

TROUBLES PSYCHIQUES

Troubles schizophréniques



PSYCOM

TROUBLES PSYCHIQUES

Troubles schizophréniques

SOMMAIRE

« Schizophrénie » : le poids de la stigmatisation	3
Quelques repères	4
Soins et accompagnement	8
Quelques points clés	14
Élaboration de la brochure	15
Adresses utiles	15
En savoir plus	16
Sources	16

Selon la classification internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les troubles schizophréniques font partie des troubles dits psychotiques.

Le diagnostic de « schizophrénie » recouvre des symptômes très variables d'une personne à l'autre et pour une même personne au fil du temps. Il n'y aurait pas une schizophrénie mais plusieurs, voire un très grand nombre. C'est pourquoi, on parle aujourd'hui des schizophrénies.

Depuis quelques années, l'évolution des classifications des maladies psychiatriques, l'importante stigmatisation associée au mot « schizophrénie » et l'émergence du concept de rétablissement suscitent des interrogations sur le diagnostic et le concept de « schizophrénies ». Cette brochure présente la conception actuelle des troubles schizophréniques et propose quelques repères sur les débats en cours¹.

« Schizophrénie » : le poids de la stigmatisation

Les mots « schizophrénie » et « schizophrénique » sont très utilisés dans le langage courant pour illustrer le double langage, l'ambivalence, la personnalité multiple ou la manipulation. Plus largement ces mots évoquent dans l'imaginaire collectif la folie et le danger². Cette représentation est très



différente des symptômes attribués à ce diagnostic et de la réalité vécue par les personnes qui les ressentent.

Une enquête a été menée en 2016 dans 14 pays auprès de personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie et de proches. Elle montre que dans tous ces pays le mot « schizophrénie » est très stigmatisant car il est entouré de représentations négatives et d'incompréhension vis-à-vis des symptômes³.

¹ La schizophrénie, un concept qui a fait son temps. McCarthy-Jones S., *The Conversation*, 20 mars 2018.

² L'image de la schizophrénie à travers son traitement médiatique. ObSoCo, Promesses, 2016.

³ How service users and carers understand, perceive, rephrase, and communicate about "depressive episode" and "schizophrenia" diagnoses : an international participatory research, Roelandt et al., 2020.

Dans le champ médical, la représentation des troubles schizophréniques est souvent associée à une évolution défavorable et sans espoir de rétablissement. Le diagnostic est synonyme de pronostic fataliste, ce qui a des conséquences sur la conception des traitements médicaux et de leur durée, l'évolution des troubles et la qualité de vie des personnes⁴.

Ces différents facteurs de stigmatisation ont des conséquences pour les personnes qui les vivent. Elles sont personnelles et sociales (isolement, perte d'estime et de confiance en soi, etc.) ainsi que sanitaires (retard d'accès aux soins par crainte d'être étiqueté, retard de diagnostic de troubles somatiques pouvant être attribués à tort à la maladie psychique, etc.)⁵.

Se rétablir de troubles schizophréniques

Ces troubles peuvent entraîner une grande souffrance chez la personne et ses proches. Ils peuvent aussi avoir des conséquences importantes sur la vie affective, familiale, professionnelle et sociale.

Mais il est désormais établi que pour une majorité des personnes les troubles évoluent de manière favorable, vers le rétablissement, notamment quand elles bénéficient de soins et d'accompagnement adaptés⁶.

Quelques repères

Symptômes et signes d'alerte

Actuellement, en France, la Classification internationale des maladies (CIM-10) de l'OMS est utilisée comme base pour poser le diagnostic des troubles schizophréniques.

Les symptômes

Le type, l'intensité et la fréquence des symptômes varient selon les personnes et les situations. **Ils ne sont pas nécessairement présents en même temps.**

• Désorganisation

Il s'agit d'un relâchement des liens entre idées, émotions et attitudes. La pensée devient floue, discontinue (on parle de *diffluence*). Le discours de la personne peut paraître illogique et difficile à suivre. Cette désorganisation peut se traduire par des comportements qui paraissent bizarres, étranges voire absurdes, dont on ne comprend pas le but. La personne peut aussi manifester des émotions sans rapport avec la situation (ex : rire dans une situation triste). Ou exprimer en même temps des sentiments contraires (appelée *ambivalence affective*).

• Symptômes dits positifs

Ces symptômes modifient la perception de la réalité : la personne voit, entend, sent ou ressent des choses qui n'existent pas pour son entourage :

- **Pensées délirantes** : elles peuvent être persécutives, mystiques, mégalomaniaques, hypocondriaques, de transformation corporelle, d'influence (conviction d'être sous l'emprise d'une force extérieure) ou de référence (la personne attribue à l'environnement une signification particulière. Par exemple, les émissions de télévision, de radio ou Internet s'adressent à elle directement). La personne peut avoir l'impression que sa pensée est devinée, commentée ou volée, que des actes ou des pensées lui sont imposés. D'autres mécanismes délirants (intuition, illusion, interprétation, imagination) peuvent être présents. Ces pensées peuvent être accompagnées d'une forte anxiété ou bien être vécues dans une apparente indifférence.
- **Hallucinations** : la personne voit des choses (*hallucinations visuelles*) ou entend des voix (*hallucinations acoustico-verbales*) que l'entourage ne voit pas ou n'entend pas. Elle peut également avoir des sensations de piqûre, de brûlure, la sensation d'être traversée par des ondes, etc. (*hallucinations tactiles* ou *sensorielles dites cénesthésiques*). Souvent l'entourage repère les hallucinations indirectement : la personne a des attitudes d'écoute, s'arrête de parler brusquement, exprime de la peur ou de la surprise, parle avec elle-même à haute voix (*soliloquie*).

• Symptômes dits négatifs

Ils se traduisent par un désinvestissement de la réalité, un repli social progressif, une modification des capacités de penser, de parler et d'agir, une diminution des réactions émotionnelles, et des troubles cognitifs (concentration, attention, mémoire et capacités d'abstraction).

Des signes qui peuvent alerter

Les premiers signes peuvent apparaître de façon progressive ou soudaine : une bouffée délirante aiguë (expérience psychotique passagère avec un début brutal), un trouble de l'humeur (épisode dépressif, maniaque ou mixte) ou un passage à l'acte (tentative de suicide, fugue, délit, etc.).

À la fin de l'épisode aigu, il est possible que la personne ne retrouve pas son état antérieur.

Les symptômes schizophréniques peuvent aussi être masqués par un trouble des conduites alimentaires (anorexie, boulimie), une addiction, des symptômes dépressifs atypiques ou des troubles obsessionnels et compulsifs. D'autres signes (difficultés scolaires ou professionnelles chez un adulte jeune) peuvent être confondus avec une crise d'adolescence.

⁴ Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors : A systematic review, Valery K.-M. et Prouteau A., 2020.

⁵ Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia : a cross-sectional survey, Thornicroft G. et al., 2009.

⁶ Le rétablissement dans la schizophrénie. Un parcours de reconnaissance, Koenig M., 2016.

Schizophrénie : un diagnostic qui fait débat

Le concept médical de schizophrénie a été créé en 1908 en remplacement du diagnostic de démence précoce. Au fil du xx^e siècle, il est attribué à une grande variété de personnes et de situations⁷. À ce jour, il n'existe aucune cause biologique, génétique ou neurologique identifiée de la schizophrénie.

Depuis les années 1980, la validité, la fiabilité et l'utilité de ce diagnostic médical sont remises en question par de nombreux psychiatres. Le concept et le nom de schizophrénie sont en débat dans plusieurs pays (Japon, Corée du Sud, Taïwan, France, etc.). Certains ont choisi de changer de terme et des alternatives ont été proposées. Au Japon par exemple, c'est le terme « trouble de l'intégration »⁸ qui est désormais en vigueur.

En France, en 2007, deux psychiatres remettent en question la séparation entre « schizophrénie » et « troubles de l'humeur » et suggèrent l'existence d'un continuum entre les troubles psychotiques, aigus, subaigus, intermittents ou au long cours⁹.

En 2015, l'association Unafam affirme que « les patients et leurs proches plaident depuis des décennies pour changer le nom de la schizophrénie ». L'association Promesses réalise une enquête sur « L'image de la schizophrénie à travers son traitement médiatique ». Le réseau sur l'entente de voix (REV) questionne l'existence et l'utilité de ce diagnostic. En 2018, une étude sur l'utilisation du terme schizophrénie sur le web social confirme « la grande confusion sémantique qui règne autour de la schizophrénie » et le pouvoir de stigmatisation du diagnostic¹⁰. En 2019, le Centre collaborateur de l'OMS (CCOMS) crée un comité de pilotage national « Pour changer le concept et le mot de schizophrénie ». Et le Collectif Schizophrénies estime que « le nom et les critères de la schizophrénie doivent être réfléchis aujourd'hui collectivement pour que la maladie soit mieux compréhensible et acceptable par tous ».

⁷ Schizophrènes au xx^e siècle. Guillemain H., 2018

⁸ Effets du changement de nom sur les médias japonais entre 1985 et 2013, Koike S, Yamaguchi S, Ojio Y et al., 2015

⁹ La phtisie galopante n'existe plus, la psychose mania-codépressive n'existe peut-être plus. Qu'en est-il de la schizophrénie ?, LooH., Sechter D., 2007

¹⁰ #schizo. Étude de l'usage du terme « schizophrénie » sur les réseaux sociaux, Fondation Deniker, 2019.

Le diagnostic

Selon la CIM-10, les troubles schizophréniques se caractérisent par une altération de la perception et de la pensée associée à des symptômes dits positifs et négatifs. **Les symptômes identifiés doivent être présents simultanément ou non, de façon permanente, depuis au moins un mois pour confirmer ce diagnostic.**

En raison de la grande diversité des symptômes, de leur variabilité dans le temps et de leur hétérogénéité, ce diagnostic ne peut être envisagé qu'après plusieurs entretiens psychiatriques avec la personne et son entourage. Si nécessaire, des examens complémentaires (imagerie cérébrale, électroencéphalogramme, biologie) permettent de s'assurer que les symptômes ne sont pas dus à une autre maladie.

Il est important d'informer la personne de manière claire et accessible, en tenant compte de son état de santé et de ses souhaits, afin d'envisager avec elle ses soins, son projet de vie et son rétablissement. Les soins et l'accompagnement sont difficiles à maintenir dans la durée si la personne ne voit pas de bénéfice pour son mieux-être.

Les échanges entre l'équipe soignante et les proches sont importants car ces derniers sont souvent un soutien essentiel. En accord avec la personne, la famille ou l'entourage proche sont informés. Il est important d'évaluer le besoin d'aide des proches et y répondre le cas échéant.

Troubles schizophréniques et consommation de substances psychoactives

- **La consommation de cannabis** diminue l'efficacité des traitements et peut avoir un impact négatif sur l'évolution de la maladie (aggravation des symptômes, rechutes plus fréquentes, augmentation de l'impulsivité). Pour certains chercheurs, la consommation de cannabis peut provoquer la survenue de symptômes psychotiques chez des personnes présentant une vulnérabilité. La consommation de cannabis peut avoir un effet calmant sur certains symptômes (angoisse, inhibition), mais ce soulagement est de courte durée et la consommation de cannabis aggrave l'évolution de la maladie.
- **Une consommation excessive d'alcool**, utilisée pour lutter contre les conséquences de la maladie (angoisses, inhibition etc.), entraîne également une aggravation des symptômes. L'alcool peut augmenter les effets indésirables des médicaments psychotropes. Il fragilise l'état de santé général et favorise les troubles du comportement.
- **Une consommation importante de tabac** peut diminuer l'effet de certains médicaments psychotropes. De ce fait, les fumeurs présentant des troubles schizophréniques se voient prescrire des doses de médicaments plus élevées que les non-fumeurs. Ce qui peut augmenter la fréquence de leurs effets indésirables.

Idées suicidaires¹¹

Les idées suicidaires sont fréquentes en cas de troubles schizophréniques. Oser parler de ses pensées suicidaires, à un professionnel de santé par exemple, ou à son entourage (familial ou amical), c'est se donner la possibilité de se faire aider et de trouver des solutions.

Il est important de rappeler que :

- Les personnes ayant des idées suicidaires ne veulent pas nécessairement mourir. Elles souhaitent avant tout mettre fin à une souffrance devenue insupportable et ne voient pas d'autres solutions.

En cas d'urgence, Il est possible d'appeler le 15 ou de se rendre à toute heure du jour ou de la nuit aux urgences de l'hôpital le plus proche.

Soins et accompagnement

L'évolution des symptômes varie beaucoup d'une personne à l'autre et au fil du temps. En général, des soins et un accompagnement psychosocial adaptés permettent de diminuer les symptômes et de préserver la qualité de la vie de la personne.

Les soins visent la diminution des symptômes, le rétablissement et la meilleure qualité de vie possible pour la personne. L'accompagnement d'une personne concernée par des troubles schizophréniques doit prendre en compte les symptômes, l'insertion sociale, familiale et affective. En fonction des besoins de la personne, des réponses biologiques, psychothérapeutiques et/ou sociales peuvent être proposées.

Dans tous les cas, la personne doit être informée des objectifs des soins et de l'accompagnement qui lui sont proposés et impliquée dans les décisions la concernant.

Un dialogue ouvert avec les professionnels du soin et de l'accompagnement est un élément essentiel pour prendre en compte les besoins et les difficultés des personnes concernées par des troubles schizophréniques.

¹¹ www.info-depression.fr.

Traitements médicamenteux

- **Les neuroleptiques**

- (dits aussi antipsychotiques)

- Ces médicaments psychotropes, utilisés pour la première fois en psychiatrie dans les années 1950 ont changé le traitement des troubles dits psychotiques. Ils visent à soulager des angoisses profondes, des perturbations du fonctionnement psychique, des états d'agitation et à réduire l'intensité des idées délirantes et des hallucinations.

- **Quels effets ? Quelles précautions ?**

- Le but des neuroleptiques, intégrés dans une prise en charge globale, est de diminuer la souffrance de la personne, d'améliorer son fonctionnement psychique du point de vue affectif, relationnel et social, et diminuer le risque suicidaire. Ces médicaments n'ont pas d'effet curatif, autrement dit, les neuroleptiques ne guérissent pas mais soulagent. Les neuroleptiques ont aussi des effets sur d'autres organes que le cerveau, ce qui explique certains effets indésirables.

Les **effets indésirables** des neuroleptiques (1^{re} génération ou classiques, 2^e génération ou atypiques), varient en fonction des médicaments et des personnes. Il est essentiel d'en discuter avec sa ou son psychiatre, pour envisager le traitement le mieux adapté et confortable.

Ces effets sont plus ou moins fréquents, ou plus ou moins intenses avec tel ou tel médicament :

- des troubles moteurs (raideur musculaire, tremblements, etc.) *plus fréquents avec les neuroleptiques dits classiques,*
- des troubles métaboliques (prise de poids, diabète, etc.), *plus fréquents avec les neuroleptiques dits atypiques.*

Ces informations aident à choisir les médicaments à essayer en premier et les médicaments qu'il est préférable d'éviter. Mais il existe aussi de grandes différences individuelles. C'est **l'expérience de la personne qui permet de savoir comment elle réagit à un neuroleptique donné.**

En fonction des symptômes, d'autres médicaments psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques [tranquillisants], hypnotiques [somnifères], etc.), peuvent également être proposés.

- **Cas particuliers**

- Femmes enceinte ou désirant l'être :** Les médicaments psychotropes peuvent avoir des effets sur l'enfant à naître. Pour aller plus loin sur les précautions particulières en cas de grossesse ou d'allaitement :

- www.lecrat.org et www.ansm.sante.fr.

Personne âgée : les posologies des médicaments doivent être adaptées à l'état cardio-vasculaire, cognitif, rénal et hépatique. La personne âgée est plus sensible aux effets indésirables et nécessite souvent des posologies plus faibles que celles utilisées habituellement.

Les médicaments ne résument pas le traitement

Le traitement des troubles psychiques fait appel à de multiples moyens : contacts réguliers avec les soignants, psychothérapie, réhabilitation psychosociale, accompagnement social et médico-social, entraide mutuelle, etc. Les médicaments sont une partie du traitement qui peut aider la personne dans son parcours de rétablissement, en soulageant les symptômes qui la submergent.

Réhabilitation psychosociale

C'est l'ensemble des aides qui contribue **au rétablissement d'un fonctionnement psychologique et social satisfaisant pour la personne.**

La réhabilitation repose sur l'idée que toute personne est capable d'évoluer vers un projet de vie choisi. Elle propose de l'aide et un accompagnement sur différents aspects : clinique (symptômes, traitements), fonctionnel (capacités cognitives, relationnelles, autonomie) et social (logement, gestion du budget, retour à l'emploi)¹².

Elle s'appuie sur les objectifs et les ressources propres de la personne, afin de l'aider à mener à bien ses choix en tenant compte de ses symptômes et d'éventuels handicaps associés.

La réhabilitation psychosociale s'appuie sur des méthodes et des approches variées et complémentaires :

- **Thérapie de soutien** : elle permet **d'échanger sur son quotidien**, sa maladie et ses conséquences, afin de mieux cerner ses difficultés et trouver des solutions adaptées.
- **Thérapies comportementales et cognitives (TCC)** : elles aident à **réduire ou à mieux vivre avec les symptômes**, en particulier délirants. Elles peuvent améliorer la régulation des émotions, la vie quotidienne et la gestion du traitement médicamenteux.
- **Remédiation cognitive** : individuelle ou en groupe, elle vise l'amélioration des **troubles cognitifs** (mémoire, attention, fonction exécutive). Des exercices sont

réalisés avec un professionnel à partir de différents supports (planches avec des mots, images, films, souvent à l'aide d'un ordinateur).

- **Éducation thérapeutique du patient (ETP) et psychoéducation** : ces programmes, animés le plus souvent en groupe, aident patients et proches à comprendre les causes, les symptômes et le traitement proposé. Le groupe permet un **partage d'expérience et une entraide** utiles à la résolution des problèmes. Cette approche a montré son efficacité, notamment en diminuant le nombre de rechutes et de ré-hospitalisation¹³.
- **Thérapies familiales** : ces thérapies ont pour objectif de permettre aux membres d'une famille :
 - d'évoluer ensemble vers un fonctionnement plus souple,
 - de dépasser une situation de crise,
 - d'autoriser l'évolution individuelle de chacun des membres,
 - de trouver de nouveaux équilibres.

Anticiper une situation de crise avec le plan de crise conjoint « mon GPS » Psycom - Prism

Le plan de crise conjoint est un outil destiné à toute personne vivant ou ayant vécu des difficultés psychiques. C'est un support qui permet à la personne de mieux prendre part aux décisions concernant sa santé mentale.

Le plan de crise conjoint est une aide pour :

- anticiper les moments difficiles, pour mieux y faire face,
- identifier les ressources disponibles,
- envisager des soins et un accompagnement personnalisés et adaptés,
- mieux faire respecter ses souhaits et ses droits.

Psycom et l'association Prism ont développé un plan de crise conjoint intitulé « **mon GPS, Guide prévention et soins en santé mentale** ».

Disponible gratuitement sur le site psycom.org



¹² www.centre-ressource-rehabilitation.org.

¹³ Psychoéducation et éducation thérapeutique du patient en psychiatrie, brochure Psycom.

Accompagnement social et médico-social

Si certaines personnes vivant ou ayant vécu des troubles schizophréniques sont peu gênées dans leur vie quotidienne, d'autres peuvent avoir besoin d'aide dans différents domaines (travail, logement, socialisation...) pour mener à bien leurs projets. Lorsqu'elles sont nécessaires, ces aides, qui peuvent être **durables ou temporaires**, permettent de maintenir ou rétablir l'inclusion sociale, une autonomie. Elles peuvent également favoriser le rétablissement et améliorer la qualité de vie de la personne.

Des aides à la vie quotidienne peuvent être mises en place au sein de différents dispositifs (SAVS, SAMSAH, SSIAD, SAD, etc.) et faire intervenir différents professionnels (éducateurs, infirmiers, aides à domicile, etc.). En fonction des dispositifs, le coût de ces aides peut varier (prise en charge complète ou participation financière variable de la personne).

L'accès à certaines aides et prestations est étudié par les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Elles sont chargées d'évaluer, et de réévaluer régulièrement, le **handicap psychique** et les besoins de compensation nécessaires en fonction des projets de la personne.

Les MDPH peuvent donner accès à un certain nombre de prestations et d'orientations qui accompagnent la personne dans des domaines différents :

- emploi, formation (RQTH, ESAT, dispositifs d'accompagnement en milieu ordinaire, job coaching, CRP, etc.)
- hébergement adapté (foyer de vie, FAM, MAS, etc.)
- services d'accompagnement (SAVS, SAMSAH, etc.)
- revenu minimum (AAH, etc.)

Dans certains cas, il peut être nécessaire de demander une mesure de **protection juridique** (curatelle, tutelle ou sauvegarde de justice).

Lieux de soins et intervenants

Dans la grande majorité des cas, les soins sont organisés en ambulatoire (consultations). Plusieurs réponses thérapeutiques peuvent être proposées : psychothérapies, médicaments psychotropes, réhabilitation psycho-sociale, accompagnement médico-social, groupes de parole, etc.

Les **services publics de psychiatrie**, organisés autour d'un Centre médico-psychologique (CMP), rassemblent une équipe pluridisciplinaire¹⁴ qui assure les soins en ville et à l'hôpital (consultations, accompagnements et visites à domicile). Ces services, financés par la Sécurité sociale, dispensent des soins gratuitement.

Ils peuvent proposer une prise en charge à temps partiel (hôpital de jour, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel [CATTP], centre de réhabilitation psychosociale) et des alternatives à l'hospitalisation (foyer de postcure,

¹⁴ Composée d'infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, psychomotriciens, éducateurs, coordonnée par un ou une psychiatre.

appartement thérapeutique, accueil familial thérapeutique, hospitalisation à domicile).

Une **hospitalisation** (en hôpital ou clinique psychiatrique) peut être envisagée en cas d'épisodes aigus, d'angoisse importante, de risque de passage à l'acte, ou pour une période d'observation pour discuter le diagnostic ou envisager certaines thérapeutiques (médicamenteuse ou psychothérapique). Lorsqu'une hospitalisation est nécessaire, les modalités d'hospitalisation (libre ou sans consentement) dépendent de la situation et des souhaits de la personne.

Faire face à une situation de crise

L'aggravation des symptômes (repli sur soi, réapparition d'idées, de perception étranges ou délirantes, troubles du comportement avec agressivité ou violence, risque suicidaire) nécessite une prise en charge rapide (consultation du psychiatre ou de l'équipe de soins habituelle, éventuellement intervention à domicile ou encore consultation dans un service d'urgences).

En fonction de l'intensité des symptômes, une hospitalisation peut être nécessaire pour apporter des **soins immédiats et une surveillance médicale constante**.

Parfois, l'état de crise nécessite une intervention des pompiers (18), du SAMU (15) ou de la police (17), en coordination avec l'équipe de soins, chaque fois que c'est possible.

S'aider par soi-même

Si le recours au soin est souvent nécessaire dans le cas de troubles schizophréniques, la personne peut aussi développer des ressources personnelles qui peuvent l'aider à aller mieux.

Par exemple, porter attention à ses rythmes de sommeil et à son alimentation, limiter sa consommation d'alcool, de substances psychotropes (cannabis, autres drogues), pratiquer une activité physique, sociale ou culturelle que l'on aime, solliciter les personnes de son entourage en qui on a confiance.

Enfin, des échanges avec des personnes vivant ou ayant vécu des troubles psychotiques peuvent apporter un réel soutien et une aide utile (Groupes d'entraide mutuelle, association de patients et de proches, groupes de parole, forums de discussion, voir : Adresses utiles).

Afin d'éviter une rechute ou une aggravation, il est aussi possible d'apprendre à **repérer les signes d'alerte** (ex : changement d'humeur ou de comportements, perte d'intérêt, troubles du sommeil, irritabilité, fatigue, pensées intrusives, sentiment de persécution, etc.).

Aider un proche, le rôle de l'entourage

L'entourage ne peut se substituer au médecin ou au psychothérapeute, mais il peut assurer un soutien essentiel dans ces moments difficiles. Ce soutien peut notamment consister à :

- **Repérer les signes de mal-être**, d'isolement, ou de changement de comportement chez son proche et en parler.
- **Aider son proche à chercher de l'aide**, à consulter un professionnel et, si besoin, à suivre un traitement.
- **Soutenir son proche** dans ses projets et dans les activités de la vie quotidienne.
- **Évoquer les idées de suicide**, afin de l'aider dans sa recherche d'aide.

L'entourage peut trouver de l'aide pour lui-même, de l'écoute et des conseils auprès de certaines associations (voir : Adresses utiles).

- Des outils (plan de crise conjoint, directives anticipées), des approches orientées vers le rétablissement (entraide, réhabilitation psychosociale) peuvent aider à aller mieux.
- Si certaines personnes vivant ou ayant vécu des troubles schizophréniques sont peu gênées dans leur vie quotidienne, d'autres peuvent avoir besoin d'aide (droits sociaux, ressources, travail, logement etc.).
- Un dialogue ouvert avec les professionnels du soin et de l'accompagnement est un élément essentiel pour prendre en compte les besoins et les difficultés des personnes.
- Des réflexions sont engagées dans de nombreux pays, dont la France, pour envisager le changement du concept et du nom de la schizophrénie.

Quelques points clés

- Le type, l'intensité et la fréquence des symptômes associés au diagnostic de schizophrénie varient selon les personnes et les situations.
- Le terme et le diagnostic de schizophrénie sont encore associés à des perceptions fausses et négatives qui ont des conséquences humaines, sociales et sanitaires.
- Il est désormais établi que nombre de personnes ayant des symptômes schizophréniques connaissent une évolution favorable de leurs troubles si elles bénéficient de soins et d'accompagnement adaptés.

Élaboration de la brochure

Cette brochure a été élaborée en février 2021 par Aude Caria et Céline Loubières (Psycom), à partir des documents cités dans les sources.

Adresses utiles

Médecin traitant

Une bonne coordination entre médecin psychiatre et généraliste est nécessaire pour un accompagnement de qualité de la personne et de sa famille. Les personnes concernées par des troubles schizophréniques ont besoin d'un suivi attentif en médecine générale pour prévenir et traiter leurs problèmes physiques.

Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)

Liste sur le site www.mdph.fr

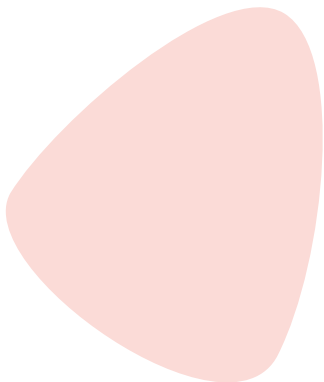
Groupes d'entraide mutuelle (GEM)

Liste disponible sur le site www.psycom.org

Associations d'entraide

Ces associations regroupent des personnes souffrant de troubles psychiques et/ou leurs proches et proposent groupes de parole, lignes d'écoute téléphoniques, conseils et entraide. Liste non exhaustive.

- **Collectif Schizophrénies**
www.collectif-schizophrenies.com
www.pasapas-jeunes.com
- **La maison perchée**
www.maisonperchee.org
- **Promesses - PROfamille et Malades : Éduquer, Soutenir, Surmonter Ensemble les schizophrénies**
www.promesses-sz.fr
- **Réseau français sur l'entente de voix (REV)**
www.revfrance.org
- **Schizo Espoir**
www.schizoespoir.com
- **Schizo Jeunes**
www.facebook.com/schizojeunes
- **Schizo ? Oui !**
www.schizo-oui.com
- **Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapés psychiques (Unafam)**
écoute famille 01 42 63 03 03
www.unafam.org
- **Advocacy France**
www.advocacy.fr
- **Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNAPsy)**
www.fnapsy.org



En savoir plus

- Psycom : www.psycom.org
- Haute autorité de santé : www.has-sante.fr
- Base de données publique des médicaments : base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr
- Portail de signalement des événements sanitaires indésirables : signalementsante.gouv.fr
- Prescrire : information indépendante sur les médicaments www.prescrire.org
- Réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive : www.centre-ressource-rehabilitation.org
- Association française de remédiation cognitive : www.remediation-cognitive.org
- Haute école de Santé de la Source et le département de psychiatrie du CHUV : www.plandecriseconjoint.ch

Sources

- CCOMS, Participation des usagers et des aidants à la relecture de la classification des troubles mentaux et du comportement (CIM-11), Études et princeps sur deux troubles : l'épisode dépressif et la schizophrénie, Rapport d'étape, juin 2018.
- Fondation Deniker, #schizo. Étude de l'usage du terme "schizophrénie" sur les réseaux sociaux, mars 2019.
- Franck N. Dir., *Traité de réhabilitation psychosociale*, Elsevier Masson, 2018.
- Franck N., *Thérapies comportementales et cognitives dans la schizophrénie*, EMC Psychiatrie, vol. 13-janv, n° 37, 2016.
- Thornicroft G., Brohan E., Sartorius N., Leese M., Indigo Study Group, Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey, *Lancet*, 2009 Jan 31 ; 373(9661):408-15.
- Guelfi J.-D et Rouillon F. Dir., *Manuel de Psychiatrie*, Elsevier Masson, 3^e édition, 2017.
- Guillemain H., *Schizophrènes au xx^e siècle*, Alma Éditeurs, 2018.
- Guloksuz S. & van Os J., The slow death of the concept of schizophrenia and the painful birth of the psychosis spectrum, *Psychological Medicine*, 48(2):1-16, July 2017.
- Koenig M., *Le rétablissement dans la schizophrénie. Un parcours de reconnaissance*, PUF, 2016.
- Koike S, Yamaguchi S, Ojio Y et al., Effets du changement de nom sur les médias japonais entre 1985 et 2013, *Schizophrenia Bulletin*, novembre 2015.

- Langlois T., *J'entends des voix. Mieux vivre avec ses voix et ses hallucinations auditives*. Odile Jacob, 2019.
- Loo H., Sechter D., *La phtisie galopante n'existe plus, la psychose maniacodépressive n'existe peut-être plus. Qu'en est-il de la schizophrénie ?*, *L'Encéphale*, 33, 880-883, 2007.
- Marsilli M., Roelandt J.-L., Caria A. et al, *Classifier sans stigmatiser : le cas de la schizophrénie*, *L'information psychiatrique* 2011/3 (Volume 87), pp. 191 à 198.
- McCarthy-Jones S, *La schizophrénie, un concept qui a fait son temps*, *The Conversation*, 20 mars 2018.
- ObSoCo, *Promesses, L'image de la schizophrénie à travers son traitement médiatique. Trois conclusions et une hypothèse. Étude lexicographique et sémantique*, décembre 2015.
- Thornicroft G., Elaine Brohan E., Rose D., Sartorius N., Leese M., Indigo Study Group *Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia : a cross-sectional survey*, *Lancet*, 2009 Jan 31 ; 373(9661):408-15.
- Roelandt J.-L. et al., *How service users and carers understand, perceive, rephrase, and communicate about "depressive episode" and "schizophrenia" diagnoses : an international participatory research*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2020 Sep;55(9):1201-1213.
- Unafam-FFAPAMM, *L'indispensable. Guide pour l'entourage d'une personne atteinte de maladie mentale*, 2013.
- Valery K.-M. et Prouteau A., *Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors : A systematic review*, *Psychiatry Res*, 2020 ; 290 : 113068.





Rédactrice en chef : Aude Caria (Psycom)

Rédaction : Aude Caria, Céline Loubières et Maud Meylan (Psycom)

Relecture : Pr Nicolas Franck (CH Le Vinatier), Pr Hervé Guillemain (Université Le Mans), Marie Koenig (Université Paris 8), D^{re} Deborah Sebbane (Centre collaborateur OMS), D^r Jean-Luc Roelandt (Centre collaborateur OMS), P^{re} Héléne Verdoux (CHU Bordeaux), Fabienne Blain et Corinne Oddoux (Collectif Schizophrénies), Marie-Jeanne Richard et Jocelyne Viateau (Unafam), Laurence Martin (Blogschizo)

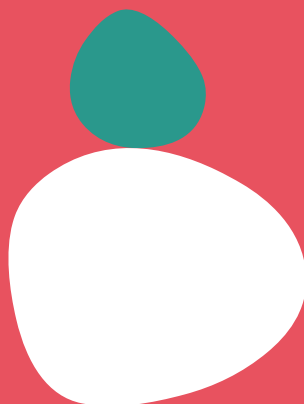
Etat d'Esprit-Stratis / Impression Jouve   10-31-1316 © Adobe Stock/© Faune, Alice Savoie/Cnap

Troubles schizophréniques

Psycom, une ressource publique nationale, pour que la santé mentale devienne l'affaire de toutes et de tous.

Psycom édite 6 collections de brochures d'information :

- Santé mentale et...
- Troubles psychiques
- Psychothérapies
- Médicaments psychotropes
- Soins, accompagnements et entraide
- Droits en psychiatrie



PSYCOM

11, rue Cabanis
75674 Paris Cedex 14
contact@psycom.org
www.psycom.org

PSYCOM

AVEC LE SOUTIEN
FINANCIER DE :

