d'activités (et de la vie en général)*
- *Position bizarre, regard fixe et prolongé*

Dans l'objectif d'un repérage précoce, toute la difficulté consiste à ne pas banaliser une modification de comportement chez un adolescent, sans s'alerter trop vite.

Même s'ils ne constituent pas un élément d'alerte pris séparément, l'isolement social et la baisse des résultats scolaires accompagnent souvent les premiers symptômes. Ainsi, l'orientation rapide des jeunes en rupture scolaire ou sociale vers des consultations spécialisées est pertinente: elle permet une évaluation précise et multidisciplinaire de la situation. Le cas échéant, elle permet aussi de tenter d'enrayer la dérive et de prévenir le risque d'une évolution possible vers un trouble psychotique avéré, voire une schizophrénie.

Les causes

De nombreuses hypothèses existent sur les causes de la schizophrénie, mais son origine reste inconnue. Actuellement les chercheurs pensent que l'addition de facteurs génétiques et de stress psychologiques et environnementaux créerait une vulnérabilité, permettant le développement des troubles. Elle peut avoir un impact important sur l'adaptation sociale et entraîner une grande souffrance chez la personne et ses proches.

La cause de la maladie ne se situe donc pas dans le milieu familial, ni dans les relations familiales. Il s'agit bien plus d'une maladie organique du cerveau.

Les facteurs déclenchants

Le **stress**: les personnes schizophrènes ont un seuil d'intolérance au stress nettement plus bas que les autres. Elles peuvent avoir une réaction disproportionnée à des événements imprévus, en particulier à des situations de changement qui touchent la routine quotidienne et qui exigent un effort d'adaptation. Ces événements ne sont pas forcément d'ordre négatif: les épisodes heureux peuvent, eux aussi, s'avérer stressants et augmenter le risque de crise.



La **consommation de substances psychogènes** et particulièrement le cannabis. Comment ? En perturbant la maturation cérébrale et en agissant sur les récepteurs que ces substances activent. Ces récepteurs sont nombreux au niveau des zones du cerveau impliquées dans les pathologies psychiatriques, et particulièrement dans les régions où la plasticité est importante à l'adolescence. Ainsi, la consommation de cannabis doublerait le risque de schizophrénie, mais avec une grande hétérogénéité en fonction des individus. Cet effet dépendrait de la dose, de la teneur du produit en THC (*delta-9-tétrahydrocannabinol*), de la durée d'utilisation et de l'âge d'exposition.

Enfin, d'autres aspects liés à l'**hygiène de vie** joueraient aussi un rôle significatif dans le déclenchement du trouble : qualité du sommeil, nutrition, apports en facteurs favorisant la croissance et la survie des neurones.

Les symptômes

Tout comme d'autres maladies, la schizophrénie se manifeste par des signes et des symptômes qui varient d'une personne à l'autre.

Il existe différents types de symptômes :

Les signes précurseurs d'une psychose ou prodromes : ils se présentent avant l'apparition de symptômes manifestes (tels qu'évoqués ci-après).

Ils sont le plus souvent peu spécifiques et assez vagues :

- ⇒ Isolement de la personne,
- ⇒ Troubles du sommeil, inversion du cycle jour-nuit,
- ⇒ Symptômes anxieux,
- ⇒ Sentiment de malaise et de méfiance,
- ⇒ Tendance à la dépression, ...

A posteriori, tous ces troubles pourraient être qualifiés de signaux d'alarme, mais ils sont habituellement encore trop peu précis à ce stade pour être attribués à un processus psychotique.

De plus, ils ressemblent fort aux symptômes d'une forte crise d'adolescence. Il n'est donc pas évident de faire la distinction avec celle-ci.

Les **symptômes positifs** :

ils ajoutent quelque chose au comportement habituel de la personne

Hallucinations

Perception anormale des différents sens :

Entendre, voir, toucher, goûter ou sentir quelque chose qui n'existe pas

Entendre des voix (critiques ou insultantes et parfois bienveillantes)

Sentir des odeurs qui n'existent pas

Avoir des visions

Impressions de sentir des ondes ou du courant dans le corps ou des parasites qui se déplacent sous la peau

Délire(s)

Croire fermement en quelque chose qui ne peut être vrai

Être persuadé :

d'être en danger de mort ou victime d'un complot,

d'être observé,

d'être célèbre,

d'avoir une grande mission,

d'avoir des pouvoirs surnaturels,

d'être contrôlé à distance

Les **symptômes négatifs** :

ils enlèvent quelque chose au comportement habituel de la personne

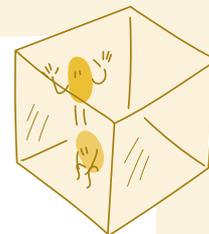
Retrait social

Se désintéresser de ses amis

S'isoler

Inverser les heures de coucher et de réveil

Se nourrir la nuit



Apathie, manque de volonté

Manque d'énergie

Envie de rien

Aucune implication dans la vie familiale

Aucune initiative

Troubles de l'affectivité

Paraît éteint, sans réaction

Apragmatisme

Incapacité pour la personne de réaliser des actes simples qu'elle sait très bien faire :

faire la vaisselle, prendre le bus, ...



Les **symptômes dissociatifs**:

ils correspondent à une désorganisation de la pensée, des paroles, des émotions et des comportements corporels. La cohérence et la logique du discours et des pensées sont perturbées. Ces symptômes sont présents chez environ 75% des personnes développant la maladie.

Déficits cognitifs



- ⇒ Trouble de concentration
- ⇒ Trouble de la mémoire
- ⇒ Désorganisation de la pensée
- ⇒ Difficultés dans la planification des tâches
- ⇒ Manque de perception de la maladie (défaut d'insight)

Déficits motivationnels

- ⇒ Manque d'initiative

Déficits affectifs

- ⇒ Manque de reconnaissance des émotions (celles des autres et les siennes)
- ⇒ Manque d'expression de ses propres émotions
- ⇒ Manque de contrôle des émotions

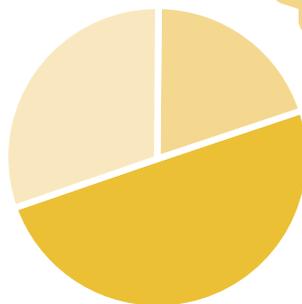
Apparition et évolution

Dans trois quarts des cas, la schizophrénie n'est pas une maladie d'apparition brutale. Elle débute par des symptômes atténués, souvent peu spécifiques, associés à des difficultés cognitives. Ces symptômes prodromiques correspondent à un état mental à risque d'évolution vers un trouble psychotique. Les symptômes sont alors non seulement moins intenses, mais en outre moins fréquents ou moins durables. A ce stade, l'évolution vers la schizophrénie n'est pas inéluctable puisque, statistiquement, seul un tiers des personnes concernées évolueront vers un premier épisode psychotique et un peu plus de la moitié de celles-ci évolueront ultérieurement vers une schizophrénie chronique.

Sur 100 malades souffrant de schizophrénie:

30 %

Nécessiteront un traitement ininterrompu avec des doses de médicaments ou un encadrement en institution, et auront de la difficulté à vivre en autonomie



20 %

Feront une seule crise aiguë et n'en referont plus jamais par la suite

50 %

feront plusieurs rechutes qui pourront nécessiter des traitements hospitaliers. Durant les périodes de rémission, ces personnes vont bien et mènent une vie normale.

Peut-on en guérir ?

Guérir au sens où tout disparaît et redevient comme avant et où la maladie n'est plus qu'un vieux souvenir, cela n'existe en médecine que pour les infections et pour certains cancers sans risque de récurrence. Partout ailleurs en médecine, on corrige mais on ne guérit pas. La schizophrénie ne se guérit pas mais se soigne, et parfois elle se soigne très efficacement.

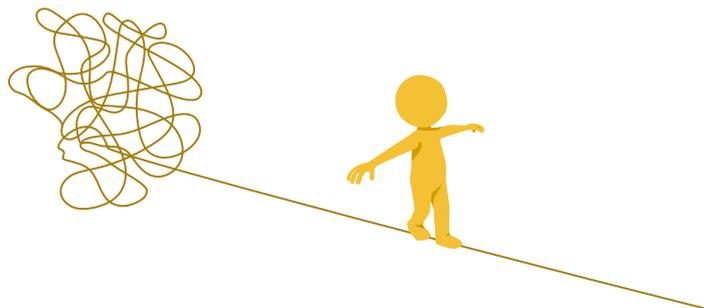
Peut-on se rétablir?

Dans les années 1990, le mouvement du rétablissement a émergé grâce à des initiatives provenant d'usagers eux-mêmes. Le rétablissement doit être rapproché du concept d'**empowerment** (ou **restauration de la capacité d'agir**)². Ces deux concepts sont en interaction du fait qu'ils ont en commun les mêmes fondements qui sont l'**estime de soi**, l'**efficacité personnelle** et la nécessité pour la personne d'exercer un **contrôle** réel sur sa vie et son environnement.

La notion de rétablissement caractérise le devenir de la personne. Se rétablir d'une maladie mentale signifie pouvoir se dégager d'une identité de malade psychiatrique et retrouver une vie active et sociale. « Se rétablir » peut évoquer une période de perte d'équilibre, d'amorce de chute finalement évitée par la restauration d'un équilibre.

Le rétablissement est un processus actif fondé sur l'expérience subjective de la personne et sur ses efforts pour surmonter et dépasser les limites imposées par le trouble mental et les conséquences qui lui sont associées³.

La personne vivant une expérience de maladie mentale acquiert des compétences et des savoirs spécifiques (savoir-faire et savoir-être). Cette expertise par l'expérience renforce l'autonomie de la personne, l'aide à orienter ses choix, à mieux gérer ses émotions et son stress afin de lui permettre de prendre des décisions sur sa santé et ainsi de tendre vers son rétablissement.



² L'empowerment est le pouvoir d'agir d'une personne dans le cadre d'une dynamique d'accompagnement, de cheminement dans sa prise de conscience de ses capacités, ses désirs, ses choix

³ Barbes-Morin, 2006, cité in Le rétablissement du soi dans la schizophrénie, Koenig-Flahaut & al, 2012

Il existe **quatre éléments essentiels au processus de rétablissement** (Favrod, 2012):

1



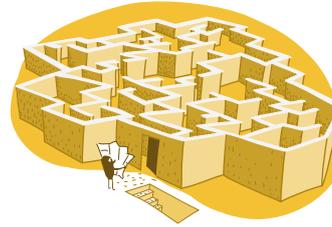
L'**espoir**, qui est fondamental dans l'ensemble des témoignages de rétablissement. C'est cet espoir qui va permettre de se prendre en main.

2



La **redéfinition de l'identité avec la prise de conscience de sa maladie**. Les différents écrits d'usagers sur le rétablissement précisent que c'est quand la personne a eu connaissance du diagnostic de sa maladie qu'elle a pu commencer à faire un travail d'intégration pour tendre vers une phase d'acceptation.

3



La **découverte d'un sens à la vie**. Les projets qui existaient avant de « tomber malade » peuvent être remis en question par la maladie. La personne va rechercher de nouveaux projets et redonner un sens à sa vie. Certains usagers parlent de se reconstruire.

4



La **responsabilité du rétablissement**. C'est le pouvoir d'agir de la personne pour gérer sa santé, faire ses choix de vie.

Le rétablissement est un processus évolutif. C'est un mouvement et pas un état. On n'est pas « rétabli » mais « en rétablissement ».

Les troubles associés à la schizophrénie

La schizophrénie peut parfois s'associer avec d'autres troubles psychiques tels que :

- ⇒ la dépression
- ⇒ les troubles obsessionnels compulsifs (10 %)
- ⇒ l'alcoolisme et la toxicomanie (30 à 50 %).

1 La schizophrénie et la consommation de toxiques

Le **cannabis** est très souvent consommé par les personnes atteintes de schizophrénie. Son utilisation diminue l'efficacité des traitements et a un impact négatif sur l'évolution de la maladie (aggravation des symptômes négatifs et accroissement du nombre de rechutes, majoration de l'impulsivité).

Pour les chercheurs, la consommation de cannabis peut provoquer la survenue de symptômes schizophréniques chez des personnes présentant une vulnérabilité. Des personnes souffrant de schizophrénie croient que cette consommation peut calmer certains symptômes (angoisse, inhibition). En fait, ce soulagement est transitoire et la consommation aggrave le pronostic de la maladie.

Une consommation excessive d'**alcool**, utilisé pour lutter contre les conséquences de la maladie, entraîne une aggravation des symptômes. L'alcool peut augmenter les effets indésirables des psychotropes. Il altère l'état de santé et favorise les troubles du comportement.

Les personnes vivant avec une schizophrénie ont souvent une consommation de **tabac** importante. La nicotine peut atténuer certains effets indésirables des neuroleptiques. Ceci pourrait expliquer la plus grande dépendance de ces personnes à la nicotine.

2 La schizophrénie et le risque suicidaire

En comparaison avec la population générale et avec les patients présentant d'autres troubles mentaux, les personnes atteintes de schizophrénie courent un risque accru de mortalité précoce par affections somatiques, par accidents ou par autres types de mort violente, notamment par suicide.

Près de la moitié d'entre elles font une tentative de suicide au cours de leur existence et 10 à 15 % décèderaient par suicide. Leur risque de décès est 50 fois plus élevé que dans la population générale.

Les personnes schizophrènes semblent commettre des actes suicidaires pendant des périodes dépressives, des épisodes de décompensation psychotique aiguë (délirante ou hallucinatoire), mais également suite à des événements de vie stressants.

Les méthodes utilisées pour le passage à l'acte sont plus violentes et donc plus létales que dans la population générale.

La prédiction du suicide dans la schizophrénie, comme dans les autres troubles mentaux reste cependant extrêmement difficile à appréhender⁴.

⁴ Schizophrénie et risque suicidaire, in *Suicides et tentatives de suicide*, Marie-Laure Florea, Philippe Courtet, (2010),

3 La schizophrénie et la dangerosité

Contrairement à l'idée habituellement véhiculée par les médias, les personnes atteintes de schizophrénie sont beaucoup plus souvent victimes qu'auteurs d'actes de violence.

Même si la maladie peut augmenter le risque de passage à l'acte hétéro-agressif, c'est surtout l'association d'une consommation de toxiques et d'alcool et l'absence ou la rupture des soins qui favorisent les comportements agressifs et violents.

4 La schizophrénie et le fait de ne pas se reconnaître malade (l'anosognosie)

Dans 60% des cas, la personne ne se reconnaît pas malade. Ce n'est pas une volonté délibérée de sa part mais bien un symptôme à part entière de la maladie, classé parmi les troubles cognitifs.

La personne n'est plus en capacité de percevoir ses différents symptômes comme s'apparentant à une maladie appelée 'schizophrénie'. Il est donc inutile d'essayer de la convaincre à tout prix qu'elle est malade.

5 La schizophrénie, ce n'est pas...

- ⇒ Un dédoublement de la personnalité
- ⇒ Un trouble de l'humeur
- ⇒ Synonyme de dangerosité

- ⇒ Un traumatisme crânien
- ⇒ Des troubles autistiques et des troubles de l'envahissement du comportement
- ⇒ Un retard mental

Les traitements

La prise en charge d'un épisode psychotique est globale, multidisciplinaire et articulée autour des volets médicaux, sociaux, psychologiques adaptés à la multiplicité et à la diversité des symptômes, au profil de chaque personne, aux besoins d'accompagnement spécifiques, à la phase de la maladie, à la tranche d'âge, au terrain cognitif, médical et développemental, à l'existence d'un abus de substances nocives et à l'environnement.

1 Traitements non-pharmacologiques

Thérapie de soutien

Elle permet au patient d'avoir avec son psychiatre traitant, ou un thérapeute travaillant en lien avec ce dernier, des échanges sur son quotidien, sa maladie et ses conséquences, afin de mieux cerner les difficultés et de trouver des solutions.



Thérapies comportementales et cognitives (TCC)

Elles aident à réduire les symptômes, en particulier délirants, et peuvent améliorer la régulation des émotions ainsi que la gestion du traitement et de la vie quotidienne. L'entraînement aux compétences sociales vise à améliorer la communication avec les soignants ou les proches.

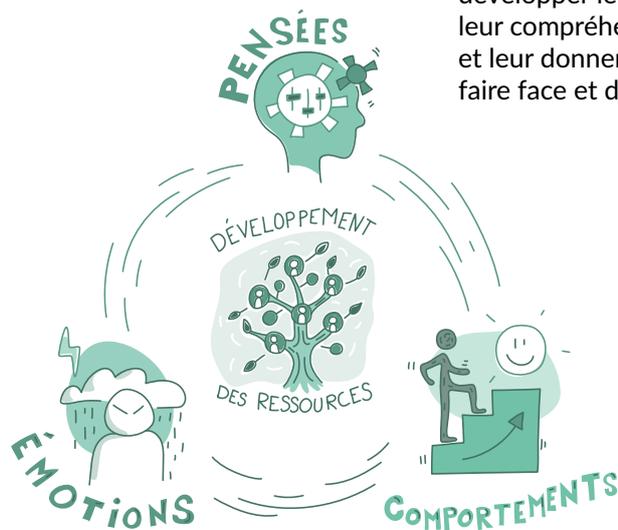
Certaines modalités de thérapie cognitivo-comportementale peuvent permettre au patient de

gérer ses symptômes négatifs mais aussi positifs et l'aider à éviter l'enfermement sur lui-même et la désocialisation progressive.

Ces thérapies peuvent aborder des dimensions émotionnelles (angoisse, estime de soi, gestion du stress), sociales (hygiène de vie, motivation à entreprendre et à aller vers les autres) ou encore médicales (réduction de sa consommation de substances psychogènes, éducation sur sa maladie).

Thérapies familiales et travail avec les familles

Elles s'avèrent parfois nécessaires pour résoudre des conflits que le système familial ne peut plus gérer. Les thérapeutes ne cherchent pas à culpabiliser les proches, mais à les aider à devenir des partenaires des soins.



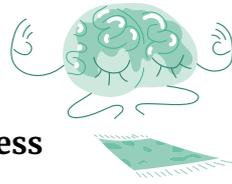
Le soutien et l'éducation de l'entourage sont également essentiels pour assurer un bon engagement du patient et de sa famille. Par exemple, les modules de psychoéducation de courte durée proposés par Similes Wallonie⁵, et le programme international Profamille⁶ sont précieux pour aider les parents à développer leurs connaissances et leur compréhension de la maladie et leur donner les outils pour y faire face et diminuer leur fardeau.

Remédiation cognitive, Éducation thérapeutique (ETP) et psychoéducation du patient

Une remédiation cognitive traite notamment les symptômes de désorganisation. Il s'agit d'une technique non médicamenteuse qui consiste à identifier les différentes composantes cognitives altérées par la maladie (troubles attentionnels, mémorisation, exécution...) et à trouver des solutions pour guérir ou contourner ces troubles, à travers des jeux de rôle, des exercices ou encore une éducation à sa propre maladie. Elle se pratique souvent sous forme d'entretiens individuels entre le patient et un professionnel de santé formé à cette thérapie (psychologue, infirmier...), au rythme de deux à trois séances par semaine pendant environ 3 à 6 mois et/ou sous forme collective.

⁵ Plus d'infos sur le site de Similes Wallonie associationsimiles.org > Proches ou familles > Nos formations familles

⁶ Plus d'infos sur le site du Profamille profamille.site



Méditation et Mindfulness

La méditation en pleine conscience, ou « Mindfulness », permet de mieux identifier ses réactions face aux situations de stress et de mieux gérer les idées qui s'emballent ou que l'on rumine.

Ce concept issu principalement du bouddhisme se retrouve dans tous les grands courants philosophiques et spirituels. Il désigne l'acte et l'aptitude à observer volontairement dans l'instant présent ce qui se passe en soi ou hors de soi, à l'accepter comme étant sa réalité, sans porter de jugements, ni positifs ni négatifs.

Le Dr Jon Kabat-Zinn a élaboré dès 1979 un programme de Mindfulness-pleine conscience dit MBSR (Réduction du Stress par la Méditation en Pleine Conscience). C'est un programme d'entraînement en groupe, sur huit semaines, visant à réduire le stress, permettant de se familiariser avec différentes pratiques de méditation et ancrant la personne dans cette pratique régulière et volontaire, au milieu d'un éventail de situations et de moments, y compris ceux qui ne sont pas forcément agréables. C'est une pratique de « l'arrêt » car méditer conduit à « se poser ». C'est aussi une invitation à ralentir pour percevoir et comprendre.

Cela implique de se relier avec ce qu'il y a de vivant en soi, à travers l'attention portée à la respiration et en accueillant avec bienveillance toute pensée, toute préoccupation, non pas pour les retenir mais bien pour les laisser passer. L'exercice peut se faire allongé, assis, debout, ou même en marchant. Il faut pouvoir le mettre en pratique au quotidien afin de développer une meilleure perception de son fonctionnement et repérer progressivement un espace intérieur de bien-être. (Les troubles bipolaires, Pro Mente Sana)

Les groupes d'entraide

Il existe des groupes d'entraide pour les personnes qui souffrent de schizophrénie et pour leurs familles confrontées aux problématiques de gestion de la maladie. Ces groupes peuvent avoir un effet de soutien non négligeable ainsi qu'un effet thérapeutique puisque les participants s'entraident en permanence. Cela a pour effet positif de déstigmatiser la maladie et de réduire la peur et l'anxiété éprouvée face à une situation que l'on comprend mal ou pas du tout. Généralement ces groupes sont rattachés à des associations de patients ou de proches.



La réhabilitation

Une réhabilitation psychosociale permet d'aider la personne à progresser pour atteindre ses objectifs concernant son projet de vie. Elle se fonde sur les capacités du patient et vise à les utiliser pour améliorer son quotidien.

Même après la disparition des symptômes psychotiques, des difficultés subsistent : problèmes de communication avec les autres, motivation réduite, difficultés dans la réalisation de tâches ou de projets simples.

Les interventions psychosociales basées sur des programmes de réhabilitation peuvent apporter beaucoup : ce sont des programmes de formation et d'éducation au niveau social visant à apprendre au malade à mieux se gérer (par ex : mieux utiliser les moyens de transport, exécuter des tâches,...)

L'objectif est de permettre au malade de mieux s'insérer dans la collectivité en dehors du contexte des institutions de soins et de le rendre peu à peu socialement actif.

2 Traitements pharmacologiques

Comment idéalement se soigner ?

L'objectif du traitement est de permettre aux personnes atteintes de schizophrénie de se rétablir. Cela signifie être soulagé des symptômes invalidants, éviter les rechutes et pouvoir mener une vie satisfaisante dans la communauté.

Les meilleurs résultats sont observés lorsque le traitement combine différentes approches : une prise régulière de médicaments psychotropes, associée à une approche psychothérapeutique et à un soutien social, et ce dans le cadre d'un accompagnement professionnel, avec le soutien de la famille et des proches.

Même si la prise en charge ne se limite donc pas à la prise d'une ou plusieurs médicaments, celles-ci jouent un rôle important dans le traitement de cette maladie. Parmi les psychotropes, les antipsychotiques constituent le traitement de base. Ils atténuent les hallucinations et les idées délirantes, réduisent l'anxiété et l'agitation et aident le patient à penser de manière plus cohérente. Ils représentent une réponse thérapeutique aux maladies mentales.

La schizophrénie se manifeste différemment d'une personne à l'autre. On considère parfois qu'il existe autant d'expressions de cette maladie que de personnes qui en sont atteintes. Ce caractère individuel la rend parfois difficile à diagnostiquer et explique aussi qu'il faut parfois du temps avant de trouver le traitement pharmacologique le plus adapté au patient et à ce moment de sa vie. Dans cette recherche, il est fondamental que le patient transmette au médecin son ressenti, les éventuels effets indésirables observés et son degré effectif d'adhésion au traitement prescrit. La communication avec le médecin et l'équipe soignante est un atout pour trouver ensemble le traitement le plus adapté, incluant la molécule, le dosage et la forme galénique (comprimés, comprimés fondants, gouttes, solutés ou injections à action prolongée) la plus appropriée en fonction des préférences et du cadre de vie de chaque patient.

Le psychiatre est spécialisé dans le soin aux personnes atteintes d'une maladie mentale comme la psychose, la bipolarité, la dépression, le trouble anxieux ou le trouble alimentaire. Il a une vue d'ensemble sur le soin nécessaire et est ainsi qualifié pour trouver avec son patient le traitement pharmacologique le plus adapté.

La recherche récente montre que le traitement antipsychotique idéal est un traitement continu. Cela signifie qu'on demande aux patients de suivre la prescription de comprimés en une ou plusieurs prises par jour durant une longue période, pouvant aller jusqu'à plusieurs années. De nombreuses études montrent que seule une minorité de personnes schizophrènes qui se traitent par voie orale arrivent à respecter la prescription médicale. Ainsi, le strict suivi de cette prescription dans le temps constitue un défi pour de très nombreux patients, comme c'est d'ailleurs aussi le cas pour d'autres maladies chroniques telles que le diabète, l'hypertension ou les maladies cardiovasculaires. Le poids de ce respect difficile du traitement est parfois partagé par les proches qui se voient alors endosser malgré eux un rôle de contrôle.

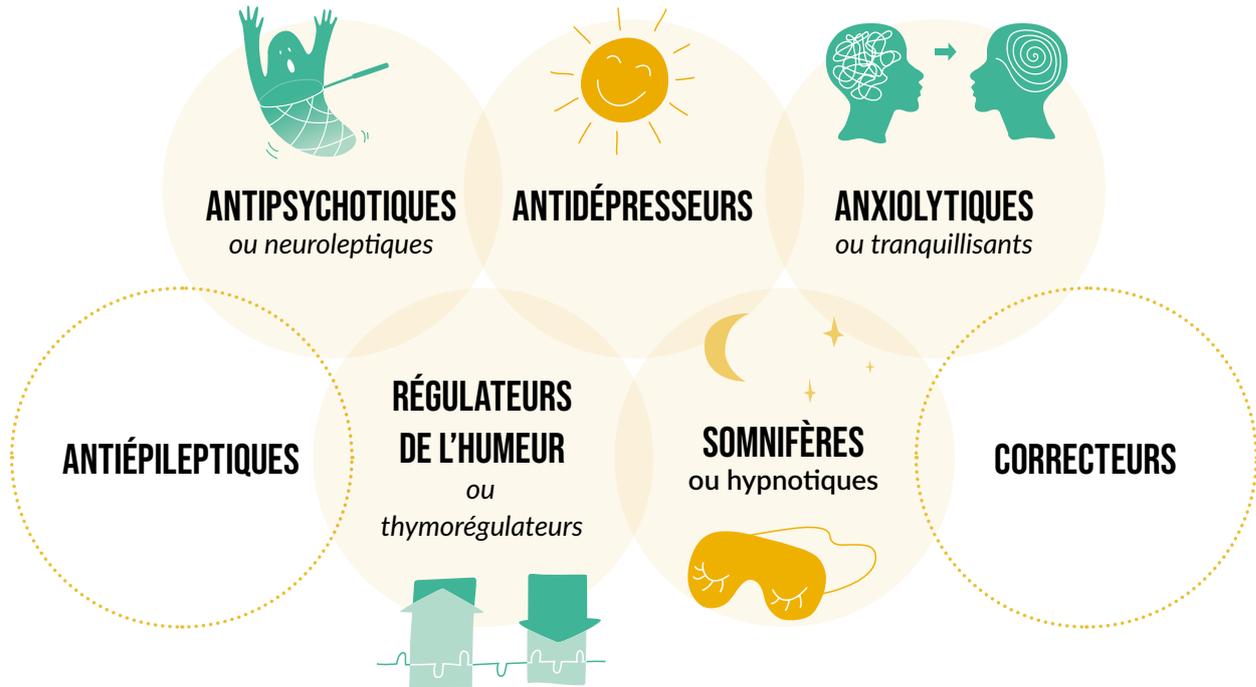
L'Organisation Mondiale de la Santé souligne d'ailleurs régulièrement l'impact négatif de cette adhésion partielle aux traitements pharmacologiques sur la santé publique.

Un traitement idéal est :

- ⇒ une combinaison d'un traitement pharmacologique continu et d'une thérapie d'accompagnement
- ⇒ adapté aux besoins de chaque patient

Objectif du traitement pharmacologique ?

On classe les médicaments psychotropes en cinq grandes familles auxquelles s'ajoutent les familles des antiépileptiques et des médicaments correcteurs d'effets indésirables :



On pense parfois que l'effet d'un médicament est déterminé uniquement par son principe actif. Son effet clinique s'explique en fait par l'**action d'une molécule (principe actif)** qui est **administrée par un véhicule (forme galénique)**. Ces deux facteurs, et pas seulement le principe actif, ont un impact déterminant sur le résultat clinique observé.

Par exemple, lorsqu'un antibiotique en sirop est substitué à un autre antibiotique également en sirop pour obtenir un spectre d'action plus adapté, c'est le principe actif qui est déterminant (puisque la forme galénique, le sirop, est la même). Par contre, lorsqu'un même antiémétique⁷, qui ne peut être administré sous forme orale parce que le patient ne peut le garder en raison de vomissements importants, est administré sous forme injectable intramusculaire, c'est la forme galénique qui est déterminante.

De même, pour de nombreux patients, un traitement d'entretien proposé sous forme injectable à longue durée d'action assurera un meilleur suivi du traitement que le même principe actif pris par voie orale.

⁷ Un antiémétique est un médicament qui agit contre les vomissements et les nausées

Les formes galéniques courantes en psychiatrie sont le comprimé et la gélule, le comprimé fondant, le soluté et les gouttes buvables, les injections intramusculaires à action immédiate et à longue durée d'action.



Comprimé / gélule

1 ou plusieurs fois par jour



Injection

1 ou 2 par jour

Uniquement en situation
aigüe (agitation)
Action rapide et de courte
durée



Gouttes / soluté buvable

*1 ou plusieurs fois par jour
Dosage précis & souple*



Injection

24 ou 12 ou 4 ou 2 par an

En phase d'entretien
(patient stabilisé)
Action progressive et de longue
durée

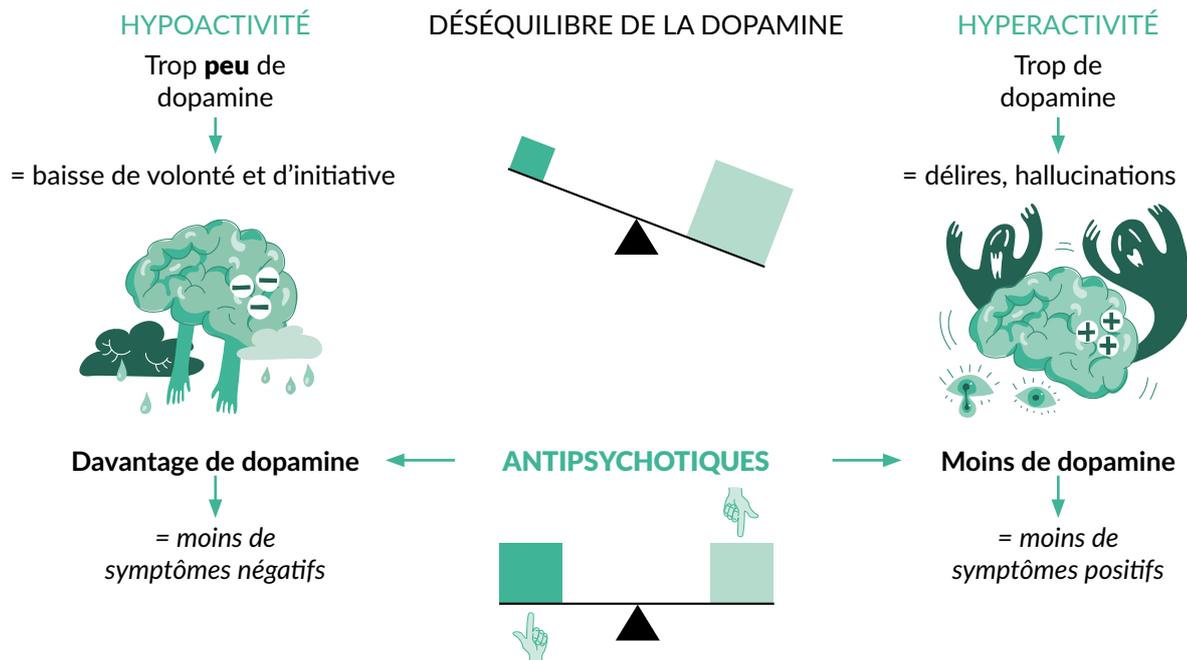
La base du traitement pharmacologique de la schizophrénie consiste en une couverture antipsychotique, si possible en monothérapie (un seul traitement antipsychotique). Comme certains patients présentent d'autres symptômes à côté de leur trouble psychotique, il est parfois nécessaire d'associer des médicaments de familles différentes comme, par exemple, un antipsychotique à un antidépresseur ou à un thymorégulateur. Parfois la sévérité des symptômes ou la persistance de symptômes résiduels demande d'associer temporairement deux antipsychotiques de profil et/ou de forme galénique différents, comme un antipsychotique injectable à administration mensuelle combiné à un autre de profil différent à prise orale journalière.

Le psychiatre choisit un traitement « sur mesure », de préférence simple, en fonction de l'expression de la maladie, du milieu de vie et des objectifs et préférences de son patient. Ce choix inclut un ou plusieurs principes actifs et leurs formes galéniques respectives. Lors d'évaluations cliniques régulières, il ajuste le traitement en cherchant la dose minimale efficace pour stabiliser la maladie tout en offrant une tolérance satisfaisante. Il en estime le degré d'observance. Il informe le patient et/ou ses proches des effets attendus du traitement.

Comment agissent les antipsychotiques ?

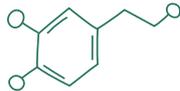
Les antipsychotiques constituent une réponse thérapeutique de base à la schizophrénie. D'un point de vue physiopathologique, on estime que les personnes souffrants de schizophrénie présentent une **hyperactivité** d'un neurotransmetteur appelé

dopamine dans une zone précise de leur cerveau, expliquant l'apparition des symptômes dits « positifs » (idées délirantes, hallucinations, agitation), et une **hypoactivité** de cette même dopamine dans d'autres zones, expliquant l'apparition des symptômes dits « négatifs » (émoussement affectif, perte de volonté ou d'initiative, difficultés cognitives, dépression).



Les antipsychotiques modulent l'activité de différents neurotransmetteurs dans le cerveau.

Bien que leur mécanisme d'action ne soit pas toujours bien établi, leur point commun est qu'ils freinent tous l'activité de la dopamine. C'est ainsi qu'on explique l'atténuation ou la disparition des symptômes positifs invalidants chez les personnes schizophrènes. Mais comme cette réduction de l'activité dopaminergique s'observe partout, y compris dans la région du cerveau qui présente une carence d'activité dopaminergique, cela explique le manque d'effet ou l'aggravation des symptômes négatifs (apathie, isolement, incapacité à exécuter des actes simples...) et l'apparition de certains effets secondaires neurologiques. Ceci est particulièrement le cas des médicaments anciennes, encore appelées neuroleptiques.



Les médicaments antipsychotiques peuvent offrir :

- ⇒ à court terme, le soulagement des symptômes invalidants (hallucinations, idées délirantes, anxiété, dépression, perte de volonté, pauvreté des contacts, ...)
- ⇒ à moyen et à long terme, une protection contre la rechute

Les médicaments récentes, appelées antipsychotiques ou antipsychotiques atypiques, **ont un mécanisme d'action plus complexe que le simple blocage dopaminergique**, ce qui leur confère à la fois une bonne efficacité sur les symptômes positifs mais aussi une certaine prise en charge des symptômes négatifs, cognitifs et affectifs. Leur spectre d'action est plus large et elles offrent aussi un meilleur profil de tolérance neurologique que les anciennes médicaments.

Globalement ces nouveaux antipsychotiques sont plus efficaces et mieux tolérés que les anciens et rencontrent la préférence de nombreux patients et de leurs proches.

Notons que la réponse aux antipsychotiques reste très individuelle et que certains patients ne présentent malheureusement qu'une réponse partielle ou insuffisante aux traitements.

À côté du soulagement apporté à court terme, les antipsychotiques ont fait la preuve de leur effet protecteur contre une éventuelle rechute. Comme il n'existe pas de signes avant-coureurs spécifiques et qu'il faut souvent plusieurs rechutes avant que l'entourage ne puisse découvrir un signal d'alerte propre au patient, le suivi d'un traitement antipsychotique d'entretien est très souvent recommandé. La durée de ce traitement d'entretien est estimée par le psychiatre.

Les résultats d'études cliniques internationales et l'analyse récente des registres nationaux, notamment scandinaves, ont clairement démontré l'**effet protecteur contre la rechute d'un traitement antipsychotique d'entretien** en comparaison à son arrêt. Ils montrent ainsi qu'il est préférable de se traiter plutôt que de ne pas se traiter mais aussi que, sur le long terme, un traitement administré sous forme de longue durée d'action offre une protection supérieure contre la rechute que le même principe actif pris par voie orale. Il apparaît donc préférable de garantir une couverture continue par antipsychotiques avec un minimum d'interruption de traitement, **la notion de continuité du traitement constituant la pierre angulaire de la prévention des rechutes.**

Caractéristiques des formes galéniques possibles en phase d'entretien :



- ⇒ **Les formes orales sont familières.** Elles sont prises une ou plusieurs fois par jour et nécessitent l'attention du patient et parfois de son entourage. Les adaptations de doses sont faciles et rapides. L'arrêt est possible de sa propre initiative.



- ⇒ **Les formes injectables à longue durée d'action,** à administration bimensuelle, mensuelle, trimestrielle ou semestrielle, nécessitent un contact avec un professionnel de la santé (médecin ou infirmier). La première dose est administrée après stabilisation sous la médication orale. Les adaptations de doses prennent plus de temps. La dose administrée est inférieure à la dose de l'équivalent oral. L'arrêt se fait en concertation avec le psychiatre.

Quels que soient le principe actif et la forme choisie, l'adhésion au traitement antipsychotique est toujours favorisée

- ⇒ par une **bonne alliance thérapeutique entre le patient et le psychiatre**,
- ⇒ par la **recherche commune du traitement le plus adapté**,
- ⇒ par l'**attention portée aux éventuels effets indésirables**,
- ⇒ et par une **information donnée sur la maladie et son traitement** (approche psychoéducative pour le patient et pour les proches).



Que faire en cas d'effets indésirables ?

Tout traitement pharmacologique est toujours un compromis entre un bénéfice escompté et un profil de tolérance acceptable. Les antipsychotiques n'échappent pas à cette règle. Ils ont tous fait la preuve de leur efficacité mais présentent aussi des effets indésirables.

De plus, comme il est difficile de prévoir la réponse et la tolérance d'un patient donné à ces traitements, il est parfois nécessaire d'en changer (principe actif) ou de l'adapter (dose, forme galénique) avant de trouver celui qui convient le mieux.

Ainsi pour certains patients, le premier traitement prescrit convient ; pour d'autres, il est nécessaire de l'adapter ou d'en changer. Pour d'autres encore, il sera nécessaire de le combiner avec d'autres de la même ou d'une autre famille.

Le psychiatre évalue régulièrement la présence d'effets indésirables. Il estime s'ils sont imputables au traitement ou à la maladie, et évalue leur éventuel impact sur le fonctionnement social et la qualité de vie.

Quelques effets indésirables :

- ⇒ **Effets neurologiques** : tremblements, rigidité ou contractures musculaires et dyskinésies tardives (mouvements incontrôlés de la bouche, des membres et du tronc) après un traitement à long terme. Plus fréquents sous les anciens neuroleptiques.
- ⇒ **Effets métaboliques** : prise de poids, augmentation de l'appétit, troubles lipidiques ou glucidiques. Plus fréquents avec certains antipsychotiques.
- ⇒ **Effets endocriniens** : règles irrégulières ou absentes, tension dans les seins, impuissance, diminution de la libido.
- ⇒ **Effets hématologiques** : perturbation de la formule sanguine.
- ⇒ **La sédation** est fréquente et plus marquée avec certains antipsychotiques.

Le patient doit toujours faire part à son médecin et à l'équipe soignante de son ressenti au sujet de son traitement pharmacologique : sa capacité à atténuer les symptômes, la présence d'effets indésirables ainsi que les éventuelles difficultés à respecter les prises médicamenteuses.

Cette communication transparente est capitale pour permettre de trouver ensemble le traitement qui apporte un résultat satisfaisant avec une tolérance acceptable et qui renforce ainsi son observance sur le long terme.

Que faire en cas d'oubli d'une prise ou d'une administration ?

Toute personne qui prend un médicament pour une maladie chronique oublie une prise de temps en temps. Les personnes atteintes de schizophrénie sont également dans le cas. Il est d'ailleurs démontré que l'adhésion au traitement pour une maladie aigüe et douloureuse est meilleure que pour une maladie chronique et silencieuse comme la schizophrénie.

Comme déjà signalé, le traitement pharmacologique de la schizophrénie qui offre le meilleur soulagement des symptômes et la meilleure protection contre la rechute est un traitement continu. Cela signifie qu'il est important de suivre le traitement tel qu'il est prescrit par le psychiatre.

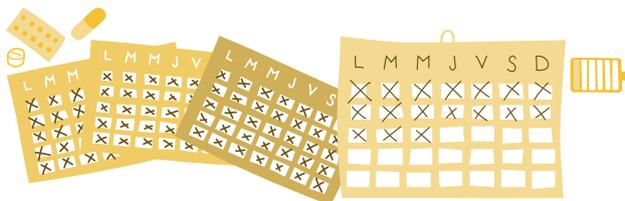
Distinguons les formes galéniques



En cas de traitement par voie orale

Le principe actif délivré via un comprimé, une gélule ou une forme liquide met quelques jours à être éliminé du sang : entre 2 jours et demi pour les plus rapides et 2 semaines pour les plus lents.

Cela signifie que ces médicaments demandent une prise bien régulière, d'autant plus s'ils s'éliminent rapidement. Le psychiatre peut donner une information sur la conduite à suivre en cas d'oubli récent constaté par le patient ou un proche.



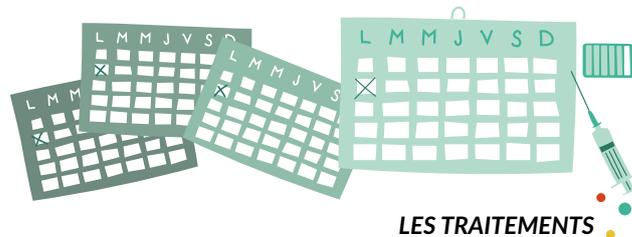
En cas de traitement par injections à longue durée d'action

Le principe actif est délivré sous forme d'un réservoir administré dans un muscle (bras ou fesse). Il passe ensuite lentement dans la circulation sanguine.

Dans ce cas, les retards possibles à l'injection vont de 1 semaine environ pour les administrations bimensuelles à 2 semaines environ pour les traitements mensuels et jusqu'à 1 mois pour les traitements trimestriels et semestriels.

Passé ces délais, les produits restent encore présents durant plusieurs mois dans le sang et le cerveau en cas d'oubli d'une injection.

Les retards possibles se chiffrent donc en semaines mais ne sont acceptables qu'occasionnellement.



Que se passe-t-il en cas d'arrêt du traitement ?

Les antipsychotiques sont prescrits dans la durée pour prévenir une éventuelle rechute qui serait dommageable. Pour maximaliser les bénéfices attendus, il convient de suivre scrupuleusement la prescription médicale. Car tous les antipsychotiques, qu'ils soient anciens ou nouveaux, ont un effet purement symptomatique. A l'inverse d'un antibiotique qui, en tuant les bactéries, fait disparaître la cause de la maladie, un antipsychotique n'exerce son effet que durant la période où il est pris.

Ainsi, une prise irrégulière n'apportera pas le résultat escompté et en cas d'arrêt, les perturbations de l'activité dopaminergique qui étaient contrôlées par le traitement vont progressivement se réinstaller, les symptômes pourront réapparaître et le risque d'une rechute augmentera. On a récemment pu estimer que le risque de rechute est multiplié par 3 en cas de traitement discontinu et par 6 en cas d'arrêt du traitement, en comparaison à la prise régulière du traitement.

Leur nom pourrait faire penser à tort que les **antipsychotiques** éradiquent la psychose alors qu'ils ne font que soulager le patient de certains symptômes et influencer l'évolution du trouble. Leur effet est purement symptomatique, sans modification du mécanisme biologique qui est probablement à l'origine du trouble. Ils **aident ainsi la personne qui les prend à mieux se différencier du monde qui l'entoure, à maintenir son inventivité, à assurer la propriété de ses actes et à trouver un sens à son existence**. La personne ne redevient pas forcément ce qu'elle a été mais se réapproprie sa propre vie, s'engage et maintient sa place dans la société.

Comme il est nécessaire d'attendre quelques semaines avant de commencer à constater les effets lorsqu'un antipsychotique commence à être administré, il faudra parfois quelques semaines avant de constater les effets de son arrêt. Cette action différée peut faire croire au patient qui ne prend plus son traitement que celui-ci n'est plus nécessaire, alors que s'il se sent bien au moment où il décide de l'arrêter, c'est peut-être justement grâce à ce traitement.

Un patient atteint de schizophrénie ne doit jamais arrêter son traitement sans en parler à ses proches et à son psychiatre. Ce dernier ne sera nullement surpris d'entendre un de ses patients exprimer des doutes sur l'intérêt de poursuivre le traitement ou son souhait de l'interrompre. Il pourra en estimer les enjeux avec lui, l'informer et le guidera vers le choix le plus judicieux pour lui. Des adaptations de doses ou de galéniques permettent souvent d'aider le patient à poursuivre. Le cas échéant, le psychiatre estimera le meilleur moment et les conditions d'un arrêt.

Un traitement antipsychotique est souvent prescrit pour une longue période, parfois de plusieurs années. C'est pourquoi il est crucial et légitime de vouloir trouver un traitement qui rencontre les préférences et les besoins imposés par le cadre de vie et les objectifs personnels de chaque patient.



Une bonne alliance thérapeutique entre le patient et le psychiatre et une collaboration intensive entre le patient, la famille et le corps médical renforcent considérablement les chances d'un patient de se rétablir de la schizophrénie.

Les proches

Les familles ont généralement besoin d'un grand soutien moral et pratique afin d'accepter la maladie de leur proche et de se tracer un chemin pour franchir les turbulentes années au début de la maladie. Dans la plupart des cas, les premières années sont les plus difficiles, puis la maladie se stabilise dans les années suivantes. Un diagnostic de schizophrénie représente pour bien des parents la destruction de rêves et de grandes attentes de la vie. On comprend donc qu'il faille passer par une période de deuil pour faire face à cette perte et au chagrin qu'elle engendre avant de pouvoir accepter la nouvelle réalité. Il est important de se rappeler que ce n'est pas la famille qui a causé cette affliction mentale chez son proche, tout comme elle ne peut en aucune façon provoquer une pathologie telle que la maladie d'Alzheimer.

Des situations stressantes dans la famille (comme un niveau élevé d'hostilité et de critique) ainsi que d'autres facteurs de stress peuvent toutefois accentuer les symptômes ou causer une rechute chez les personnes qui souffrent déjà de schizophrénie. Les familles ont davantage à **acquérir le plus possible de connaissances sur la maladie**, y compris sur la manière de minimiser les styles de communication et d'interaction qui risqueraient d'augmenter le stress pour toutes les parties impliquées.

Les parents peuvent aussi obtenir un soutien additionnel en organisant une **rencontre de la famille avec des travailleurs sociaux** afin de discuter de l'impact de la maladie sur la famille et de trouver la meilleure manière de gérer le comportement de la personne malade et de communiquer avec elle.

Les **groupes de soutien** pour les parents ou les frères et sœurs peuvent être très utiles⁸. Rappelez-vous que, en tant que membres de la famille et que soignants, vous faites partie de la solution, et non pas du problème.

Les parents devraient prendre part au traitement de leur enfant, assister régulièrement aux rencontres avec le médecin ou le personnel soignant et fournir des renseignements pertinents concernant les symptômes et le fonctionnement de leur enfant.

Les besoins des frères et sœurs ne doivent pas être ignorés pendant la maladie. Les frères et sœurs ont un grand besoin d'amour et d'affection. Ils ont besoin qu'on les rassure et qu'on leur explique le comportement de leur frère ou sœur malade.

⁸ Des groupes de parole sont organisés dans toute la Wallonie et à Bruxelles
Plus d'infos sur leurs sites respectifs associationsimiles.org et similes.brussels

La psychoéducation

La psychoéducation se définit comme une intervention psychopédagogique structurée, développée pour transmettre de façon adaptée au malade psychique ou à ses proches une information sur la maladie et sa prise en charge ainsi qu'un apprentissage de techniques pour mieux y faire face.

Selon certaines études, l'intervention la plus efficace après le traitement médicamenteux est la psychoéducation des familles. En effet, elle permet une meilleure évolution du malade, une réduction du handicap, une amélioration de la qualité de vie de la famille et une diminution du coût des soins. Cette prise en charge a une importance primordiale en termes de prévention puisque lorsque la famille en bénéficie, le patient rechute deux fois moins dans l'année qui suit, ce qui est d'une efficacité équivalente à celle du traitement.

Les modules de psychoéducation (Profamille, Connexion Familiale et les modules proposés par Similes) sont des programmes de formation, destinés aux personnes confrontées à la maladie d'un proche: schizophrénie, troubles bipolaires, TOC's et trouble de la personnalité borderline.

Ces modules sont composés de:

Pour tous renseignements sur ces modules:

5 SÉANCES DE 3 H
pour le module de psychoéducation de courte durée de Similes (**tout type de trouble** qu'ils soient diagnostiqués ou non)

associationsimiles.org
wallonie@similes.org
04 344 45 45

12 SÉANCES DE 2 H
pour Connexion Familiale **trouble de la personnalité borderline**

www.tpl-familles.org
Uniquement sur le territoire français

14 SÉANCES DE 4 H
pour le module Profamille **schizophrénie et troubles bipolaires**

www.profamille.org
0455 11 55 55



Similes

Similes est une association de familles et d'amis ayant un proche atteint d'un trouble psychique, qu'il soit diagnostiqué ou non. Similes propose différents services qui ont pour but d'apporter du soutien face à la situation que vous vivez, de l'information sur les divers sujets qui vous préoccupent ainsi que des formations permettant d'affronter les difficultés de la maladie de votre proche. Cet accompagnement vise à améliorer votre qualité de vie et celle de votre entourage.

En Wallonie et à Bruxelles

ASBL Similes Wallonie

Rue Lairesse, 15

4020 Liège

Tél. 04 344 45 45

www.associationsimiles.org

ASBL Similes Bruxelles

Rue Malibran 49

1050 Bruxelles

Tél. 02 511 06 19

www.similes.brussels



Des groupes de parole

Un groupe de parole est un lieu d'expression et d'écoute pour l'entourage de personnes atteintes de troubles psychiques dont on néglige trop souvent les sentiments d'isolement et de détresse. Le groupe de parole est un temps pour se retrouver et se sentir soutenu, un temps qui permet l'apaisement et la détente, un moment pour recharger ses batteries !

Un accueil individuel

Les familles sont reçues par un(e) intervenant(e) social(e) de l'asbl. Ces rencontres personnalisées offrent aux familles une écoute attentive de leur vécu, permettent de faire le point sur la situation rencontrée et de les orienter vers des services adaptés à leurs besoins.

Une permanence téléphonique

Des professionnels ou des volontaires régionaux répondent à toute demande lors d'une permanence téléphonique. Ils répondent aux questionnements, renseignent sur les services offerts et redirigent en fonction des besoins exprimés. En Wallonie, une permanence psychologique a démarré fin 2022.

Des formations de psychoéducation

Ces formations s'adressent à l'entourage de personnes atteintes de troubles psychiques (notamment la schizophrénie, les troubles bipolaires et le trouble de la personnalité borderline). Elles sont destinées à communiquer certaines connaissances utiles sur le trouble, mais aussi à aider les familles à mieux y faire face. Le but n'est pas d'apprendre à soigner la personne malade, mais d'apprendre comment faire pour améliorer ses propres capacités à mieux supporter le poids de la maladie de son proche. (cfr p.35)

Un centre de documentation

Des ouvrages spécialisés sont mis à la disposition des familles, gratuitement ou à la vente, afin d'offrir une documentation ciblée. Voir associationsimiles.org

Un magazine bimestriel

Ce magazine propose des dossiers sur des thèmes liés à la santé mentale et annonce des activités prévues au sein de l'association. Il contient également des informations récurrentes telles que l'agenda des groupes de parole, des réunions d'information organisées dans une région spécifique ou encore des références d'ouvrages liés aux troubles psychiques.

Un site Internet et une newsletter

Le site Internet informe principalement sur les activités de l'association et de ses différentes sections. Il donne aussi des renseignements sur les maladies, les démarches administratives et d'autres initiatives intéressantes.

La newsletter mensuelle présente les différentes activités et sujets d'actualité.

Adresses utiles

www.schizinfo.com

Toute l'info des journées de la schizophrénie en France, en Suisse et en Belgique (informations, témoignages, ressources, webinaires)

www.positiveminders.com

Regardons les troubles pysy autrement

www.psycom.org

Site d'informations sur la santé mentale

www.seretablir.net

Outils d'intervention et d'évaluation pour soutenir le rétablissement de personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères

www.fondation-fondamental.org

Une fondation de coopération scientifique française dans le domaine des maladies mentales

www.associationsimiles.org

Association de familles et d'amis ayant un proche atteint de troubles psychiques

www.similes.brussels

Similes Bruxelles ASBL créée à l'initiative des familles et des proches de personnes atteintes ou souffrant de troubles psychiques

www.rev-belgium.org

Réseau d'aide et d'information pour les personnes qui entendent des voix et/ou font l'expérience de perceptions inhabituelles

Livres

Livres écrits par les personnes concernées ou en collaboration avec celles-ci :

De Hert, Magiels, Thys, **Le secret de la micropuce cérébrale**, EPO Éditions Collectif, Fous Alliés I, Centre Hospitalier Psychiatrique de Liège SCRL, 2017

BELANGER Martin, **Moi, Martin Bélanger, 34 ans, schizophrène**, Les Éditions de l'Homme, 2005

Livres écrits par les proches des personnes concernées :

LAPORTE Dominique, **Mon fils, schizophrène**, Bourin éditeur, 2008

DEROIN Christine, **Mon frère n'est plus connecté dans sa tête**, Oskar, 2015

LAUVENG Arnhild, **Demain j'étais folle**, Éditions Autrement, 2014

MEILLERAND Didier, **La poire en bois - Grandir avec un frère schizophrène**, Le texte vivant, 2017

SALOMON Françoise, **L'enfant du silence - Histoire d'une schizophrénie**, Odile Jacob, 1998

Livres généraux sur la schizophrénie (recherches, thérapies, traitements...):

Psychose. Affrontons-la ensemble, Collaboration Janssen Neuroscience, Similes Wallonie, Similes Bruxelles et Similes Vlaanderen), 2019

LALONDE Pierre et collaborateurs, **Démystifier les maladies mentales - La schizophrénie**, Gaetan Morin DALERY J. et d'AMATO T., La schizophrénie - Recherche actuelles et perspectives, Masson 2^e édition

Apprendre à connaître la schizophrénie: une lueur d'espoir - Un manuel de référence pour les familles et les soignants, Pfizer Canada

BOTTERO Alain, **Un autre regard sur la schizophrénie**, Odile Jacob

VAN MEER Rigo, **Vivre avec la schizophrénie**, Frison-Roche

DE HERT Marc, MAGIELS Geerdt, PEUSKENS Jozef et FERAUGE Marc, **Si loin, si proche - Manuel pour les proches de patients psychotiques**, Édition EPO

ROUSSELET Anne-Victoire, **Mieux vivre avec la schizophrénie avec les thérapies comportementales et cognitives**, Dunod, Avril 2014

MEURICE Emile, **Le traitement à long terme et la réhabilitation des schizophrènes**, Édition du Céfal, 2005

SULLIVAN Harry Stack, **La schizophrénie, un processus humain**, Erès

DE CLERCQ Michel et PEUSKENS Joseph, **Les troubles schizophréniques**, Édition De Boeck

BOISSAYE Xavier, **L'autre face du miroir**, Institut d'édition Sanofi-Synthélabo, 2000

DALERY J. et d'AMATO T., **Recherches actuelles et perspectives**, Édition MASSON



Rue Lairesse, 15
4020 Liège
Tél. 04 344 45 45
www.associationsimiles.org

Avec le soutien de  JANSSEN-CILAG