

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**LES MEILLEURES PRATIQUES POUR PALLIER AUX DIFFICULTÉS SOCIALES
VÉCUES PAR DES JEUNES AYANT UNE SCHIZOPHRÉNIE**

**PROJET D'ACTION PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION**

**PAR
MYLÈNE CODERRE**

SEPTEMBRE 2022

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

Le rétablissement optimal des jeunes qui ont un trouble de la schizophrénie est multifactoriel. Les priorités actuelles sont orientées vers la reprise de leur fonctionnement global, reléguant ainsi la dimension sociale à une intervention ultérieure malgré son effet protecteur. Le besoin exprimé par les intervenants de la clinique de pédopsychiatrie du CISSS de Lanaudière concerne l'accompagnement de ces jeunes dans la reprise de leur vie sociale. Les intervenants procèdent à ce soutien, selon leur impression clinique, sans avoir accès à des lignes directrices précises. Pour remédier à la situation, ce projet d'action propose de sensibiliser les intervenants quant aux pratiques probantes, par l'intermédiaire d'un guide de référence. Ces pratiques adaptées au milieu seront présentées lors de l'activité du *Journal Club* qui accueille, sur une base volontaire, les intervenants de la clinique de pédopsychiatrie. De courtes vignettes cliniques permettront de vérifier l'appropriation des connaissances. De plus, un questionnaire est prévu à la fin de cette rencontre pour connaître l'opinion des intervenants sur la pertinence et l'utilité de la présentation et du guide proposé afin d'apporter les modifications nécessaires. Ce projet d'action permettra alors de soutenir les intervenants dans l'exercice professionnel de leur pratique.

Table des matières

Sommaire	II
Introduction	1
Milieu de stage	3
Milieu spécifique dans lequel s'insère le rapport de projet d'action	3
Mission et services	3
Clientèle desservie	4
Personnel	5
Analyse du besoin du milieu de stage	6
Le besoin, sa vraisemblance, pertinence et faisabilité	6
Besoin	6
Vraisemblance	9
Pertinence	9
Faisabilité	10
Le problème duquel découle le besoin	11
Les moyens d'identification du problème	11
Les manifestations du problème	11
Personnes touchées	12
Personnes à mobiliser	12
La problématique	13
Projet d'action	14
Cadre de référence et théorique	16
En lien avec la clientèle	16
Épidémiologie	16
L'expression symptomatologique	17
Le diagnostic	20
Violence	21
Le pronostic	22
Les modèles théoriques	23
Les bonnes pratiques	28

En lien avec l'action envisagée et les acteurs impliqués	41
Planification	41
Évaluation	44
Objectifs	46
Objectifs poursuivis par le projet.....	46
Critères d'évaluation de l'atteinte des objectifs	48
Outils rattachés à l'évaluation de l'atteinte des objectifs et au suivi de la démarche de réalisation.....	48
Contenu et méthode de réalisation	50
Description des participants à qui s'adresse l'action prévue.....	50
Description des considérations éthiques.....	50
Description de la démarche et des produits développés pour atteindre les objectifs	51
Rôle-conseil	58
Résultats souhaités	59
Présentation et discussion des résultats	61
Atteinte des objectifs visés et réponse au besoin du milieu	61
Discussion.....	61
Problème et besoin du milieu.....	61
Cadre de référence	62
Objectifs.....	63
Moyens d'action.....	63
Retombées dans le milieu	64
Recommandations pouvant bonifier ce type de projet	64
Conclusion.....	66
Possibilités de généralisation à d'autres milieux ou clientèles.....	66
Limites du projet réalisé	67
Apport du projet au développement des connaissances et des pratiques professionnelles en psychoéducation	67
Références	69
Appendice A.....	79

Canevas d’entrevue semi-structurée pour les intervenants de la clinique de pédopsychiatrie sur les besoins vécus en lien avec le trouble de la schizophrénie.....	79
Appendice B.....	80
Canevas d’entrevue semi-structurée concernant l’intervention auprès de jeunes qui ont un trouble de la schizophrénie dans plusieurs centres de soins québécois pour mineurs.....	80
Appendice C.....	81
Questionnaire d’évaluation de la présentation formative et du guide d’accompagnement.....	81
Appendice D.....	82
Transfert des connaissances	82

Introduction

La santé mentale est une composante à part entière de la santé et définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme étant « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, faire face au stress normal de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté » (OMS, 2013, p.7). Toutefois, chez les plus jeunes, la santé mentale consiste à un développement qui atteint les normes attendues selon l'âge, dont

L'acquisition d'un sentiment d'identité positif, sur la capacité de maîtriser ses pensées, ses émotions, et de nouer des liens sociaux, ainsi que sur l'aptitude à apprendre et à acquérir une éducation, pour être capable à terme de participer pleinement et activement à la société. (OMS, 2013, p.7)

Cette conceptualisation ne limite pas la santé mentale à une absence de troubles mentaux et permet d'inclure la possibilité d'avoir une bonne santé mentale malgré la présence de ce type de trouble (eSantéMentale, 2016). Pour ce qui est de la définition d'un trouble mental, *l'American Psychiatric Association* (APA) l'identifie comme « un syndrome caractérisé par des perturbations cliniquement significatives dans la cognition, la régulation des émotions, ou le comportement d'une personne qui reflète un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques, ou développementaux sous-jacents au fonctionnement mental » (APA, 2013, p.20). La détresse et l'impact d'un trouble mental sur le fonctionnement social, professionnel ou autre, peuvent être atténués par l'accès à un traitement (OMS, 2013). Toutefois, certains troubles sont plus persistants et perturbants que d'autres, pouvant être considérés comme « graves », tels que les troubles psychotiques (Noiseux *et al.*, 2012).

Aux cliniques de pédopsychiatrie du CISSS de Lanaudière, ces troubles psychotiques semblent en hausse selon les intervenants et aussi survenir de plus en plus tôt chez les jeunes. Malgré cette impression de recevoir davantage des demandes concernant cette problématique, le trouble de la schizophrénie reste un trouble rare, et encore plus auprès des plus jeunes (Bailly, Veillard, Duverger et Rufo, 2003). Comme le trouble de la schizophrénie est le trouble psychotique le plus couramment associé à des difficultés à long terme (Gouvernement du Québec, 2017), une intervention adaptée est nécessaire chez ces personnes en tenant compte de l'ensemble de leurs

caractéristiques (Noiseux *et al.*, 2012). D'ailleurs, la présentation symptomatologique est variable selon la personne, son âge, son niveau intellectuel ainsi que de la présence de troubles comorbides, tels que l'anxiété, la dépression (APA, 2013) ou la présence de traumatismes en bas âge (Cutajar, Mullen, Ogloff, Thomas, Wells et Spataro, 2010). Cette présentation très hétérogène rend le diagnostic difficile à poser et par conséquent, questionne sur les soins requis pour ces personnes. Il est donc nécessaire de réfléchir au choix, mais aussi à l'organisation des interventions proposées pour répondre aux divers besoins présents (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013; Knorr, 2017).

Afin d'orienter les interventions selon les données probantes tout en respectant le plan d'action global pour la santé mentale 2015-2020 qui promeut une approche orientée vers le rétablissement afin d'atteindre un niveau de vie satisfaisant pour la personne concernée (Gouvernement du Québec, 2017), un projet d'action a été mis en place au CISSS de Lanaudière. Sa réalisation a pour finalité de répondre aux besoins en intervention des jeunes qui ont un trouble de la schizophrénie. Afin de bien comprendre la situation du milieu, une analyse du besoin a d'abord été réalisée et a permis de préciser la demande ainsi que les possibilités pour y répondre. Puis, une recension des écrits a été nécessaire pour l'élaboration de ce projet d'action. Sous la section « Cadre de référence et théorique », les informations relatives aux interventions probantes sont regroupées ainsi que des informations pertinentes concernant la mise en place du projet d'action. Pour ce qui est de la réalisation, deux objectifs généraux ont été établis avec les moyens permettant leur atteinte. Ceux-ci s'opérationnalisent grâce à une présentation formative et à l'élaboration d'un guide d'accompagnement regroupant des pratiques actuellement reconnues. La démarche réalisée pour y arriver est ensuite exposée. Dans la section « Présentation et discussion des résultats », la réalisation de ce projet d'action est analysée en fonction de l'atteinte des objectifs, mais aussi des différents éléments qui ont amené un impact dans le milieu. Une rétroaction quant à ce qui aurait pu bénéficier ce projet est proposée. Pour conclure, les généralisations possibles de ce projet d'action sont présentées, suivies par ses limites. Finalement, la contribution du projet d'action au développement des connaissances et des pratiques professionnelles en psychoéducation est abordée.

Milieu de stage

Milieu spécifique dans lequel s'insère le rapport de projet d'action

Le stage réalisé s'est effectué dans les cliniques ambulatoires de pédopsychiatrie de la région de Lanaudière. Le point de service situé à Joliette offre des services de deuxième ligne à la population au nord, tandis que celui de Repentigny dessert le sud de la région. La division du territoire en deux parties favorise une meilleure répartition de l'offre de services ainsi qu'une meilleure correspondance aux réalités distinctes entre le nord et le sud. Ces points de services sont considérés comme les cliniques externes tandis que l'unité La Traversée, située à l'hôpital de Joliette, est considérée comme la clinique interne.

Les interventions réalisées dans le cadre de la clinique interne diffèrent des cliniques externes. Pour ce qui est de l'unité La Traversée, le fonctionnement de l'équipe est caractérisé par la gestion des arrivées imprévues, la gestion de situations de crise et une intervention de courte durée. L'aspect médical est très présent tel que la médication et son ajustement pour aider le jeune à reprendre un fonctionnement minimal. Le retour dans ses milieux familial et scolaire se fait graduellement, accompagné par les divers professionnels. Lorsque l'état du jeune est stabilisé, une transition s'effectue avec les services d'une des cliniques externes selon le lieu de résidence du jeune et parfois, des services de santé mentale jeunesse (SMJ) de première ligne. Elle vise à répondre le plus rapidement à la situation de ces jeunes. La communication entre les cliniques interne et externes suit une procédure, mais il peut arriver que les transferts provenant de l'interne dépassent la capacité de l'externe à répondre rapidement aux demandes. De plus, les cliniques externes doivent tenir compte des jeunes en attente de services. Les responsabilités des cliniques externes sont de soutenir le jeune, mais aussi sa famille et au besoin, d'arrimer les services avec d'autres milieux tels que l'école, les centres de réadaptation, les organismes communautaires et la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ).

Mission et services

Intégrées au CISSS de Lanaudière, les cliniques ambulatoires de pédopsychiatrie orientent leurs services en fonction de leur mission. Leurs services sont donc organisés pour faciliter leur

accessibilité et leur intégration, et ce, afin de répondre aux besoins des personnes du territoire desservi (CISSS de Lanaudière, 2020).

Les services de ce milieu correspondent au volet Direction Jeunesse (DJ) et s'inscrivent à la fin de ce continuum de services, commençant par Jeunes en difficulté, puis SMJ en première ou deuxième ligne selon l'ampleur des besoins. Pour être orienté dans un programme de santé mentale, une référence médicale est nécessaire et doit passer par le guichet d'accès. Pour la deuxième ligne, un professionnel des cliniques ambulatoires de pédopsychiatrie est attribué à l'étude des dossiers pour déterminer si la situation requiert des services plus spécialisés ou si la référence reste au niveau du volet de SMJ en première ligne. Une orientation peut aussi être transmise directement à la clinique de pédopsychiatrie par un médecin de l'urgence lorsque la situation le requiert. Dans ces cas, certains jeunes vont être rapidement pris en charge par les cliniques externes, tandis que d'autres vont être dirigés à l'unité la Traversée lorsqu'une hospitalisation est nécessaire.

Pour ce qui est des modalités de rencontres, elles peuvent s'exercer individuellement. Le jeune effectue son suivi avec un professionnel, généralement en psychologie ou en psychoéducation, tandis que ses parents sont accompagnés par un travailleur social. Il est aussi possible que les rencontres se fassent avec le jeune et ses parents, ou en alternance selon le besoin. Pour certaines situations familiales, une intervention familiale peut être proposée dans une salle aménagée à cet effet. Les interventions de groupes n'ont plus lieu dues au roulement du personnel, mais il est possible de référer certains jeunes au programme In vivo lorsque leur problématique concerne l'anxiété.

Clientèle desservie

Les services offerts par les professionnels de ces cliniques s'adressent à tous les jeunes de moins de 18 ans présentant un problème de santé mentale et des besoins complexes. Dans les cliniques de pédopsychiatrie, les services offerts nécessitent la participation du jeune et de ses parents, autant pour leur offrir un soutien que pour ajuster les interventions réalisées auprès du jeune et de sa famille. Dans cette optique, un partenariat peut aussi être établi avec le milieu scolaire

pour une approche collaborative. Au besoin, un soutien informatif peut être donné aux intervenants scolaires sur des problématiques spécifiques.

Personnel

Le point de service de Joliette est constitué d'une équipe multidisciplinaire, tandis que celui de Repentigny se comprend de deux équipes multidisciplinaires. Ces équipes de soins comprennent au moins un psychiatre, un infirmier, un psychologue, un travailleur social et un psychoéducateur. Ces équipes se rencontrent hebdomadairement pour discuter de l'organisation des services ainsi que des questionnements qu'ils ont par rapport à leurs interventions en cours.

Avec les changements qui ont suivi la réorganisation du système de santé dans les dernières années, plusieurs employés ont quitté les cliniques ambulatoires. On observe un roulement de personnel toujours présent. Les équipes professionnelles sont composées majoritairement de jeunes intervenants ayant peu d'expertise dans ce domaine. La charge de travail est importante et les différents professionnels ont des horaires chargés. D'ailleurs, un manque de professionnels est soulevé, amenant ainsi des délais dans l'attente de tous les services. De plus, certains postes étaient dépourvus lors de mon stage, dont celui de chef d'unité des services de SMJ en deuxième ligne et celui de Soutien aux Activités Cliniques (SAC).

Analyse du besoin du milieu de stage

Le besoin, sa vraisemblance, pertinence et faisabilité

Besoin

Dès le début du stage, les tutrices ont mentionné le besoin du milieu concernant les psychoses. La demande est vague puisque les services pour les jeunes vivant un tel épisode sont peu organisés en pédopsychiatrie. La fréquence peu élevée de ce trouble chez les moins de 18 ans fait en sorte que les services appropriés sont peu connus, et ce, plus particulièrement auprès des professionnels qui ont peu d'expérience en santé mentale.

Étant donné cette réalité, la collecte d'informations s'est réalisée auprès d'informateurs clés par l'entremise d'entretiens individuels semi-structurés plutôt que d'interroger tous les intervenants par le moyen d'un questionnaire (voir Appendice A). Mes tutrices, Jennifer Letellier et Isabelle Brière, psychoéducatrices, ont soulevé des besoins auprès des parents qui ne connaissent pas le trouble mental manifesté par leur jeune, ni la façon d'agir dans leur nouvelle dynamique relationnelle. Les jeunes eux-mêmes ont besoin de connaissances à propos de leur problématique et d'être sensibilisés aux différents enjeux qui lui sont associés. La consommation, la médication, l'estime de soi et l'hygiène de vie sont des points importants à aborder. Mes tutrices suggèrent également d'inclure la participation des jeunes à ce projet d'action. Les intervenants auraient aussi besoin de conseils dans la façon de soutenir les jeunes lors de la sortie de l'unité d'hospitalisation ainsi que dans la reprise de leur fonctionnement au quotidien. Un dernier point émis concerne les écoles où une grille d'observation personnalisée permettrait au personnel scolaire d'être vigilant envers certaines caractéristiques associées aux rechutes d'un élève. Mes tutrices m'ont ensuite référée aux autres intervenants ayant de l'expérience et une bonne connaissance de la situation dans les cliniques ambulatoires de pédopsychiatrie. La personne qui leur semblait le plus à même de me guider dans l'approfondissement de ma compréhension du besoin dans le milieu est Annie Mainville, psychoéducatrice. Mes tutrices m'ont aussi conseillée de communiquer avec certaines personnes de la clinique interne, dont Kim Lasalle, éducatrice spécialisée, Louise Éthier, infirmière, Marie-Hélène Houle, travailleuse sociale, et Vicky Desjardins, psychoéducatrice, pour obtenir une compréhension plus globale de la situation.

En discutant avec Annie Mainville, psychoéducatrice, qui accompagne actuellement deux jeunes qui ont un trouble de la schizophrénie, j'ai pris conscience que certaines préoccupations étaient récurrentes chez les jeunes ayant des troubles psychotiques, particulièrement chez ceux dont la possibilité de rechute est plus élevée. Le premier épisode psychotique (PEP) ainsi que l'annonce d'un diagnostic d'un trouble de santé mentale sont des moments difficiles et déstabilisants pour les jeunes. Les effets secondaires de leur médication sont un autre sujet important pour eux, particulièrement en ce qui a trait à la prise de poids. Les conséquences sur leur vécu au quotidien et l'évolution de leur rétablissement font partie de leurs préoccupations. Les relations avec les pairs changent et ils se sentent souvent isolés, sans repère dans leur atypie. Leurs questionnements s'orientent aussi vers leur futur où l'emploi, les relations intimes et le fait de fonder une famille deviennent empreints d'incertitudes. La première fois où Annie Mainville a eu à accompagner un jeune dans cette situation, elle s'est renseignée auprès de différents professionnels œuvrant dans le secteur des troubles psychotiques et elle s'est référée à la littérature scientifique afin d'ajuster son intervention. Elle m'a conseillée de contacter un conseiller clinique du programme de soutien d'intensité variable (SIV), pour savoir ce qui est actuellement appliqué pour les adultes.

À la suite d'une rencontre téléphonique avec ce conseiller clinique du SIV, j'ai mieux saisi l'organisation des services pour la clientèle adulte. Cette dernière est très différente dans l'intensité des suivis et dans les objectifs visés. Les efforts sont particulièrement dirigés vers la prise de médication régulière chez les patients, puis vers leur intégration, ou encore vers leur maintien sur le marché du travail. L'entourage du patient est peu impliqué dans le traitement et les autres sphères de vie ne sont peu explorées. La dimension sociale n'est donc pas privilégiée lors des suivis.

Pour ce qui est de la clinique interne, Vicky Desjardins, psychoéducatrice, m'a proposé de passer une journée avec elle pour mieux comprendre le déroulement quotidien à l'unité d'hospitalisation. Étant donné qu'elle a récemment commencé cette profession, j'ai voulu connaître ses besoins envers l'intervention auprès des jeunes qui ont un trouble psychotique. Dans le cadre de son poste actuel, elle a peu accompagné de jeunes ayant des troubles psychotiques vers leur retour en milieu scolaire. Lorsque cela est arrivé, elle s'est référée à Annie Mainville. Elle trouve

qu'un outil de référence pour savoir comment intervenir serait pertinent ainsi qu'un outil pour sensibiliser l'école aux besoins des jeunes en réintégration.

Cette journée à la clinique interne m'a aussi permis de côtoyer les autres intervenants de ce milieu d'intervention. Les propos de Kim Lasalle, éducatrice spécialisée, Louise Éthier, infirmière, et Marie-Hélène Houle, travailleuse sociale, sont similaires à ceux de Mme Desjardins en ce qui a trait à un outil favorisant la réintégration scolaire. Elles ajoutent que les parents auraient aussi besoin de plus d'informations quant à la façon d'agir au retour de leur enfant. Elles mentionnent qu'une meilleure connaissance des services offerts par les organismes communautaires faciliterait l'orientation des parents et de leur jeune vers du soutien complémentaire aux services du CISSS de Lanaudière. Pour ce qui est des services de la clinique interne, elles considèrent toutes que peu de changements sont nécessaires lors du séjour à l'unité d'hospitalisation. Il est généralement de courte durée et l'objectif du retour au fonctionnement minimal du jeune est davantage lié à l'aspect médical.

Pour ce qui est des organismes communautaires, l'organisme la « Lueur du fort » offre des services de soutien, d'information et de répit pour les personnes dont un membre de la famille est atteint de troubles mentaux. La personne atteinte doit être âgée de 16 ans et plus puisqu'une spécialisation est requise afin d'assurer le développement des plus jeunes. Selon l'intervenant rencontré, il n'y a peu d'organismes communautaires qui proposent des services pour les jeunes de moins de 16 ans qui ont un trouble de santé mentale ou pour leur famille. Ces organismes travaillent majoritairement auprès d'une clientèle présentant des troubles du spectre de l'autisme.

Isabelle Lemire, pédopsychiatre, a aussi répondu à mon questionnement envers le Programme d'Interventions pour Premiers Épisodes Psychotiques (PIPEP), qui depuis 2018, s'adresse à une clientèle adulte et à des jeunes de 16 ans et plus (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2018). Ce critère d'âge peut être expliquée par le fait que l'adaptation d'un modèle adulte serait limitée quant aux réponses adéquates aux besoins spécifiques des plus jeunes, tant dans leurs besoins de préadolescents que dans l'expression de leur trouble psychotique.

L'implantation pour les moins de 18 ans est en cours dans la région de Lanaudière, ce qui fait en sorte que les services pour les jeunes ne sont pas encore disponibles. De plus, le programme est surtout connu par les psychiatres et la référence peut comporter un délai. Les critères d'admission sont restrictifs, particulièrement quant à la médication qui doit avoir été commencée depuis moins de six mois (MSSS, 2018). Parmi les jeunes ayant un trouble psychotique, plusieurs restent à l'unité d'hospitalisation pour une période de plus de six mois et pour les autres, le traitement de la demande pour accéder à ce programme fait dépasser la limite quant à la période médicamentée. En communiquant avec la personne responsable de ce programme, les informations fournies par le personnel de la clinique interne ont été confirmées. Le programme est, pour l'instant, adressé aux adultes et vise la stabilité de leur état par la poursuite d'une prise adéquate de leur médication.

Vraisemblance

Le besoin découle d'un modèle d'intervention basé sur l'adulte et qui ne tient pas compte des particularités du fonctionnement des jeunes. La compréhension des impacts de la symptomatologie au niveau développemental est limitée chez les intervenants. La rareté des troubles psychotiques chez les jeunes fait en sorte que les intervenants sont moins à même de se former à ce sujet. Les interventions actuelles se situent surtout dans la reprise du fonctionnement minimal et dans la prévention de la rechute.

Pertinence

La mise en place d'un projet d'action pour répondre à ce besoin est d'actualité et l'intervention auprès de jeunes ayant un trouble psychotique est incluse dans le plan d'action en santé mentale 2015-2020 (MSSS, 2015). Les troubles du spectre de la schizophrénie semblent survenir plus tôt dans le développement des personnes selon les intervenants du milieu. Dans une optique d'amélioration continue, cette hausse perçue de la demande amène des questionnements quant à l'efficacité des interventions réalisées actuellement ainsi que l'application des progrès qui se font au niveau de la recherche. L'incertitude présente crée un malaise dans un contexte où les services sont dits spécialisés.

De plus, les impacts d'un trouble de la schizophrénie engendrent des conséquences négatives pour la personne qui la vit ainsi que ses proches. La précocité du trouble et la sévérité des symptômes sont liées à un pronostic plus sombre (Abdel-Baki, Lalonde et Gingras, 2016; American Psychiatric Association [APA], 2013). Des impacts négatifs sont aussi présents au niveau de la société. Les symptômes peuvent perdurer et miner la qualité de vie des personnes en souffrant, entraînant une surutilisation des soins de santé, soit le phénomène de « la porte tournante ». Ces personnes sont alors moins à même de contribuer en tant que citoyens (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Les jeunes ayant un trouble de la schizophrénie obtiennent fréquemment un niveau scolaire plus bas que leurs pairs et leur trouble affecte également leur emploi. Ils restent alors plus dépendants de leur famille ou de l'aide sociale (Gonthier et Lyon, 2004; Knorr, 2017). Dans le pire des cas, ces personnes peuvent vivre une dérive sociale vers la pauvreté. Aux États-Unis et au Canada, au moins le tiers des personnes en situation d'itinérance seraient atteintes de schizophrénie. D'autres personnes atteintes se retrouvent en prison pour des délits mineurs. Pour ce qui est des coûts financiers associés à ce trouble en 2004 au Canada, il s'agit d'environ deux milliards de dollars pour les soins de ces personnes. Pour ceux en lien avec la perte de productivité, ils s'élèveraient à 4,83 milliards de dollars (Goeree, Farahati, Burke, Blackhouse, O'Reilly, Pyne et Tarride, 2005).

Faisabilité

Pour le projet d'action, nous avons réfléchi aux limites du milieu qui sont à tenir en compte. La réalité dans les cliniques de pédopsychiatrie fait en sorte que le projet d'action ne peut ajouter de tâches supplémentaires à la surcharge de travail des intervenants. Dans cette optique, la mise en place d'un groupe a été déconseillée étant donné qu'il ne serait pas maintenu après le stage. En ce sens, un projet facile d'accès et d'utilisation est donc à élaborer. Les intervenants sont ouverts à de nouvelles informations et un *Journal Club* est tenu tous les mois pour échanger sur un sujet clinique.

Le problème duquel découle le besoin

Les moyens d'identification du problème

En côtoyant et en discutant avec les intervenants identifiés précédemment, le besoin central a finalement été identifié. Les besoins sont variés et les intervenants proposent rapidement des solutions possibles. Je me suis d'abord questionnée à savoir si un manque de connaissances était l'origine du problème. Les troubles psychotiques étant peu communs, particulièrement chez les jeunes, cette hypothèse était plausible, mais plus je développais une meilleure compréhension du milieu, plus le problème me semblait complexe. J'ai poursuivi mes recherches en lisant sur des sujets plus pointus concernant les interventions à préconiser et le rétablissement des jeunes ayant fait une psychose. Le problème s'est alors précisé, soit un manque d'information qui ne permet pas de tenir compte des impacts variés des psychoses sur toutes les sphères de vie d'un individu, empêchant un soutien adapté à tous les besoins de la personne atteinte.

Pour confirmer mon hypothèse, j'ai repris contact avec Annie Mainville afin d'échanger sur ce sujet. J'ai alors pris conscience que le problème correspondait à l'offre de services pour les troubles psychotiques. Actuellement, une priorisation des besoins des jeunes s'oriente vers le traitement pharmacologique et la réintégration scolaire, mais cela relègue les inquiétudes des jeunes quant à leur vie sociale à un moment ultérieur. Avec la présence possible de rechutes, cette dimension peut finir par ne pas être abordée. La faible fréquence de ce type d'intervention fait en sorte que les intervenants ressentent davantage le besoin d'être soutenus. Les difficultés sociales de ces jeunes sont importantes et les interventions choisies sont à la discrétion de l'intervenant, leur causant ainsi une incertitude dans un milieu offrant des services spécialisés. Il n'y a pas de cadre de référence ni de lignes directrices pour guider les intervenants dans ces interventions à la clinique de pédopsychiatrie.

Les manifestations du problème

Dans l'expression du problème, il est possible de constater que les intervenants qui n'ont jamais travaillé avec de jeunes psychotiques laissent ce suivi aux intervenants plus aguerris, qui à leur tour, s'orientent par leurs connaissances acquises par leurs recherches et leurs expériences

personnelles. De plus, ma volonté à comprendre la situation m'amenait à poser des questions de plus en plus précises, mais les réponses que j'obtenais devenaient de plus en plus incertaines et floues. Les programmes complémentaires comme le PIPEP (MSSS, 2018) ne sont pas connus de tous les intervenants et encore moins les services alternatifs proposés par les organismes communautaires. Néanmoins, le malaise présent n'est pas fréquent dans le milieu, comme les psychoses sont rares chez les adolescents et très rarissime chez les plus jeunes (Gonthier et Lyon, 2004).

Personnes touchées

Dans le milieu, les personnes qui vivent avec les répercussions sont avant tout la clientèle ayant un trouble de la schizophrénie, ainsi que leur famille. Les changements dans le fonctionnement du jeune atteint peuvent perturber les relations et par conséquent, la dynamique familiale. À la suite de la stabilisation de son état, le jeune retourne à son domicile où la famille se sent rarement outillée pour gérer la nouvelle situation qui inclut souvent une perte au niveau fonctionnel et relationnel (Gonthier et Lyon, 2004). Contrairement au PIPEP, la clinique de pédopsychiatrie n'offre pas de soutien à domicile (MSSS, 2018). Une transition vers la clinique externe permet de débiter un suivi autant auprès du jeune que de ses parents, mais comme il a été mentionné préalablement, les intervenants ne se sentent pas toujours suffisamment outillés. Une conséquence possible est que le jeune n'adhère pas au processus thérapeutique, encourageant le désengagement ainsi que la possibilité d'une rechute, soit un second épisode psychotique. À long terme, les conséquences peuvent prendre des proportions sociales, comme une continuation de soins en santé mentale adulte (SMA), une augmentation du taux de suicide et une dérive sociale pouvant être caractérisée par une marginalisation, une toxicomanie ou même, de l'itinérance (Abdel-Baki *et al.*, 2016).

Personnes à mobiliser

Étant donné que le problème concerne l'organisation des services, je crois que le chef d'unité des services de SMJ en deuxième ligne serait la personne désignée pour superviser la situation, mais ce poste est présentement dépourvu. Un autre poste non-comblé, soit celui de

Soutien aux Activités Cliniques, pourrait aussi être impliqué dans le développement d'une solution au problème soulevé. Étant donné ces limites, les intervenants dans les équipes de soins peuvent néanmoins mettre à l'essai des solutions proposées.

La problématique

Le problème constaté fait partie d'un ensemble représentant la problématique, soit l'intervention auprès des jeunes ayant vécu au moins un épisode psychotique. L'intervention auprès des personnes psychotiques représente un défi en soi. Comme elle concerne majoritairement les adultes, moins de programmes ont été développés pour les plus jeunes (Knorr, 2017). En prenant en compte tous les types de psychose, la prévalence serait de 4 à 5 % chez les jeunes, les garçons étant plus touchés que les filles (Institut universitaire en santé mentale Douglas, 2013). Les psychoses sont présentes dans les troubles du spectre la schizophrénie et autres troubles psychotiques, mais elles n'y sont pas exclusives, rendant le diagnostic complexe à poser. D'ailleurs, chez les plus jeunes, les symptômes psychotiques peuvent aussi être expliqués par des troubles plus communs à l'enfance comme de l'anxiété ou des troubles de comportement. Une seconde difficulté consiste en la possibilité qu'une comorbidité soit présente, telle que le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, l'anxiété ou la dépression. L'intervention doit donc tenir compte de la présentation symptomatologique des personnes et des besoins qui en découlent, mais également aux défis liés à la présence de troubles concomitants (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013; Knorr, 2017).

En ce qui a trait à la psychose, elle est un déséquilibre psychique entraînant une perturbation temporaire dans la perception de la réalité (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Dans les troubles psychotiques, un symptôme positif est essentiel pour confirmer la présence d'une psychose et il peut être de trois ordres. Premièrement, une modification dans les perceptions peut être présente, donnant lieu à des hallucinations sur au moins l'un des sens, mais plus fréquemment au niveau de l'audition. Deuxièmement, la modification peut aussi être au niveau des pensées et des croyances. Elle s'exprime alors par un délire ou des propos incohérents. Une dernière modification possible se situe sur le plan comportemental où une désorganisation, des bizarreries et de l'agressivité

peuvent avoir lieu. En plus, des symptômes négatifs sont aussi présents et traduisent des pertes de fonctions normales et une dégradation des aptitudes habituelles. Ils peuvent se présenter sous forme d'apathie (difficulté à se mobiliser pour des activités), d'aboulie (manque d'énergie et de motivation), d'alogie (difficulté à communiquer), d'anhédonie (difficulté à ressentir du plaisir), d'affect émoussé (diminution dans l'expression des émotions) et d'un retrait social (isolement). Le fonctionnement adaptatif, cognitif et social est touché, rendant le choix et la mise en place des interventions complexes (APA, 2013).

Un autre aspect de la problématique est l'observance thérapeutique. La médication est centrale à ces troubles pour rétablir l'équilibre chimique du cerveau, mais les effets secondaires possibles sont souvent importants et peuvent entraîner l'abandon du traitement pharmacologique ou encore une observance partielle. Selon le trouble sous-jacent à la psychose, le suivi suggéré est de deux à cinq ans afin de maximiser la récupération à la suite des dommages causés par celle-ci, d'assurer la stabilité de l'état et de prévenir les rechutes. Le choix de la médication est souvent réalisé par essais et erreurs, en commençant par ceux qui ont plus souvent peu d'effets secondaires. Pour ce qui est des différentes approches psychosociales, leur mise en place est semblable à celle de la médication, et les effets peuvent varier selon chaque individu (Anagnostopoulou, Kyriakopoulou et Alba, 2018; Hardy, Mayanil, Graeber et Adelsheim, 2017). Le manque d'*insight* fréquent dans la schizophrénie ou même la présence d'anosognosie quant à leur trouble amène les personnes à ne pas adhérer à leur suivi, ne reconnaissant pas leurs propres difficultés (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Lalonde et Deleu, 2016).

Projet d'action

En ce qui a trait à la demande faite quant aux psychoses, les psychoses toxiques n'ont pas été retenues compte tenu du fait que les symptômes disparaissent généralement après l'intoxication et qu'elles laissent peu de conséquences à long terme. Pour ce qui est de la bipolarité, elle comporte d'autres aspects importants en dehors de la transition psychotique, ce qui fait que ce trouble n'est également pas retenu. La schizophrénie est le trouble sélectionné puisqu'il comporte des épisodes

psychotiques tout comme des impacts importants à long terme sur le quotidien des personnes touchées.

En réfléchissant aux différents besoins mentionnés par les intervenants sociaux, ces derniers manquent de soutien dans leur accompagnement vers le rétablissement optimal des jeunes qui ont un trouble de la schizophrénie. Chez les jeunes, les difficultés de réintégration illustrent leur besoin de soutien dans la reprise de leurs activités sociales. Les connaissances à ce sujet sont limitées dans le milieu, même pour les intervenants aguerris. Le projet d'action élaboré vise donc à répondre à cette limite.

Afin de répondre au besoin des intervenants, dont plusieurs ont des connaissances limitées sur le sujet, une introduction au trouble de la schizophrénie est une façon de mieux comprendre la variabilité de son évolution. Il est également pertinent d'informer sur les interventions préalables, ou conjointes, à instaurer pour pallier aux difficultés sociales. Les interventions possibles dans les différentes sphères de vie comme l'école, le travail, et les relations aux autres seront ensuite précisées.

Comme le milieu présente des limites structurelles et organisationnelles, le soutien à l'intervention devait être offert de façon concise et facile d'accès. Afin de regrouper les informations essentielles, un document informatique faciliterait l'accès à l'information, d'où l'élaboration d'un guide d'accompagnement. Du plus, pour conscientiser les intervenants envers la disponibilité de ce projet, il a été présenté lors d'une rencontre mensuelle, soit le *Journal Club*.

Cadre de référence et théorique

En lien avec la clientèle

Selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), le trouble de la schizophrénie fait partie du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques. Les personnes qui en sont atteintes ont des symptômes qui provoquent des perturbations sur les plans cognitifs, comportementaux et émotionnels (APA, 2013; Abdel-Baki *et al.*, 2016). Ces perturbations sont très variables, autant en termes qualitatifs que quantitatifs, reflétant ainsi les multiples expressions du trouble (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Pour ce qui est des difficultés sociales vécues par ces personnes, elles sont généralement perceptibles avant la première transition psychotique et ont un impact majeur sur la trajectoire développementale qui s'en suit. Ces difficultés sont inhérentes au trouble de la schizophrénie et elles sont davantage marquées chez ceux dont le trouble apparaît en bas âge (Speranza, 2009). L'évolution du trouble est variable, pouvant aller d'un rétablissement total à des difficultés chroniques et une dégradation du fonctionnement de la personne (APA, 2013; Abdel-Baki *et al.*, 2016). Depuis plusieurs décennies, les causes possibles de ce trouble complexe sont étudiées. Différents modèles ont tenté d'expliquer ses diverses facettes et impacts (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Actuellement, la dynamique biopsychosociale du trouble de la schizophrénie est centrale à l'explication du trouble. C'est d'ailleurs sur cette perspective multifactorielle que se fonde l'intervention auprès de la personne ayant une schizophrénie. Plusieurs approches sont nécessaires pour soutenir la reprise du fonctionnement de la personne et certaines s'adressent à des difficultés particulières. Le soutien aux difficultés sociales des individus fait partie de ces dernières et permet de proposer des interventions concrètes selon les besoins de la personne (Abdel-Baki *et al.*, 2016).

Épidémiologie

Selon l'*American Psychiatric Association* (APA, 2013), le trouble de la schizophrénie touche entre 0,3 % et 0,7 % de la population, mais cette prévalence varierait entre divers pays et culture (McGrath, Saha, Chant et Welham, 2008). D'ailleurs, l'incidence à vie varie entre 0,3 % et 2,7 % selon le pays. La variation dans cette proportion serait due aux stressés sociaux et environnementaux pouvant concourir à une transition psychotique (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Au

Canada, près de 1 % de la population vivrait avec ce trouble en 2016-2017 (Agence de la santé publique du Canada, 2020). Selon une étude de Vanasse, Grégoire et Moisan (2012), la prévalence chez les Québécois de 18 ans et plus était de 0,74 % en 2004-2005. Cela correspond à une moyenne d'environ 15 nouveaux cas diagnostiqués par jour (Abdel-Baki *et al.*, 2016).

La présence du trouble est très rare en bas âge, soit de 1 pour 10 000 enfants (Gonthier et Lyon, 2004) quoiqu'une sous-représentation soit possible due à la difficulté diagnostique (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Le taux d'incidence s'élève vers 14-15 ans (Abdel-Baki *et al.*, 2016) pour atteindre son pic chez les hommes vers la fin de l'adolescence et le début de l'âge adulte tandis que le premier épisode psychotique arrive généralement vers la fin de la vingtaine ou le début de la trentaine chez les femmes (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013; Starling et Feijo, 2012). Le trouble de la schizophrénie est dit précoce si l'apparition se fait au début de l'adolescence et très précoce ou infantile avant la puberté (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Addington et Rapoport, 2009). Le trouble de la schizophrénie infantile est plus fréquent chez les garçons dans une proportion de 2 pour 1 (Gonthier et Lyon, 2004), puis tend vers une proportion similaire, quoique légèrement plus élevée pour les hommes (Vanasse *et al.*, 2012; Agence de la santé publique du Canada, 2020). Le trouble de la schizophrénie débutant à l'enfance aurait une composante biologique plus importante que ceux qui débutent plus tardivement (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Addington et Rapoport, 2009). Elle serait également une forme plus sévère du trouble (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Starling et Feijo, 2012). L'étiologie du trouble de la schizophrénie pourrait ne pas être la même selon le moment d'apparition du trouble (Abdel-Baki *et al.*, 2016).

L'expression symptomatologique

Le trouble de la schizophrénie peut s'exprimer par un large éventail de symptômes et l'âge de la personne atteinte a un impact sur l'expression du trouble. Chez les enfants, la présentation symptomatologique varie en fonction du stade de développement. Le contenu et la complexité des hallucinations sont alors moins élaborés (Gonthier et Lyon, 2004). Le trouble de la schizophrénie a tendance à être cyclique et quatre phases peuvent être distinguées selon les symptômes présents (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Knorr, 2017).

Avant la première phase, la période prémorbide correspond au moment préalable aux premiers signes du trouble. Certaines caractéristiques discrètes peuvent être retrouvées dans l'enfance, sans être spécifiques à un trouble. Par exemple, il peut y avoir une altération du développement moteur, des difficultés sociales, des difficultés cognitives avec ou sans trouble du langage (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013; Knorr, 2017).

L'apparition de signes aspécifiques correspond à la première phase, soit la phase prodromique. Ces signes n'ont pas l'intensité ou un nombre suffisant pour permettre un diagnostic, quoiqu'ils soient communs de retrouver des symptômes négatifs (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013, Knorr, 2017). Ces symptômes « soustraient » au fonctionnement habituel et peuvent prendre la forme d'un manque de motivation à faire des activités aimées ou d'un retrait social (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Les symptômes négatifs ont des effets délétères. Ils réduisent l'acquisition de nouvelles aptitudes chez les adultes ou l'empêchent chez les plus jeunes, perturbant ainsi le fonctionnement attendu (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013; Gonthier et Lyon, 2004). Sans être spécifiques, les déficits du fonctionnement social sont perceptibles à ce stade, tout comme peut l'être la capacité à faire les activités du quotidien (Addington, Penn, Woods, Addington et Perkins, 2008). Les personnes sont alors considérées à « haut risque de transition vers la psychose » et nécessitent de l'aide pour réduire les impacts sur le fonctionnement ainsi que pour soulager leur détresse (Addington *et al.*, 2008; Cannon *et al.*, 2008).

Pour ce qui est de la transition lors du premier épisode psychotique, elle s'effectue plus fréquemment par un mode d'entrée insidieux. Les symptômes négatifs s'installent alors de façon graduelle (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013). La personne qui en souffre et son entourage peuvent associer ces changements à une « crise d'adolescence » ou une dépression. L'angoisse vécue par la personne augmente au fur et à mesure qu'elle perçoit sa perte de contrôle sur ses pensées et ses comportements. Une diminution du fonctionnement social est souvent perçue par son entourage (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Il arrive également que la transition psychotique survienne en moins de quatre semaines, représentant un mode d'entrée aigu. Les symptômes font leur apparition de manière soudaine, entraînant un changement brusque dans le fonctionnement de la

personne. Cette modification alarme l'entourage et la personne n'a pas nécessairement conscience de ses symptômes (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Un manque de conscience de la problématique est commun chez les personnes ayant un épisode psychotique (APA, 2013). Ce manque d'*insight* peut s'agir d'un manque d'information, de déni, mais plus souvent d'anosognosie où la personne n'a pas conscience d'avoir un trouble dû à une perturbation neurologique (Lalonde et Deleu, 2016). La présence de symptômes négatifs peut aussi mettre en place les bases pour la formation des symptômes positifs. Les relations sociales négatives et les biais cognitifs peuvent modifier l'interprétation de situations, créant entre autres une source pour les idées délirantes de persécution (Abdel-Baki *et al.*, 2016).

La phase active, correspond à l'apparition franche de symptômes positifs et donc, à l'épisode psychotique. La psychose est considérée comme un déséquilibre psychique entraînant une perturbation temporaire dans la perception de la réalité et l'hospitalisation est généralement nécessaire à ce stade afin de protéger la personne et ceux qui l'entourent. C'est à ce moment que la personne touchée commence à avoir des symptômes qui « s'ajoutent » à son fonctionnement. Une perturbation marquée du fonctionnement s'en suit et peut varier selon l'intensité et la fréquence des symptômes (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Pour ce qui est de la schizophrénie précoce, cette phase est caractérisée par une prédominance de symptômes négatifs accompagnés de délires ou d'hallucinations peu élaborés (Speranza, 2009). Le laps de temps entre le début de cette phase et la mise en place d'un traitement efficace est considéré comme la « durée de psychose non traitée » (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Une intervention rapide permet de limiter les effets néfastes de la psychose qui peut être considérée comme neurotoxique (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Norman, Malla et Manchanda, 2007).

La troisième est la phase résiduelle où les symptômes positifs se sont résorbés. Il peut néanmoins rester des symptômes négatifs plus ou moins sévères. La détérioration du fonctionnement est grandement influencée par les pertes cognitives qui peuvent, ou non, être graduellement retrouvées (APA, 2013, Knorr, 2017). Lorsqu'il y a atténuation ou disparition des symptômes négatifs, la personne est en phase de rétablissement (Gonthier et Lyon, 2004).

Les cinq premières années suivant la première transition psychotique sont considérées comme la période critique où les effets des symptômes sont les plus présents. C'est d'ailleurs à ce moment que le risque de rechute est le plus élevé (Thomas, 2013). Il est possible de parler de rechute lorsque certains symptômes psychotiques associés à la phase prodromique ou à la phase aiguë refont surface après une amélioration du fonctionnement de la personne (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Knorr, 2017). Chaque rechute ajoute des perturbations à celles déjà en place, augmentant les difficultés présentes (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Thomas, 2013). C'est d'ailleurs dû à ces rechutes que le trouble de la schizophrénie est considéré comme étant chronique (Knorr, 2017).

Le diagnostic

La schizophrénie est un trouble chronique dont les effets briment le fonctionnement des personnes touchées dans un ou plusieurs domaines de leur vie (B). Le DSM-5 ajoute cinq critères à ce dernier afin de regrouper les symptômes correspondant à ce trouble. Pour émettre un diagnostic, il doit y avoir la présence d'idées délirantes, d'hallucinations ou d'un discours désorganisé ainsi qu'un second symptôme, qui peut inclure un comportement excessivement désorganisé ou des symptômes négatifs (APA, 2013). La catatonie peut faire partie des comportements désorganisés, bien qu'elle soit rare dans les pays industrialisés (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Ces symptômes doivent être significativement présents sur une période d'un mois, à moins de la mise en place efficace d'un traitement (A). Pour ce qui est de la présence de perturbations, elle doit avoir été constatée de façon continue lors des six derniers mois, incluant la période où les symptômes positifs sont apparus (C). Les symptômes ne doivent pas être associés à un trouble de l'humeur (D), ni à l'effet d'une substance ou d'une condition médicale sous-jacente (E). Il est aussi important de les différencier d'antécédents possibles de trouble du spectre de l'autisme ou d'un trouble de la communication (F). Une composante de sévérité peut aussi être ajoutée (APA, 2013).

Le diagnostic est complexe à poser comme les psychoses peuvent également être présentes dans les troubles anxieux, les troubles de l'humeur et même chez les personnes neurotypiques (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013; Knorr, 2017). Il doit également tenir compte des diagnostics différentiels dans le spectre des troubles psychotiques, mais aussi de la présence de symptômes de

nature autre que psychotique. L'anxiété est fréquente chez les personnes ayant une schizophrénie tout comme la labilité de l'humeur. Parmi les autres troubles concomitants, le TDAH, la dépression et la toxicomanie sont communs. La culture de la personne est aussi un élément important pour distinguer le normal de l'anormal. La langue peut représenter un barrage au repérage d'un discours décousu et les croyances associées aux hallucinations peuvent ne pas entraîner un bris de fonctionnement (APA, 2013).

Chez les plus jeunes, il est pertinent d'utiliser les mêmes critères diagnostiques que chez les adultes comme une cohérence est présente dans la présentation du trouble (APA, 2013; Gonthier et Lyon, 2004; Knorr, 2017). Toutefois, le diagnostic comporte un défi supplémentaire puisque les symptômes n'ont pas nécessairement une présentation franche et qu'ils peuvent s'expliquer par d'autres troubles plus communs de l'enfance comme un trouble du comportement ou des troubles au niveau langagier (APA, 2013; Knorr, 2017). Une proximité est d'ailleurs présente entre les difficultés sociales des enfants ayant un trouble schizophrénique et ceux qui ont un trouble du spectre de l'autisme, ce qui peut causer des erreurs diagnostiques (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013; Knorr, 2017). Comme chez les plus âgés, la présence de comorbidité est aussi un enjeu en bas âge (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Une évaluation approfondie est donc nécessaire pour bien cerner les divers besoins quant aux déficits causés par le trouble de la schizophrénie, mais aussi par la présence de trouble comorbides (Knorr, 2017).

Violence

Contrairement à la croyance populaire, la violence hétéro agressive n'est pas communément répandue dans la schizophrénie. Elle est un peu plus présente chez les personnes en phase aigüe qui ne sont pas encore traitées ou qui ont arrêté leur traitement (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Le risque de ce type de violence augmente surtout en présence d'un trouble comorbide d'abus de substance (APA, 2013; Abdel-Baki *et al.*, 2016), ou chez les personnes avec un historique de violence ou d'impulsivité (APA, 2013). À l'inverse, les personnes qui ont un trouble de la schizophrénie se retrouvent plus souvent victimisées, autant dans leur passé que subséquemment à leur trouble (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Les personnes peuvent représenter un risque pour elle-même lorsqu'elles

obéissent aux commandes de leurs voix (APA, 2013). Le risque suicidaire est plus présent chez les personnes ayant un trouble de la schizophrénie, soit de 20 à 25 fois plus que dans la population en général. La dépression, qui est associée au risque suicidaire, est souvent sous-diagnostiquée en comorbidité à ce trouble. L'affect dépressif peut être difficile à détecter compte tenu de la présence possible d'un affect émoussé ou d'un discours incohérent. L'année suivant le premier épisode psychotique est la période où le risque suicidaire est le plus élevé dû aux changements apportés par le trouble. Ces derniers peuvent être difficiles à accepter et nécessiter de grandes adaptations de la personne pour permettre la reprise de son fonctionnement. Par la suite, des changements dans le quotidien ou dans le suivi sont des moments plus à risque. Les rechutes et les symptômes résiduels lors de la phase de rétablissement sont des éléments qui accentuent le risque suicidaire (Abdel-Baki *et al.*, 2016).

Le pronostic

Selon Harrison *et al.* (2001), les deux premières années subséquentes au premier épisode psychotique permettent de prédire l'évolution à long terme du trouble de la schizophrénie. De plus, après les cinq premières années, les symptômes tendent à se stabiliser chez la plupart des patients et ils peuvent même commencer à s'atténuer chez certains. Un autre élément temporel important pour le pronostic est l'âge lors de l'apparition du premier épisode psychotique. Comme il a été mentionné précédemment, ce facteur influence l'expression du trouble. Plus une personne a le temps de se développer, plus elle a de ressources personnelles pour se rétablir à la suite d'un premier épisode psychotique, favorisant une meilleure adaptation ultérieure. Dans cette perspective, une transition psychotique en bas âge est donc défavorable au pronostic. (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013; Gonthier et Lyon, 2004; Starling et Feijo, 2012). Chez ces jeunes, les déficits fonctionnels sont alors très présents au niveau de l'autonomie et du fonctionnement social, amenant davantage de difficultés chroniques (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Knorr, 2017). La durée de la phase prodromique (APA, 2013) ainsi que la durée de la psychose non traitée doivent être minimisées pour limiter l'impact détérioratif des signes et symptômes du trouble de la schizophrénie (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Par la suite, les cinq années suivant la première transition psychotique correspondent à la période critique où les effets des symptômes sont les plus présents.

C'est d'ailleurs à ce moment que le risque de rechute est le plus élevé (Thomas, 2013). Le nombre de rechutes n'est pas à négliger considérant le fait que chaque épisode subséquent favorise la « chronicisation » du trouble, ajoutant des perturbations à celles déjà en place (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Thomas, 2013).

Avec le temps, les symptômes positifs ont tendance à diminuer (Knorr, 2017). Le fonctionnement ultérieur de la personne est particulièrement influencé par la présence de symptômes négatifs, leur nombre, leur degré d'intensité et les dérèglements qu'ils engendrent. Les troubles cognitifs, qui peuvent perdurer, sont d'ailleurs liés à une qualité de vie subjective moindre, nuisant au pronostic (APA, 2013). Le décrochage scolaire et les difficultés d'intégration socioprofessionnelles en sont des conséquences naturelles. Les difficultés relationnelles ont aussi un impact en entraînant un appauvrissement de contacts sociaux bénéfiques (APA, 2013; Hakulinen, McGrath, Timmerman, Skipper, Mortensen, Pedersen et Agerbo, 2019). Un rejet social peut survenir subséquemment aux difficultés à entretenir des relations avec les autres (Abdel-Baki *et al.*, 2016), mais l'isolement peut être dû aux préjugés et à la stigmatisation dont sont victimes les personnes ayant un trouble mental sévère (DeNiro, 1995). Toutefois, la majorité des personnes atteintes de schizophrénie ont un rétablissement favorable, souvent avec un soutien quotidien, tel que la médication. Il n'en reste pas moins que plusieurs vivent avec des difficultés chroniques et certains peuvent tendre vers une détérioration progressive (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013).

Les modèles théoriques

Dus à leur complexité, les mécanismes causant le trouble de la schizophrénie ne sont pas encore tous connus. Plusieurs approches proposent des explications pouvant aider à la compréhension du trouble, autant en ce qui a trait à son étiologie qu'à son évolution. Pour ce qui est du modèle biologique, il est soutenu par les données recueillies lors de l'utilisation de techniques de neuro-imagerie fonctionnelle. L'étude du fonctionnement cérébral et de ses structures permet de comprendre les causes biologiques possibles de l'émergence et du maintien des symptômes. Plusieurs études révèlent la présence d'anomalie à différents niveaux. La modification de l'activité cérébrale de certaines aires permet d'expliquer les symptômes positifs et

négatifs, tout comme les déficits cognitifs (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Howes et Kapur, 2009; Salomé, 2012). Ce modèle est largement accepté, quoique des limites sont présentes. L'origine des anomalies est encore peu connue ainsi que l'ampleur de l'effet de ces dernières sur l'expression du trouble schizophrénique. De plus, la relation avec les facteurs environnementaux reste à approfondir (Rapoport, Giedd et Gogtay, 2012).

Le modèle cognitif considère les psychopathologies comme des perturbations dans le traitement de l'information. La perturbation du fonctionnement d'un des processus sous-jacents est nommée « perturbations cognitives » ou « déficits cognitifs » et entraîne une baisse de la performance typique. Des répercussions peuvent aussi être présentes dans d'autres sphères, qu'elle soit émotionnelle ou sociale. Les approches cognitives orientent la compréhension des troubles psychotiques par l'ampleur des déficits reliés à un épisode psychotique, mais elles peuvent aussi porter sur le fonctionnement cognitif et ses effets au quotidien (Salomé, 2012).

Un autre modèle explicatif des causes de la schizophrénie vient de l'approche systémique. Celui de l'école de Palo Alto explique la schizophrénie par une communication comportant des doubles contraintes, causant un paradoxe sur les plans cognitif et affectif. En étant prise dans cette impossibilité d'agir adéquatement, la personne en viendrait à avoir une symptomatologie psychotique (Bateson, Jackson, Haley et Weakland, 1956; Picard et Marc, 2013 : Salomé, 2012). Même si ce modèle n'est plus accepté dû au fait qu'il ne tient pas compte de la combinaison de facteurs multiples, il est néanmoins devenu la base pour la création de diverses interventions familiales (Miermont, 2004). Les attitudes familiales négatives telles que de l'hostilité, les critiques et les attitudes intrusives peuvent contribuer à précipiter la première transition psychotique tout comme les rechutes éventuelles (Abdel-Baki *et al.*, 2016).

L'approche systémique a également inspiré la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (OMS, 2001; OMS, 2012). Les composantes du modèle du handicap psychique se retrouvent dans cette classification. Ce modèle n'a pas été mis au point pour comprendre l'origine d'un

dysfonctionnement, mais plutôt pour mieux organiser le soutien et les services auprès des personnes qui en ont besoin (Escaig, 2009). Considérant les conséquences fonctionnelles et sociales subséquentes au trouble de la schizophrénie, les personnes qui en souffrent peuvent donc être en « situation de handicap » (Escaig, 2009; Pachoud, 2013). Surtout chez l'enfant, l'entourage est central. Son environnement social permet de l'orienter et de l'accompagner vers des services adaptés lorsqu'il est en phase prodromique. Cet environnement représente également une source d'espoir en fournissant divers facteurs positifs, tant au niveau de la famille, de l'école, des pairs que des professionnels. Les parents jouent d'ailleurs un rôle central, étant les mieux à même de gérer l'équilibre entre la protection et l'autonomie. Leur présence continue ainsi que leur considération favorisent la réintégration ou l'intégration de leur enfant. Il est donc important de leur fournir le soutien dont ils ont besoin afin qu'ils puissent exercer leur rôle (Escaig, 2009). Ce modèle du handicap psychique est aussi utilisé dans les interventions occupationnelles (Pachoud et Allemand, 2013).

Actuellement, le modèle intégratif le plus utilisé est celui du modèle vulnérabilité-stress qui tient compte de la dynamique biopsychosociale (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Celui-ci a été proposé par Zubin et Spring (1977) et stipule que, pour qu'il y ait une transition psychotique, une vulnérabilité biologique doit être présente chez la personne et celle-ci doit être activée par un stress plus ou moins important selon la fragilité biologique. Ce stress provient des facteurs psychologiques et sociaux. Les facteurs psychologiques correspondent au vécu de la personne, dont la façon qu'elle a été élevée et ses expériences émotionnelles. Les facteurs sociaux correspondent au vécu actuel de la personne et de son milieu socioculturel. Ce modèle permet donc de considérer la diversité de la présentation du trouble. L'interaction des facteurs biopsychosociaux est nécessaire pour représenter l'ensemble des difficultés potentielles liées à ce trouble. Ces difficultés, ainsi que la réponse aux diverses interventions mises en place, vont teinter le niveau de rétablissement de la personne (Abdel-Baki *et al.*, 2016). La Figure 1 représente ce modèle.

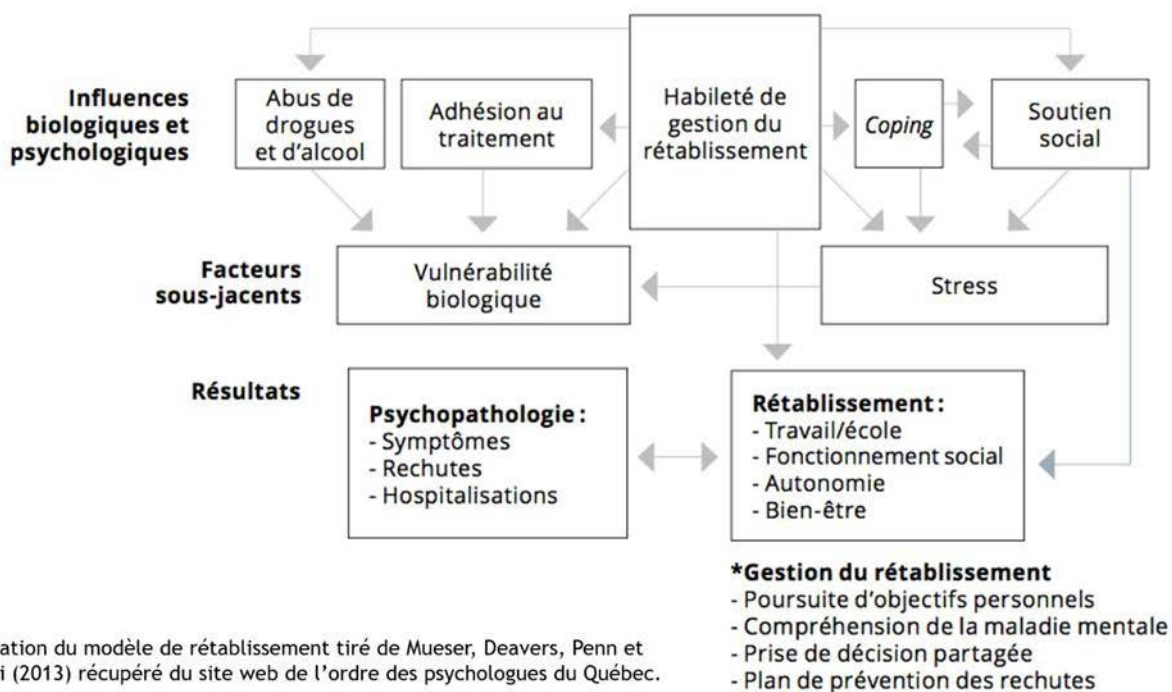


Figure 1. Modèle vulnérabilité-stress.

Selon ce modèle, la présence d'une vulnérabilité biologique peut être soit héréditaire, soit provenir d'une perturbation neuronale, plus précisément au niveau du circuit fronto-temporo-limbique. Pour qu'une transition psychotique survienne, il est nécessaire que des stressseurs soient présents. Ces derniers peuvent être biologiques, sociaux ou environnementaux (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Starling et Feijo, 2012). Les stressseurs néonataux associés à un risque plus élevé de schizophrénie sont la présence de complications lors de la grossesse et lors de l'accouchement. La naissance lors de certaines saisons est corrélée à l'incidence de schizophrénie (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013). Une infection virale lors du dernier trimestre serait en cause (Abdel-Baki *et al.*, 2016). D'autres stressseurs, comme le fait de grandir en milieu urbain, d'avoir immigré ou de consommer de la drogue, sont des facteurs de risque supplémentaires (APA, 2013). Le stress vécu accentue la vulnérabilité déjà présente et peut également servir de déclencheur au premier épisode psychotique et aux rechutes. Les vulnérabilités subséquentes au trouble, dont les symptômes et leurs conséquences, s'ajoutent à celles déjà présentes. La personne devient alors plus susceptible de faire une rechute, suivant un principe de causalité circulaire (APA, 2013; Lecomte et Leclerc, 2016; Pachoud, 2013). À l'inverse, certains facteurs peuvent protéger la personne d'une rechute,

tels que ses compétences et ses habiletés sociales, le soutien familial et social disponible, ses habiletés d'adaptation, son estime de soi, sa capacité à gérer le stress et ses symptômes ainsi que sa réponse au traitement pharmacologique (Lecomte et Leclerc, 2016).

Concordant avec ce dernier modèle, l'hypothèse neurodéveloppementale soutient que des altérations biologiques sont présentes à la naissance et que ce n'est que plus tard que le trouble se manifesterait (APA, 2013; Uhlhaas et Singer, 2011). Plusieurs gènes seraient impliqués dans le déclenchement d'un trouble du spectre de la schizophrénie. L'effet génétique serait plus important dans les cas de schizophrénie très précoce (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Addington et Rapoport, 2009; Knorr, 2017). Cette différence pourrait distinguer deux formes de schizophrénie, soit celle apparaissant à chez l'adulte, soit celle chez les plus jeunes qui ferait alors partie des troubles développementaux (Starling et Feijo, 2012). Même si la majorité des nouveaux cas de schizophrénie ne sont pas liés à un historique familial, la génétique augmente le taux d'incidence à vie si un proche est atteint de ce trouble, soit 3 % pour un parent du deuxième degré, 10 % pour un parent de premier degré, 40 % si les deux parents ont le trouble et 50 % pour un jumeau monozygote. Cette dernière statistique démontre également que l'environnement influence l'apparition du trouble puisque les jumeaux monozygotes, qui ont le même bagage génétique, ne développent qu'une fois sur deux le même trouble. L'environnement peut influencer l'expression des gènes par des mutations, ce qui survient dans 20 % des cas. De plus, des complications à la naissance entraînant un faible poids ou de l'hypoxie sont plus souvent présentes chez les personnes qui ont un trouble de la schizophrénie. À l'adolescence, l'élagage des connexions synaptiques et la maturation du cerveau chez le jeune adulte pourraient expliquer le pic d'incidence à ces périodes. Somme toute, l'hypothèse que la schizophrénie est une maladie neurodéveloppementale et neurodégénérative est de plus en plus acceptée (Abdel-Baki *et al.*, 2016).

Un modèle plus récent conceptualise le trouble de la schizophrénie comme étant un trouble du soi ou de l'ipséité. Le trouble affecte le fondement central de la personne, soit ce qui la distingue de tout autre individu. L'effet est surtout au niveau de l'expérience subjective de l'existence de la personne, qui a son tour influe sur son vécu expérientiel et l'initiation de ses actions. Ce modèle

du trouble de soi est très utilisé en psychopathologie phénoménologique et permet d'intégrer l'hétérogénéité des symptômes, leur aspect bizarre ainsi que l'évolution du trouble. Les symptômes sont considérés comme une manifestation subséquente du trouble du soi central. L'hypothèse sous-jacente à ce modèle est divisée en trois parties, soit la conscience de soi exagérée, la diminution de l'ipséité et l'altération du contact avec la réalité. Chaque débalancement d'une partie entraîne des répercussions sur les autres, déconnectant la personne d'elle-même et éventuellement de ce qui l'entoure. Une révision de ce modèle a permis un élargissement de la conceptualisation du trouble de la schizophrénie en intégrant les dernières découvertes scientifiques. Ce modèle biophénosocial permet de tenir compte des variations temporelles des symptômes durant toute l'évolution du trouble et permet également d'incorporer les symptômes spécifiques à la schizophrénie et ceux partagés avec d'autres troubles non psychotiques. La spécificité de ce modèle tient de la distinction entre les aspects primaires et secondaires du trouble et des symptômes qui lui sont associés. Les premiers sont des caractéristiques inhérentes à la personne tandis que les seconds sont les conséquences d'une tentative pour retrouver l'équilibre. La conscience de soi exagérée et la diminution de l'ipséité peuvent se retrouver dans les deux catégories (Sass, Borda, Madeira, Pienkos et Nelson, 2018).

Les bonnes pratiques

En ce qui concerne l'intervention auprès des personnes qui ont un trouble de la schizophrénie, peu d'études sont réalisées auprès des enfants comme ce trouble est peu répandu en bas âge et que le diagnostic est difficile à poser. Il est commun d'adapter les interventions qui ont fait leurs preuves auprès des adolescents et des jeunes adultes (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Toutefois, une approche biopsychosociale est recommandée pour tous afin de soutenir la reprise du fonctionnement (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013). Pour ce qui est de l'intervention psychosociale auprès de mineurs, certaines recommandations canadiennes sont de mises. Ces dernières sont adaptées des lignes directrices du *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), du *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN) et de l'*European Psychiatric Association* (EPA), dont les recommandations s'adressent à une population adulte. Parmi les recommandations canadiennes, il est entre autres fortement suggéré de faire équipe avec la famille

et le jeune atteint, de tenir compte de l'avis du jeune, de maintenir l'espoir, de prendre le temps d'établir une relation de confiance, de promouvoir l'autonomie et la participation du jeune et surtout, de s'assurer d'une bonne compréhension mutuelle en tenant compte des capacités cognitives et émotionnelles du jeune, mais aussi de sa langue et de sa culture (Lecomte, Abidi, Garcia-Ortega, Mian, Jackson, Jackson et Norman, 2017).

Les interventions possibles sont variées et peuvent être combinées afin de répondre aux besoins différents de chaque personne ayant un trouble de la schizophrénie ainsi qu'aux besoins spécifiques des différentes phases d'évolution du trouble (Abdel-Baki et Nicole, 2001; Abdel-Baki *et al.*, 2016). De plus, la combinaison de traitements peut avoir un effet synergique, potentialisant les effets bénéfiques (Horan et Green, 2019). L'aspect biologique est généralement adressé en premier afin de rétablir le fonctionnement chimique du cerveau. Son effet est potentialisé par des interventions psychosociales conjointement entreprises. Les interventions sur la dimension psychologique visent les déficits causés par la psychose en soutenant le jeune dans son réapprentissage de ses capacités. Celles s'adressant aux besoins sociaux sont graduellement intégrées lorsque la personne s'est stabilisée à la suite de la phase aiguë (*Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program*, 2016). Néanmoins, la réponse aux interventions n'est pas garantie et plusieurs essais peuvent être faits avant de trouver un moyen efficace (Abdel-Baki et Nicole, 2001; Abdel-Baki *et al.*, 2016).

Intervention précoce. En intervenant tôt, la durée de psychose non traitée est réduite ainsi que sa « toxicité sociale » (Norman *et al.*, 2007). L'intervention précoce permet de détecter plus rapidement les personnes qui sont à risque d'une transition psychotique par l'éducation de la population générale et des professionnels en contact direct avec les jeunes. Ces personnes apprennent à discerner les signes précurseurs d'une psychose ainsi que les façons d'obtenir de l'aide. Faciliter l'accès aux soins chez les jeunes qui ont une diminution dans leur fonctionnement est un moyen de réduire les impacts dès la phase prodromique tout en facilitant la reprise de leur fonctionnement (*Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program*, 2016; MSSS, 2018). Elle permet aussi de maintenir le lien avec les milieux sociaux du

jeune (Vacheron, Vayrat-Masson et Wehbe, 2017). Dans cette optique de célérité des soins, le DSM-5 a intégré un nouveau diagnostic, soit celui de trouble psychotique atténué, qui permet de débiter plus rapidement le traitement même en présence d'une ambiguïté sur le diagnostic (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013). Une prise en charge médicale rapide peut alors freiner le processus de désinsertion sociale (Pachoud, 2013). La thérapie cognitivocomportementale (TCC) est recommandée dès les premiers signes de dysfonctionnement pour réduire les symptômes psychotiques et ainsi prévenir ou retarder la transition psychotique. Ce type d'intervention peut également améliorer le fonctionnement social tout comme la thérapie de soutien (*Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program, 2016*).

Évaluation. Avant d'établir un plan de soins, une évaluation de la personne atteinte doit être réalisée le plus tôt possible et révisée régulièrement. Elle doit comprendre des informations sur la personne, dont son anamnèse en lien avec la mise en place des symptômes, comment elle vit avec ses symptômes, ainsi que ses forces, ses ressources et ses habiletés dans la gestion du trouble et de ses impacts au quotidien. L'évaluation de son état mental doit porter sur les signes et symptômes présents, incluant son niveau de conscience quant au trouble, soit son *insight*. Une vérification quant à la présence de déficits cognitifs est recommandée afin de cibler les domaines où la personne nécessiterait une intervention. Celle sur son état physique doit vérifier son fonctionnement métabolique, mais aussi son mode de vie, dont l'alimentation et l'exercice. L'évaluation de la présence possible de comorbidités doit être vérifiée régulièrement et vise en particulier le trouble d'abus de substance, mais aussi d'autres troubles psychiatriques (*Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program, 2016*) comme l'anxiété et la dépression (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013; Knorr, 2017), mais aussi la présence de traumatismes (Cutajar, Mullen, Ogloff, Thomas, Wells et Spataro, 2010). Pour ce qui est de l'évaluation du risque, celle-ci devrait être faite à chaque rencontre et vérifier entre autres les changements dans l'humeur, la présence d'idées suicidaires, la présence de négligence ou de victimisation, le risque pour autrui et le risque de non-observance du traitement. Pour s'assurer que l'évaluation soit complète, les informations peuvent être recueillies auprès de son entourage et du

jeune, et validées par ce dernier (*Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program, 2016*).

Alliance thérapeutique. Il est plus commun que le traitement du trouble de la schizophrénie débute par une hospitalisation à la suite de la première transition psychotique (Blondeau, Nicole et Lalonde, 2006). Lors du premier épisode de service, il est important de créer une alliance thérapeutique permettant la collaboration du patient et de sa famille. La personne peut ne pas comprendre en quoi elle a besoin de services et les refuser, mais il faut l'encourager à parler de son vécu psychotique et lui faire accepter la médication proposée (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Amador (2007) suggère quatre étapes pour ce faire dans la méthode Écoute-Empathie-Accord-Partenariat (EEAP). Cette méthode permet à l'intervenant de se positionner en allié pour trouver les raisons personnelles du jeune qui pourraient lui faire accepter son traitement. L'écoute réflexive est centrale à cette méthode. Elle se veut sans jugement et sans commentaire, même si les propos du jeune s'écartent de la réalité. En étant ouvert et en validant sa compréhension, le jeune aura davantage envie de partager ce qu'il vit. Le second élément de cette méthode est de faire preuve d'empathie, qui s'exprime en considérant ses raisons à ne pas vouloir poursuivre de traitement. Le but est de valider les émotions vécues et non le bien-fondé du raisonnement, ce qui pourra faciliter un échange quant aux inquiétudes présentes. L'accord correspond au terrain d'entente qui est atteint en tenant compte des motivations de la personne à changer d'idée. En prenant une attitude neutre et en posant des questions encourageant la réflexion, la personne pourra prendre conscience des conséquences de ses choix sur ses objectifs. Le partenariat est une collaboration envers l'objectif du jeune, incluant des sous-étapes, dont le traitement. L'acceptation du trouble est remise à un moment ultérieur.

La thérapie d'acceptation et d'engagement permet de favoriser la prise de conscience de ce qui se passe dans ses pensées et ses émotions au moment présent par l'écoute active, une attitude empathique, la découverte de points communs et finalement, par un partenariat envers un même objectif (Abdel-Baki et Nicole, 2001; Lecomte et Leclerc, 2016). Dans une optique similaire, la thérapie motivationnelle promeut les changements d'habitudes de vie. Elle démontre des résultats

dans la gestion des troubles chroniques, de la prévention de la rechute ainsi que de la réadaptation. Elle peut être intégrée à un plan de traitement plus englobant (Chanut et Proulx, 2016).

Traitement pharmacologique. Au niveau biologique, un traitement pharmacologique doit être envisagé. Cette pratique permet la stabilisation de l'état du jeune ainsi que la reprise graduelle de son fonctionnement (Gonthier et Lyon, 2004). Les antipsychotiques se retrouvent sous deux catégories, soit les typiques (1^{re} génération) et les atypiques (2^e et 3^e génération). Le choix du traitement va en fonction des effets associés aux molécules sur les symptômes de la personne. Plusieurs essais peuvent être nécessaires afin d'obtenir une bonne réponse au traitement tout en minimisant les effets secondaires. Ces derniers peuvent être désagréables et dangereux (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Lors de la mise en place du traitement, un suivi étroit doit donc être fait pour surveiller la réponse au traitement et la présence d'effets secondaires indésirables. Parmi ceux-ci, il est plus fréquent de retrouver chez les jeunes des troubles métaboliques, dont une prise de poids significative. Il est aussi possible de rencontrer des effets tels que des troubles du mouvement et des troubles sexuels (Abdel-Baki *et al.*, 2016; *Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program*, 2016). Le défi est de maintenir l'adhésion de la personne à sa médication malgré les effets secondaires comme ce traitement pharmaceutique correspond au facteur principal de protection envers les rechutes. Le risque de rechute peut être multiplié jusqu'à 25 % après un an pour ceux qui ont cessé leur médication, comparé à ceux qui l'ont maintenue. Pour ces derniers, les rechutes sont possibles, mais la médication réduit l'intensité des symptômes et peut accélérer le retour à la stabilité (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Malgré une bonne observance du traitement pharmacologique, certaines personnes demeurent résistantes au traitement de façon partielle ou totale, laissant place qu'à une atténuation des symptômes (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Thomas, 2013).

La durée de traitement pharmacologique suggérée correspond à la « période critique d'intervention », période de trois à cinq ans suivant le début du trouble durant laquelle les rechutes sont plus communes. Lorsque les symptômes psychotiques ont tous disparu depuis au moins six mois et que la personne a repris son fonctionnement antérieur, une diminution de la médication

peut être entreprise tout en surveillant les signes de décompensation psychique. Dans le cas d'une rechute, la médication peut alors être reprise à la dose préalablement prescrite. Lors d'un second essai, la diminution graduelle peut être progressive et s'étendre sur une période d'un à deux ans. Dans le cas où une personne voudrait arrêter sa médication plus tôt dans son processus en raison des effets secondaires indésirables, elle doit d'abord être informée des risques. Le soutien de l'entourage est alors encore plus important, permettant de signaler la venue de signes précurseurs d'une rechute (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Thomas, 2013).

Pour ce qui est de la dimension sociale, un traitement pharmacologique présentement à l'étude est l'utilisation de l'ocytocine pour améliorer la visibilité des informations sociales. En combinaison avec des interventions sociales, les résultats sont partagés, quoiqu'encourageants (Davis *et al.*, 2013; Davis *et al.*, 2014; Cacciotti-Saija *et al.*, 2015).

Éducation du patient et de sa famille. L'objectif principal de l'éducation du patient et de sa famille est de développer une compréhension informée et partagée du trouble (*Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program*, 2016). Ce type d'intervention doit se faire dans les débuts et se poursuivre tout au long de l'évolution du trouble en adaptant l'information transmise (Lalonde et Deleu, 2016). L'explication du diagnostic permet de transmettre des informations pertinentes. Il est donc important d'expliquer la source de la souffrance en informant sur ce qu'est la schizophrénie, ses causes et ses symptômes, mais également d'informer sur les raisons sous-jacentes des interventions proposées, dont l'importance de la médication (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Lalonde et Deleu, 2016). Lorsque le trouble est mieux compris par tous, l'intervention éducative permet de transmettre des stratégies pour favoriser la gestion du trouble et la gestion du stress de la personne touchée (Lalonde et Deleu, 2016). Avec de meilleures connaissances, le patient et sa famille peuvent reprendre le contrôle sur leur situation et prendre des décisions plus éclairées (Lecomte *et al.*, 2017). De plus, la participation de la famille est un élément important qui permet d'avoir un meilleur portrait du fonctionnement au quotidien du jeune, mais elle permet aussi de signaler rapidement tout changement inquiétant. Par cette implication, chacun peut retrouver l'espoir quant à la gestion des impacts du trouble ainsi qu'envers

les possibilités futures (Abdel-Baki *et al.*, 2016; *Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program*, 2016; Lalonde et Deleu, 2016). Toutefois, ce type d'intervention n'est pas recommandé auprès des personnes qui rencontrent des difficultés au niveau de la mémoire (Lalonde et Deleu, 2016).

Intervention familiale. S'appuyant sur le modèle systémique et s'inspirant des TCC, les thérapies familiales offrent un soutien et des stratégies d'adaptation afin de soulager la souffrance subséquente au trouble et ses impacts sur la personne touchée et son entourage (*Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program*, 2016; Gingras et Boudreault, 2016; Miermont, 2004). Comme les jeunes qui ont un trouble de schizophrénie précoce ou très précoce habitent avec leur famille, ce type d'intervention est pertinent, malgré le peu d'évidences scientifiques à ce sujet (*Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program*, 2016). Elles sont efficaces pour prévenir les rechutes, diminuer les symptômes psychotiques et le niveau de stress de la personne touchée tout en augmentant son adhésion à sa médication et à son suivi psychosocial. Les familles peuvent apprendre sur le trouble, sur des stratégies pour s'ajuster aux effets du trouble et développer leur rôle positif dans le rétablissement de leur proche (Abdel-Baki *et al.*, 2016). En travaillant sur le système, les différents thèmes qui peuvent être abordés sont la résolution de problème, la communication, les rôles familiaux, la réponse affective, l'investissement affectif, le contrôle du comportement et l'évaluation du système familial (Gingras et Boudreault, 2016). Selon les lignes guides canadiennes sur l'intervention auprès de jeunes qui ont un trouble psychotique, les interventions familiales doivent être offertes à toutes les familles dont un membre souffre de schizophrénie, et ce, le plus tôt possible afin de prévenir ou de réduire les rechutes. Ces interventions devraient inclure le jeune concerné et tenir compte de la relation entre ce dernier et ses figures parentales afin de travailler les habiletés de communications, la résolution de problèmes et l'éducation au patient et à sa famille (Lecomte *et al.*, 2017).

Rétablissement. Le rétablissement correspond au cheminement où la personne reprend le contrôle de sa vie et dont le niveau de fonctionnement lui convient (Lecomte et Leclerc, 2016).

Dans ce processus de redéfinition de soi, l'importance est donc sur le vécu subjectif de la personne plutôt que sur son diagnostic. Chez les jeunes, un rétablissement total, soit un retour au fonctionnement antérieur, n'est pas souhaité étant donné qu'ils continuent à se développer. Les interventions orientées vers le rétablissement doivent donc être adaptées à cette réalité (*Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program, 2016*). Plusieurs étapes sont à franchir dans ce cheminement. L'étape moratoire est le moment où la personne en est à son plus bas. Elle est suivie par le début de l'espoir lors de l'étape de la conscience. Par la suite vient l'étape de la préparation où la personne réapprend à vivre selon ses capacités. Ensuite vient la période où elle développe sa nouvelle identité, soit l'étape de la reconstruction. La dernière étape est celle de croissance. La personne vit alors sa vie avec espoir en maintenant le contrôle sur ses symptômes (Lecomte et Leclerc, 2016). Durant ce processus, un plan de rétablissement doit être établi pour définir des objectifs de vie tout comme les moyens pour y arriver, tel que le retour à l'école ou en emploi, les habiletés sociales, la gestion du stress et des symptômes ainsi que les habiletés nécessaires pour être autonome (Lecomte et Leclerc, 2016; Noiseux *et al.*, 2012; Pachoud, 2013). Offrir un soutien est essentiel pour que les jeunes puissent s'épanouir (Vacheron, Vayrat-Masson et Wehbe, 2017).

Soutien aux études/à l'emploi. Le premier épisode psychotique bouleverse souvent le cheminement socioprofessionnel des jeunes au moment où ils doivent réfléchir ou s'orienter vers leur avenir. Dans une optique de rétablissement fonctionnel, l'objectif visé est la reprise d'une vie socio-occupationnelle adéquate, aidant autant la vie sociale que financière de la personne qui a un trouble psychotique précoce (*Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program, 2016*). Le retour aux études ou à l'emploi est déterminant pour structurer le quotidien, tout en aidant à l'estime de soi, mais aussi pour favoriser l'autonomie et augmenter le sentiment de contrôle sur sa vie. Ce retour permet naturellement de favoriser les contacts sociaux (Pachoud, 2013; Vacheron, Veyrat-Masson et Wehbe, 2017). Il est donc recommandé de soutenir le jeune le plus tôt possible dans ses démarches pour poursuivre ses études ou pour se trouver un emploi, s'il a terminé ses études obligatoires. Il est aussi important de travailler en collaboration avec les personnes impliquées à l'école ou celles spécialisées en intégration professionnelle afin

de mettre en place un programme adapté et les accommodations nécessaires pour répondre aux besoins du jeune. S'il n'y a pas de programme de soutien disponible, il est recommandé de travailler en équipe avec les acteurs clés du milieu (Lecomte *et al.*, 2017). Avec les jeunes, différentes approches peuvent être utilisées afin de répondre à leurs besoins (Fouché et Wegner, 2014). Chez les plus jeunes, la thérapie par le jeu permet de renforcer le contact avec la réalité en proposant des activités concrètes dans le ici et maintenant (Alers, 2014).

Pour ce qui est des programmes d'aide à l'emploi, la stratégie la plus répandue actuellement est celle de soutien à l'emploi, ou « job coaching », qui consiste à placer d'abord la personne dans un milieu ordinaire de travail, puis de la soutenir dans son intégration par un conseiller en emploi spécialisé (Pachoud et Allemand, 2013). À Montréal, un programme de soutien à l'emploi, Accès Santé Mentale Cible Travail (Accès-Cible SMT), propose une version hybride, permettant à la personne aux prises avec un trouble mental de gérer ses démarches, mais en lui fournissant également des outils autant au niveau de l'emploi qu'au niveau de son fonctionnement personnel (de Pierrefeu et Charbonneau, 2014).

Remédiation cognitive. Selon les recommandations canadiennes, la remédiation cognitive peut être proposée aux jeunes qui rencontrent des difficultés au niveau de leur fonctionnement cognitif (Lecomte *et al.*, 2017). Ce type d'intervention se base sur le principe de la métacognition, soit qu'il est possible d'apprendre à apprendre et à penser. L'optique est de permettre à la personne de retrouver les compétences perdues à la suite de la psychose ou de pallier celles qui restent plus limitées par l'apprentissage de nouvelles habiletés (Ceschi et Van der Linden, 2008). Une évaluation neuropsychologique permet de délimiter les fonctions cognitives où la personne a besoin d'être soutenue. La remédiation cognitive permet indirectement de reprendre un fonctionnement quotidien adéquat par des exercices près de la réalité quotidienne des personnes (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Rivera et Lecardeur, 2016; Stip, Lecardeur, Levaux, Belleville et Franck, 2016). La remédiation cognitive peut être faite via des exercices réguliers sur un ordinateur (*Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program*, 2016; Rivera et Lecardeur, 2016). D'ailleurs, certains programmes de remédiation cognitive sont disponibles sous

forme de thérapies assistées par ordinateur. Dans les dernières années, un intérêt s'est accentué afin de développer des outils thérapeutiques utilisant les jeux vidéo ou la réalité virtuelle. Ceux-ci offrent une alternative à l'entraînement de diverses habiletés quoique de plus amples études soient nécessaires (Brun, Verdoux, Gouhet et Quiles, 2018). Pour soutenir la reprise du fonctionnement cognitif, il est souhaitable de combiner la remédiation cognitive de façon graduelle à d'autres modalités d'intervention, soit l'éducation au patient, puis la remédiation cognitive, suivi par la thérapie cognitivo-comportementale et l'entraînement aux habiletés sociales (Rivera et Lecardeur, 2016).

Pour ce qui est de la cognition sociale, les impacts du trouble de la schizophrénie peuvent amener un déficit de la théorie de l'esprit et des styles attributionnels, mais aussi de la perception et des connaissances sociales (Speranza, 2009). Le traitement des émotions peut également être affecté par ce trouble. En plus d'altérer le fonctionnement interpersonnel, ces perturbations sont corrélées au déficit fonctionnel global des personnes qui ont un trouble de la schizophrénie (Rivera et Lecardeur, 2016). Actuellement, il est reconnu comme étant préférable de travailler simultanément plusieurs domaines de la cognition sociale plutôt que d'en cibler qu'un seul (Horan et Green, 2019). Il a aussi été démontré qu'il n'est pas nécessaire d'améliorer les fonctions cognitives de base avant de débiter la remédiation de la cognition sociale (Horan, Kern, Tripp, Helleman, Marder et Green, 2011; Wölwer *et al.*, 2005), quoique les fonctions cognitives de base ne sont pas nécessairement améliorées à la suite de ce type d'intervention (Kurtz, Gagen, Rocha, Machado et Penn, 2016). De plus, ce type d'intervention est généralement bien acceptée avec un haut taux de satisfaction subjective (Horan et Green, 2019). La remédiation de la cognition sociale permet éventuellement d'avoir une meilleure insertion sociale, scolaire et professionnelle (Rivera et Lecardeur, 2016; Stip, Lecardeur, Levaux, Belleville et Franck, 2016). Les activités de transition vers la réalité quotidienne pourraient être un moyen de faciliter la généralisation des acquis, tout comme l'utilisation des nouvelles technologies (Horan et Green, 2019).

Thérapie cognitivo-comportementale. Les effets bénéfiques de la TCC peuvent être d'une part, la réduction de la durée d'hospitalisation et la durée des symptômes positifs et d'autre part,

l'accélération du retour au fonctionnement antérieur, à l'adaptation au trouble et à l'atteinte des objectifs personnels. Les effets bénéfiques de cette thérapie se distinguent particulièrement au début du rétablissement (*Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program*, 2016). L'objectif de la TCC est de modifier un comportement mésadapté en travaillant sur les interactions entre les pensées, les émotions et les comportements (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Rivera et Lecardeur, 2016). Dans la TCC pour la psychose (TCCp), l'accent est mis sur le lien entre les idées et les émotions qui surviennent lors des symptômes psychotiques. Elle vise à développer un nouveau modèle explicatif avec la personne de ses délires par des discussions basées sur des évidences qui ont amené à ces croyances (Abdel-Baki *et al.*, 2016). En plus de ces aspects, la TCC permet de développer des stratégies de coping ainsi que d'améliorer l'estime de soi, la gestion du stress et le fonctionnement global (Lecomte *et al.*, 2017). Ce type d'intervention semble efficace chez les adultes et également chez les adolescents (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Les TCC peuvent cibler des difficultés spécifiques à la dimension sociale. L'entraînement aux habiletés sociales et l'entraînement à la résolution de problèmes en sont deux éléments pertinents pour les personnes qui ont une schizophrénie. Ces entraînements permettent de décomposer des situations sociales afin de permettre à la personne d'y donner une réponse appropriée (Marchand et Guay, 2016).

Plus récemment, Fowler *et al.* (2013) ont élaboré une nouvelle approche TCC qui s'adresse spécifiquement aux jeunes qui ont un trouble psychotique précoce avec d'importantes difficultés sociales. La thérapie du rétablissement social (traduction libre) aide à retrouver un meilleur état mental en améliorant les compétences sociales et la participation à des activités sociales. Elle se distingue de la TCCp par l'utilisation des valeurs et des objectifs du jeune pour lui donner de l'espoir afin de changer ses comportements sociaux et par l'accent mis sur les techniques comportementales. Ces dernières permettent de surmonter les stratégies d'évitement et d'encourager le changement des comportements dans un contexte réel. L'aspect *in vivo* peut nécessiter une gestion des symptômes, mais offre une opportunité vers le rétablissement social. C'est par l'entremise de techniques cognitives que les croyances positives envers soi et les autres sont développées.

Entraînement aux habiletés sociales. Chez les jeunes, le trouble de la schizophrénie peut nuire aux habiletés sociales, qui à leur tour, peuvent amener d'autres difficultés telles qu'une maladresse sociale, de l'anxiété sociale et éventuellement, de l'isolement (Lecomte *et al.*, 2017). L'entraînement aux habiletés sociales permet d'apprendre les principes de bases des interactions interpersonnelles, incluant les habiletés conversationnelles qui nécessitent des compétences expressives et réceptives. Dans ce but, l'importance du langage verbal et non verbal est mise de l'avant (Lecomte *et al.*, 2017; Rivera et Lecardeur, 2016). L'efficacité de l'entraînement aux habiletés sociales repose sur le fait qu'il fait appel aux fonctions cognitives moins altérées, comme la mémoire procédurale. L'utilisation des technologies permet de contourner les déficits attentionnels et la généralisation est facilitée par l'utilisation de la méthode de résolution de problèmes (Favrod, Maire, Rexhaj, et Nguyen, 2015). Les échanges peuvent aussi être pratiqués par l'entremise de jeux de rôle et de modélisation. La rétroaction doit être constructive tout en soutenant le jeune. Le jeune peut ensuite se pratiquer dans son quotidien afin de consolider et généraliser les apprentissages (Lecomte *et al.*, 2017; Favrod *et al.*, 2015).

Résolution de problème. La méthode de résolution de problème vient consolider l'apprentissage des habiletés sociales en permettant de s'adapter aux imprévus qui sont incontournables dans les interactions sociales. Elle permet de décomposer une situation conflictuelle afin de prendre une décision éclairée (Favrod *et al.*, 2015).

Soutien aux activités de la vie. Lors de la phase aiguë, la thérapie de milieu peut répondre aux besoins sociaux de la personne lorsqu'elle est hospitalisée. Elle permet également de réduire les stimulations en offrant un milieu calme, d'offrir de la surveillance et du réconfort tout en minimisant l'aspect contraignant. Les activités de la vie quotidienne (AVQ) sont encouragées, dont l'hygiène, l'alimentation et le sommeil. Les hôpitaux de jour permettent une transition graduelle à la reprise de la routine de la personne en assurant la mise en place d'interventions répondant aux besoins de la personne. Les interventions sociales se basent sur l'identification de stress sociaux présents dans l'environnement de la personne et de moyens pour réduire leur intensité. En second,

les habiletés de la personne peuvent être travaillées pour favoriser sa gestion des stressseurs et du stress (Abdel-Baki *et al.*, 2016).

De plus, en encourageant l'activité physique régulière, le jeune peut réduire ou éviter une prise de poids ou un trouble métabolique (Rosenbaum, Tiedemann, Sherrington, Curtis et Ward, 2014). De meilleures connaissances sur une alimentation saine peuvent également avoir un impact à ce niveau. Dans une étude de Firth *et al.* (2017), il a été démontré que l'exercice aérobique avait des effets positifs sur le fonctionnement cognitif, incluant la dimension sociale.

Beaucoup d'études portent sur les infections transmises sexuellement ou par le sang chez les personnes aux prises avec des troubles mentaux sévères ou sur l'éducation quant à la pratique d'une sexualité sécuritaire (de Jager et McCann, 2017). Cette sphère de vie qu'est la sexualité peut sembler tabou chez les jeunes, mais leurs inquiétudes quant à la possibilité d'avoir une famille doivent être considérées. L'espoir est présent quoique des risques doivent être pris en compte dans leur réflexion. Pour les femmes, la grossesse est dite à risque et le suivi obstétrique peut être irrégulier (Nilsson, Lichtenstein, Cnattingius, Murray et Hultman, 2002). L'arrivée du nouveau-né est un moment stressant qui peut amorcer une décompensation psychotique (Meltzer et Kumar, 1985). De plus, l'ajustement de la relation entre le parent qui a un trouble de la schizophrénie et son enfant peut être difficile comme les signes du bébé ne sont pas reconnus ou mésinterprétés par le parent (Miller, 1997).

D'autres thérapies psychosociales se développent pour répondre aux divers besoins qui peuvent découler du trouble de la schizophrénie, quoique de plus amples études soient nécessaires. Entre autres, les exercices de pleine conscience, la thérapie axée sur la compassion et les interventions s'adressant aux troubles comorbides de la schizophrénie, tels que l'anxiété et la dépression, semblent prometteurs. Notons que pour ce qui est du trouble comorbide de l'abus de substance, plusieurs études et interventions sont disponibles à ce sujet, mais ne seront pas abordées dans ce document (Lecomte *et al.*, 2017).

En lien avec l'action envisagée et les acteurs impliqués

Planification

L'élaboration d'une action peut être comprise par l'entremise du modèle de la structure d'ensemble développée par Gendreau. Elle permet de tenir en compte des différentes facettes influençant la mise en place du projet. La structure et le fonctionnement sont donc intrinsèquement liés (Gendreau, 2001; Renou, 2005). C'est en partant du besoin précédemment identifié que le projet s'est construit, mais aussi en tenant compte de la clientèle identifiée et des intervenants qui œuvrent auprès de ces derniers. Par la suite, d'autres facettes du milieu ont ensuite été identifiées, avec leurs forces et leurs limites.

Dans ce modèle, l'action envisagée s'adresse aux « Sujets », soit les intervenants, quoique la finalité est orientée vers le rétablissement de jeunes ayant un trouble de la schizophrénie. Le cadre de référence des interventions promues pour ces jeunes correspond au fonctionnement de base de la clinique de pédopsychiatrie. Le travail en équipe multidisciplinaire y est fondamental et les services ambulatoires sont prodigués dans une approche biopsychosociale. Les champs d'expertise sont variés, mais la plupart des intervenants ont peu d'années d'expérience dans le domaine de la santé mentale. Le roulement du personnel représente un défi organisationnel amenant des difficultés sur le plan de la communication entre les intervenants, mais aussi entre les cliniques. L'organisation des services peut devenir conflictuelle comme les améliorations proposées ont parfois été tentées par le passé, avec des résultats défavorables dont seuls quelques-uns se souviennent. Cette instabilité a aussi entraîné une implication plus hésitante de la part de ceux qui restaient. Une attention doit donc être portée à ces éléments afin que le manque de communication et la lassitude envers les changements ne nuisent pas à l'adhésion au contenu présenté et à l'outil élaboré (Busilacchi, Harguindéguy-Lincourt et Giuliani, 2016).

Le projet d'action respecte les « Codes et procédures » du CISSS de Lanaudière, dont une partie de la mission est de veiller à l'offre de services de santé et de services sociaux à la population du territoire, en intégrant ou créant des ressources afin de répondre aux besoins de leur clientèle. Par leur philosophie d'organisation apprenante (CISSS, 2017b), la dynamique du milieu encourage

le développement de nouvelles compétences et la volonté à offrir des services ressortant des données probantes. La mise en place d'un projet d'action doit respecter certaines exigences, particulièrement lorsqu'il est question de personnes mineures avec une vulnérabilité comme la santé mentale. Aucun jeune n'a donc été impliqué directement dû, entre autres, au délai qu'aurait engendré l'évaluation d'une demande au comité d'éthique afin d'encadrer leur participation (CISSS, 2017a).

Relativement à la composante temporelle, elle est essentielle afin de répondre aux demandes et aux obligations. La limite de cette composante a été très claire dès le début de l'analyse des besoins, soit les horaires chargés qui empêchent l'ajout de tâches, comme la mise en place d'un groupe. Cela met l'accent sur la nécessité d'une action efficiente. Le guide proposé doit donc avoir une forme et un contenu convivial (Rocheleau, 2015). Toutefois, la clinique de pédopsychiatrie réserve une période, une fois par mois, pour actualiser les connaissances dans le milieu par l'entremise d'un *Journal Club*. Tous les intervenants de la clinique de pédopsychiatrie sont invités et parfois ceux de milieux connexes. Une autre composante temporelle à respecter est la durée du stage. L'action envisagée doit être réalisable dans les délais octroyés.

Étant donné la charge de travail des intervenants, leur niveau de responsabilité envisagé est bas quant au maintien de l'action. Les trois psychoéducatrices de chaque équipe multidisciplinaire ont été identifiées pour conseiller l'outil lors de prise en charge d'un jeune schizophrène au sein de leur équipe respective.

Dans l'optique que les intervenants du CISSS de Lanaudière desservent une grande superficie territoriale, il est important de tenir compte des limites engendrées par la composante « espace ». La mise en place d'un groupe de thérapie serait limitée par la répartition des quelques cas de jeunes schizophrènes. Pour ce qui est des documents imprimés, ils sont souvent perdus ou oubliés. D'autre part, les interventions technologiques sont aussi limitées par l'absence du matériel nécessaire ou par des coûts associés. Néanmoins, un projecteur et une toile sont disponibles dans le local réservé au *Journal Club*.

En ce qui concerne les « moyens de mise en interaction », l'action envisagée a une fonction pédagogique, mais aussi de soutien. L'augmentation des connaissances vise l'amélioration des compétences, particulièrement dans le savoir-faire opérationnel (Bechler, 2005; Villeneuve, 1994). Un défi organisationnel relié concerne la prévalence du trouble. Étant un trouble rare, les interventions sont peu fréquentes et peu d'intervenants ont à accompagner cette clientèle. La formation et l'outil ont pour but de les soutenir, mais la fréquence peu élevée ne facilite pas la consolidation des apprentissages. Une attention doit donc être portée au transfert de connaissances et au choix des médias utilisés selon les caractéristiques de l'information à transmettre, de l'utilisation prévue ainsi que du contexte organisationnel. En dernier lieu, une approche interactive encourage les échanges pour approfondir la réflexion et la concordance des solutions trouvées avec le besoin du milieu (Lemire, Souffez et Laurendeau, 2009).

Andragogie. Concernant cette composante, six principes d'andragogie sont à considérer dans la formation auprès d'adultes. Ces derniers veulent connaître l'utilité de ce qu'ils apprennent afin de répondre à un besoin ou à un intérêt. Lors de la formation dans le milieu, un second élément essentiel est de les impliquer dans le processus d'apprentissage. Les intervenants ont des professions différentes avec des champs d'expertise variés et leur expérience doit donc être prise en compte. Leur compréhension est également facilitée par l'expérimentation. Comme les adultes cherchent moins à apprendre sur un sujet en particulier et qu'ils sont davantage orientés sur la tâche ou le problème, la rétention de l'information est favorisée par la résolution de problème. La motivation est le dernier principe d'andragogie. En vieillissant, une personne est moins mobilisée par des contingences extrinsèques qu'intrinsèques (Knowles, Holton et Swanson, 2005).

Dans l'action envisagée, le « programme » correspond à la présentation formative, aux activités d'appropriation lors du *Journal Club*, ainsi qu'au guide regroupant les bonnes pratiques. Ces éléments doivent donc tenir compte de toutes les autres composantes du modèle de la structure d'ensemble (Gendreau, 2001) pour une réalisation permettant l'atteinte des objectifs. De plus, la pertinence, la faisabilité et la vraisemblance sont des éléments fondamentaux à la réalisation de ce projet d'action tout comme le respect du cadre légal et organisationnel. Au niveau opérationnel, le

programme doit rester flexible pour s'ajuster aux imprévus (Gendreau, 2001; Paquette et Chagnon, 2000).

Une dernière composante du modèle de la structure d'ensemble est le « système d'évaluation et de reconnaissance ». La partie concernant « l'évaluation », elle permet de juger de l'atteinte des objectifs afin de vérifier l'effet de l'action sur le « sujet » cible, mais aussi pour assurer que toutes les composantes prévues soient bien intégrées à l'ensemble que représente le milieu. Pour ce qui est de la « reconnaissance », cette partie de la composante s'actualise dans le projet d'action sous la forme d'exercices afin que les intervenants constatent l'apport du projet sur leur pratique (Renou, 2005).

Évaluation

Le processus d'évaluation est continu. L'évaluation préalable à l'implantation du projet d'action permet de comprendre le besoin du milieu, mais aussi les limites quant aux possibilités d'action. Une évaluation doit également tenir compte du bien-fondé de l'action envisagée, dont sa pertinence. Durant l'implantation, l'évaluation permet de vérifier si l'échéancier est respecté, et advenant des écarts, les causes et les ajustements mis en place pour y remédier. À la suite de l'implantation, l'évaluation porte sur l'impact de l'action menée, dont l'atteinte des objectifs. Lors de ces évaluations, les préoccupations possibles peuvent être au niveau formatif ou sommatif et au niveau subjectif et objectif (Alain, 2009).

Un parallèle peut être fait avec le modèle d'évaluation basé sur la théorie des programmes de Chen (2005) qui permet d'identifier les facteurs influençant l'implantation du projet. Toutefois, seul le modèle d'action est considéré pour l'évaluation étant donné que la limite temporelle ne permet pas l'évaluation du modèle de changement, qui survient à la suite de l'implantation. Le modèle d'action regroupe les composantes nécessaires à l'implantation et ce sont ces déterminants qui peuvent amener le changement souhaité (Tougas et Tourigny, 2013). La première composante de ce modèle est l'« organisation », qui fait référence au cadre de l'organisation, structurant l'action possible. La composante « personnes qui implantent » est influencée par les caractéristiques de ces

dernières, dont leurs compétences et leur engagement. Les « protocoles d'intervention et de prestation des services » s'adressent à la « population visée ». Cette dernière doit être atteignable et une attention doit être portée à accentuer leur intérêt. Les « protocoles d'intervention et de prestation des services » doivent donc tenir compte de cette composante dans leur choix d'intervention, de contenu et d'activités, mais aussi dans la façon d'intégrer le projet. Pour l'implantation, il est important de tenir compte des « partenaires » disponibles, mais aussi du « contexte écologique ». Interagissant directement avec l'action mise en place, ces composantes peuvent avoir un effet sur l'efficacité du changement envisagé (Chen, 2005).

Somme toute, la réalisation du projet d'action peut également être comprise sous l'angle des opérations professionnelles (Gendreau, 2001). Pour mener à bien le processus du projet d'action, l'observation a permis de mieux cerner le fonctionnement du milieu. L'évaluation préintervention correspond à l'analyse du besoin et à celle du bien-fondé de l'action envisagée afin d'établir les bases pour la planification. L'organisation permet de préparer tous les aspects de l'action afin de l'animer sous forme de formation. Les échanges en cours de présentation sont une forme d'utilisation, tandis que les rétroactions à la fin peuvent être orientées pour une évaluation post-situationnelle formative. Ce cycle pourrait recommencer afin de poursuivre dans l'évolution des besoins (Gendreau, 2001; Massé, 2009; Paquette et Chagnon, 2000).

Objectifs

Objectifs poursuivis par le projet

À la suite de l'analyse du besoin du milieu, un des problèmes constatés est un manque de spécialisation quant à l'intervention sur le plan des difficultés sociales que les jeunes peuvent vivre à la suite d'un épisode psychotique. Pour répondre à ce besoin, le projet d'action élaboré se concentre sur le trouble de la schizophrénie puisque les épisodes psychotiques y sont centraux, sans comporter de dimension affective, telle que les troubles de l'humeur se manifestant dans le trouble bipolaire. De plus, des difficultés fonctionnelles marquées, notamment sur le plan social, peuvent être présentes à long terme et affecter le quotidien des personnes touchées (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Gonthier et Lyon, 2004). Chez les jeunes, la verbalisation de difficultés de réintégration illustre leur besoin de soutien dans la reprise de leurs activités sociales, tandis que chez les intervenants psychosociaux, leurs connaissances à ce sujet sont limitées. Le projet d'action élaboré vise donc à répondre à cette limite et par conséquent, soutenir le rétablissement optimal de ces jeunes. Pour améliorer les interventions en lien avec ce problème, deux objectifs généraux ont été ciblés et sont présentés dans le Tableau 1.

Tableau 1
Objectifs du projet d'action

Objectif général 1	Sensibiliser les intervenants de la clinique de pédopsychiatrie du CISSS de Lanaudière aux interventions probantes dans l'accompagnement des difficultés sociales vécues chez les jeunes ayant une schizophrénie.
Objectif spécifique	1.1 Lors de la discussion suivant la présentation formative, les intervenants identifieront au moins une nouvelle piste d'intervention reconnue qu'ils utiliseraient pour l'amélioration de la sphère sociale chez les jeunes qui ont un trouble de la schizophrénie.
Objectif général 2	Faciliter l'appropriation par les intervenants du milieu du guide de pratiques recommandées concernant l'accompagnement des difficultés sociales vécues chez les jeunes ayant une schizophrénie.
Objectifs spécifiques	<p>2.1 Suivant la présentation du guide, les intervenants repéreront les informations demandées dans le guide d'accompagnement.</p> <p>2.2 Pour chaque vignette clinique présentée, les intervenants échangeront sur au moins une intervention pertinente à l'accompagnement de la dimension sociale des jeunes en se référant au guide proposé.</p>

L'objectif 1.1. est quantitatif afin d'assurer que tous les intervenants retirent de l'information pertinente lors de la présentation, et ce, considérant les différents niveaux d'expertise des personnes assistant à la présentation. Pour ce qui est des objectifs 2.1. et 2.2., ils visent à renforcer le maintien des connaissances en favorisant l'appropriation de bonnes pratiques à partir du guide. Avec ce guide, les intervenants ont une source facile d'accès sur les connaissances actuelles, validant les interventions des plus expérimentés et soutenant ceux qui auraient à

intervenir pour une première fois auprès d'un jeune rencontrant des difficultés sociales liées au trouble de la schizophrénie.

Critères d'évaluation de l'atteinte des objectifs

L'évaluation du projet d'action s'est réalisée lors du *Journal Club*. La participation des intervenants était essentielle comme l'évaluation est basée sur leur propos. Pour l'objectif 1.1, au moins cinq intervenants ont identifié une piste d'intervention qu'ils aimeraient explorer davantage dans leur pratique avec la clientèle cible. Afin d'assurer une compréhension du fonctionnement du guide, le critère d'évaluation de l'objectif 2.1 étaient que les intervenants trouvent toutes les informations demandées dans le guide d'accompagnement. L'objectif 2.2 nécessitait que les intervenants identifient au moins une intervention pertinente à la vignette clinique présentée pour correspondre au critère d'évaluation.

Outils rattachés à l'évaluation de l'atteinte des objectifs et au suivi de la démarche de réalisation

Suivant la présentation formative, les opinions partagées lors de la discussion réflexive ainsi que les rétroactions ont été considérées et plutôt que de répondre à un formulaire pour recueillir leurs commentaires, les intervenants ont préféré données oralement leurs perceptions quant au contenu présenté dans la présentation formative. Les questions ouvertes (Appendice C) ont visé la pertinence du choix des modalités de formation et d'apprentissage, le déroulement global de la rencontre ainsi que le contenu et la forme du guide. Pour ce qui est des critères de réussite quantitatifs, la compilation s'est faite en écoutant et regardant les réactions lors de la présentation de chaque intervention.

Plus précisément pour l'évaluation du guide sur les bonnes pratiques, les intervenants ont proposé d'analyser le guide et de faire parvenir leurs pistes d'amélioration par courriel. Cette méthode a été acceptée puisqu'elle permettait une analyse plus approfondie malgré le délai engendré et l'aspect non confidentiel de ce mode d'échange. Après le sursis octroyé pour les

retours, les ajustements finaux ont été faits au guide de bonnes pratiques selon les rétroactions reçues pour ensuite faire la diffusion aux responsables préalablement identifiés.

Contenu et méthode de réalisation

Description des participants à qui s'adresse l'action prévue

Ce projet d'action vise particulièrement les intervenants des cliniques de pédopsychiatrie, particulièrement ceux travaillant le volet psychosocial des jeunes. Toutefois, l'action engendrée favoriserait éventuellement le rétablissement des jeunes vivant des difficultés sociales en lien avec un trouble de la schizophrénie.

Description des considérations éthiques

La participation au projet d'action d'un jeune, accompagné de son intervenante, avait été envisagée, mais l'apport de son implication par rapport au risque pour la stabilité de son état ne semblait pas suffisant pour poursuivre dans cette direction. Le projet d'action s'est donc adressé seulement aux intervenants et l'action ainsi prévue ne nécessitait pas l'approbation d'un comité éthique, que ce soit au département de psychoéducation et au CISSS de Lanaudière. Le projet d'action a toutefois respecté les valeurs de respect, d'imputabilité, d'intégrité et de solidarité centrales à ces deux organisations (CISSS de Lanaudière, 2020; Université du Québec à Trois-Rivières [UQTR], 2012).

La finalité de ce projet d'action correspondant au rétablissement des jeunes qui ont un trouble de la schizophrénie respecte bien la vision du CISSS de Lanaudière (2020) de placer l'utilisateur au centre de ses actions ainsi que le plan d'action en santé mentale 2015-2020 (MSSS, 2015). Dans cette optique, une réflexion a également été faite quant à l'adaptation des interventions, dont l'efficacité est prouvée chez les adolescents ou les adultes, à une clientèle plus jeune. Ces jeunes ont droit à un suivi et l'absence de piste d'interventions semble plus dommageable que l'ajustement d'interventions par des professionnels à l'écoute des besoins de leur clientèle.

Afin de respecter la volonté des professionnels questionnés, leur consentement verbal a été obtenu pour les nommer dans ce document. Pour ce qui est des droits d'auteurs, toutes les références aux ouvrages ont suivi les normes de présentation afin de les respecter. En ce qui a trait

aux vignettes cliniques, elles ont été élaborées de façon fictive en se basant sur la symptomatologie possible du trouble de la schizophrénie. Tous les prénoms utilisés dans ces vignettes ne réfèrent à aucune personne existante et pour éviter tout quiproquo basé sur une ressemblance possible à un cas réel, elles n'ont pas été annexées à ce document.

Description de la démarche et des produits développés pour atteindre les objectifs

Afin d'atteindre les objectifs sélectionnés, les moyens principaux du projet d'action ont pris la forme d'une présentation formative ainsi que d'un guide regroupant les bonnes pratiques dans l'accompagnement de la dimension sociale des jeunes qui ont un trouble de la schizophrénie. Une première exploration de la littérature s'est effectuée afin de mieux comprendre ce trouble, particulièrement chez les jeunes et les très jeunes. Pour ce faire, les termes « schizo* » ET « précoce » OU « onset » ont été cherchés sur *PsycINFO* et *Google Scholar* ainsi qu'à la bibliothèque Roy-Denommé et à celle du CISSS de Lanaudière. Compte tenu du faible nombre d'articles récents pour cette clientèle, le terme « psychos* » a également été intégré à cette recherche primaire lorsque des difficultés sociales perduraient. Les années de publication ont aussi été allongées pour inclure les publications de 2000 et plus.

Pour ce qui est des interventions visant la dimension sociale des jeunes qui ont un trouble de la schizophrénie, l'information préalablement obtenue stipulait qu'il était commun d'adapter les interventions efficaces chez les jeunes adultes et les adolescents aux plus jeunes (Abdel-Baki *et al.*, 2016). En tenant compte de cela, les termes « intervention* » ET « shizo* » OU « psychos* » ont été recherchés dans un premier temps sur *PsycINFO* et *Google Scholar* ainsi qu'à la bibliothèque Roy-Denommé et à celle du CISSS de Lanaudière afin de tirer un portrait global des interventions actuelles. La recension a été limitée aux articles publiés depuis 2010. Par la suite, une recherche plus spécifique aux jeunes a été réalisée en ajoutant les termes « précoce » OU « onset » dans les mêmes bases de données et en allongeant la période de publication à 2000 et plus. En dernier lieu, lorsque des interventions sociales ressortaient de la littérature par leur efficacité, elles ont été recherchées spécifiquement pour peaufiner l'information recueillie.

En utilisant le moteur de recherche *Google*, une exploration des services offerts ici et ailleurs a été réalisée. Comme l'information était limitée pour les plus jeunes, des entretiens semi-structurés ont été réalisés par téléphone avec différents points de services québécois en santé mentale pour mineurs. Le canevas de cet entretien est disponible sous l'Appendice B.

Dans un deuxième temps, afin de peaufiner les informations facilitant l'élaboration du guide de soutien à l'intervention ainsi que pour assurer un bon transfert de connaissances, une exploration de la littérature a été effectuée. Sur les bases de données de *Education Source*, *PsycINFO* et *Google Scholar* ainsi qu'à la bibliothèque Roy-Denommé, les termes « andragog* » OU « transfert de connaissance » OU « *knowledge transfert* » ont été recherchés. Ces éléments ont aussi été cherchés sur *Google* pour vérifier la disponibilité d'outils sur ces sujets.

Lors de l'élaboration du guide sur les bonnes pratiques, une première sélection d'interventions reconnues a été discutée avec des intervenants expérimentés du milieu afin d'adapter le contenu aux besoins de ces derniers. La présence du guide a été promue de façon informelle et continue en rendant compte de l'évolution du projet d'action aux différents professionnels du milieu. Pour promouvoir le changement souhaité, des intervenantes vont devenir porteuses du guide de bonnes pratiques à la suite de sa diffusion. Comme ce projet concerne le volet social des jeunes, les psychoéducatrices de chacune des trois équipes multidisciplinaires ont été identifiées pour jouer ce rôle. Elles vont avoir la responsabilité de référer le guide auprès des autres intervenants dans les dossiers où les difficultés sociales associées à une schizophrénie sont présentes.

Parallèlement, la présentation formative a été préparée. La présence d'un *Journal Club* simplifie l'organisation comme le lieu, le matériel, les invitations et le moment d'une durée de 1 h 30 sont préétablis. Un support multimédia a été développé afin d'offrir un soutien visuel à la présentation. Une première partie résume en quoi consiste le trouble de la schizophrénie, puis les interventions sélectionnées sont approfondies. Lors de l'animation de la discussion, la mise en

place un climat d'ouverture a favorisé les échanges et la discussion réflexive a aidé à mieux cerner l'outil. Le Tableau 2 regroupe les étapes prévues ainsi que leur échéancier.

Tableau 2
Déroulement prévu des étapes du projet d'action

Étapes	Activités	Échéancier
Analyse du besoin du milieu	Entrevues semi-structurées avec des intervenants clés <ul style="list-style-type: none"> • Isabelle Brière, psychoéducatrice • Jennifer Letellier, psychoéducatrice • Annie Mainville, psychoéducatrice • Lim Lasalle, éducatrice spécialisée • Louise Éthier, infirmière • Marie-Hélène Houle, travailleuse sociale • Vicky Desjardins, psychoéducatrice 	2018/11/01
Recension des interventions reconnues dans l'accompagnement des difficultés sociales des jeunes ayant une schizophrénie	Recension des écrits dans des banques de données <ul style="list-style-type: none"> • <i>PsycINFO</i> • <i>Google Scholar</i> • Bibliothèque Roy-Dennomé • Bibliothèque du CISSS de Lanaudière • Attention particulière portée aux programmes mis en place dans différents pays 	2019/02/14
	Recension des interventions mises en place dans les différents services de santé québécois <ul style="list-style-type: none"> • Élaboration d'un canevas d'entretien semi-structuré • Communication avec le programme d'interventions lors de premiers épisodes psychotiques (PIPEP) de Lanaudière 	2019/02/28 (2019/01/07)

<p>Recension des interventions reconnues dans l'accompagnement des difficultés sociales des jeunes ayant une schizophrénie (suite)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Communication avec l'institut universitaire en santé mentale Douglas concernant le Programme d'évaluation, d'intervention et de prévention des psychoses de Montréal (PEPP-Montréal) • Communication avec le centre universitaire de santé McGill concernant le PEPP-CUSM ainsi que le programme en schizophrénie spécialisée pour la prise en charge de la psychose précoce (PSSPP) • Communication avec l'institut universitaire en santé mentale de Montréal concernant la clinique des premiers épisodes psychotiques (PEP) • Communication avec la clinique Jeunes Adultes ayant eu un épisode Psychotique (JAP) du centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) • Communication avec la clinique d'intervention précoce (CIP) de l'hôpital Rivière-des-Prairies 	
<p>Élaboration d'un guide de bonnes pratiques</p>	<p>Sélection des interventions</p> <ul style="list-style-type: none"> • Premier tri selon les caractéristiques du milieu et celles de la clientèle • Discussion en individuel auprès des intervenants ayant de l'expérience avec la clientèle ciblée afin 	<p>2019/03/31</p>

Élaboration d'un guide de bonnes pratiques (suite)	<p>d'obtenir leur jugement professionnel sur la mise en œuvre du guide</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adaptation des interventions sélectionnées aux caractéristiques du milieu 	2019/04/03
	Gestion du changement afin d'intégrer l'utilisation du guide aux pratiques des professionnels	
	<ul style="list-style-type: none"> • Faire la promotion auprès des intervenants • Désignation de trois personnes, soit une par équipe de soins, comme étant porteuses du guide 	
	Gestion des connaissances	2019/04/08
	<ul style="list-style-type: none"> • Structurer les connaissances explicites et tacites (savoir et savoir-faire) 	
	Validation de la version finale auprès d'intervenants concernés	2019/04/15
	<ul style="list-style-type: none"> • Apporter les corrections nécessaires 	
Élaboration d'une présentation formative	Inscription à un <i>Journal Club</i>	2018/12/12
	Recension des modalités andragogiques de présentation	2019/02/14
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Education Source</i> • <i>PsycINFO</i> • <i>Google Scholar</i> • Bibliothèque Roy-Dennomé 	
	Transfert de connaissances	2019-04-11
	<ul style="list-style-type: none"> • Sélection des interventions les plus pertinentes 	
Élaboration d'une présentation formative (suite)	<ul style="list-style-type: none"> • Création d'un support multimédia PowerPoint 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration des mises en situation cliniques pour faciliter l'appropriation • Élaboration des questions envers la pertinence et l'utilité de l'outil développé ainsi que de la satisfaction envers la présentation 	
Animation de la présentation formative	Présentation des résultats retenus <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité en format électronique de la présentation et du guide • Animation de l'activité d'appropriation par l'entremise des mises en situation • Animation d'une discussion réflexive • Passation de questionnaires pour connaître l'opinion des participants quant aux améliorations possibles 	2019/04/18
Évaluation	Compilation des données d'évaluation <ul style="list-style-type: none"> • Analyse des questionnaires • Analyse des commentaires reçus lors de la discussion réflexive 	2019/04/25
Ajustement	Modification du guide de bonnes pratiques selon les rétroactions reçues	2019/04/25

L'analyse de besoin a nécessité plus de temps que prévu, d'où l'échéancier plus tardif pour les étapes subséquentes. Les différents champs d'expertise des divers professionnels ainsi que les réalités distinctes des cliniques ont soulevé des perspectives différentes quant au besoin, mais surtout quant à la façon de l'adresser. Une demande implicite de certaines intervenantes était la participation de jeunes ayant un trouble de la schizophrénie au projet d'action, mais cette demande

a dû être refusée compte tenu du rapport entre les bénéfices et les risques, mais également pour respecter la limite temporelle qui ne permettait pas les délais supplémentaires qu'auraient engendrés les demandes aux comités d'éthiques de l'UQTR et du CISSS de Lanaudière. Par la suite, l'échéancier n'a pas été totalement respecté, particulièrement concernant la recension des écrits. Lors de la validation informelle des interventions sélectionnées, les discussions avec les intervenants ont confirmé la présélection, mais ont également ouvert la réflexion vers d'autres aspects des difficultés sociales des jeunes qui ont un trouble de la schizophrénie. Une nouvelle recension des écrits a alors été effectuée afin de proposer des interventions pour ces aspects sociaux. La finalisation du guide a également été décalée dû à un allongement de la période pour recevoir par courriel les rétroactions des intervenants.

Pour l'évaluation à court terme du projet d'action, elle a été planifiée après la présentation et les activités lors du *Journal Club*. Cette évaluation formative vise à assurer que l'implantation initiale réponde aux attentes. L'opinion des intervenants quant à la pertinence de l'information et de l'outil devait être collectée par l'entremise de questionnaires. De plus, une évaluation auto-critique est envisagée envers les habiletés à transmettre l'information ainsi qu'à instaurer une dynamique interactionnelle. Une évaluation sommative de l'intégration et de l'appropriation des interventions recommandées n'est pas envisagée due à la limite temporelle (Bechler, 2005; Joly, Touchette et Pauzé, 2009).

Rôle-conseil

Ce projet d'action permet d'actualiser plusieurs aspects de la compétence du rôle-conseil. L'analyse de besoin réalisée a nécessité de recueillir de l'information tant pour clarifier la demande initiale que pour comprendre le contexte de soins du milieu, avec ses forces et ses limites. Les diverses professions des intervenants représentent un défi dans la compréhension du besoin quant aux psychoses puisque le défi vécu est différent selon le rôle et le mandat de chacun. L'évaluation d'un besoin partagé s'est donc intégrée dans cette démarche, tout comme celle de la motivation du milieu à apporter un changement pour améliorer la situation. Ce projet a aussi nécessité une réflexion quant aux meilleures modalités pour répondre au besoin ressenti, tout en tenant compte

des limites organisationnelles. Les discussions réflexives lors de la validation des interventions à intégrer dans le guide a permis d'échanger sur les pratiques actuelles avec plusieurs intervenants, permettant une actualisation des connaissances. La réalisation de la présentation formative et des discussions planifiées a été un autre moment où le rôle-conseil a été actualisé. Pour le guide de bonnes pratiques, le rôle-conseil a dû s'adapter à un contexte d'expertises variées et intégrer des méthodes d'andragogie et de transferts de connaissances (OPPQ, 2003).

L'obstacle principal à la mise en pratique du rôle-conseil est que plusieurs intervenants participants sont des professionnels expérimentés, dont des pédopsychiatres. Une approche d'expert n'est alors pas recommandée. À l'inverse, une approche coopérative permettrait de mettre l'accent sur le partage d'opinions dans ce contexte multidisciplinaire, et ce, afin que les intervenants puissent approfondir leurs connaissances des interventions possibles auprès de la clientèle ciblée (Valiquette et Larose, 2015). Le guide de bonnes pratiques permet de rassembler les informations pertinentes à l'accompagnement des jeunes ayant une schizophrénie où chaque intervenant pourrait trouver un soutien.

Un second obstacle à l'exercice du rôle-conseil est le temps. L'horaire chargé des intervenants ne permet pas une formation continue, ce qui aurait favorisé la consolidation de l'action élaborée. La limite temporelle exclut également la possibilité de suivis à la suite de l'implantation de ce projet (OPPQ, 2003). L'absence de ce suivi pourrait fragiliser le maintien du projet d'action mis en place et ainsi, l'impact du rôle-conseil. Une concertation avec les intervenants impliqués pourrait engendrer une solution pour soutenir cet aspect du rôle-conseil.

Résultats souhaités

Le changement souhaité par ce projet d'action est de permettre aux intervenants d'améliorer leur pratique, en plus de se sentir plus en confiance et plus outillés dans leurs suivis auprès des jeunes ayant une schizophrénie. Les interventions multidisciplinaires continueraient d'offrir des rencontres rapprochées pour assurer l'adéquation de la médication et de la reprise du fonctionnement à l'école, mais une attention particulière serait également présente envers le volet

social des jeunes vivant avec ce trouble. En plus de cette possible modification dans l'approche utilisée par les intervenants, le guide de bonnes pratiques peut maintenant offrir un soutien, tant pour les intervenants plus aguerris que pour ceux qui débutent. Les interventions reconnues sont rassemblées à un même endroit et des liens hypertextes permettent d'accéder facilement et rapidement à du contenu complémentaire, et ce, pour favoriser le rétablissement optimal des jeunes tout en considérant la charge de travail des intervenants.

Présentation et discussion des résultats

Atteinte des objectifs visés et réponse au besoin du milieu

Tous les critères de réussites des objectifs établis ont été atteints. Quoiqu'il y eût moins de participants qu'à l'habitude, le niveau de participation des intervenants était élevé. Les échanges étaient riches et l'intérêt marqué. La présentation formative a interpellé plusieurs intervenants qui ont partagé leur intérêt par leurs commentaires, la prise de notes qu'ils effectuaient ou leurs questionnements. La rétroaction la plus partagée par tous concerne les références vers des sources ou des outils dans le guide d'accompagnement contenant les bonnes pratiques. Les intervenants ont majoritairement apprécié de pouvoir trouver des idées de soutien à leur intervention ainsi que les moyens pour y accéder. Toutefois, malgré leur proposition de fournir leurs commentaires sur le guide par courriel, peu d'intervenants les ont fait parvenir.

Considérant ces aspects, le projet d'action semble avoir répondu partiellement au besoin du milieu. Le besoin est bel et bien présent, mais les difficultés organisationnelles font en sorte que les défis liés avec l'intervention auprès d'un trouble rare sont relayés à un moment ultérieur, ne faisant pas partie des besoins urgents. La charge de travail des intervenants restreint donc leur volonté à actualiser leur pratique, ce qui peut expliquer leur niveau de mobilisation plus faible.

Discussion

Problème et besoin du milieu

Le problème identifié dans le milieu est présent. L'intervention auprès de jeunes ayant un trouble de la schizophrénie apporte son lot de défis, particulièrement en ce qui a trait à la dimension sociale. Toutefois, ce ne sont pas tous les intervenants qui ressentent le besoin d'être soutenu puisque l'intervention est souvent laissée aux plus expérimentés. Les occasions de travailler avec une clientèle qui a un trouble de la schizophrénie sont donc peu nombreuses, ce qui limite l'expression du besoin.

Pour ce qui est de l'analyse de ce besoin, elle a été complexifiée par la variabilité des expertises des professionnels des cliniques de pédopsychiatrie qui ont été questionnés. Plusieurs

visions étaient présentes quant au besoin concernant les psychoses et à la façon de l'adresser. La demande initiale du milieu était vague, puis elle est devenue encore plus floue. L'analyse des besoins a engendré un délai, ce qui a condensé les étapes subséquentes. Ayant complété cette analyse plus rapidement, plus de temps aurait pu être investi dans d'autres dimensions du projet d'action, telles que la participation des jeunes qui ont un trouble de la schizophrénie.

Cadre de référence

La rareté du trouble de la schizophrénie chez les enfants et les jeunes adolescents rend les interventions rares, ce qui réduit la possibilité qu'une expertise généralisée soit développée envers ce trouble. La difficulté à poser ce diagnostic reflète également un manque de connaissance dans ce domaine. La plupart des études réalisées sur le trouble de la schizophrénie concernent les adultes et parfois, les adolescents et les jeunes adultes. Lorsque disponibles, les études sur les enfants ou les jeunes adolescents étaient priorisées. Néanmoins, cette limite dans la recension des écrits peut être expliquée par la prévalence du trouble qui diminue avec l'âge, rendant l'utilité de recherches plus limitée chez les enfants. Pour ce qui est des difficultés sociales, il est possible qu'elles soient moins étudiées dû aux difficultés fonctionnelles plus significatives chez ces jeunes, mais aussi par leurs similitudes avec les troubles du spectre autistique. Une conséquence de cette réalité est que les programmes développés d'adressent souvent aux personnes de 16 ans et plus, afin de ne pas nuire au développement des plus jeunes par manque d'information.

Pour ce qui est de l'intervention, la célérité du traitement est cruciale pour un rétablissement optimal. Comme une transition psychotique est nécessaire au diagnostic de schizophrénie, les jeunes qui reçoivent les services des cliniques de pédopsychiatrie ne peuvent s'inscrire sous le concept de l'intervention précoce. Toutefois, cette modalité a été intégrée au guide pour souligner l'importance d'agir rapidement, sur différentes sphères de vie du jeune. Elle permet aussi de sensibiliser au diagnostic de trouble psychotique atténué, permettant d'intervenir avant la transition psychotique.

En ce qui a trait au choix des interventions, il est nécessaire de rappeler que plusieurs des interventions présentées ont fait leurs preuves auprès d'une clientèle plus âgée. La sélection a été limitée aux interventions dont l'efficacité était reconnue. Toutefois, le choix des interventions n'est pas exhaustif et d'autres approches prometteuses se développent, quoique du temps soit encore nécessaire pour valider leurs effets. Un autre élément qui n'a pas été pris en compte dans les interventions, malgré son bien-fondé, est les interventions de groupe. Cette limite a été choisie afin de respecter la charge de travail des intervenants, mais aussi à cause du défi que représente l'étendue du territoire à desservir.

Objectifs

Au niveau des objectifs, d'autres critères de réussite auraient pu être considérés. Comme le taux de présence était toujours élevé, cet aspect n'a pas été considéré. Toutefois, le taux de présence plus bas qu'à l'habitude peut être dû à un intérêt plus faible pour le sujet qu'est l'intervention auprès des difficultés sociales des jeunes ayant un trouble de la schizophrénie. Du moins, il est possible que le besoin ne soit pas aussi criant que la surcharge de travail présente. Comme la façon d'obtenir les commentaires sur le guide a changé lors de sa présentation au *Journal Club*, un nouveau critère d'évaluation aurait pu être utilisé, soit le nombre de retours constructifs sur l'outil développé. En tenant compte de ces éléments, les critères de réussite des objectifs n'auraient pas tous été atteints, reflétant par le fait même la réponse partielle au besoin du milieu.

Moyens d'action

En observant les actions posées, une analyse des écarts entre la planification et l'actualisation du projet permet de souligner les points forts comme les points à améliorer, ainsi que l'adéquation du choix des activités réalisées. Pour ce qui est des moyens employés, ils sont pertinents compte tenu des restrictions du milieu. Les écarts dans la planification montrent les éléments qui auraient bénéficié d'une meilleure préparation, soit l'analyse des besoins et l'évaluation de l'implantation du projet d'action. D'ailleurs, si l'échéancier avait été respecté, la présentation aurait pu se faire plus tôt, permettant de mettre d'autres moyens en place afin de

consolider l'utilisation du guide d'accompagnement. Cette période supplémentaire aurait également donné plus de temps aux intervenants pour transmettre leurs commentaires sur le guide.

Retombées dans le milieu

Malgré la volonté des intervenants d'améliorer leurs interventions auprès de jeunes qui ont un trouble de la schizophrénie, la charge de travail élevée limite leur disponibilité, ce qui risque de limiter l'impact du projet dans le milieu. Une évaluation après l'implantation aurait été pertinente pour constater les retombées quoique l'évaluation de l'effet à long terme aurait été difficile dans le contexte du projet dû au fait que le trouble de la schizophrénie en pédopsychiatrie est peu fréquent. Les retombées éventuelles de ce projet d'action ne sont donc pas concrètement analysées. Toutefois, le guide d'accompagnement semble avoir davantage interpellé les jeunes intervenants que les plus expérimentés et l'intérêt était très marqué pour les outils en référence. Une crainte plausible est que la rareté du trouble limite les opportunités d'utiliser l'outil créé, pouvant amener à son oubli.

Recommandations pouvant bonifier ce type de projet

La faiblesse principale de ce projet d'action est son organisation. Comme mentionné précédemment, l'analyse de besoin aurait pu être réalisée plus rapidement. Pour ce faire, certaines limites auraient pu être mises en place afin de limiter la variabilité des opinions. Les entretiens réalisés ont été pertinents pour comprendre le fonctionnement du milieu, mais une attention plus grande aurait pu être portée à l'opinion des psychoéducatrices qui œuvrent directement auprès de la clientèle ciblée. Les étapes subséquentes auraient ainsi pu être réalisées plus tôt, laissant du temps pour d'autres alternatives favorisant l'implantation, mais aussi pour réaliser une évaluation après l'implantation. Parmi les moyens d'implantation, une demande officielle de publication aurait pu se faire pour soumettre le projet au CISSS de Lanaudière. De cette façon, l'accès à l'information aurait été assuré, quoique sa disponibilité et son utilité auraient tout de même nécessité une présentation. Une diffusion plus large à d'autres milieux de soin pour mineurs vivant un premier épisode psychotique pourrait également être envisagée.

Une autre amélioration possible concerne le guide sur les bonnes pratiques. Comme l'intérêt était marqué pour les outils en référence, la modification du guide à la suite des rétroactions aurait pu contenir davantage de références sur des moyens concrets pour soutenir l'intervention. D'ailleurs, une référence vers un livre sur l'entraînement aux habiletés sociales spécifique à la schizophrénie a soulevé la curiosité des intervenants. Celui n'étant pas disponible aux bibliothèques du CISSS de Lanaudière, une demande aurait pu y être adressée afin de l'acquérir.

Une autre faiblesse de ce projet d'action qui n'a pas été considérée est le roulement de personnel. En nommant les psychoéducatrices responsables du guide sur les bonnes pratiques, aucune mesure n'a été prise pour assurer son transfert si elles venaient à quitter le service des cliniques de pédopsychiatrie. Avec la charge de travail qu'elles ont, les informations à transmettre lors d'une telle situation sont nombreuses, et le guide pourrait être oublié.

Afin d'assurer le rayonnement de ce projet d'action, des mesures de généralisation à d'autres milieux auraient pu être mises en place. Une ouverture de certains milieux de soins québécois pour mineurs ayant un premier épisode psychotique était d'ailleurs présente. De plus, compte tenu du fait que des erreurs diagnostiques sont communes entre le trouble de la schizophrénie précoce ou très précoce, une communication aurait pu être établie avec un centre œuvrant auprès d'enfants qui ont un trouble du spectre autistique.

Conclusion

Malgré la rareté du trouble de la schizophrénie, ce trouble a des impacts qui peuvent laisser des séquelles importantes sur les plans cognitif, fonctionnel et relationnel. Pour minimiser les conséquences négatives, il est important d'assurer la célérité des soins sur toutes les sphères de vie de la personne. La réponse au premier épisode psychotique va influencer grandement sur l'évolution du trouble. La dimension sociale joue un rôle essentiel sur l'appréciation subjective du fonctionnement global et facilite la réintégration dans les divers milieux de vie. L'intervention s'inscrit dans une perspective biopsychosociale tout en permettant la visée d'un rétablissement adapté au vécu subjectif des personnes concernées. Tout au long de leur cheminement, plusieurs obstacles vont survenir et le soutien professionnel est essentiel pour ces personnes. Ayant à leur disposition un guide contenant les pratiques actuellement reconnues, les intervenants seront mieux outillés pour s'adapter aux besoins de leurs jeunes, leur permettant ainsi un suivi en phase avec l'expertise recherchée d'un service de deuxième ligne.

Possibilités de généralisation à d'autres milieux ou clientèles

La présentation formative et le guide sur les pratiques probantes ont été développés pour les intervenants des cliniques de pédopsychiatrie qui accompagnent les jeunes qui rencontrent des difficultés sociales subséquentes au trouble de la schizophrénie. Comme la plupart des interventions présentées découlent de l'intervention auprès d'une clientèle plus âgée, le guide pourrait être utilisé pour soutenir les difficultés sociales des adolescents qui ont un trouble de la schizophrénie, ou même de jeunes adultes. De plus, le guide pourrait également être utile envers les difficultés sociales suivant d'autres troubles psychotiques apparentés à la schizophrénie.

Le guide serait également utile pour sensibiliser les intervenants d'autres milieux aux difficultés sociales possibles des jeunes qui ont un trouble de la schizophrénie, mais surtout aux interventions reconnues pour les soutenir dans cette sphère de leur vie. D'ailleurs, lors des appels téléphoniques réalisés pour connaître le fonctionnement de différents milieux québécois qui offrent des services pour ceux qui vivent un premier épisode psychotique, certains ont mentionné leur intérêt envers le guide. Les critères d'admission à leur programme limitent souvent l'accès aux

personnes de 16 ans, mais comme mentionnées plus tôt, les interventions proposées peuvent également soutenir les adolescents.

Limites du projet réalisé

De plus amples recherches sont nécessaires dans le domaine des habiletés sociales chez ceux qui ont un trouble de la schizophrénie précoce ou très précoce. Les connaissances actuelles portent surtout sur la population adulte ou parfois adolescente et jeune adulte. La qualité de l'information recueillie est donc une limite inhérente à la disponibilité des études.

Outre cette limite, ce projet ne tient pas compte des difficultés sociales associées aux comorbidités qui sont fréquemment rencontrées avec le trouble de la schizophrénie, dont l'anxiété, la dépression et le trouble d'abus de substance. De plus, il ne tient pas compte des similitudes des difficultés sociales partagées avec les troubles du spectre autistique. Les connaissances en ce qui concerne l'intervention auprès de cette clientèle pourraient être utiles aux enfants qui ont un trouble de la schizophrénie, quoique la validité de cette généralisation nécessite d'être vérifiée.

La mesure prise afin de maintenir la présence du guide dans le temps ne peut assurer son maintien. Il est possible que le roulement de personnel affecte les intervenantes identifiées comme étant porteuse du projet d'action et que le transfert ne se fasse pas à leur successeur.

Apport du projet au développement des connaissances et des pratiques professionnelles en psychoéducation

Les psychoéducateurs sont formés pour adresser les difficultés d'adaptation des personnes qu'elles accompagnent, dont celles en santé mentale jeunesse (OPPQ, 2011). Selon le gouvernement du Québec (2005, p. 24), le champ d'expertise en psychoéducation correspond à

Évaluer les difficultés d'adaptation et les capacités adaptatives, à déterminer un plan d'intervention, à en assurer la mise en œuvre, à rétablir, à développer les capacités adaptatives de la personne et à contribuer au développement des conditions du milieu dans le but de favoriser l'adaptation optimale de l'être humain en interaction avec son environnement.

La particularité de cette profession est de travailler dans le quotidien, soit le « ici et maintenant », grâce au vécu partagé (Renou, 2005), ce qui lui permet de soutenir l'ajustement de la personne dans ses différents milieux personnels et sociaux. Le projet d'action partage la même finalité que la pratique de la psychoéducation, qui est de favoriser le rétablissement optimal des jeunes (Gouvernement du Québec, 2005). L'interaction entre le jeune et son environnement est au cœur de la pratique de la psychoéducation, ce qui est également le cas de l'intervention auprès de jeunes qui ont un trouble de la schizophrénie. De plus, le développement des habiletés sociales s'inscrit dans les tâches du psychoéducateur en santé mentale jeunesse (OPPQ, 2011). La présentation formative permet donc d'actualiser les connaissances en ce qui a trait aux interventions actuellement possibles auprès de jeunes qui rencontrent des difficultés sociales suivant un trouble de la schizophrénie. En ce qui a trait au guide proposé, il fournit à l'avancement de la pratique un outil concret, regroupant les interventions recommandées dans un champ d'exercice dont les connaissances sont limitées au sujet de l'intervention. Ce type d'outil n'existe dans aucun des milieux contactés, montrant l'apport possible à la pratique de la psychoéducation.

Références

- Abdel-Baki, A. et Nicole, L. (2001). Schizophrénie et psychothérapies cognitivo-comportementales. *Revue Canadienne de psychiatrie*, 46(6), 511-521. doi:10.1177/070674370104600605
- Abdel-Baki, A., Lalonde, P. et Gingras, N. (2016). Schizophrénies. Dans P. Lalonde et G.-F. Pinard (dir.), *Psychiatrie clinique : approche bio-psycho-sociale* (4^e éd., vol. 1, p.327-371). Montréal, QC : Chenelière Éducation.
- Addington, A. M. et Rapoport, J. L. (2009). The genetics of childhood-onset schizophrenia: When madness strikes the prepubescent. *Current Psychiatry Reports*, 11(2), 156-161.
- Addington, J., Penn, D., Woods, S. W., Addington, D. et Perkins, D. O. (2008). Social functioning in individuals at clinical high risk for psychosis. *Schizophrenia Research*, 99(1-3), 119-124. doi:10.1016/j.schres.2007.10.001
- Agence de la santé publique du Canada. (2020). *La schizophrénie au Canada*. Repéré à <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/schizophrenia-canada/schizophrenia-canada-fr.pdf>
- Alain, M. (2009). Des systèmes de classification des modèles d'évaluation de programmes d'intervention psychosociale à une proposition de modèle intégrateur : Les trois phases du cube : avant-pendant-après. Dans M. Alain et D. Dessurault (dir.), *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale* (p.9-28). Québec, QC : Les presses de l'Université du Québec.
- Alers, V. (2014). Occupational Therapy Intervention with Children with Psychosocial Disorders. Dans R. Crouch et V. Alers (dir.), *Occupational Therapy in Psychiatry and Mental Health* (5^e éd., p.248-262). Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Amador, X. (2007). *Comment faire accepter son traitement au malade : schizophrénie & troubles bipolaires*. Paris, France: RETZ.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5^e éd.). Arlington, VA. doi:10.1176/appi.books.9780890425596.
- Anagnostopoulou, N., Kyriakopoulou, M. et Alba, A. (2018). Psychological interventions in psychosis in children and adolescents: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(6), 735-746. doi:10.1007/s00787-018-1159-3
- Bailly, D., Viellard, M., Duverger, H. et Rufo, M. (2003). Un diagnostic méconnu : la schizophrénie chez l'enfant. *Annales Médico Psychologiques*, 161(9), 652-659. doi:10.1016/S0003-4487(03)00145-8

- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J. et Weakland, J. H. (1956). Vers une théorie de la schizophrénie. *Behavioral Science*, 1(4), 1-17.
- Bechler, P. (2005). *Le management des compétences en action sociale et médico-sociale*. Paris, France : Dunod.
- Blondeau, C., Nicole, L. et Lalonde, P. (2006). Schizophrénie et réadaptation : Interventions spécifiques selon les phases de la maladie. *Annales Médico Psychologiques*, 164(10), 869-876. doi:10.1016/S0003-4487(06)00270-8
- Brun, G., Verdoux, H., Gouhet, G. et Quiles, C. (2018). L'utilisation des thérapies assistées par ordinateur et des jeux vidéo à visée thérapeutique dans les soins de réhabilitation psychosociale chez les sujets souffrant de schizophrénie, revue de la littérature. *L'Encéphale*, 44(4), 363-371. doi:10.1016/j.encep.2017.12.009
- Busilacchi, K. Harguindéguy-Lincourt, M. A. et Giuliani, L. (2016). CASIOPE : un modèle de pratique réflexive en petite enfance. Dans M. Caouette (dir.), *Le psychoéducateur et l'exercice du rôle-conseil : conception et pratiques*. Montréal : Béliveau.
- Cacciotti-Saija, C., Langdon, R., Ward, P. B., Hickie, I. B., Scott, E. M., Naismith, S. L., ... Guastella, A. J. (2015). A double-blind randomized controlled trial of oxytocin nasal spray and social cognition training for young people with early psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 41(2), 483-493. doi:10.1093/schbul/sbu094
- Cannon, T. D., Cadenhead, K., Cornblatt, B., Woods, S. W., Addington, J., Walker, E., ... Heunssen, R. (2008). Prediction of Psychosis in Youth at High Clinical Risk: A Multisite Longitudinal Study in North America. *Archives of General Psychiatry*, 65(1), 28-37. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2007.3
- Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière. (2017a). *Éthique de la recherche*. Repéré à <http://www.cisss-lanaudiere.gouv.qc.ca/votre-cisss/la-recherche-au-cisss/ethique-de-la-recherche/>
- Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière. (2017b). *Philosophie de gestion du CISSS de Lanaudière*. Repéré à http://www.cisss-lanaudiere.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/cisss_lanaudiere/Votre_CISSS/Mission/philosophie_de_gestion_17nov2017_16h35.pdf
- Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière. (2020). *L'utilisateur au centre de nos actions*. Repéré à https://www.cisss-lanaudiere.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/cisss_lanaudiere/Soins_et_services/Partenaires/Ressources_hebergement/Outils_ressources_RI-RTF/Autre_documentation/Code_d_ethique_du_CISSS.pdf

- Ceschi, G. et Van der Linden, M. (2008). Principes et concepts généraux de la psychopathologie cognitive. Dans *Traité de psychopathologie cognitive : bases théoriques* (vol. 1, p.9-22). Marseille, France : Solal.
- Chanut, F. et Proulx, S. (2016). Thérapie motivationnelle. Dans P. Lalonde et G.-F. Pinard (dir.), *Psychiatrie clinique : approche bio-psycho-sociale* (4^e éd., vol 2, p.1707-1723). Montréal, QC: Chenelière Éducation.
- Chen, H.-T. (2005). *Practical program evaluation: Assessing and improving planning, implementation, and effectiveness*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R. P., Thomas, S. D., Wells, D. L. et Spataro, J. (2010). Schizophrenia and Other Psychotic Disorders in a Cohort of Sexually Abused Children. *Archives of general psychiatry*, 67(11), 1114-1119. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.147
- Davis, M. C., Lee, J., Horan, W. P., Clarke, A. D., McGee, M. R., Green, M. F. et Marder, S. R. (2013). Effects of single dose intranasal oxytocin on social cognition in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 147(2-3), 393-397. doi:10.1016/j.schres.2013.04.023
- Davis, M. C., Green, M. F., Lee, J., Horan, W. P., Senturk, D., Clarke, A. D. et Marder, S. R., (2014). Oxytocin-Augmented Social Cognitive Skills Training in Schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*, 39(9), 2070–2077. doi:10.1038/npp.2014.68
- de Jager, J. et McCann, E. (2017). Psychosis as a Barrier to the Expression of Sexuality and Intimacy: An Environmental Risk? *Schizophrenia Bulletin*, 43(2) 236-239. doi:10.1093/schbul/sbw172
- de Pierrefeu, I. et Charbonneau, C. (2014). Deux structures d’insertion professionnelle de format hybride pour personnes avec un trouble mental : les ESAT de transition de Messidor (France) et Accès-Cible SMT (Québec). *L’Encéphale* 40(S2), S66-S74. doi:10.1016/j.encep.2014.04.003
- Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program. (2016). *Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis* (2^e éd.). Melbourne: Orygen, National Centre of Excellence in Youth Mental Health. Repéré à <https://www.orygen.org.au/Campus/Expert-Network/Resources/Free/Clinical-Practice/Australian-Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis/Australian-Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis.aspx?ext>
- eSantéMentale. (2016). La santé mentale et les maladies mentales chez les enfants et les adolescents: renseignements à l’intention des parents et des aidants. Repéré à <https://www.esantementale.ca/Comite-Lanark/Sante-mentale-et-les-maladies-mentales-enfants-adolescents/index.php?m=article&ID=13037>

- Escaig, B. (2009). Un point de vue des parents : le modèle du handicap psychique chez l'enfant atteint de schizophrénie. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57(1), 21-24. doi:10.1016/j.neurenf.2007.12.001
- Favrod, J., Maire, A., Rexhaj, S. et Nguyen, A. (2015). Se rétablir de la schizophrénie : Guide pratique pour les professionnels (2^e éd., p.125-138). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.
- Firth, J., Stubbs, B., Rosenbaum, S., Vancampfort, D., Malchow, B., Schuch, F., Elliott, R., ... Yung, A.R. (2017). Aerobic exercise improves cognitive functioning in people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 43(3), 546-556.
- Fouché, L. et Wegner, L. (2014). Specific Occupational Therapy Intervention with Adolescents. Dans R. Crouch et V. Alers (dir.), *Occupational Therapy in Psychiatry and Mental Health* (5^e éd., p.276-294). Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Fowler, D., French, P., Hodgekins, J., Lower, R., Turner, R., Burton, S. et Wilson, J., (2013). CBT to Address and Prevent Social Disability in Early and Emerging Psychosis. Dans C. Steel (dir.), *CBT for schizophrenia: evidence-based interventions and future directions* (p.143-167). Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell. doi:10.1002/9781118330029
- Gendreau, G. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*. Montréal, QC : Sciences et culture.
- Gingras, N. et Boudreault, M. (2016). Thérapie familiale. Dans P. Lalonde et G.-F. Pinard (dir.), *Psychiatrie clinique : approche bio-psycho-sociale* (4^e éd., vol 2, p.1724-1738). Montréal, QC : Chenelière Éducation.
- Goeree, R., Farahati, F., Burke, N., Blackhouse, G., O'Reilly, D., Pyne, J. et Tarride, J.-E. (2005). The economic burden of schizophrenia in Canada in 2004. *Current Medical Research and Opinion*, 21(12), 2017-2028. doi:10.1185/030079905X75087
- Gonthier, M. et Lyon, M. A. (2004). Childhood-onset schizophrenia: An overview. *Psychology in the Schools*, 41(7), 803-811. doi:10.1002/pits.20013
- Gouvernement du Québec. (2005). *Partageons nos compétences : modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines : Rapport du comité d'experts*. Repéré à https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/13_Rapport%20Trudeau-Sante-ment.pdf

- Gouvernement du Québec, (2017). Faire ensemble et autrement : plan d'action en santé mentale 2015-2020. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-914-17W.pdf>
- Hakulinen, C., McGrath, J. J., Timmerman, A., Skipper, N., Mortensen, P. B., Pedersen, C. B. et Agerbo, E. (2019). The association between early-onset schizophrenia with employment, income, education, and cohabitation status: nationwide study with 35 years of follow-up. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(11), 1343-1351. doi:10.1007/s00127-019-01756-0
- Hardy, K. V., Mayanil, T., Graeber D. A. et Adelsheim, S. (2017). Child and adolescent psychosis. Dans T. P. Gullotta et G. M. Blau (dir.), *Handbook of childhood behavioral issues. Evidence-based approaches to prevention and treatment* (2^e éd., p.319-335). New-York, NY: Routledge.
- Harrison, G., Hopper, K., Craig, T., Laska, E., Siegel, C., Wanderling, J., ... Thara, R. (2001). Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 178(6), 506-517. doi:10.1192/bjp.178.6.506
- Horan, W. P. et Green, M. F. (2019). Treatment of social cognition in schizophrenia: Current status and future directions. *Schizophrenia Research*, 203, 3-11. doi:0.1016/j.schres.2017.07.013
- Horan, W. P., Kern, R. S., Tripp, C., Helleman, G., Wynn, J. K., Bell, M., Marder, S. R., Green, M. F. (2011). Efficacy and specificity of Social Cognitive Skills Training for outpatients with psychotic disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 45(8), 1113-1122. doi:10.1016/j.jpsychires.2011.01.015
- Howes, O. D. et Kapur, S. (2009). The Dopamine Hypothesis of Schizophrenia: Version III: The Final Common Pathway. *Schizophrenia Bulletin*, 35(3), 549-562. doi:10.1093/schbul/sbp006
- Institut universitaire en santé mentale Douglas. (2013, juillet). *Psychoses : causes, symptômes et traitements*. Repéré à <http://www.douglas.qc.ca/info/psychose>
- Joly, J., Touchette, L. et Pauzé, R. (2009). Les dimensions formative et sommative de l'évaluation d'implantation d'un programme : une combinaison des perspectives objective et subjective en lien avec les modèles d'évaluation basés sur la théorie des programmes. Dans M. Alain et D. Dessurault (dir.), *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale* (p.117-146). Québec, QC : Les presses de l'Université du Québec.
- Knorr, J. (2017). Childhood-Onset Schizophrenia Spectrum Disorders. Dans S. Goldstein et M. DeVries (dir.), *Handbook of DSM-5 Disorders in Children and Adolescents* (p.107-124). Cham, Suisse: Springer. doi:10.1007/978-3-319-57196-6

- Knowles, M. S., Holton, E. F. et Swanson, R. A. (2005). A Theory of Adult Learning: Andragogy. Dans *The adult learner: The definitive classic in adult education and human resource development* (6^e éd., p.35-72). Amsterdam: Routledge: Elsevier.
- Kurtz, M. M., Gagen, E., Rocha, N. B., Machado, S. et Penn, D. L. (2016). Comprehensive treatments for social cognitive deficits in schizophrenia: A critical review and effect-size analysis of controlled studies. *Clinical Psychology Review*, 43, 80-89.
- Lalonde, P. et Deleu, G. (2016). Thérapie psychoéducative. Dans P. Lalonde et G.-F. Pinard (dir.), *Psychiatrie clinique : approche bio-psycho-sociale* (4^e éd., vol 2, p.1689-1706). Montréal, QC : Chenelière Éducation.
- Lecomte, T., Abidi, S., Garcia-Ortega, I., Mian, I., Jackson, K., Jackson, K. et Norman, R. (2017). Canadian Treatment Guidelines on Psychosocial Treatment of Schizophrenia in Children and Youth. *Revue Canadienne de Psychiatrie*, 62(9) 648-655. doi:10.1177/0706743717720195
- Lecomte, T. et Leclerc, C. (2016). Réadaptation et rétablissement. Dans P. Lalonde et G.-F. Pinard (dir.), *Psychiatrie clinique : approche bio-psycho-sociale* (4^e éd., vol. 2, p.1767-1785). Montréal, Québec : Chenelière Éducation.
- Lemire, N., Souffez, K. et Laurendeau, M.-C. (2009). *Animer un processus de transfert des connaissances : bilan des connaissances et outil d'animation*. Institut National de santé publique du Québec. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1012_AnimerTransfertConn_Bilan.pdf
- Marchand, A. et Guay, S. (2016). Thérapie comportementale. Dans P. Lalonde et G.-F. Pinard (dir.), *Psychiatrie clinique : approche bio-psycho-sociale* (4^e éd., vol. 2, p.1609-1639). Montréal, QC : Chenelière Éducation.
- Massé, L. (2009). L'évaluation des besoins : un outil pour la planification. Dans M. Alain et D. Dessureault (dir.), *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale* (p.73-100). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- McGrath, J., Saha, S., Chant, D. et Welham, J. (2008). Schizophrenia: A concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic Reviews*, 30, 67-76. doi:10.1093/epirev/mxn001
- Meltzer, E. S. et Kumar, R. (1985). Puerperal mental illness, clinical features and classification: a study of 142 mother-and-baby admissions. *British Journal of Psychiatry*, 147(6), 647-654. doi:10.1192/bjp.147.6.647
- Miermont, J. (2004). Thérapies familiales et schizophrénies. *EMC-Psychiatrie*, 1(2), 163-172. doi: 10.1016/S1762-5718(04)00023-9

- Miller, L. J. (1997). Sexuality, reproduction, and family planning in women with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 23(4), 623-635. doi:10.1093/schbul/23.4.623
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Faire ensemble et autrement : plan d'action en santé mentale 2015-2020*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Cadre de référence : programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques (PIPEP)*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-914-12W.pdf>
- Nilsson, E., Lichtenstein, P., Cnattingius, S., Murray, R. M. et Hultman, C. M. (2002). Women with schizophrenia: Pregnancy outcome and infant death among their offspring. *Schizophrenia Research* 58(2-3), 221-229. doi:10.1016/S0920-9964(01)00370-X
- Norman, R. M. G., Malla, A. K. et Manchanda, R. (2007). Early premorbid adjustment as a moderator of the impact of duration of untreated psychosis. *Schizophrenia Research*, 95(1-3), 111-114. doi:10.1016/j.schres.2007.06.007
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2003). *Le profil des compétences générales des psychoéducateurs*. Montréal, Québec. Repéré à http://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Psychoeducateur/Profil_des_comp_tences.ashx?la=fr
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2011). *Le psychoéducateur en santé mentale jeunesse : guide de pratique*. Montréal, QC. Repéré à https://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Publication/111_Guide%20sant%C3%A9%20mentale%20jeunesse.ashx?la=fr
- Organisation mondiale de la santé. (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF*. Genève, Suisse. Repéré à https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42418/924_2545422_fre.pdf
- Organisation mondiale de la santé. (2012). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : version pour enfants et adolescents : CIF-EA*. Genève, Suisse. Repéré à https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/81988/9789242547320_fre.pdf
- Organisation mondiale de la santé. (2013). *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020*. Repéré à https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020_fre.pdf
- Pachoud, B. (2013). Enjeu de la réinsertion sociale après un premier épisode psychotique. *L'Encéphale*, 39(S2), S105-S109. doi:10.1016/S0013-7006(13)70104-0

- Pachoud, B. et Allemand, C. (2013). Le soutien à l'emploi (ou les pratiques de « job coaching ») : une nouvelle stratégie d'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique. *L'évolution psychiatrique*, 78(1), 107-117. doi:10.1016/j.evopsy.2013.01.004
- Paquette, F et Chagnon, F. (2000). *Cadre de référence pour le développement et l'évaluation des programmes aux Centres jeunesse de Montréal*. QC : L'Institut Universitaire des Centres jeunesse de Montréal. Repéré à <http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/hyperion/2892181267.pdf>
- Picard, D. et Marc, E. (2013). *L'école de Palo Alto*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Rapoport, J., Giedd, J. et Gogtay, N. (2012). Neurodevelopmental model of schizophrenia: Update 2012. *Molecular Psychiatry*, 17(12), 1228–1238. doi:10.1038/mp.2012.23
- Renou, M. (2005). *Psychoéducation : une conception, une méthode*. Montréal, QC : Sciences et culture.
- Rivera, M.-J. et Lecardeur. L. (2016). Comment remédier la cognition sociale chez les personnes souffrant de schizophrénie ? *Revue de neuropsychologie*, 8(1), 31-37. doi:10.3917/rne.081.0031
- Rocheleau, L. (2015). *Manuel d'élaboration d'un guide de bonnes pratiques*. Longueuil, QC : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- Rosenbaum, S., Tiedemann, A., Sherrington, C., Curtis, J. et Ward, P.B. (2014). Physical activity interventions for people with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75(9), 964-974. doi:10.1016/j.jsams.2014.11.161
- Salomé. (2012). *Qu'est-ce que les psychoses ? : clinique, modèles et prises en charge*. Paris, France : Dunod.
- Sass, L., Borda, J. P., Madeira, L., Pienkos, E. et Nelson, B. (2018). Varieties of self disorder: A bio-pheno-social model of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 44(4), 720-727. doi:10.1093/schbul/sby001
- Speranza, M. (2009). Cognitions sociales et schizophrénie à début précoce. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57(1), 14-20. doi:10.1016/j.neurenf.2008.05.014
- Starling, J. et Feijo, I. (2012). Schizophrénie et autres troubles psychotiques à début précoce. Dans J. M. Rey et A. Martin (dir.), *e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health* (traduit par B. Mirkovic; Section H.5, p.1-24). Genève, Suisse: International Association for child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. Repéré à https://iacapap.org/Resources/Persistent/0df6e4b52a7cf79cb2484d29334b19fdf795908a/H.5_Schizophrenia-FR-2015.pdf

- Stip, E., Lecardeur, L., Levoux, M.-N., Belleville, S. et Franck, N. (2016). Remédiation cognitive. Dans P. Lalonde et G.-F. Pinard (dir.), *Psychiatrie clinique : approche bio-psycho-sociale* (4^e éd., vol. 2, p.1666-1679). Montréal, QC : Chenelière Éducation.
- Thomas, P. (2013). Les rechutes : causes et conséquences. *L'Encéphale*, 39(S2), 79-82. doi:10.1016/S0013-7006(13)70100-3
- Tougas, A.-M. et Tourigny, M. (2013). L'étude des Mécanismes de Changement, Une Avenue de Recherche Prometteuse Pour Optimiser les Programmes de Traitement Destinés aux Jeunes en Difficulté: Enjeux Conceptuels et Méthodologiques. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 27(2), 61-86.
- Uhlhaas, P. J. et Singer, W. (2011). The development of neural synchrony and large-scale cortical networks during adolescence: Relevance for the pathophysiology of schizophrenia and neurodevelopmental hypothesis. *Schizophrenia Bulletin*, 37(3), 514-523. doi:10.1093/schbul/sbr034
- Université du Québec à Trois-Rivières. (2012). *Code d'éthique : département de psychoéducation*. Repéré à https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC5238/O0000765925_code_d_thique_psycho_education_juin_12.pdf
- Vacheron, M.-N., Vayrat-Masson, H. et Wehbe, E. (2017). Quelle prise en charge du jeune présentant un premier épisode psychotique, quand la scolarité est mise à mal ? *L'Encéphale*, 43(6), 570-576. doi:10.1016/j.encep.2017.10.001
- Valiquette, M. et Larose, H. (2015, octobre). Enseigner le rôle-conseil. *La pratique en mouvement*, 10, 11-12. Montréal : Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. Repéré à <http://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Publication/2-La%20Pratique%20no%2010.ashx?la=fr>
- Vanasse, A., Grégoire, J.-P. et Moisan, J. (2012). *Atlas de la schizophrénie au Québec : inégalités sociales et géographiques*. Groupe de recherche PRIMUS, Université de Sherbrooke. Repéré à <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2161568>
- Villeneuve, L. (1994). *L'encadrement du stage supervisé*. Montréal, QC : Éditions Saint-Martin.
- Wölwer, W., Frommann, N., Haufmann, S., Piaszek, A., Streit, M., Gaebel, W. (2005). Remediation of impairments in facial affect recognition in schizophrenia: Efficacy and specificity of a new training program. *Schizophrenia Research*, 80(2-3), 295-303. doi:10.1016/j.schres.2005.07.018

Zubin, J. et Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103-126. doi:10.1037//0021-843X.86.2.103

Appendice A

Canevas d'entrevue semi-structurée pour les intervenants de la clinique de pédopsychiatrie sur les besoins vécus en lien avec le trouble de la schizophrénie

1. Comment s'ajustent les services de la pédopsychiatrie pour un jeune qui a un trouble de la schizophrénie à la suite de son hospitalisation ?
 - a. Comment planifiez-vous la prise en charge du jeune ?
 - b. Comment la mettez-vous en place ?
2. Selon vous, quels sont les besoins non comblés ?
 - a. Pour le jeune concerné
 - b. Pour le milieu en général
 - c. Concernant vos besoins professionnels
3. Sur quoi vous basez-vous pour guider vos interventions ?
 - a. Comment acquérez-vous de l'information sur l'intervention ?
4. Quels sont les défis que vous avez rencontrés à ce sujet ?
5. Qu'est-ce qui pourrait être amélioré au niveau de l'intervention auprès de ces jeunes ?

Appendice B

Canevas d'entrevue semi-structurée concernant l'intervention auprès de jeunes qui ont un trouble de la schizophrénie dans plusieurs centres de soins québécois pour mineurs

1. Présentation et présentation de l'objectif de l'appel
2. Quels sont les critères d'admissibilité pour vos services ?
3. Comment s'ajustent vos services pour un jeune qui a un trouble de la schizophrénie ?
 - a. Comment planifiez-vous la prise en charge du jeune ?
 - b. Comment la mettez-vous en place ?
 - c. Qu'en est-il pour les moins de 16 ans ? et les moins de 12-13 ans ?
 - d. Avez-vous des programmes pour guider l'intervention ?
3. Dans votre milieu, quelles limites vous semblent présentes quant à l'intervention auprès de cette clientèle ?
 - a. Pour le jeune concerné
 - b. Concernant vos besoins professionnels
 - c. Pour le milieu en général

Appendice C

Questionnaire d'évaluation de la présentation formative et du guide d'accompagnement

1. Qu'avez-vous retenu de pertinent dans la présentation formative ?
2. Est-ce qu'une ou des interventions vous ont interpellé afin d'améliorer votre pratique ?
 - a. Si oui, laquelle ou lesquelles ?
3. Est-ce que les exercices d'exploration du guide vous ont permis de mieux comprendre son fonctionnement ?
4. Quels aspects du guide vous semblent le plus aidant pour soutenir votre pratique ?
5. Selon vous, qu'est-ce qui pourrait être ajouté ou modifié pour bonifier le guide sur les bonnes pratiques ?

Appendice D

Transfert des connaissances

Guide de soutien à l'intervention :

Accompagnement des difficultés sociales chez les jeunes ayant une schizophrénie

Par Mylène Coderre

Candidate à la maîtrise en psychoéducation

Sous la supervision de Lyne Douville, Professeure au département de psychoéducation

Table des matières

Origine et objectif de ce guide	1
La schizophrénie	2
Étiologie.....	2
Les causes et les facteurs de risque.....	3
Les phases et leurs symptômes.....	6
Période prémorbide.....	6
Phase prodromique.....	7
Phase active.....	13
Phase résiduelle.....	17
Phase de rétablissement	17
Le diagnostic.....	20
La violence	22
Le pronostic	23
Impacts au niveau social.....	25
Intimité.....	28
Avenir professionnel.....	31
L'attitude de l'intervenant.....	34
Ce qu'il ne faut pas faire.....	34
Ne pas contredire... ..	34
... et ne pas faire comme si les idées délirantes ou les hallucinations n'existent pas.....	34
Ne pas systématiquement rassurer	34
Ne pas utiliser l'humour.....	35
Ne pas confondre les symptômes et les désirs	35
Ce qu'il faut faire.....	35
Parler	35
Être honnête ET respectueux	36
Développer l'habitude d'envisager des alternatives	36
Détailler les convictions.....	36
Soutenir dans la vision de soi.....	36
Faire prendre conscience du point de vue de l'autre.....	37

Utiliser le raisonnement logique	37
Promouvoir les tests de la réalité	37
Interventions en lien avec l'accompagnement de la dimension sociale	38
Intervention précoce	39
Évaluation	40
Évaluation du risque suicidaire	49
Acceptation du traitement — Méthode EEAP	50
Thérapie d'acceptation et d'engagement	52
Traitement pharmacologique	52
Éducation du patient et de sa famille (<i>psychoeducation</i>)	53
Rétablissement — Établir un plan de réadaptation (<i>empowerment</i>)	57
Thérapie cognitivo-comportementale pour la psychose (TCCp)	59
Thérapie du rétablissement social	61
Remédiation cognitive	62
Les techniques d'entraînement aux habiletés sociales (EHS)	65
Résolution de problème	66
Retour à l'école et soutien à l'emploi	67
Programme d'aide à l'emploi	68
Références	34

Origine et objectif de ce guide

Le trouble de la schizophrénie est un trouble psychiatrique chronique entraînant des répercussions sur le quotidien des personnes qui en souffrent (*American Psychological Association* [APA], 2013; Abdel-Baki, Lalonde et Gingras, 2016). Compte tenu de la complexité du trouble, les personnes de moins de 18 ans vivant avec ce trouble sont généralement suivies en clinique de pédopsychiatrie au Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) dans la région de Lanaudière. Les programmes de soutien pour ce trouble sont rares pour une clientèle mineure (Knorr, 2017) et souvent adaptés de programmes développés pour les adultes (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Aux cliniques de pédopsychiatrie, les jeunes qui réintègrent leurs milieux de vie à la suite de la stabilisation d'un épisode psychotique bénéficient d'un accompagnement professionnel pour les soutenir dans la reprise de leurs activités quotidiennes. Une priorisation des besoins est présente, particulièrement envers la médication et la réintégration scolaire. La gestion des impacts sociaux est souvent reléguée à un moment ultérieur, soit lorsque l'état du jeune est plus stable. Toutefois, la possibilité d'une rechute est plus élevée dans les premières années du trouble (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Thomas, 2013), causant à nouveau le report des interventions sur le plan social. Cette situation fait en sorte qu'aucune structure d'intervention n'a été développée pour répondre aux besoins sociaux des jeunes touchés par ce trouble. C'est donc à ce niveau qu'un soutien aux intervenants psychosociaux est pertinent. Ce guide vise à présenter ce qu'est le trouble de la schizophrénie et à informer sur les interventions reconnues dont celles pour soutenir les difficultés sociales des jeunes. Des outils sont également proposés afin de soutenir les intervenants dans leurs interventions.

Section 1

Perspective théorique : qu'est-ce que
la schizophrénie ?

La schizophrénie

Le trouble de la schizophrénie fait partie du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques. Ce trouble mental est rare, et encore plus chez les jeunes. Les personnes qui en sont atteintes ont des symptômes qui provoquent des perturbations sur les plans cognitifs, comportementaux et émotionnels (APA, 2013; Abdel-Baki *et al.*, 2016). Ces perturbations sont très variables, autant en termes qualitatifs que quantitatifs, reflétant ainsi les multiples expressions du trouble (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Pour ce qui est des difficultés sociales vécues par ces personnes, elles sont généralement perceptibles avant la première transition psychotique et ont un impact majeur sur la trajectoire développementale qui s'en suit. Ces difficultés sont inhérentes au trouble de la schizophrénie et elles sont davantage marquées chez ceux dont le trouble apparaît en bas âge (Speranza, 2009). Son évolution est variable, pouvant aller d'un rétablissement total à des difficultés chroniques accompagnées d'une dégradation du fonctionnement de la personne (APA, 2013; Abdel-Baki *et al.*, 2016). Au Canada, ce trouble de santé mentale touchait près de 1 % de la population en 2016-2017 (Agence de la santé publique du Canada, 2020). La proportion est similaire chez les hommes et chez les femmes (Vanasse, Grégoire et Moisan, 2012; Agence de la santé publique du Canada, 2020).

Étiologie

La présence du trouble est très rare en bas âge, soit de 1 pour 10 000 enfants (Gonthier et Lyon, 2004) quoiqu'une sous-représentation soit possible due à la difficulté diagnostique (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Le taux d'incidence s'élève vers 14-15 ans (Abdel-Baki *et al.*, 2016) pour atteindre son pic chez les hommes vers la fin de l'adolescence et le début de l'âge adulte tandis que le premier épisode psychotique arrive généralement vers la fin de la vingtaine ou le début de la trentaine chez les femmes (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013; Starling et Feijo, 2012). Le trouble de la schizophrénie est dit précoce si l'apparition se fait au début de l'adolescence et très précoce ou infantile avant la puberté (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Addington et Rapoport, 2009). Le trouble de la schizophrénie infantile est plus fréquent chez les garçons dans une proportion de 2 pour 1 (Gonthier et Lyon, 2004), puis tend vers une proportion similaire, quoique légèrement plus élevée pour les hommes (Vanasse *et al.*, 2012; Agence de la santé publique du Canada, 2020). Le trouble

de la schizophrénie débutant à l'enfance aurait une composante biologique plus importante que ceux qui débutent plus tardivement (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Addington et Rapoport, 2009). Elle serait également une forme plus sévère du trouble (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Starling et Feijo, 2012). L'étiologie du trouble de la schizophrénie pourrait ne pas être la même selon le moment d'apparition du trouble (Abdel-Baki *et al.*, 2016).

L'étiologie du trouble de la schizophrénie ne correspond pas à un facteur unique. Une combinaison de facteurs génétiques et environnementaux est nécessaire au déclenchement du trouble et à son évolution (Abdel-Baki *et al.*, 2016).

Les causes et les facteurs de risque

- Composantes biologiques
 - Antécédents familiaux

L'incidence du trouble de la schizophrénie augmente à 10 % lorsqu'un parent de premier degré est atteint et à 40 % si les deux parents ont le trouble (Abdel-Baki *et al.*, 2016). L'hérédité serait plus importante dans les cas de schizophrénie très précoce (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Addington et Rapoport, 2009; Knorr, 2017).
 - La naissance lors de certaines saisons (APA, 2013; Messias, Chen et Eaton, 2007)

Elle pourrait être liée à la présence d'infections lors du dernier trimestre de grossesse, entraînant des modifications neuronales chez le fœtus (Abdel-Baki *et al.*, 2016).
 - L'âge élevé du père (APA, 2013; Messias, Chen et Eaton, 2007)

Il pourrait entraîner des mutations génétiques au niveau des spermatozoïdes (Abdel-Baki *et al.*, 2016)
 - Dysfonction au niveau des neurotransmetteurs

Déséquilibre dans les circuits dopaminergiques (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Howes et Kapur, 2009).
 - Anomalies cérébrales

La structure du cerveau peut être affectée, particulièrement au niveau préfrontal et temporal. Une diminution de la matière grise ainsi qu'une dilatation des ventricules cérébraux sont

observées (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Knorr, 2017). La variabilité des symptômes pourrait être liée aux zones altérées (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013).

- **Stresseurs biologiques**

- Complications obstétricales (APA, 2013; Knorr, 2017; Messias, Chen et Eaton, 2007)

La malnutrition lors de la grossesse, l'hypoxie et le faible poids à la naissance sont des facteurs plus fréquemment présents chez les personnes ayant une schizophrénie (Abdel-Baki *et al.*, 2016).

- Consommation de drogue

Le cannabis est souvent nommé dû à son usage répandu (Abdel-Baki *et al.*, 2016). L'utilisation du cannabis pourrait soulager les premiers signes lors de la phase prodromique (Messias, Chen et Eaton, 2007). Tout comme les amphétamines, il peut produire des symptômes psychotiques transitoires ou précipiter un premier épisode psychotique. Chez les personnes atteintes de schizophrénie, ces drogues peuvent intensifier les symptômes et provoquer des rechutes (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Starling et Feijo, 2012). Le cannabis peut également amplifier les déficits cognitifs (Starling et Feijo, 2012). Pour ce qui est de la consommation de psychostimulants et d'hallucinogènes, elle a des impacts encore plus importants sur l'évolution du trouble en induisant les symptômes positifs de la schizophrénie (Abdel-Baki *et al.*, 2016).

- **Stresseurs psychosociaux**

- Évènements de la vie

Les changements peuvent créer une surcharge pour n'importe qui lorsqu'ils s'accumulent, surtout s'ils apportent son lot d'émotions. L'adolescence et le début de l'âge adulte sont des périodes qui regroupent ces changements importants pouvant dépasser les capacités d'adaptation d'une personne. S'ajoutant à une vulnérabilité biologique, ces stresseurs peuvent déclencher la transition psychotique. De plus, les personnes qui ont une schizophrénie ont plus de difficulté à discerner le contexte, amenant les événements neutres à prendre des proportions importantes. Les capacités d'adaptation sont alors facilement surchargées, pouvant entraîner des rechutes (Abdel-Baki *et al.*, 2016).

- Les émotions exprimées

L'hostilité, les commentaires critiques et les attitudes envahissantes sont des facteurs d'expression émotionnelle plus fréquents dans les familles des personnes qui ont une schizophrénie. Une relation circulaire est présente où plus la personne atteinte de schizophrénie est symptomatique et peu collaborante, plus les attitudes des parents s'en trouvent restrictives. À l'inverse, la diminution des symptômes estompe ces attitudes intrusives (Abdel-Baki *et al.*, 2016).

- Milieu urbain (APA, 2013)

Les personnes qui sont nées ou ont été élevées dans de grandes villes ont plus de chance d'être atteintes de schizophrénie. La densité, la cohésion sociale et le temps vécu dans la ville sont des stressseurs corrélés (Messias, Chen et Eaton, 2007).

- Immigration (APA, 2013)

Pour les immigrants de première et deuxième génération, le risque est élevé de plus de deux fois. Les facteurs contributifs sont la discrimination sociale, l'isolement, ainsi que les divergences entre les valeurs du pays d'accueil et de celles du pays d'origine (Abdel-Baki *et al.*, 2016).

- Pressions de performance

Ce type de pression est plus difficile à gérer pour les personnes atteintes de schizophrénie, ce qui peut nuire à leur intégration scolaire et professionnelle. Ces pressions peuvent également entraîner des rechutes (Abdel-Baki *et al.*, 2016).

- Soutien social insuffisant

Le soutien des proches est essentiel et d'une plus grande importance pour les jeunes qui sont atteints de ce trouble. Ils sont à une période où ils développent des habiletés sociales et relationnelles, mais la schizophrénie peut entraîner un délai dans ce processus. Il est donc important de tenir compte des difficultés de ces jeunes et de ne pas encourager à une autonomie qui dépasse leurs capacités (Abdel-Baki *et al.*, 2016).

- Évènements traumatisants

Chez les personnes qui ont vécu des abus sexuels à l'enfance, la possibilité de développer un trouble de la schizophrénie est plus élevée (Cutajar, Mullen, Ogloff, Thomas, Wells et Spataro, 2010). Un traumatisme pourrait également accélérer la transition vers la psychose

(Bechdolf *et al.*, 2010).

Les phases et leurs symptômes

Les phases sont déterminées par la présence, ou l'absence, de manifestations comportementales qui dévient de ce qui est attendu (Abdel-Baki *et al.*, 2016). La variation du nombre de symptômes présents et de leur intensité reflète l'hétérogénéité de ce trouble (APA, 2013). En plus de ces symptômes, il est important de porter attention aux troubles cognitifs apparaissant avec le trouble. L'ampleur des déficits reliés à un épisode psychotique a également un impact sur l'évolution du trouble (APA, 2013; Ceschi et Van der Linden, 2008). Chez les enfants, l'expression symptomatologique lors des différentes phases varie selon le stade de développement auquel l'enfant est rendu (Bailly, Veillard, Duverger et Rufo, 2003; Gonthier et Lyon, 2004). Le contenu et la complexité des hallucinations sont alors moins élaborés (Gonthier et Lyon, 2004). Le trouble de la schizophrénie a tendance à être cyclique et quatre phases peuvent être distinguées selon les symptômes présents (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Knorr, 2016).

Période prémorbide

Cela représente toute la période préalable aux premiers signes du trouble. Certaines caractéristiques peuvent être retrouvées dans l'enfance, sans être spécifiques à un trouble (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013). Chez les personnes atteintes de schizophrénie précoce, les manifestations sont souvent beaucoup plus marquées (Bailly *et al.*, 2003), quoiqu'elles puissent rester discrètes, passant pour une légère déviation de la norme (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013).

Caractéristiques possibles :

- Altération du développement moteur (APA, 2013; Bailly *et al.*, 2003; Cannon *et al.*, 2008; Messias, Chen et Eaton, 2007; Starling et Feijo, 2012)
- Difficultés sociales (Bailly *et al.*, 2003; Cannon *et al.*, 2008; Messias, Chen et Eaton, 2007; Starling et Feijo, 2012)

- Difficultés cognitives avec ou sans trouble du langage (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013; Bailly *et al.*, 2003; Messias, Chen et Eaton, 2007)
- Pas comme les autres, bohème, marginal
- Anomalie du regard, de poursuite oculaire (Abdel-Baki *et al.*, 2016)
- Comportements ou idées bizarres
- Réactions excessives envers des événements banals
- Trouble du sommeil (Cannon *et al.*, 2008)
- Troubles du comportement (Bailly *et al.*, 2003)
- Trouble de l'attention (Bailly *et al.*, 2003; Messias, Chen et Eaton, 2007)
- Écholalie (Bailly *et al.*, 2003; Gonthier et Lyon, 2004)

Phase prodromique

C'est l'apparition de signes aspécifiques s'approchant des symptômes négatifs. Ces derniers n'ont pas l'intensité ou un nombre suffisant pour permettre un diagnostic (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013; Knorr, 2017). Ces symptômes ont des effets délétères sur le fonctionnement (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013; Gonthier et Lyon, 2004) et plus ils sont nombreux et intenses, plus l'évolution du trouble sera morbide (Knorr, 2017). Sans être spécifiques, les déficits du fonctionnement social sont perceptibles à ce stade, tout comme peut l'être la capacité à faire les activités du quotidien (Addington, Penn, Woods, Addington et Perkins, 2008).

Mode d'entrée. La phase prodromique peut durer entre plusieurs jours et quelques années avant la transition psychotique. Le mode d'entrée est insidieux lorsque les symptômes négatifs s'installent de façon graduelle, soulevant alors peu d'inquiétude (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013). De plus, ces symptômes peuvent être associés aux comportements attendus à l'adolescence ou à une modification du mode de vie de la personne (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Ils peuvent aussi mettre en place les bases pour la formation des symptômes positifs. Les relations sociales négatives et les biais cognitifs peuvent modifier l'interprétation de situations, créant une source pour les idées délirantes de persécution. Ce mode est la transition la plus fréquente (Abdel-Baki *et al.*, 2016) et le mode de transition chez les enfants (Knorr, 2017). Il rend le diagnostic difficile à différencier des

autres troubles neurodéveloppementaux (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013; Knorr, 2017).

Lorsque le mode d'entrée est aigu, la transition psychotique survient en moins de quatre semaines. Ce changement brusque dans le fonctionnement de la personne alarme l'entourage, mais la personne touchée n'a pas nécessairement conscience de ses symptômes (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Un manque d'*insight*, ou de conscience de la problématique, est commun chez les personnes ayant un épisode psychotique (APA, 2013; Lalonde et Deleu, 2016) et davantage dans ce mode de transition (Abdel-Baki *et al.*, 2016).

Signes possibles chez les enfants. Un premier signe remarqué est souvent un dysfonctionnement comportemental, parfois associé à un trouble de comportement ou à un TDAH, qui est de plus en plus marqué. La présence d'un trouble anxieux grave est aussi un signe fréquent. Ces manifestations comportementales ne sont néanmoins pas garantes de l'évolution vers un trouble de la schizophrénie (Abdel-Baki *et al.*, 2016).

Voici d'autres signes possibles :

- Acquisition de rituels ou d'habitudes bizarres (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Bailly *et al.*, 2003; Knorr, 2017)
- Problèmes de langage
- Trouble au niveau des comportements (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Gonthier et Lyon, 2004; Knorr, 2017)
- Trouble au niveau des compétences sociales (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Gonthier et Lyon, 2004)
- Trouble au niveau du contrôle affectif (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Bailly *et al.*, 2003)
- Difficultés cognitives
- Amis imaginaires dont l'aspect imaginaire n'est pas reconnu (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Knorr, 2017)
- Pensées magiques (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Bailly *et al.*, 2003)
- Surinvestissement dans un champ d'intérêt
- Trouble au niveau de la motricité fine (Abdel-Baki *et al.*, 2016)

- Peu de soins personnels
- Difficultés de sommeil
- Changement d'appétit (Knorr, 2017)
- Perturbation somato-sensorielle (Bailly *et al.*, 2003; Knorr, 2017)

Signes possibles chez les adolescents. Chez les plus vieux, le retrait social est un signe fréquent (APA, 2013). La présence de difficultés cognitives est l'un des premiers signes remarqués par ceux qui vivent ces symptômes. La perception de leur désorganisation mentale grandissante amène ces jeunes à être de plus en plus inquiets quant à leur état (Abdel-Baki *et al.*, 2016).

Voici d'autres signes possibles :

- Baisse et/ou désorganisation cognitives et fonctionnelles
 - Troubles cognitifs : Ces symptômes sont souvent les premiers à survenir et ils sont présents chez 85 % des personnes ayant un trouble de la schizophrénie. Ils amènent des erreurs de compréhension qui peuvent soutenir les distorsions présentes dans les délires (Abdel-Baki *et al.*, 2016).
 - Troubles d'attention (soutenue, sélective) et peu de tolérance à l'effort mental (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Knorr, 2017)

Les personnes ayant une schizophrénie sont sensibles aux interférences et n'arrivent pas à distinguer l'information pertinente de celle qui ne l'est pas. Elle peut être présente sous forme d'inattention sociale (Abdel-Baki *et al.*, 2016).
 - Troubles de mémoire

La personne oublie de faire des activités du quotidien (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Sa mémoire de travail est aussi touchée, l'empêchant d'alterner entre deux tâches (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013; Knorr, 2017). Les conséquences du trouble au niveau de la mémoire contextuelle font en sorte que la personne n'arrive pas à se représenter une situation avec tout le contexte, ajoutant à l'incohérence déjà présente. Les impacts du déficit de la mémoire autobiographique sont la perte de souvenirs vécus ainsi que l'absence d'actualisation de la représentation de soi, l'empêchant de se percevoir au moment présent

(Abdel-Baki *et al.*, 2016).

- Troubles des fonctions exécutives

Toutes les fonctions exécutives sont touchées, de la planification de l'action à l'anticipation des conséquences, en passant par la flexibilité cognitive. L'adaptation à n'importe quelles situations est donc mise à mal. La perception sociale est aussi affectée puisqu'elle nécessite plusieurs aptitudes soutenues par les fonctions exécutives (Abdel-Baki *et al.*, 2016).
- Perturbation de la logique

Les personnes qui ont une schizophrénie ont de la difficulté à conserver les limites associées à chaque concept, perturbant leur raisonnement logique (Abdel-Baki *et al.*, 2016). De plus, les concepts abstraits vont au-delà de leurs capacités, faisant en sorte que leur mode de pensées est basé sur ce qui est concret (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Knorr, 2017).
- Ralentissement de la vitesse de traitement de l'information

Elle peut prendre plus de temps pour répondre ou réagir (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013; Knorr, 2017).
- Anosognosie

La personne n'est pas toujours consciente de ses symptômes (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013).
- Biais cognitifs

Ils soutiennent les délires en proposant des explications aux perceptions inhabituelles (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Ces biais peuvent être :

 - Sauter prématurément aux conclusions
 - Biais d'attribution
 - Déficit de la cognition sociale et de la théorie de l'esprit (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013; Knorr, 2017)
- Troubles physiologiques
 - Sentiment de perdre ou de ne pas être en contrôle
 - Perturbation du sommeil
 - Perte d'appétit (Abdel-Baki *et al.*, 2016; *Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program*, 2016)

- Troubles affectifs
 - Anxiété (Abdel-Baki *et al.*, 2016; *Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program*, 2016; Starling et Feijo, 2012)
 - Perplexité
 - Surexcitation
 - Perte d'intérêt social (Abdel-Baki *et al.*, 2016)
 - Dépression (Abdel-Baki *et al.*, 2016; *Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program*, 2016; Starling et Feijo, 2012)
 - Irritabilité (*Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program*, 2016)
- Troubles comportementaux
 - Agitation (Abdel-Baki *et al.*, 2016; *Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program*, 2016; Starling et Feijo, 2012)
 - Nervosité (Abdel-Baki *et al.*, 2016)
 - Bizarreries
 - Diminution des contacts sociaux (Abdel-Baki *et al.*, 2016; *Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program*, 2016)
 - Troubles du langage
 - Trouble de la coordination (APA, 2013; Knorr, 2017)
- Élaborations délirantes
 - Impression d'être persécuté
 - Augmentation des préoccupations religieuses (Abdel-Baki *et al.*, 2016)
- Troubles perceptuels
 - Illusions, hallucinations brèves
 - Changement de l'éclat des couleurs (Abdel-Baki *et al.*, 2016)

Réactions possibles chez les adolescents :

- Le jeune cherche à se retirer de ses relations (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Knorr, 2017)

- Le jeune cherche à s'apaiser par la consommation de drogue (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Starling et Feijo, 2012)
- Il s'organise rigide pour compenser la désorganisation de ses pensées
- Il cherche des explications, souvent mystiques
- Il s'automutile pour vérifier s'il ressent toujours des sensations
- Il tente de se suicider à la suite d'un ordre d'une voix ou pour se libérer de la détérioration progressive de son fonctionnement psychique
- Il en parle à une personne de confiance (Abdel-Baki *et al.*, 2016)

« **Haut risque de transition psychotique** ». Certaines personnes sont considérées à « haut risque de transition vers la psychose » dont celles en phase prodromique (Addington *et al.*, 2008; Cannon *et al.*, 2008). Il n'en reste pas moins que la majorité des personnes qui vont développer un trouble de la schizophrénie ont un fonctionnement préalable normal (Starling et Feijo, 2012).

Il faut rester vigilant particulièrement en présence de ces critères :

- Être entre 14 et 30 ans
- Présence d'abus de substances (Cannon *et al.*, 2008)
- Dépression
- Longue durée de la phase prodromique (Starling et Feijo, 2012)
- Avoir eu des symptômes psychotiques positifs atténués au cours de la dernière année (Cannon *et al.*, 2008; Starling et Feijo, 2012)
- Avoir eu des symptômes de psychose franche de moins de 7 jours qui se sont résorbés seuls
- Avoir un parent au premier degré atteint de schizophrénie ou ayant une personnalité schizotypique (Cannon *et al.*, 2008; *Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program*, 2016)
- Présenter une détérioration du fonctionnement au cours de la dernière année ou ne pas atteindre le niveau de développement attendu (Abdel-Baki *et al.*, 2016; *Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program*, 2016; Starling et Feijo, 2012)

Il est à noter que la présence de pensées étranges et de paranoïa sont des signes prédictifs d'une transition psychotique imminente (Cannon *et al.*, 2008).

Phase active

C'est la décompensation psychotique où un déséquilibre psychique entraîne une perturbation temporaire dans la perception de la réalité (Abdel-Baki *et al.*, 2016). C'est lors de cet épisode psychotique qu'il y a l'apparition franche de symptômes positifs (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013). Les symptômes négatifs sont également plus présents ainsi que les déficits cognitifs (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Le bris de fonctionnement nécessite généralement une hospitalisation (Knorr, 2017). Pour ce qui est de la schizophrénie précoce, cette phase est caractérisée par une prédominance de symptômes négatifs accompagnés de délires ou d'hallucinations peu élaborés (Speranza, 2009). Le laps de temps entre le début de cette phase et la mise en place d'un traitement efficace est considéré comme la « durée de psychose non traitée » (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Une intervention rapide permet de limiter les effets néfastes de la psychose qui peut être considérée comme neurotoxique (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Norman, Malla et Manchanda, 2007).

Symptômes positifs possibles :

- Hallucinations : La personne qui en souffre perçoit réellement un stimulus sans qu'il n'existe (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013; Knorr, 2017). Elles sont communes chez les enfants qui font de la fièvre ou qui vivent une grande anxiété sans que ce soit inquiétant (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Chez les enfants ayant un trouble de la schizophrénie, les hallucinations sont plus fréquentes à partir de huit ans (Bailly *et al.*, 2003), mais sont moins simples (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Gonthier et Lyon, 2004)
 - Les hallucinations sont plus fréquemment auditives (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013; Bailly *et al.*, 2003). Ce qui est particulier au trouble de la schizophrénie est que la ou les voix parlent de la personne atteinte à la troisième personne et cette dernière ne peut pas toujours intervenir sur ce qui est dit. Avec le temps, la fréquence et l'élaboration augmentent et les voix peuvent être constantes ou sous forme d'épisodes de durée variable. Chez la moitié des cas, elles sont méchantes. Pour d'autres, elles sont parfois gentilles et

parfois méchantes (25 %) ou seulement gentilles (25 %). Les personnes aux prises avec ces hallucinations ne peuvent pas toujours identifier leur provenance. Parfois, elles peuvent attribuer l'origine des voix à des personnes autour d'elles ou à des entités extérieures (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Les hallucinations auditives ne sont pas uniques au trouble de la schizophrénie et peuvent se retrouver chez les enfants avec d'autres troubles psychiatriques (Starling et Feijo, 2012) et même chez les enfants neurotypiques (Abdel-Baki *et al.*, 2016).

- Dans le cas d'hallucinations visuelles, elles portent typiquement sur des personnages réels ou non. Elles peuvent être floues ou claires (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Elles sont souvent en lien avec les hallucinations auditives (Bailly *et al.*, 2003)
- Les hallucinations cénesthésiques peuvent avoir lieu dans la schizophrénie quoiqu'elles soient plus fréquentes dans les psychoses toxiques suivant la prise de psychostimulants. Elles consistent en l'impression de brûlures, de décharges électriques, de modifications à l'intérieur du corps ou d'attouchements sur les parties génitales (Abdel-Baki *et al.*, 2016).
- Les hallucinations olfactives sont habituellement désagréables et peuvent amener la personne à se laver fréquemment si elle a l'impression d'en être à la source. Ce type d'hallucinations est rare chez les personnes qui ont un trouble de la schizophrénie (Abdel-Baki *et al.*, 2016).
- Les hallucinations gustatives soutiennent les craintes d'empoisonnement comme les aliments ont changé de goût (Abdel-Baki *et al.*, 2016).
- Délires : Ils consistent à des distorsions dans le raisonnement, soit par une logique ou une interprétation faussée, qui amènent à une compréhension erronée de diverses situations (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Les idées sont très ancrées et ne changent pas même en présence d'évidences du contraire. Elles peuvent être bizarre ou non (APA, 2013). Ils peuvent être source créatrice pour certains, mais ils causent généralement de l'angoisse et de la souffrance (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Chez les jeunes, les délires sont plutôt rares et apparaissent généralement après neuf ans (Bailly *et al.*, 2003). Leur élaboration varie selon le quotient intellectuel, pouvant être concrets et simples, jusqu'à devenir fantaisistes et complexes quand le niveau intellectuel s'élève (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Bailly *et al.*, 2003). Chez les enfants, les idées délirantes

portent généralement sur des peurs habituelles à leur phase développementale (Gonthier et Lyon, 2004). Voici différents délires possibles :

- Idées délirantes de persécution : la personne croit que quelqu'un lui veut du mal (APA, 2013).
- Idées délirantes de référence : la personne croit que des signes ou des messages neutres lui sont adressés (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013).
- Idées délirantes de vol de la pensée : la personne a l'impression que toutes ses pensées ont été retirées de sa tête.
- Idées délirantes de pensée imposée : La personne croit que les pensées dans sa tête ne sont pas les siennes et qu'elles proviennent d'ailleurs.
- Idées délirantes de contrôle ou d'expérience corporelle passive : la personne ne se sent pas en contrôle de son vécu intérieur et de ses gestes. C'est une force extérieure qui décide et l'oblige à agir (Abdel-Baki *et al.*, 2016).
- Idées délirantes de grandeur : la personne croit qu'elle est exceptionnelle au niveau de ses habiletés, de sa richesse ou de son importance.
- Idées délirantes érotomaniaques : la personne croit qu'une autre personne est en amour avec elle.
- Idées délirantes nihilistes : la personne croit qu'une catastrophe importante va arriver.
- Idées délirantes somatiques : la personne est préoccupée par sa santé et le fonctionnement de ses organes (APA, 2013).
- Associations incohérentes d'idées : Ce symptôme impacte la communication aux autres en faisant perdre tout sens au langage. Le sens des mots n'est pas maintenu ni les règles syntaxiques. Chez les enfants, il faut tenir compte de leur niveau de développement cognitif, à savoir si la pensée logique est développée ou non (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Voici les formes que peut prendre ce trouble de l'organisation de la pensée :
 - Déraillement dans le discours : Les idées changent sans lien avec le sujet (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013)
 - Illogisme : Les conclusions ne suivent pas la logique
 - Néologisme : De nouveaux mots sont créés

- Jargonaphasie : L'utilisation de sons ou d'onomatopées qui rendent le discours incompréhensible (Abdel-Baki *et al.*, 2016)
- Pensée tangentielle : Le discours s'éloigne graduellement du sujet (APA, 2013)
- Comportement désorganisé : Les agissements font suite au raisonnement perturbé (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Ils peuvent être simplement farfelus, mais leur intensité peut aller jusqu'à de l'agitation imprévisible. Ils sont davantage perceptibles lors de comportements dirigés vers un but (APA, 2013).
 - Actions erratiques
 - Agitation imprévisible
 - Retrait méfiant (Abdel-Baki *et al.*, 2016)
 - Catatonie (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013).

Symptômes négatifs possibles :

Chez les enfants, les symptômes négatifs sont un langage non verbal neutre, des réactions émotionnelles contradictoires au contexte et une difficulté à communiquer adéquatement avec les autres (Gonthier et Lyon, 2004). Dans la liste qui suit, les deux premiers sont plus présents dans le trouble de la schizophrénie (APA, 2013).

- Affect inapproprié, aplati ou émoussé : Lors de la phase aigüe, il peut y avoir une intensité dans l'expression des émotions ainsi qu'une discordance entre les situations vécues et les émotions, comme de rire lors de moments tristes ou lugubres. C'est souvent avec l'évolution du trouble que les nuances émotives disparaissent dans le langage non verbal et paraverbal. Le contact visuel devient pauvre (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013).
- Aboulie et apathie : Le symptôme d'aboulie correspond à la diminution de motivation de la personne à s'investir dans ses intérêts (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013). L'apathie est le manque d'énergie au niveau physique. La personne a donc de la misère à se mettre à la tâche et à maintenir son activité jusqu'à la fin. Ceci s'actualise par une inconstance dans son rendement, que ce soit dans un milieu scolaire ou professionnel. L'hygiène peut aussi être touchée, donnant l'impression d'une apparence négligée (Abdel-Baki *et al.*, 2016).

- Alogie : Ceci correspond à une difficulté à converser (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013). La personne n'initie plus les conversations, ne fait rien pour les maintenir et elle peut même s'interrompre subitement au cours de l'échange. Son discours est pauvre et contient peu d'information. Ses réponses sont décalées dans le temps (Abdel-Baki *et al.*, 2016).
- Anhédonie : Ce symptôme correspond à la perte de plaisir à faire des activités qui étaient auparavant plaisantes (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013) ou à l'incapacité de se souvenir d'avoir éprouvé du plaisir (APA, 2013).
- Asocialité : La personne n'a pas d'intérêt à maintenir le contact avec son entourage (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013). Les relations intimes ne sont pas recherchées ni les activités sexuelles impliquant une autre personne (Abdel-Baki *et al.*, 2016).
- Perturbation du sommeil : Cette perturbation peut être une inversion du cycle éveil-sommeil (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013) ou des rêves effrayants (Abdel-Baki *et al.*, 2016).
- Dépersonnalisation
- Déréalisation
- Inquiétudes somatiques (APA, 2013)

Phase résiduelle

Graduellement, les symptômes positifs se résorbent. Il peut néanmoins rester des symptômes négatifs plus ou moins sévères. La détérioration du fonctionnement est grandement influencée par les pertes cognitives qui peuvent, ou non, être graduellement retrouvées (APA, 2013; Knorr, 2017). Certaines personnes continuent d'avoir des symptômes positifs, soit des symptômes résiduels. Ceci est la conséquence d'une réponse partielle au traitement pharmacologique ou d'une résistance au traitement (Abdel-Baki *et al.*, 2016).

Phase de rétablissement

Lors de cette phase, il y a une atténuation ou une disparition des symptômes négatifs. C'est à cette étape que la personne peut cheminer vers un fonctionnement optimal (Gonthier et Lyon, 2004).

Rechute. Une rechute est un retour des symptômes psychotiques après une amélioration du fonctionnement de la personne (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Knorr, 2017). Le trouble de la schizophrénie est considéré comme cyclique dû aux rechutes possibles (Knorr, 2017). Ces dernières sont plus fréquentes dans les cinq premières années suivant le premier épisode psychotique. Chaque rechute ajoute des perturbations à celles déjà en place, rendant les difficultés chroniques (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Thomas, 2013). En plus de ces perturbations, une rechute peut moins bien répondre aux traitements (Starling et Feijo, 2012). Le tableau 1 regroupe les symptômes associés au trouble de la schizophrénie.

Tableau 1*Récapitulatif des symptômes possibles de la schizophrénie*

Symptômes positifs	Symptômes négatifs
Modifications dans les perceptions : <ul style="list-style-type: none"> • Hallucinations 	Affect émoussé
Modifications dans la pensée et les croyances : <ul style="list-style-type: none"> • Délires • Associations incohérentes d'idées 	Aboulie, apathie Alogie Anhédonie Asocialité
Modifications du comportement : <ul style="list-style-type: none"> • Désorganisation • Bizarrerie 	Autres : <ul style="list-style-type: none"> • Perturbations du sommeil • Dépersonnalisation • Déréalisation • Inquiétudes somatiques
Autres perturbations possibles	
Troubles cognitifs	
<ul style="list-style-type: none"> • Troubles d'attention (soutenue, sélective) et peu de tolérance à l'effort mental • Troubles de mémoire • Troubles des fonctions exécutives • Perturbation de la logique • Ralentissement de la vitesse de traitement de l'information • Anosognosie • Biais cognitifs 	
Troubles physiologiques	
Troubles affectifs	

Le diagnostic

Selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), la schizophrénie comporte plusieurs symptômes, dont au moins un est dit positif. Le fonctionnement est brimé dans au moins une sphère de vie des personnes touchées. Une contrainte de temps est aussi présente tant pour l'expression des symptômes que pour la durée de la présence de perturbations. Toutes autres explications doivent être exclues, que ce soit relié à un trouble de l'humeur, à l'effet d'une substance ou d'une condition médicale ainsi qu'à des antécédents de trouble du spectre de l'autisme ou d'un trouble de la communication. Une composante de sévérité peut aussi être ajoutée (APA, 2013). Voici les critères :

- A. Deux (ou plus) parmi les symptômes suivants, chacun devant être présent dans une proportion significative de temps au cours d'une période d'un mois (ou moins en cas de traitement efficace). Au moins l'un des symptômes (1), (2) ou (3) doit être présent :
 - 1. Idées délirantes.
 - 2. Hallucinations.
 - 3. Discours désorganisé (p. ex. incohérences ou déraillements).
 - 4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique.
 - 5. Symptômes négatifs (aboulie ou diminution de l'expression émotionnelle).
- B. Durant une proportion significative du temps depuis le début du trouble, le niveau de fonctionnement dans un domaine majeur tel que le travail, les relations interpersonnelles ou l'hygiène personnelle est passé d'une façon marquée en dessous du niveau atteint avant le début du trouble (ou, quand le trouble apparaît pendant l'enfance ou l'adolescence, le niveau prévisible de fonctionnement interpersonnel, scolaire ou professionnel n'a pas été atteint).
- C. Des signes continus du trouble persistent depuis au moins 6 mois. Pendant cette période de 6 mois, les symptômes (répondant au critère A [c.-à-d. les symptômes de la phase active]) doivent avoir été présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace); dans le même laps de temps, des symptômes prodromiques ou résiduels peuvent également se rencontrer. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes du trouble peuvent ne se manifester que par des symptômes négatifs, ou par deux ou plus des symptômes listés dans le critère A sous une forme atténuée (p. ex. croyances étranges ou expériences de perceptions inhabituelles).
- D. Un trouble schizoaffectif, ou dépressif, ou trouble bipolaire avec manifestations psychotiques ont été exclus parce que soit 1) soit qu'il n'y a pas eu d'épisode

maniaque ou dépressif caractérisé concurremment avec la phase active des symptômes, 2) soit, si des épisodes de trouble de l'humeur ont été présents pendant la phase active des symptômes, ils étaient présents seulement pendant une courte période de temps sur la durée totale des phases actives et résiduelles de la maladie.

- E. Le trouble n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. une drogue donnant lieu à abus, ou un médicament) ou à une autre pathologie médicale.
- F. S'il existe des antécédents de trouble du spectre de l'autisme ou de trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic surajouté de schizophrénie est posé seulement si des symptômes hallucinatoires et délirants importants, en plus des autres symptômes de la schizophrénie nécessaires au diagnostic, sont aussi présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace) (APA, 2013, p.99).

Le diagnostic est complexe à poser comme les psychoses peuvent également être présentes dans les troubles anxieux, les troubles de l'humeur et même chez les personnes neurotypiques (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013; Knorr, 2017; Starling et Feijo, 2012). La culture de la personne est aussi un élément important pour distinguer le normal de l'anormal. La langue peut représenter un barrage au repérage d'un discours décousu et les croyances associées aux hallucinations peuvent ne pas entraîner un bris de fonctionnement (APA, 2013).

Chez les plus jeunes, il est pertinent d'utiliser les mêmes critères diagnostiques que chez les adultes comme une cohérence est présente dans la présentation du trouble (APA, 2013; Gonthier et Lyon, 2004; Knorr, 2017). Toutefois, le diagnostic comporte un défi supplémentaire puisque les symptômes n'ont pas nécessairement une présentation franche et qu'ils peuvent s'expliquer par d'autres troubles plus communs de l'enfance comme un trouble du comportement ou des troubles au niveau langagier (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013; Starling et Feijo, 2012; Knorr, 2017). Une proximité est d'ailleurs présente entre les difficultés sociales des enfants ayant un trouble schizophrénique et ceux qui ont un trouble du spectre de l'autisme ce qui peut causer des erreurs diagnostiques (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013; Bailly *et al.*, 2003; Knorr, 2017). Souvent, les déficits cognitifs s'installent rapidement dans la forme précoce du trouble, tandis que l'ensemble

des symptômes permettant le diagnostic prend plus de temps, allongeant la « durée de psychose non traitée » chez ces enfants (Starling et Feijo, 2012).

Le diagnostic doit également tenir compte des diagnostics différentiels dans le spectre des troubles psychotiques, mais aussi de la présence de symptômes de nature autre que psychotique (APA, 2013). Une évaluation approfondie est donc nécessaire pour bien cerner les divers besoins quant aux déficits causés par le trouble de la schizophrénie, mais aussi par la présence de trouble comorbides (Knorr, 2017).

Voici des troubles comorbides au trouble de la schizophrénie :

- Anxiété (APA, 2013; Cannon *et al.*, 2008; Starling et Feijo, 2012)
- Trouble affectif (dépression, dysthymie) (APA, 2013; Bailly *et al.*, 2003; Cannon *et al.*, 2008; Starling et Feijo, 2012)
- TDAH (APA, 2013)
- Toxicomanie (APA, 2013; Cannon *et al.*, 2008; Starling et Feijo, 2012)
- Troubles anxieux (panique, phobie, trouble obsessionnel-compulsif) (APA, 2013; Cannon *et al.*, 2008; Knorr, 2017)
- Trouble du spectre autistique
- Retard mental
- Antécédents de traumatismes
- Troubles de développement (Starling et Feijo, 2012)
- Troubles de comportements (Bailly *et al.*, 2003)

La violence

Le risque de violence hétéro agressive n'est pas communément répandu chez les personnes qui ont un trouble de la schizophrénie, quoiqu'un plus présente chez les personnes en phase aigüe (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Le risque de ce type de violence augmente surtout en présence d'un trouble comorbide d'abus de substance (APA, 2013; Abdel-Baki *et al.*, 2016) ou chez les personnes avec un historique de violence ou d'impulsivité (APA, 2013). Toutefois, les personnes qui ont un

trouble de la schizophrénie se retrouvent plus souvent victimisées, autant dans leur passé que subséquemment à leur trouble (Abdel-Baki *et al.*, 2016).

Chez les personnes qui ont un trouble de la schizophrénie, il est plus fréquent de rencontrer de la violence auto agressive. Ces personnes peuvent représenter un risque pour elle-même lorsqu'elles obéissent aux commandes de leurs voix (APA, 2013). Le risque suicidaire est davantage présent chez les personnes ayant un trouble de la schizophrénie, soit de 20 à 25 fois plus que dans la population en général (Abdel-Baki *et al.*, 2016). La dépression, qui est associée au risque suicidaire, est souvent sous-diagnostiquée en comorbidité à ce trouble. L'affect dépressif peut être difficile à détecter compte tenu de la présence possible d'un affect émoussé ou d'un discours incohérent. L'année suivant le premier épisode psychotique est la période où le risque suicidaire est le plus élevé dû aux changements apportés par le trouble. Ces derniers peuvent être difficiles à accepter et nécessiter de grandes adaptations de la personne pour permettre la reprise de son fonctionnement. Par la suite, des changements dans le quotidien ou dans le suivi sont des moments plus à risque. Les rechutes et les symptômes résiduels lors de la phase de rétablissement sont des éléments qui accentuent le risque suicidaire (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Chez les enfants, 5 à 15 % de ceux qui ont un trouble de la schizophrénie vont se suicider ou mourir accidentellement (Bailly *et al.*, 2003).

Le pronostic

Selon Harrison *et al.* (2001), les deux premières années subséquentes au premier épisode psychotique permettent de prédire l'évolution à long terme du trouble de la schizophrénie. La durée de la phase prodromique (APA, 2013) ainsi que la durée de la psychose non traitée doivent être minimisées pour limiter l'impact détérioratif des signes et symptômes du trouble de la schizophrénie (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Par la suite, les cinq années suivant la première transition psychotique correspondent à la période critique où les effets des symptômes sont les plus présents. C'est d'ailleurs à ce moment que le risque de rechute est le plus élevé (Thomas, 2013).

Divers facteurs influencent la sévérité du trouble, menant à une reprise variable du fonctionnement de la personne. Environ 20 % à 25 % des personnes ayant ce trouble ont un rétablissement favorable après un seul épisode psychotique et « 50 % à 60 % peuvent grâce à une médication continue (...) espacer les rechutes et mener une existence paisible » (Abdel-Baki *et al.*, 2016, p369). Il n'en reste pas moins que plusieurs vivent avec des difficultés chroniques associées aux troubles et certains peuvent tendre vers une détérioration progressive (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013). L'espérance de vie chez les personnes qui ont une schizophrénie est plus basse que dans la population en générale. Cela peut être dû aux conditions médicales découlant du trouble ainsi qu'aux mauvaises habitudes de vie (APA, 2013).

Avec le temps, les symptômes positifs ont tendance à diminuer (Knorr, 2017). Le fonctionnement ultérieur de la personne est particulièrement influencé par la présence de symptômes négatifs, leur nombre, leur degré d'intensité et les dérèglements qu'ils engendrent. Les troubles cognitifs, qui peuvent perdurer, sont d'ailleurs liés à une qualité de vie subjective moindre, nuisant au pronostic (APA, 2013). Le décrochage scolaire et les difficultés d'intégration socioprofessionnelles en sont des conséquences naturelles. Les difficultés relationnelles ont aussi un impact en entraînant un appauvrissement de contacts sociaux bénéfiques (APA, 2013; Hakulinen, McGrath, Timmerman, Skipper, Mortensen, Pedersen et Agerbo, 2019). Un rejet social peut survenir subséquemment aux difficultés à entretenir des relations avec les autres (Abdel-Baki *et al.*, 2016), mais l'isolement peut être dû aux préjugés et à la stigmatisation dont sont victimes les personnes ayant un trouble mental sévère (Volman et Landeen, 2007).

Selon l'APA (2013), le meilleur prédicteur d'une évolution défavorable est l'anosognosie. Ce manque de conscience du trouble est lié à une non-adhérence au traitement ainsi qu'à un nombre de rechutes plus élevé. Starling et Feijo (2012) ajoutent aux facteurs défavorables le sexe masculin, un début insidieux, un mauvais fonctionnement antérieur, un abus de substance et un trouble du spectre autistique. Selon ces auteurs, les facteurs favorisant au mieux le pronostic sont une transition aiguë, peu de symptômes négatifs et un traitement précoce. L'évolution favorable du trouble est également grandement influencée par un niveau d'adaptation prémorbide élevé et un

changement du fonctionnement social faible à la suite du premier épisode psychotique (Bailly *et al.*, 2003).

Pour ce qui est de la forme plus sévère débutante à l'enfance, le fonctionnement est généralement plus impacté, avec des limites allant de modérées à sévères (Knorr, 2017). La schizophrénie précoce est plus réfractaire aux traitements et plus sujette aux rechutes. Plusieurs des symptômes négatifs s'améliorent dans les six premiers mois, mais cela peut prendre jusqu'à deux ans. Dans certains cas, la récupération du fonctionnement reste partielle due aux symptômes positifs et négatifs résiduels (Starling et Feijo, 2012). Le pronostic évolutif de ces enfants est moins bon que celui des adolescents et des adultes, autant dans leur réussite scolaire que professionnelle (Bailly *et al.*, 2003).

Impacts au niveau social

Le trouble de la schizophrénie est invalidant lors de la phase aiguë, mais les difficultés sont surtout insidieuses. Les symptômes négatifs apparaissent graduellement lors de la phase prodromique et peuvent perdurer pendant des années sous forme de symptômes résiduels (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013; Gonthier et Lyon, 2004). Leur présence et celle de troubles cognitifs subséquents à l'épisode psychotique entraînent un handicap mental qui impacte négativement la compétence sociale et la dimension occupationnelle (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Les activités nécessaires à une perception sociale juste sont la vigilance, la capacité à performer de façon continue, la capacité à centrer son attention, l'orientation spatio-temporelle, l'ajustement aux informations provenant de l'environnement, l'organisation des perceptions selon des concepts, le raisonnement et l'attribution logique. Une perturbation dans l'une de ses étapes va entraîner des erreurs de jugement social (Abdel-Baki *et al.*, 2016).

Une perturbation de la cognition sociale est liée à une perception moins bonne de la qualité de vie chez les personnes ayant un trouble de la schizophrénie. Ces personnes ont de la difficulté à reconnaître les émotions négatives telles que la colère et la peur, mais c'est surtout dans la compréhension de la cause que ces personnes peuvent vivre une détresse. La théorie de l'esprit est

donc ce qui affecte davantage la qualité de leur expérience sociale subjective (Maat, Fett et Derks, 2012).

Les symptômes négatifs font en sorte que l'interaction est difficile à établir ainsi qu'à entretenir, autant au niveau personnel qu'occupationnel (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Rappelons que la personne peut :

- Avoir une réaction émotionnelle inappropriée au contexte puis tendre à ne pas être expressive et à avoir peu de contact visuel
- Avoir de la difficulté à converser, soit par un manque d'énergie, par une diminution de la motivation ou par la perte de la capacité à transmettre de l'information par les mots
- Avoir peu de centres d'intérêt
- Ne pas être consciente de ses difficultés (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013)
- Avoir un manque d'hygiène
- Avoir une baisse de rendement (Abdel-Baki *et al.*, 2016)

Pour ce qui est des troubles cognitifs, les difficultés engendrées impactent la compétence sociale et elles entraînent des conséquences directes sur la capacité de la personne à maintenir son rendement académique ou professionnel. Les troubles cognitifs font en sorte que la personne peut :

- Accorder trop d'importance à des banalités et pas suffisamment aux informations essentielles au contexte
- Ne plus arriver à maintenir son attention lors d'une tâche ou d'alterner entre deux
- Être facilement distraite
- Oublier
- Comprendre seulement le sens premier
- Avoir de la misère à maintenir les limites des concepts, incluant plus d'informations que nécessaire et rendant sa logique erronée
- Se remémorer certaines informations d'évènements sans leur contexte. Un détail peut alors prendre des proportions démesurées et la perte de sens dans ses souvenirs la rend incohérente.
- Se percevoir comme elle était auparavant, avec toutes ses fonctions intactes

- Avoir peu de flexibilité cognitive, ce qui met à mal sa capacité d'adaptation
- Ne pas arriver à planifier ni à initier des actions pour arriver à un but ou pour résoudre un problème. Elle persévère avec les mêmes gestes en croyant à une finalité différente (Abdel-Baki *et al.*, 2016).

L'adaptation sociale des personnes ayant une schizophrénie dépend de facteurs prédictifs non modifiables et modifiables. Voici des facteurs prédictifs nuisibles non modifiables au fonctionnement social :

- Peu de compétences sociales prémorbides : il est proposé que de réapprendre des compétences est plus facile que de ne partir de rien.
- Être un homme : ils ont souvent un plus grand déficit en ce qui a trait à l'insertion professionnelle et aux soins personnels.
- La précocité du trouble : En plus d'être une forme plus sévère avec un impact négatif au niveau des capacités cognitives, le trouble survient lors de la période de scolarisation
- Déficits cognitifs
- Mode de transition insidieux
- Absence de déclencheur lors du premier épisode psychotique

Voici des facteurs prédictifs nuisibles modifiables au fonctionnement social :

- Présence de troubles cognitifs
- Sévérité des symptômes négatifs
- Sévérité des symptômes positifs
- Délais dans la prise en charge du traitement et manque de régularité du suivi
- Consommation de drogues
- Haut niveau d'émotions exprimées
- Présence de comorbidités (Pontonnier, Galland, Vaille-Perret, Tourtauchaux et Jalenques, 2007)

Intimité

Un besoin plus précis qui découle des difficultés sociales et qui nécessite d'être adressé pour un rétablissement optimal chez les personnes qui ont un trouble de la schizophrénie concerne les relations intimes. Peu d'études ont été réalisées sur ce sujet et la majorité d'entre elles portent sur l'aspect biologique de la sexualité. Très peu portent sur la dimension psychologique ou socioculturelle de la sexualité des personnes qui ont un trouble de la schizophrénie (de Jager et McCann, 2017). Il ne semble pas y avoir d'études réalisées sur l'impact futur de cette dimension chez ceux qui ont une psychose précoce ou très précoce. Toutefois, le jeune âge lors de l'apparition du premier épisode psychotique est lié à une perturbation dans le développement et cela affecte également le développement psychosexuel. Une conséquence possible est une ignorance de la façon d'être et d'agir dans son rôle sexuel et lors d'une relation sexuelle. Cela reporte alors le moment de la première relation intime et sexuelle, et parfois même, la personne peut ne jamais explorer cet aspect de sa vie (Volman et Landeen, 2007).

Les personnes qui ont un trouble de la schizophrénie veulent s'investir dans des relations amoureuses (Östman et Björkman, 2013). Toutefois, plusieurs personnes peuvent manquer de ressources personnelles au niveau social et sexuel pour établir et maintenir ce type de relation (Assalian, Fraser, Tempier et Cohen, 2000). Selon l'étude de Pillay, Lecomte et Abdel-Baki (2018), les jeunes adultes célibataires, psychotiques ou non, vivent un inconfort avec l'intimité et ils ont moins confiance en eux. Cependant, les personnes qui ont un trouble psychotique ont plus fréquemment un attachement insécure, ce qui les amène à avoir un plus grand besoin de se faire rassurer ainsi qu'un désir plus élevé d'avoir une relation fusionnelle. La peur du rejet peut les empêcher d'initier des comportements d'approche. Cette peur du rejet vient avec une faible estime de soi qui peut être exacerbée par la stigmatisation perçue.

Stigmatisation. La stigmatisation de ce trouble mental peut nuire aux rencontres ainsi qu'au maintien des relations (Östman et Björkman, 2013). La stigmatisation ressentie peut augmenter le niveau de détresse et de désespoir chez ces personnes, qui se sentent alors incomprises et isolées (DeNiro, 1995). Le regard réprobateur de la société sur la possibilité de fonder

éventuellement une famille avec une personne qui a un trouble mental peut aussi dissuader d'éventuels partenaires (Rowlands, 1995). La différence dans la facilité d'être en relation entre les hommes et les femmes pourrait être en partie attribuée au fait que la vulnérabilité est plus socialement acceptée chez les femmes (Pillay *et al.*, 2018) quoique le jugement et le rejet restent présents, même dans les milieux sociaux dits sécuritaires (Volman et Landeen, 2007). Aborder son trouble mental avec un ou une partenaire est souvent difficile, quoique préférable. Plusieurs aiment mieux choisir la façon d'annoncer leur diagnostic (de Jager et McCann, 2017).

Relations sexuelles. Le trouble de la schizophrénie n'a pas un impact direct sur le désir et l'activité sexuelle (Miller, 1997). Néanmoins, les relations sexuelles sont souvent considérées comme insatisfaisantes ou inexistantes par les personnes qui ont un trouble de la schizophrénie et par leur partenaire (Östman et Björkman, 2013), quoique plusieurs réussissent à s'ajuster pour trouver un nouvel équilibre (Volman et Landeen, 2007). Tous affirment que leur trouble mental a un grand impact sur leur sexualité au point où certains peuvent ne plus se sentir comme un être sexuel (Östman et Björkman, 2013; Volman et Landeen, 2007). Les personnes qui ont un trouble de la schizophrénie ont fréquemment de la difficulté en relation avec leur corps, autant envers leur apparence que dans les aptitudes impliquées dans l'acte sexuel. Certains d'entre eux ne ressentent aucun désir ou plaisir et peuvent même n'avoir aucun intérêt sexuel, parfois subséquemment à la médication. De plus, leur sentiment d'être différent des autres amène une part d'insécurité dans leurs relations intimes. Ils ont alors tendance à laisser leur partenaire initier les interactions sexuelles. Chez ce ou cette dernière, le poids des symptômes au quotidien peut jouer un rôle en diminuant le désir (Östman et Björkman, 2013). Toutefois, il peut être plus fréquent de retrouver des obsessions sexuelles chez ceux qui ont un trouble de la schizophrénie (de Jager et McCann, 2017) et de la masturbation liée à un sentiment de honte et de culpabilité (Östman et Björkman, 2013). Lors d'un épisode psychotique, une hyper sexualité peut être présente (Checkley, Thompson, Crofts, Mijch et Judd, 1996) ainsi qu'une diminution des frontières de l'identité et de l'orientation sexuelle (de Jager et McCann, 2017).

Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Pour ce qui est des ITSS, beaucoup d'études ont été réalisées dans les années 1980 et 1990 et peu dans les dernières années (de Jager et McCann, 2017). Un plus grand risque est présent chez les personnes qui ont un suivi psychiatrique (Gottesman et Groome, 1997; McDermott, Sautter, Winstead et Quirk, 1994) et encore plus chez celles qui ont un trouble mental grave (Herman, Kaplan, Satriano, Cournos et McKinnon, 1994). Tout comme dans la population en général, les facteurs principaux augmentant le risque d'infection sont la consommation de drogues illicites et les relations sexuelles non-protégées. Ces facteurs sont fréquents chez les personnes ayant un trouble mental (Checkley, Thompson, Crofts, Mijch et Judd, 1996). En plus, chez les personnes qui ont un trouble de la schizophrénie, un comportement à risque plus présent est le fait d'avoir plusieurs partenaires (Grassi, Pavanati, Cardelli, Ferri et Peron, 1999). Un autre risque pour les personnes ayant un trouble psychotique est qu'elles sont plus sujettes aux abus sexuels par ceux qui profitent de leur passivité, de la diminution de leur compétence sociale et de leur précarité financière (Gottesman et Groome, 1997). Dans l'étude de Cournos, Guido, Coomaraswamy, Meyer-Bahlburg, Nat, Sugden et Horwath (1994), 50 % des participant(e)s avaient déjà eu des rapports sexuels afin d'obtenir de l'argent ou des biens. Il est également important de considérer que les personnes qui ont un trouble psychotique ont une diminution de leur capacité à consentir aux relations sexuelles (Mandarelli, Zangaro, Raja, Azzoni, Tatarelli et Ferracuti, 2012).

Planification familiale. Comme les personnes qui ont un trouble de la schizophrénie ont des comportements sexuels à risque, les femmes sont plus sujettes aux grossesses non planifiées et non désirées (Miller et Finnerty, 1996). Peu d'entre elles utilisent un moyen de contraception et lorsqu'enceinte, elles peuvent être moins assidues dans leur suivi obstétrique et même faire du déni de grossesse (Miller, 1997). Pour celles qui désirent avoir éventuellement un enfant, certains risques sont présents pour elle et pour son enfant. La grossesse est considérée à risque avec un plus grand risque d'accouchement prématuré, d'un retard de croissance intra-utérin, de faible poids à la naissance ainsi que d'avoir un enfant mort-né. Le respect du suivi obstétrique peut être irrégulier dû aux difficultés relationnelles et à la désorganisation secondaire au trouble (Nilsson, Lichtenstein, Cnattingius, Murray et Hultman, 2002). Pour la mère, le risque de décompensation psychotique

augmente avec le stress qu'amène la venue d'un bébé (Meltzer et Kumar, 1985). Conséquemment au trouble, les déficits sociaux-affectifs et comportementaux possibles de la mère peuvent nuire à son ajustement aux besoins de son enfant (Miller, 1997; Wan, Penketh, Salmon et Abel, 2007). Ces réponses décalées ajoutent un risque à la vulnérabilité génétique présente chez le nourrisson (Miller, 1997). Pour ces enfants, des risques développementaux sont présents (Chen, Chen, Leung et Tsang, 2021). Un autre élément de risque pour ces nouvelles familles est un risque vital, comme les troubles mentaux augmentent le taux de décès chez les mères (Lewis et Drife 2004). Pour pallier ces risques, le soutien de l'entourage est précieux, quoique généralement limité. Un soutien professionnel pourrait être bénéfique à l'amélioration des compétences parentales (Salmon, Abel, Cordingley, Friedman et Appleby, 2003).

Avenir professionnel

Le changement dans les fonctions cognitives qui sont subséquentes aux épisodes psychotiques entraîne des conséquences au niveau occupationnel. L'impact peut être différent pour chacun, pouvant nuire aux habiletés professionnelles ou au comportement attendu d'un employé (Kossmann *et al.*, 2021). Selon Netto, Yeung, Cocks et McNamara (2015), le retrait social en réaction aux regards péjoratifs, mais aussi l'intégration de cette vision dans leur identité sont également des conséquences des troubles mentaux. Toutefois, ces personnes veulent jouer un rôle productif afin de les aider à développer une identité, mais aussi un sentiment de fierté et d'accomplissement, en plus d'une autonomie financière. Néanmoins, les facteurs limitants la possibilité de trouver un emploi sont de perdre des rôles sociaux importants pour la personne et de s'ajuster au milieu en tenant compte de la pression et de l'incompréhension des collègues. Une dernière limite concerne les opportunités d'emplois où le soutien n'est pas facile d'accès ou simplement indisponibles. À l'inverse, un soutien formel centré sur la personne aide celles qui ont un trouble mental à se trouver un emploi. Un soutien informel de la part de l'entourage est aussi précieux. Une écoute attentive et un respect des choix de la personne aident à maintenir la motivation.

Section 2

L'intervention auprès des jeunes ayant
un trouble de la schizophrénie

L'attitude de l'intervenant

Les prochaines pages présentent des lignes guides dans l'intervention auprès de jeunes qui ont une schizophrénie. Les processus ainsi enclenchés évoluent à long terme et se veulent davantage une façon d'être en relation que d'objectifs à atteindre. Il est important de tenir compte de la particularité de chaque jeune et de respecter son rythme.

Ce qu'il ne faut pas faire

Ne pas contredire...

Le jeune n'a pas demandé à avoir l'opinion d'une autre personne. Il n'est probablement pas conscient des erreurs dans son discours ni du fait que cela représente un symptôme du trouble. Il pourra alors chercher des arguments et des preuves qui appuient ses idées, qui iront renforcer ses défenses. Avec le temps, le jeune peut se refermer, se sentir isolé et être en colère lorsque le sujet des idées délirantes est abordé, tout en se braquant dans ses convictions. Ce repli vient nuire à l'engagement du jeune dans son suivi.

... et ne pas faire comme si les idées délirantes ou les hallucinations n'existent pas

Le fait d'éviter de parler du sujet ou d'être vague dans la discussion peut envoyer un message que ce sujet dérange, que le jeune dérange. Ce dernier peut aussi croire que son entourage est de connivence, créant ainsi un malaise dans les relations. Les moyens utilisés doivent chercher à instaurer le doute afin de débiter une réflexion.

Ne pas systématiquement rassurer

En rassurant trop souvent, le jeune peut devenir dépendant de l'autre dans la gestion de ses craintes. D'un autre côté, les paroles se voulant rassurantes peuvent être comprises comme une invalidation des inquiétudes. Elles peuvent aussi entraîner de la méfiance puisque le jeune ne comprend pas la motivation de l'autre à ce qu'il baisse sa garde. Rassurer n'est donc pas conseiller si le jeune vit un sentiment de persécution. Il faut trouver les sources des inquiétudes et travailler sur ces dernières.

Ne pas utiliser l'humour

L'utilisation de l'humour auprès des jeunes qui ont une schizophrénie n'est pas conseillée si ces derniers n'ont pas conscience de la différence entre les réalités subjectives. Ces jeunes ne comprennent pas toujours ce mode de communication comme il nécessite de bien saisir le langage non verbal, les sous-entendus et les concepts relatifs à la théorie de l'esprit. L'humour peut alors être interprété comme une attaque ou que l'intervenant trouve l'idée stupide.

Ne pas confondre les symptômes et les désirs

Afin de ne pas culpabiliser le jeune, il ne faut pas associer chacune de ses idées à qui il est. Il faut tolérer de ne pas comprendre la provenance des symptômes, de ne pas chercher le caractère volontaire ou intentionnel dans les comportements émis. Les pensées automatiques sont hors de contrôle de la personne et il faut transmettre cette vision quand le jeune se sent coupable ou croit que ses pensées ont une valeur révélatrice. Il faut faire attention au cercle vicieux qui peut être créé quand le jeune essaie de ne pas repenser à une même pensée automatique, ayant pour effet d'augmenter la fréquence de la pensée. Les thérapies visant les pensées automatiques sont aussi efficaces chez cette clientèle.

Ce qu'il faut faire

Parler

Les thèmes des idées délirantes et d'hallucinations sont importants pour les jeunes. Il faut donc l'écouter, poser des questions afin de comprendre ce qu'il vit. Le fait de questionner les implications de ce que le jeune a vécu lui permet d'élargir sa vision et d'être moins dans la certitude. Il faut aussi tenir en compte que quand une question est posée, c'est que la réponse est inconnue. Remettre en question la réponse expose le doute, le manque de confiance envers le jugement du jeune qui pourra alors rejeter la relation.

Être honnête ET respectueux

Il faut admettre que le point de vue du jeune existe, sans nécessairement être en accord. Une phrase comme « je n'ai pas la même perception que toi » ou « ma réalité est différente de la tienne » permet d'établir une distinction entre la vision de chacun.

Développer l'habitude d'envisager des alternatives

Des hypothèses différentes peuvent être progressivement amenées. Elles doivent tenir compte de l'intérêt de la personne et non de ce qui semble être le plus probable pour l'intervenant. Évaluer ces hypothèses permet la recherche d'arguments pour et contre chacune des possibilités et d'augmenter la compréhension de ce qui peut arriver au quotidien. Comme il est question d'une habitude, cette remise en question est à pratiquer régulièrement.

Détailler les convictions

En cherchant à contrer le vague dans les idées du jeune, l'impression globale qui peut être ressentie comme menaçante va s'estomper en prenant conscience exactement où il y a des risques et où il se sent en sécurité. Cela va soutenir le jeune dans la gestion des émotions que ces idées engendrent. Il faut cependant respecter le rythme du jeune en l'aidant à prendre en compte seulement les éléments qui sont disponibles au jeune. Si une idée est particulièrement stressante ou menaçante, il est mieux de ne pas la préciser.

Soutenir dans la vision de soi

L'estime de soi des jeunes ayant une schizophrénie est souvent faible. Les émotions vécues soutiennent les perceptions erronées ou déformées. Un moyen est de questionner les conséquences visibles qui auraient lieu si ce que le jeune se dit était vrai. Il est aussi possible d'analyser les arguments qui amènent à ces réflexions négatives. Encore une fois, rassurer peut amener le jeune à se sentir incompris.

Faire prendre conscience du point de vue de l'autre

Étant donné que ces jeunes ont souvent un déficit dans la théorie de l'esprit, la reconnaissance et l'interprétation des émotions chez autrui est difficile. Faire prendre conscience que ses idées sont étranges pour son entourage est un processus progressif. La capacité à se mettre à la place de l'autre permet au jeune de se décentrer de ses convictions pour les remettre en question.

Utiliser le raisonnement logique

Le raisonnement des jeunes aux prises avec une schizophrénie est lié étroitement à leurs émotions. Il faut donc d'abord aider à les identifier. Par la collaboration, il est possible d'analyser l'idée délirante comme étant réelle, avec ses conséquences et ses observations. S'il y a un paradoxe, il faut le soulever et travailler à deux vers une démarche commune de résolution.

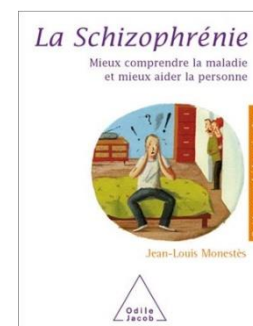
Promouvoir les tests de la réalité

Le fait d'émettre des hypothèses et de les vérifier permet au jeune de se sentir plus autonome dans l'évaluation et la gestion de ses idées. Cette façon de faire est présente au début des symptômes, mais disparaît quand la conviction prend place. Les hypothèses peuvent alors être confirmées par des interprétations erronées. Il faut donc établir des règles :

- Que la personne en ait envie, que le doute soit présent
- Que la personne considère les conditions de réalisation fiables avant le test

Néanmoins, la prise de conscience peut être difficile comme elle peut remettre en question la vision du monde de la personne, mais aussi de sa perception d'elle-même.

Tiré de Monestès, J.-L. (2008). *La schizophrénie. Mieux comprendre la maladie et mieux aider la personne*. Paris, France : Odile Jacob. Ce livre est disponible à la bibliothèque du CHRDL.



Vous pouvez aussi vous référer à [la méthode EEAP](#) qui s'apparente davantage à une technique de communication qu'à une intervention (Amador, 2007).

Interventions en lien avec l'accompagnement de la dimension sociale

En ce qui concerne l'intervention auprès des personnes qui ont un trouble de la schizophrénie, peu d'études sont réalisées auprès des enfants comme ce trouble est peu répandu en bas âge et que le diagnostic est difficile à poser. Il est commun d'adapter les interventions qui ont fait leurs preuves auprès des adolescents et des jeunes adultes (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Toutefois, une approche biopsychosociale est recommandée pour tous afin de soutenir la reprise du fonctionnement (Abdel-Baki *et al.*, 2016; APA, 2013). Pour ce qui est de l'intervention psychosociale auprès de mineurs, certaines recommandations canadiennes sont de mises. Ces dernières sont adaptées des lignes guides du *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), du *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN) et de l'*European Psychiatric Association* (EPA), dont les recommandations s'adressent à une population adulte. Parmi les recommandations canadiennes, il est entre autres fortement suggéré de faire équipe avec la famille et le jeune atteint, de tenir compte de l'avis du jeune, de maintenir l'espoir, de prendre le temps d'établir une relation de confiance, de promouvoir l'autonomie et la participation du jeune et surtout, de s'assurer d'une bonne compréhension mutuelle en tenant compte des capacités cognitives et émotionnelles du jeune, mais aussi de sa langue et de sa culture (Lecomte, Abidi, Garcia-Ortega, Mian, Jackson, Jackson et Norman, 2017).

Les interventions possibles sont variées et peuvent être combinées afin de répondre aux besoins différents de chaque personne ayant un trouble de la schizophrénie ainsi qu'aux besoins spécifiques des différentes phases d'évolution du trouble (Abdel-Baki et Nicole, 2001; Abdel-Baki *et al.*, 2016). De plus, la combinaison de traitements peut avoir un effet synergique, potentialisant les effets bénéfiques (Horan et Green, 2019). L'aspect biologique est généralement adressé en premier afin de rétablir le fonctionnement chimique du cerveau. Son effet est potentialisé par des interventions psychosociales conjointement entreprises. Les interventions sur la dimension psychologique visent les déficits causés par la psychose en soutenant le jeune dans son réapprentissage de ses capacités. Celles s'adressant aux besoins sociaux sont graduellement intégrées lorsque la personne s'est stabilisée à la suite de la phase aigüe (*Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program*, 2016). Néanmoins, la réponse

aux interventions n'est pas garantie et plusieurs essais peuvent être faits avant de trouver un moyen efficace (Abdel-Baki et Nicole, 2001; Abdel-Baki *et al.*, 2016).

Les difficultés sociales sont une manifestation de la détérioration du fonctionnement de la personne à la suite d'un épisode psychotique (Speranza, 2009). Les troubles attentionnels font en sorte que la personne ne perçoit pas la situation dans un ensemble cohérent comme chaque stimulus à le même niveau d'importance, rendant l'information pertinente difficile à départager. L'apathie et les déficits dans les fonctions exécutives rendent la mise en action complexe et ne permettent pas la planification d'une réponse adéquate aux demandes de l'environnement (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Au CISSS de Lanaudière, certains besoins doivent préalablement être adressés avant de soutenir le jeune dans l'apprentissage ou le réapprentissage de ses habiletés sociales. Une certaine chronologie des interventions est donc présente, mais comme la présentation symptomatique est très variable, le choix des interventions doit surtout tenir compte des besoins et des limites du jeune. Un plan de réadaptation peut être établi avec le jeune, selon son niveau de motivation, en tenant compte de ses besoins et en intégrant ses plans pour le futur. Il doit être flexible et s'ajuster à l'intérêt du jeune et à l'évolution de son trouble (Lecomte et Leclerc, 2016; Noiseux *et al.*, 2012; Pachoud, 2013).

Intervention précoce

Ce type d'intervention est permis par l'éducation auprès de la population et des professionnels de la 1^{ère} ligne (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Ces personnes apprennent à discerner les signes précurseurs d'une psychose ainsi que les façons d'obtenir de l'aide. Faciliter l'accès aux soins chez les jeunes qui ont une diminution dans leur fonctionnement est un moyen de réduire les impacts dès la phase prodromique tout en facilitant la reprise de leur fonctionnement (*Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program*, 2016; MSSS, 2018). L'intervention précoce permet aussi de maintenir le lien avec les milieux sociaux du jeune (Vacheron, Vayrat-Masson et Wehbe, 2017). Dans cette optique de célérité des soins, le DSM-5 a intégré un nouveau diagnostic, soit celui de trouble psychotique atténué, qui permet de débiter plus rapidement le traitement même en présence d'une ambiguïté sur le diagnostic (Abdel-Baki *et al.*,

2016; APA, 2013). Une prise en charge médicale rapide peut alors freiner le processus de désinsertion sociale (Pachoud, 2013). En instaurant un cadre d'intervention biopsychosociale, l'intervention précoce améliore l'évolution du trouble en atténuant les effets des stressés. Il permet de limiter les effets négatifs et ainsi favoriser le fonctionnement ou sa reprise. L'intervention précoce permet aussi de surveiller l'évolution du trouble lors de la période critique d'intervention qui est d'une durée de 3 à 5 ans (Abdel-Baki *et al.*, 2016).

Le questionnaire de dépistage de la psychose « refer-o-scope » est disponible autant pour la famille, le jeune ou un professionnel. Il peut aussi être utilisé pour dépister les rechutes. Voici le lien : <https://www.refer-o-scope.com/>

Évaluation

Comme le trouble de la schizophrénie a une présentation hétérogène (Abdel-Baki *et al.*, 2016), une évaluation approfondie est nécessaire pour bien cerner les divers besoins de la personne quant aux déficits causés par ce trouble, mais aussi par la présence de trouble comorbides (Knorr, 2017). Selon Starling et Feijo (2012), il est également nécessaire de « prendre en compte la dimension traumatique dans la compréhension de la symptomatologie et de s'attacher à la soulager au même titre que le trouble psychotique ». Selon ces auteurs, voici quelques éléments à prendre en compte lors de l'évaluation :

- L'apparence et le comportement
- L'*Insight*
- L'humeur dépressive
- L'humeur euphorique
- Le cours de la pensée
- Les anomalies de perceptions (hallucinations)
- Le contenu de la pensée (délires)
- Fonctions cognitives
- Présence de comorbidités
- Le risque suicidaire

Pour avoir un profil plus complet, différentes sources d'information permettent de cerner l'ensemble de la situation. Avec le jeune et sa famille, il est nécessaire de planifier l'intervention à long terme pour que tous soient préparés (Starling et Feijo, 2012). Différents outils peuvent aider à mieux comprendre les besoins de la personne qui a un trouble de la schizophrénie. En voici quelques un :

- *Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia for Children - Present and Lifetime version* (K-SADS-PL) (Chambers *et al.*, 1985; Kaufman *et al.*, 1997; Kaufman *et al.*, 2016)

Cet outil est un entretien diagnostic semi-structuré qui permet d'évaluer les troubles mentaux chez les jeunes de 8 à 18 ans. Après avoir répondu à des informations générales concernant le jeune, l'entretien permet de détecter les symptômes présents et ainsi éliminer les modules diagnostiques non correspondants. Les modules diagnostiques du K-SADS-PL concernent les troubles de l'humeur, les troubles psychotiques, les troubles anxieux, les troubles neurodéveloppementaux ou comportementaux ainsi que les troubles alimentaires et l'abus de substance.

Une version française selon les critères diagnostiques du DSM-5 est disponible sur le site de la SFPEADA <http://sfpeada.fr/k-sads-pl-dsm-5-version-francaise-2018/>

- Questionnaire sur la citoyenneté (*Citizenship Measure* [CM]) (Pelletier, Corbière, Lecomte, Briand, Corrigan, Davidson et Rowe, 2015)

Le CM est un questionnaire sur la citoyenneté comprenant 46 énoncés que l'utilisateur doit coter de 1 (tout à fait en désaccord) à 5 (tout à fait d'accord). Ces énoncés couvrent 5 dimensions :

- Besoins essentiels
 - Implication dans la communauté
 - Autodétermination
 - Accès aux services
 - Respect d'autrui.
- Questionnaire sur le rétablissement (*Recovery Assessment Scale* [RAS]) (Pelletier, Corbière, Lecomte, Briand, Corrigan, Davidson et Rowe, 2015)

Le RAS est un questionnaire auto administré qui comprend 41 énoncés que la personne doit coter, sur une échelle de 1 (fortement en désaccord) à 5 (tout à fait d'accord). Cinq dimensions sont évaluées par le RAS :

- Confiance en soi et espoir
 - Volonté de demander de l'aide
 - Objectifs et projet de vie
 - Recours aux autres
 - Gestion des symptômes
- Questionnaire des besoins en réadaptation psychosociale (QBRP) (Bisson et Goulet, 2005)

Le QBRP est complété par l'intervenant principal avec la participation de la personne sous forme de discussion. Le niveau d'autonomie est analysé selon 5 sphères :

- Les activités de la vie quotidienne
- La santé physique et mentale
- Le fonctionnement affectif et social
- L'intégration sociale
- Besoins spécifiques et projets personnels

Il permet d'identifier :

- Les forces, les défis et les besoins de la personne selon 5 sphères
 - Les objectifs personnels de personne
 - Les moyens pour accompagner la personne dans son rétablissement
- [*Structured Interview for Psychosis-risk Syndromes \(SIPS\)*](#) (McGlashan, Walsh, et Wood, 2001)

Le SIPS est un entretien semi-structuré qui doit être administré par une personne formée et contient une échelle nommée *Scale of Prodromal Symptoms* (SOPS). Il permet de repérer les symptômes présents lors de la phase prodromique. Trois catégories de symptômes sont identifiées :

- Les symptômes anxieux ou dépressifs
- Les symptômes psychotiques atténués
- Les symptômes psychotiques transitoires

- Profil des compétences de vie (*Life Skills Profile* [LSP]) (Rosen, Hadzi-Pavlovic et Parker, 1989; traduit par Mohr, Simon, Favrod, Fokianos et Ferrero, 2004)

Cet instrument mesure les aspects du fonctionnement social qui ont un impact dans l'adaptation au quotidien de la personne qui a un trouble de la schizophrénie. Ce questionnaire peut être rempli par un professionnel ou un proche et ne nécessite donc pas une formation. Les cinq facteurs évalués sont :

- Les soins personnels
- La quiétude
- Les contacts sociaux
- La communication
- La responsabilité

Voici quelques sites web proposant des outils d'évaluation et/ou d'intervention :

- <https://centre-ressource-rehabilitation.org/-outils-d-evaluation->
- <https://www.seretablir.net>
- <https://instrumentspsychometriques.mcgill.ca/>

Le répertoire d'instruments de mesure en langue française du site web de McGill comporte des informations relatives à des instruments psychométriques. Quelques-uns de ces questionnaires sont en lien avec la schizophrénie ou à des troubles mentaux graves, mais s'adressent généralement à une population adulte. En voici plusieurs selon le domaine d'évaluation :

- L'utilisation des services et les besoins
 - [Entrevue pour déterminer les besoins de soins et services dans la schizophrénie \(EDBES\)](#) (Cormier, Pinard, Leff et Lessard, 1985)

Le questionnaire est autoadministré ainsi que complété par l'intervenant. Il permet d'évaluer les besoins et l'utilisation de 3 types de services :

- Intervention de crise
- Intervention clinique
- Intervention de réhabilitation

- Les symptômes associés à la pathologie
 - [Échelle des symptômes positifs et négatifs \(ESPN\) \(Positive and Negative Syndrome Scale \[PANSS\]\)](#) (Kay, Fiszbein et Opler, 1987)

La PANSS évalue les symptômes psychopathologiques observés chez des patients présentant des états psychotiques, particulièrement la schizophrénie. L'échelle à 30 items permet de situer la personne quant à 3 dimensions :

 - Symptômes positifs
 - Symptômes négatifs
 - Psychopathologie générale (16 items)
 - [BASIS-32](#) (Eisen, Dill et Grob, 1994)

Le BASIS-32 permet de mesurer les résultats de traitement psychiatrique quant aux aspects symptomatologiques et du fonctionnement selon la perspective de la personne concernée.
 - [Questionnaire HoNOS-F](#) (Wing, Curtis et Beever, 1996; traduit par Bonsack, 1997)

Ce questionnaire permet de mesurer les résultats de la prise en charge de la personne, autant sur les plans de sa santé que de son fonctionnement social.

 - Problèmes de comportement
 - Les incapacités rencontrées
 - Les problèmes de symptomatologie
 - Les troubles du fonctionnement social
 - [Échelle d'appréciation des symptômes négatifs \(SANS\)](#) (Andreasen, 1984a; traduit par Lecrubier et Boyer, 1987)

Le SANS permet de documenter les symptômes négatifs d'une personne ayant un trouble schizophrénique. Il est recommandé de la jumeler à l'échelle d'appréciation des symptômes positifs (SAPS).
 - [Échelle d'appréciation des symptômes positifs \(SAPS\)](#) (Andreasen, 1984b; traduit par Boyer et Lecrubier, 1987)

La SAPS permet de documenter les symptômes positifs d'une personne ayant un trouble schizophrénique. Il est recommandé de la jumeler à l'échelle d'appréciation des symptômes négatifs (SANS).

- [Questionnaire de plaintes de Francfort \(QPF\)](#) (Süllwold, 1986 ; traduit par Loas, Berner, Rein, Yon, Boyer et Lecrubier, 1986)

Le QPF évalue les plaintes cognitives des personnes ayant une schizophrénie. Il permet également de valider l'utilisation de stratégies favorisant le contrôle sur les plaintes.

- [Échelle subjective d'évaluation de la cognition pour patients schizophrènes \(ÉSECS\)](#) (Stip, Caron, Renaud, Pampoulova et Lecomte, 2003)

L'ÉSECS permet de mesurer les dimensions subjectives de la cognition dans la schizophrénie, dont :

- La mémoire
- L'attention
- Les fonctions exécutives
- Les praxies

- Le fonctionnement général

- [La mesure du répertoire comportemental \(MRC\)](#) (Conroy et Bradley, 1985; traduit par Cyr, Toupin et Lesage, 1992)

La MRC permet de mesurer l'autonomie fonctionnelle chez les populations de patients psychiatriques chroniques.

- Les activités de la vie quotidienne (AVQ)

- [L'échelle des habiletés de vie autonome \(EHVA\)](#) (Wallace, Kochanowicz et Wallace, 1985; traduit par Cyr, Toupin, Lesage et Valiquette, 1992)

L'EHVA permet de documenter l'autonomie et les habiletés de vie quotidienne des personnes ayant un trouble de santé mentale grave

- Les rôles sociaux

- [L'échelle d'adaptation sociale \(EAS-II\)](#) (Schooler, Hogarty et Weissman, 1979; traduit par Toupin, Cyr, Lesage et Valiquette, 1993)

L'EAS-II permet d'évaluer spécifiquement l'adaptation sociale de patients présentant des troubles mentaux graves selon 9 échelles :

- Le travail
- La cohabitation avec la principale personne de la maisonnée
- La sexualité
- Les relations parentales
- Les relations avec la famille éloignée
- Les loisirs et les relations sociales
- Les relations amoureuses
- Le bien-être personnel
- Le degré d'adaptation générale

- [Inventaire des rôles](#) (Oakley, Kielhofner, Barris et Reichler, 1986; traduit par Hachey, Jumoorty et Mercier, 1995)

Ce questionnaire permet de connaître les rôles principaux de la personne ainsi que le degré de valorisation qui leur sont associés.

- Les habiletés spécifiques
 - [Évaluation Écologique des Habiletés Sociales \(EEHS\)](#) (Tremblay, Bandeira et Garceau, 1994)

L'EEHS se fait par l'entremise de neuf mises en situation structurées afin d'évaluer le niveau de compétence sociale.

- [Évaluation des habiletés à la résolution de problèmes interpersonnels](#) (Donahoe, Carer, Bloem, Leff, Laasi et Wallace, 1990)

L'évaluation s'adresse particulièrement aux personnes ayant une schizophrénie. Elle se fait par l'entremise de vidéos standardisés représentant des situations du quotidien, puis par des jeux de rôle et des réflexions. Six sous-échelles sont présentes :

- Identification de la présence ou non d'un problème
- Définition de la situation problématique

- Traitement de l'information qui aboutit à la sélection d'une solution au problème
 - Contenu verbal des répliques du patient
 - Performance dans le jeu de rôle en ce qui a trait aux signes non verbaux
 - Global en ce qui a trait au jeu de rôle.
- [*Multnomah Community Ability Scale \(MCAS\)*](#) (Barker et Barron, 1997; traduit par Corbière, Crocker, Lesage, Latimer, Ricard et Mercier, 2002)

Le MCAS permet de mesurer le degré d'incapacité de personnes ayant un ou des troubles mentaux graves et qui vivent dans la communauté. Quatre catégories sont identifiées :

- Obstacles au fonctionnement
- Adaptation à la vie quotidienne
- Compétences sociales
- Problèmes de comportement

- L'alliance thérapeutique

- [*Working Alliance Inventory \(WAI\)*](#) (Horvath et Greenberg, 1989; traduit par Corbière, Bisson, Lauzon, et Ricard, 2006)

Le WAI permet de mesurer la qualité du lien entre le professionnel et son client. Chacun doit compléter la version du questionnaire qui lui est associée.

- Le soutien social

- [*Échelle de provisions sociales \(ÉPS\)*](#) (Cutrona et Russel, 1987; traduit par Caron, 1996)

L'ÉPS permet d'évaluer la perception du soutien social de la personne. Six dimensions sont évaluées :

- Le soutien émotionnel
- L'aide tangible et matérielle
- Les conseils
- L'intégration sociale
- L'assurance de sa valeur

- Le besoin de se sentir utile et nécessaire
- La qualité de vie
 - [L'échelle de satisfaction des domaines de vie \(ESVD\)](#) (Baker et Intagliata, 1982; traduit par Caron, Mercier et Tempier, 1995)
L'ESVD a été adaptée pour les personnes avec troubles graves de santé mentale et permet de mesurer la qualité de vie.
 - [Édition canadienne de l'Index de qualité de vie du Wisconsin \(CaW-QLI\)](#) (Becker, Diamond et Sainfort, 1993; traduit par Diaz, Mercier, Hachey, Caron et Boyer, 1999)
Les questionnaires s'adressent à la personne, sa famille et son intervenant afin de mesurer la qualité de vie ainsi que de comparer les perceptions. Les huit domaines évalués sont :
 - La satisfaction des domaines de vie
 - Les activités
 - Le bien-être psychologique
 - Les symptômes
 - La santé physique
 - Les relations sociales
 - Les finances
 - Les activités de la vie quotidienne
- La toxicomanie
 - [Dépistage/Évaluation du besoin d'aide — Alcool \(DÉBA-A\)](#) et [Dépistage/Évaluation du besoin d'aide — Drogue \(DÉBA-D\)](#) (Tremblay, Rouillard et Sirois, 2001)
Le DÉBA-A/D permet de dépister des consommateurs à risque et de connaître leurs difficultés aux plans physique et mental ainsi que d'évaluer la gravité de leur consommation afin de les orienter aux services appropriés.
 - [Indice de gravité d'une toxicomanie pour adolescents \(IGT-ADO\)](#) (Landry, Bergeron, Provost, Germain et Guyon, 2000)

L'IGT-ADO permet d'évaluer la toxicomanie chez les jeunes de 12 à 18 ans afin de soutenir l'élaboration d'un plan d'intervention.

- [Questionnaire de santé mentale \(QSM\)](#) (Derogatis, 1977; Bergeron et Gosselin, 1993)

Le QSM permet d'évaluer la santé mentale ou la détresse psychologique des personnes ayant un trouble de consommation en tenant compte de neuf dimensions :

- La somatisation
 - L'obsession-compulsion
 - La sensibilité interpersonnelle
 - La dépression
 - L'anxiété
 - L'hostilité
 - L'anxiété phobique
 - L'idéation paranoïde
 - Le psychotisme
- Les risques suicidaires
 - [Inventaire des Raisons de Vivre \(IRV\)](#) (Linehan, Goodstein, Nielsen et Chiles, 1983; traduit par Labelle, Lachance et Morval, 1996)

L'IRV permet d'identifier les croyances de la personne qui l'amène à vivre et à ne pas commettre un geste suicidaire.

Évaluation du risque suicidaire

Le risque suicidaire est 20 à 25 fois plus élevé chez les personnes qui ont une schizophrénie que dans la population en général. Il y a de 7 à 10 % de personnes atteintes qui se suicident. La dépression, qui est associée au risque suicidaire, est souvent sous-diagnostiquée en comorbidité au trouble de la schizophrénie. Comme l'affect des personnes touchées peut être émoussé et que leur discours peut être décousu, il est important de vérifier régulièrement la présence d'idées suicidaires en posant des questions envers leur vision du futur. Il faut particulièrement être vigilant lors de la

première année suivant le premier épisode psychotique. Les changements apportés par le trouble peuvent être difficiles à accepter et la reprise du fonctionnement du jeune lui demande de grands efforts pour s'adapter à sa nouvelle réalité. Les rechutes et les symptômes résiduels sont également des éléments qui accentuent le risque suicidaire. L'observation et l'analyse de ces éléments doivent être faites dans les moments plus à risque, dont lors de changements dans le quotidien de la personne ou dans son état mental. Voici des facteurs de risque suicidaire chez les personnes qui ont un trouble de la schizophrénie :

- Jeune âge
- Sexe masculin
- Célibat
- Fonctionnement prémorbide élevé
- Abus de substance
- Tentatives de suicide antérieures

Lorsqu'un risque est présent, un suivi plus fréquent est recommandé et dans le cas d'un geste imminent, une hospitalisation peut être nécessaire (Abdel-Baki *et al.*, 2016).

Acceptation du traitement — Méthode EEAP

La méthode Écoute-Empathie-Accord-Partenariat (EEAP) a été développée pour les non-professionnels, comme la famille, ainsi que pour les professionnels dans le domaine de la santé mentale. Elle fonctionne autant pour les personnes présentant une anosognosie que pour celles étant dans le déni de leur trouble mental. En se positionnant comme allié, l'objectif est de trouver les raisons personnelles du jeune qui

- **L'écoute**

L'écoute réflexive est centrale à cette méthode. Elle se veut sans jugement et sans commentaire, peu importe si les propos du jeune s'écartent de la réalité. En étant ouvert et en validant sa compréhension, l'autre aura davantage envie de partager ce qu'il vit. Comme l'écoute fonctionne dans les deux sens, il aura possiblement plus envie de vous écouter.

- **L'empathie**

Cette étape s'exprime par l'expression de votre considération à ses raisons, raisonnables ou non, à ne pas vouloir poursuivre de traitement. La compréhension de ce que ses idées lui font vivre valide ses sentiments, et non leur bien-fondé. Le jeune pourra alors être plus ouvert à entendre vos sentiments et vos inquiétudes.

- **L'accord**

Un terrain d'entente peut être convenu en tenant compte de ses motivations pour changer d'idée. À cette étape, vous devez prendre une position neutre et décortiquer les conséquences des choix possibles sur les objectifs qu'il a. Plutôt que des constatations, des questions soutenant sa réflexion sont à préconiser.

- **Le partenariat**

Après avoir mis en commun les idées que vous avez, la collaboration est alors possible. Le plan élaboré correspond à l'objectif du jeune, mais avec des sous-étapes, dont le traitement (Amador, 2007).



Pour de plus amples informations, le livre « Amador, X. (2007). *Comment faire accepter son traitement au malade : schizophrénie & troubles bipolaires*. Paris, France : RETZ. » est disponible à la bibliothèque du HPLG.

Le site web de *Fondation for Research to Practice (LEAP)* offre des formations envers cette méthode ainsi que quelques vidéos gratuites : <https://lfrp.org/>

Dr Amador présente cette approche lors de conférences. Certaines sont disponibles sur YouTube :

- Courte introduction (18 min) :
https://www.youtube.com/watch?v=NXxytf6kfPM&ab_channel=TEDxTalks
- Survol de la méthode EEAP — Partie 1 (58 min) :
https://www.youtube.com/watch?v=Lstn6WNnCRc&ab_channel=SSNSC

- Survol de la méthode EEAP — Partie 2 (53 min) :

https://www.youtube.com/watch?v=VxiBgg5G-cl&ab_channel=SSNSC

Thérapie d'acceptation et d'engagement

Cette thérapie développée par Hayes, Strosahl et Wilson (1999) est une intégration des techniques de méditation à la thérapie cognitivo-comportementale. Elle consiste à proposer l'acceptation des émotions et des pensées comme elles sont, mais, par la régulation émotionnelle, elle encourage les tentatives de changement (Dupuis, Laurence et Tourjman, 2016).



Pour de plus amples informations, le livre « Harris, R. (2007). *Passez à l'ACT : Pratique de la thérapie d'acceptation et d'engagement*. Louvain-la-Neuve, Belgique : deboeck supérieur. » est disponible à la bibliothèque du CHRDL.

Traitement pharmacologique

Au niveau biologique, un traitement pharmacologique doit être envisagé. Cette pratique permet la stabilisation de l'état du jeune ainsi que la reprise graduelle de son fonctionnement (Gonthier et Lyon, 2004). Le traitement est choisi en fonction de la symptomatologie du jeune et du moindre risque associé. Plusieurs essais peuvent être nécessaires avant de trouver la bonne molécule et l'ajustement adéquat (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Lors de la mise en place du traitement, un suivi étroit doit être fait pour surveiller la réponse au traitement. Il est recommandé de questionner directement le jeune sur les effets secondaires qu'il pourrait vivre. Les antipsychotiques peuvent avoir des effets secondaires désagréables et même dangereux, motivant les personnes à cesser leur traitement (Abdel-Baki *et al.*, 2016; *Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program*, 2016). Le défi est de maintenir l'adhésion de la personne à sa médication malgré les effets secondaires comme ce traitement pharmaceutique correspond au facteur principal de protection envers les rechutes (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Malgré une bonne observance du traitement pharmacologique, certaines personnes demeurent résistantes au traitement de façon partielle ou totale, laissant place qu'à une atténuation des symptômes (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Thomas, 2013). Voici des effets secondaires possibles :

- Effets extrapyramidaux amenant des troubles du mouvement (parkinsonisme [bradykinésie, tremblements, rigidité], dyskinésie [tardive], dystonie, akathisie)
- Prise de poids (plus fréquent chez les jeunes)
- Troubles métaboliques (hyperglycémie, dyslipidémie) (plus fréquent chez les jeunes)
- Nervosisme
- Baisse de poids
- Sédation
- Effets atropiniques (sécheresse de la bouche, constipation, vision embrouillée)
- Troubles sexuels (galactorrhée, baisse de libido, trouble érectile, anorgasmie, absence d'éjaculation)
- Effets cardiovasculaires (tachycardie, hypotension orthostatique, étourdissements) (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Knorr, 2017).

Éducation du patient et de sa famille (*psychoeducation*)

Cet accompagnement est un aspect fondamental de l'intervention auprès des personnes qui ont un trouble de la schizophrénie (Abdel-Baki *et al.*, 2016). L'éducation thérapeutique doit être intégrée tout au long du cheminement de la personne et de son entourage (Lalonde et Deleu, 2016). Elle permet d'informer et de soutenir la personne touchée par le trouble, mais aussi sa famille (Abdel-Baki *et al.*, 2016). L'adhésion aux traitements est favorisée lorsque la personne comprend quels moyens peuvent l'aider à soulager sa souffrance, même si elle ne reconnaît pas la présence de son trouble. Le but n'est donc pas de convaincre la personne de son diagnostic (Lalonde et Deleu, 2016). Une meilleure compréhension du trouble de la schizophrénie chez les membres de la famille permet de développer des attitudes constructives envers le membre atteint (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Elle permet d'éviter de blâmer et d'augmenter les conflits. Autant qu'une dynamique familiale négative puisse précipiter une rechute, une meilleure connaissance peut favoriser le soutien social et réduire le risque de rechute. L'éducation familiale permet également d'augmenter le bien-être tout en réduisant le fardeau des changements causés par le trouble (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Lalonde et Deleu, 2016).

Les informations à transmettre à la personne et ses proches correspondent à :

- La nature du trouble
- Les symptômes, leurs impacts et comment ils se sont résorbés
- Les interventions envisagées et les raisons sous-jacentes
- La médication (Abdel-Baki *et al.*, 2016)

L'éducation thérapeutique peut être plus qu'une intervention passive et aller au-delà d'une transmission d'informations. Elle peut également offrir un soutien émotionnel, tant à la personne qui a un trouble de la schizophrénie qu'à sa famille (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Lalonde et Deleu, 2016). Un autre élément fondamental de cette approche est l'enseignement de stratégies pour une meilleure gestion des symptômes du trouble ainsi que du stress. Les interventions visent la prévention de la rechute en encourageant une implication active (Lalonde et Deleu, 2016). Cette implication permet de retrouver espoir quant à la gestion des impacts au quotidien ainsi que pour des possibilités futures (Abdel-Baki *et al.*, 2016; *Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program*, 2016 ; Lalonde et Deleu, 2016)

Questionnaire de dépistage de la psychose pour la famille, le jeune ou un professionnel. Il peut aussi être utilisé pour dépister les rechutes. <https://www.refer-o-scope.com/>

Quatre piliers sont essentiels à l'éducation du patient :

1. La transmission d'informations concernant le trouble et sur ses impacts, autant pour la personne que pour son entourage
2. Le soutien émotionnel
3. L'enseignement de stratégies pour une meilleure gestion des symptômes du trouble et du stress
4. La prévention de la rechute (Lalonde et Deleu, 2016)

Les étapes pour une meilleure adhésion du traitement :

1. Reconnaissance de l'expérience subjective
2. Identification des symptômes

3. Proposition d'un diagnostic
4. Renforcement de l'espoir (Lalonde et Deleu, 2016)

Pour les familles, l'éducation thérapeutique consiste à un programme structuré :

1. L'évaluation des forces, des défis et des besoins de la famille
2. L'enseignement sur le trouble pour une meilleure compréhension de la situation
 - a. La nature du trouble
 - b. Les symptômes et les signes précurseurs de rechutes
 - c. Le traitement pharmacologique
 - d. La gestion du stress
 - e. Les services d'aide
3. L'enseignement sur la communication pour améliorer le climat familial
 - a. L'expression de sentiment positifs
 - b. Écoute active
 - c. Augmenter les demandes positives et réduire les reproches
 - d. L'expression de sentiments négatifs de manière constructive
4. L'enseignement des techniques de résolution de problèmes (Lalonde et Deleu, 2016)

Il existe quelques programmes psychoéducatifs. En voici quelques-uns :

- Le programme Profamille (Cormier, Guimond, Joncas, Leblanc, Morin, et Vaillancourt, 1991)

Ce programme développé au Québec et amélioré en Europe vise l'éducation aux familles en mettant l'accent sur la prise en compte des besoins des autres membres de la famille. Lors des 14 séances de quatre heures, les familles développent de meilleures connaissances sur le trouble de la schizophrénie, sur l'établissement de limite, sur l'estime de soi, sur le développement d'attentes réalistes et sur le maintien du réseau social (Lalonde et Deleu, 2016).

<https://profamille.site/>

- Modules de Liberman (Liberman, DeRisi, et Mueser, 1989; traduit par Chambon, Deleu, Favrod et Rajaonson, 1998)

Ces modules visent le développement d'habiletés sociales, suivant le processus suivant :

1. Les habiletés de perceptions
2. Les habiletés de traitement de l'information perçue
3. Les habiletés de réponse (Lalonde et Deleu, 2016)

Ils sont disponibles pour achat sur le site web Espace Socrate <http://www.espace-socrate.com/index.php/socrate-editions/modules-de-formation/product/19-education-au-controle-des-symptomes-cahier-du-participant>

- Le programme Gestion de la maladie et rétablissement (GMR) (Mueser, Meyer, Penn, Clancy, Clancy et Salyers, 2006)

L'objectif de ce programme est de permettre aux personnes touchées de développer les connaissances et les habiletés afin de gérer leur trouble, de trouver leurs objectifs de traitement et de connaître les services possibles afin de prendre une décision éclairée (Lalonde et Deleu, 2016).

Le programme est disponible en français sur : <http://www.espace-socrate.com/index.php/socrate-rehabilitation/gmr>

- Les choix du DJ (Bourbeau, Demers, Gauthier et Leblanc, 2010)

Ce coffret vise la prise et le maintien de la médication par l'enseignement et le soutien en petits groupes (Lalonde et Deleu, 2016).

- Le programme Schiz'ose dire (Lilly Institut, 2010)

La compagnie pharmaceutique Lilly offre huit modules développés par des cliniciens pour animer des groupes afin d'informer sur le trouble de la schizophrénie.

Ces cahiers sont disponibles au : <https://www.lilly.fr/actualites/nos-articles/engagement-patients-maladies-psychiatriques>

- Le programme Prelapse (Kissling, 1994)

Ce programme est utile à l'enseignement auprès de personnes qui ont un trouble de la schizophrénie et à leur famille. Le programme est sous forme de groupes et vise la prévention des rechutes.

- Le programme PACT (Psychose : aider, comprendre, traiter) (Bayle, Gérard et Maurel, 1999)

À l'aide du visionnement de vidéos de familles dont un membre est atteint de schizophrénie, il est possible d'informer les familles et d'animer des discussions.

Il est possible de l'acheter sur

https://www.ascodocpsy.org/santepsy/?lvl=publisher_see&id=11468

Rétablissement — Établir un plan de réadaptation (*empowerment*)

Une perspective axée sur le rétablissement permet de faire une distinction entre les résultats souhaités et le processus de la démarche. Le cheminement est aussi important que l'objectif final, qui est le fonctionnement satisfaisant de personne, selon son point de vue. Ce cheminement propose l'espoir malgré l'aspect persistant de certains symptômes (Lecomte et Leclerc, 2016).

La responsabilité du rétablissement à une progression dont cinq étapes ont été identifiées par Andresen, Oades et Caputi (2003) :

1. Moratoire

La personne vit dans le déni, la confusion, le désespoir, le repli ou même la révolte.

2. Conscience

C'est le début de l'espoir. La personne commence à réaliser qu'elle est autre chose que juste une malade et qu'elle pourrait se rétablir.

3. Préparation

La personne apprend ses forces, ses faiblesses et ses valeurs. C'est à cette étape qu'elle doit apprendre à gérer son trouble par diverses stratégies.

4. Reconstruction

La personne se forge une nouvelle identité positive et maintient un certain bien-être. Elle travaille vers ses buts, avec les réussites et les échecs de tout parcours. Elle prend la responsabilité de la gestion de son trouble, mais aussi de sa vie.

5. Croissance

La personne sait comment gérer son trouble, avec les symptômes résiduels possibles. Elle a une bonne qualité de vie et elle est tournée vers le futur avec espoir.

Le passage d'une étape à l'autre dépend de la personne. Certaines progressent très rapidement alors que d'autres peuvent prendre quelques années de préparation (Lecomte et Leclerc, 2016).

Le lien suivant dirige sur le Site Web du Centre d'études sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale. Une section traite du rétablissement et offre des vidéos et des exercices en lien avec le visionnement.

<http://www.iusmm.ca/le-cerris/meilleures-pratiques/retablissement.html>



Dans « L'itinéraire du rétablissement : guide personnel de rétablissement axé sur les forces », les auteurs proposent un *road trip* à la personne qui a un trouble psychiatrique. Un parallèle est fait entre les étapes du voyage et celles du cheminement vers le rétablissement, avec le plaisir et les soucis qu'il est possible de rencontrer. Ce manuel est disponible à la bibliothèque du CISSS de Lanaudière.

Ridgway, P., McDiarmid, D., Davidson, L., Bayes, J. et Ratzlaff. S. (2002). *L'itinéraire du rétablissement : guide personnel de rétablissement axé sur les forces* (Traduit par S. Couture, B. St-Onge et J.-A. Morasse). Québec : Le Pavois.



Dans les stratégies qui peuvent être enseignées, l'entraînement aux habiletés de la vie autonome peut aider à la réinsertion (Lecomte et Leclerc, 2016). Ces dernières incluent les activités de la vie quotidienne (AVQ), telles que l'hygiène, l'alimentation et le sommeil, et celles de la vie domestique (AVD), dont l'entretien de son milieu et les activités qui lui sont associées (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Lecomte et Leclerc, 2016). De plus, un entraînement peut aussi être fait quant aux habiletés sociales pour assurer un bon fonctionnement en société. Le cheminement vers le

rétablissement peut également inclure d'autres modalités d'intervention comme celles mentionnées dans ce guide (Lecomte et Leclerc, 2016). Il est somme tout important de respecter les limites de la personne, sans sous-estimer ses difficultés (Abdel-Baki *et al.*, 2016).

Dans le soutien aux activités de la vie, il a été démontré que les activités physiques régulières peuvent réduire ou éviter une prise de poids ou un trouble métabolique (Rosenbaum, Tiedemann, Sherrington, Curtis et Ward, 2014). De meilleures connaissances sur une alimentation saine peuvent également avoir un impact à ce niveau. De plus, une étude de Firth *et al.* (2017) a démontré que l'exercice aérobique avait des effets positifs sur le fonctionnement cognitif, incluant la dimension sociale.

Un autre aspect à considérer lors du soutien aux activités de la vie est la sexualité. L'éducation sexuelle devrait être intégrée au suivi (Miller, 1997), mais devrait aller plus loin qu'une approche médicale (McCann, 2003). Il faut chercher à connaître les besoins spécifiques aux personnes qui ont un trouble de santé mentale (Lewis et Scott, 1997), dont le refus envers les avances sexuelles (Mandarelli, Zangaro, Raja, Azzoni, Tatarelli et Ferracuti, 2012).

Thérapie cognitivo-comportementale pour la psychose (TCCp)

La TCCp offre des outils qui ont pour but de diminuer la détresse et de développer des stratégies visant à contrôler les symptômes. Un travail est fait au niveau des cognitions afin de remettre en question les hypothèses erronées et de chercher une hypothèse alternative qui serait plausible tout en étant moins stressante. Cette thérapie doit être combinée à d'autres et peut cibler des symptômes spécifiques (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Lecomte et Leclerc, 2016; Ngô, 2016). Après avoir créé une alliance et établi l'objectif visé de l'intervention, le rôle de l'intervenant est d'offrir une structure dans laquelle la personne qui a un trouble de la schizophrénie peut partager ses pensées. L'intervenant doit prioritairement travailler à soulager la détresse, tout en favorisant l'estime de soi et en prévenant les rechutes (Lecomte et Leclerc, 2012). La TCC est efficace chez les personnes qui veulent et qui peuvent participer à la thérapie (Ngô, 2016). Toutefois, comme l'évitement peut être un comportement adaptatif chez les personnes qui ont un trouble psychotique,

l'exposition *in vivo* n'est pas recommandée pour ces personnes (Marchand et Guay, 2016; Ngô, 2016).

Fowler, Garety et Kuipers (1995) proposent six étapes pour une TCC adaptée aux personnes qui ont un trouble psychotique. Les voici :

1. Alliance thérapeutique et engagement

Comme toutes relations, l'alliance thérapeutique comporte une dynamique non linéaire. Ce processus consiste à un ajustement continu dans l'intersubjectivité en vue de réaliser une démarche thérapeutique collaborative. La qualité de cette alliance est prédictive du succès du suivi. Les réponses empathiques optimales favorisent un climat de confiance et de sécurité où le jeune peut s'engager et s'investir. L'objectif est de faciliter la verbalisation de la perception du jeune sur sa situation. Des buts à atteindre peuvent alors être choisis.

2. Optimisation des stratégies d'adaptation

L'objectif global de cette étape est que le jeune se sente en contrôle de ses pensées et de ses comportements. Il permet aussi de travailler sur la résolution de problèmes qui se présentent au quotidien.

3. Élaboration d'un nouveau modèle explicatif de la psychose basé sur la vulnérabilité au stress

La prise de conscience de sa vulnérabilité personnelle au stress, de ses difficultés cognitives et de ses dysrégulations affectives peut être une étape difficile pour le jeune. L'intervenant doit donc intégrer graduellement des éléments explicatifs de la situation du jeune. Une discussion collaborative est conseillée pour trouver de nouvelles perspectives dans l'explication de l'expérience vécue par le jeune.

4. Travail cognitivo-comportemental sur les délires et les hallucinations

Il est possible d'offrir des hypothèses en lien avec la réalité, mais comme il a été mentionné précédemment, la confrontation est à éviter. Si le jeune y est réfractaire, il est possible de travailler graduellement sur le système de croyances en élargissant les perspectives possibles.

5. Travail sur les perceptions erronées de soi et des autres (schémas cognitifs)

Ce travail reprend les moyens utilisés dans la dépression et dans les troubles de personnalités.

6. Maîtrise du risque de rechute

Cette prévention se fait en consolidant les apprentissages pour réduire le risque de rechute et favoriser une meilleure adaptation sociale. Elle sensibilise aux signes précoces et instaure un filet de sécurité dans l'éventualité d'une nouvelle transition psychotique (Abdel-Baki *et al.*, 2016).

Voici quelques soutiens à l'intervention qui ont découlé de la TCC :

- *Le Compassionate Mind Training* (Gilbert et Irons, 2005)
Pour les personnes qui entendent des voix négatives, cet entraînement permet d'apprendre à faire preuve de plus de compassion et de sympathie envers soi-même.
- *Le Metacognitive Training for Psychosis* (Moritz et Woodward, 2007)
Cet entraînement permet aux personnes de se pratiquer à trouver suffisamment d'indices avant de conclure à une réponse.
- *Le Michael's Game* (Khazaal *et al.*, 2006)
Pour ceux qui ont des pensées délirantes, le jeu encourage les personnes à trouver des alternatives pour expliquer les situations ambiguës présentées sur les cartes. Cela aide à penser différemment et à trouver des solutions alternatives.

Thérapie du rétablissement social (traduction libre)

Élaboré par Flower *et al.* (2013), la thérapie du rétablissement social s'adresse spécifiquement aux jeunes qui ont un trouble psychotique précoce avec d'importantes difficultés sociales. Elle aide à retrouver un meilleur état mental en améliorant les compétences sociales et la participation à des activités sociales. Elle se distingue de la TCCp par l'utilisation des valeurs et des objectifs du jeune pour lui donner de l'espoir afin de changer ses comportements sociaux et par l'accent mis sur les techniques comportementales. Ces dernières permettent de surmonter les stratégies d'évitement et d'encourager le changement des comportements dans un contexte réel. L'aspect *in vivo* peut nécessiter une gestion des symptômes, mais offre une opportunité vers le

rétablissement social. C'est par l'entremise de techniques cognitives que les croyances positives envers soi et les autres sont développées.

Remédiation cognitive

La remédiation cognitive consiste à proposer une rééducation des fonctions cognitives touchées afin d'améliorer le fonctionnement de la personne (Abdel-Baki *et al.*, 2016). Comme elle est pertinente dans les troubles où les altérations cognitives sont présentes, cette modalité est d'ailleurs en cours de généralisation quant à l'intervention auprès de personnes ayant un trouble de la schizophrénie. Les interventions privilégiées visent la restauration des fonctions touchées par l'entraînement ou par la compensation des déficits cognitifs. La remédiation cognitive peut se faire tant par stimulation cognitive que par l'entremise de soutien extérieur, comme la technologie. Toutefois, il est nécessaire que l'état de la personne soit stable ou en voie de le devenir et que la personne soit suffisamment consciente de ses difficultés sans lui créer une détresse émotionnelle. (Stip, Lecardeur, Levaux, Belleville et Frank, 2016). Les techniques générales sont :

- La résolution de problème
- Pratique intensive
- Réduction de l'information
- Apprentissage sans erreur : La personne apprend par imitation et répétition pour reproduire l'exécution de la tâche seule par la suite.
- Verbalisation des stratégies

Ils existent plusieurs programmes de remédiation cognitive :

- *Cognitive Adaptation Training* (CAT) (Velligan, Mahurin, True, Lefton, Flores, 1996)
Ce programme vise à modifier l'environnement de la personne pour pallier les limites que le trouble de la schizophrénie a engendrées (*Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program*, 2016).
- Programme RECOS (REmédiation COgnitive pour la Schizophrénie ou les troubles associés) (Vianin, 2007)

Ce programme a pour but de travailler en profondeur les fonctions cognitives de base en tenant compte de son profil individuel. Les six modules d'entraînement sont proposés afin de favoriser l'autonomie. Ce n'est que par la suite que le travail sur la cognition sociale pourra débuter et ainsi être plus efficace (Stip *et al.*, 2016). Plus d'informations sont disponibles sur le site RECOS : <https://www.programme-recos.ch>

- RehaCom® (Hasomed GmbH, 1986)

Ce système informatique permet de dépister les déficits cognitifs et propose des entraînements à l'ordinateur spécifiques aux déficits détectés afin de réhabiliter les troubles cognitifs (Stip *et al.*, 2016). Plus d'informations sont disponibles sur le site web d'Hasomed : <https://hasomed.de/fr/produits/rehacom/>

- Le programme IPT (*Integrated Psychological Therapy for Schizophrenic Patients*) (Brenner, Roder, Hodel, Kienzle, Reed et Liberman, 1994)

Ce programme ne comporte pas seulement une modalité de remédiation cognitive et s'associe plutôt à d'autres approches telles que l'entraînement aux habiletés sociales, la gestion des émotions, l'entraînement à la cognition sociale et la résolution de problème. Il est constitué d'étapes permettant d'améliorer les compétences sociales en restaurant la cognition sociale par l'entremise de présentation imagée de contextes sociaux ainsi que de jeux de rôle (Stip *et al.*, 2016). Le site web du Centre québécois de référence à l'approche IPT offre davantage d'informations : <https://criusmm.ciusss-estmtl.gouv.qc.ca/fr/recherche/centres-detudes/Approche-IPT>

Certains de ces programmes visent le développement de stratégies de remédiation cognitive spécifiques :

- *Goal management training* (GMT) (Levine *et al.*, 2000)

Cet entraînement en cinq étapes vise à améliorer les capacités de la personne à réaliser les différentes étapes pour atteindre un but (Stip *et al.*, 2016).

- *Attention training technique* (ATT) (Wells, 2000)

Cet entraînement permet de réduire la fréquence des pensées intrusives en augmentant les capacités de contrôle et de flexibilité attentionnelle tout en diminuant la focalisation attentionnelle sur soi (Stip *et al.*, 2016).

- LA RC2S (remédiation de la cognition sociale dans la schizophrénie) (Peyroux et Franck, 2014)

Ce programme vise l'amélioration des échanges verbaux. Il se fait en individuel en utilisant la simulation informatique.

- Le SCIT (*Social Cognition and Interaction Training*) (Penn, Roberts, Munt, Silverstein, Jones et Sheitman, 2005)

Ce programme a deux objectifs, soit d'améliorer l'interprétation des événements et la reconnaissance des émotions (Stip *et al.*, 2016).

- Le programme Cognitus et moi (Demily, Rigard, Peyroux, Chesnoy-Servanin, Morel et Franck, 2016)

Ce programme vise les fonctions attentionnelles, les fonctions visuospatiales ainsi que la cognition sociale. Il a pour particularité de s'adresser aux enfants de 6 à 12 ans (Stip *et al.*, 2016).

Pour ce qui est de la remédiation de la cognition sociale, plusieurs programmes s'y adressent également. Comme la cognition sociale a un impact dans différentes sphères de vie, elle peut être considérée comme le déterminant affectant le plus le pronostic fonctionnel des personnes qui ont une schizophrénie (Stip *et al.*, 2016). Voici quelques programmes :

- Programme ToMRemed (*theory of mind remediation*) (Bazin, Passerieux et Hardy-Bayle, 2010)

Ce programme vise la théorie de l'esprit en proposant des questions de compréhension sociale à la suite d'extraits vidéo de situations quotidiennes (Stip *et al.*, 2016).

- Le programme ATeM (attribution d'états mentaux) (Lecardeur, Stip, Giguere, Blouin, Rodriguez et Champagne-Lavau, 2009)

Ce programme s'adresse à la capacité d'attribuer des intentions, des désirs ou des croyances à soi-même ou aux autres. Il consiste à neuf rencontres de groupe où des exercices d'attribution d'états mentaux sont proposés sur des contextes variés (Stip *et al.*, 2016)

- Le programme Gaïa (Gaudelus et Franck, 2012)

Grâce à un soutien informatisé, ce programme permet de travailler la reconnaissance des émotions sur le visage d'autrui. Les vidéos présentés sont des scènes correspondant à des situations de la vie quotidienne où la personne est encouragée et soutenue dans son identification des éléments qui lui permettent de déterminer l'émotion vécue par le personnage (Stip *et al.*, 2016).

Les techniques d'entraînement aux habiletés sociales (EHS)

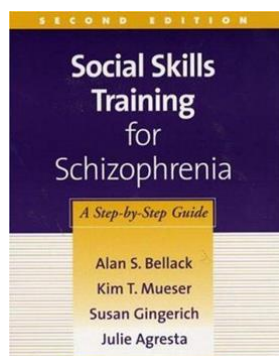
Ce type d'entraînement permet d'acquérir ou de réapprendre les habiletés nécessaires pour communiquer selon un but, tout en respectant les normes sociales. L'apprentissage par observation et modelage est central à cet entraînement et permet d'acquérir des comportements sociaux complexes (Marchand et Guay, 2016). Les capacités travaillées sont généralement celles pour aborder une personne et entamer la conversation, exprimer ses émotions et ses sentiments, faire une demande, refuser à quelqu'un et exprimer son opinion. Ce type d'approche a démontré son efficacité auprès de la clientèle ayant une schizophrénie. Une démarche répétitive en procédant par petites étapes est à préconiser. À l'inverse, un rythme trop rapide a pour effet d'aggraver les symptômes (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Bellack, Mueser, Gingerich et Agresta, 2004; Lecomte et Leclerc, 2016). Il est donc important de trouver un équilibre adéquat où le jeune est encouragé sans mettre l'accent sur sa lenteur ou ses erreurs (Abdel-Baki *et al.*, 2016).

Dans l'ouvrage élaboré par Bellack, Mueser, Gingerich et Agresta (2004) sur l'entraînement des habiletés sociales pour les personnes qui ont un trouble de la schizophrénie, une section est dédiée à des exercices pour pratiquer des habiletés précises. Ces dernières peuvent être de base, mais peuvent aussi porter sur l'affirmation de soi, les habiletés de conversation, la résolution de conflits, les habiletés pour interagir avec amis, amoureux, employeurs et professionnels de la santé.

Selon ces auteurs, neuf étapes sont à suivre lors de l'entraînement aux habiletés sociales.

Les voici :

1. Établir le but de l'apprentissage de l'habileté
2. Discuter des étapes de la réalisation de l'habileté
3. Par les jeux de rôles, être un modèle et faire un retour sur les échanges
4. Demander au jeune d'initier le jeu de rôle en reprenant la même situation
5. Donner de la rétroaction positive
6. Donner de la rétroaction constructive
7. Refaire le jeu de rôle en reprenant la même situation
8. Redonner de la rétroaction
9. Mettre en pratique dans une situation du quotidien



Bellak, A. S., Mueser, K. T., Gingerich, S. et Agresta, J. (2004). *Social Skills Training for Schizophrenia: A Step-by-Step Guide*. New York, NY : The Guilford Press.

Un autre moyen est par le jeu :

- Compétence (1992)

Ce jeu de société a été créé pour entraîner les habiletés sociales. Nécessitant quatre personnes, dont un professionnel, le jeu permet d'aborder différentes situations sociales de façon ludique. Il peut être obtenu auprès de l'adresse suivante : info@horizonsud.ch

Résolution de problème

Cette intervention est souvent conjointement faite avec l'EHS et permet de décomposer une situation afin de prendre une décision éclairée (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Marchand et Guay, 2016).

Avant d'intervenir, il faut clarifier deux dimensions avec la personne impliquée. Tout d'abord, il est important de réorienter la motivation quant au problème. Une vision positive est nécessaire pour connaître des succès, soit de croire que les problèmes peuvent être résolus. Si elle les vit comme un malheur, ils seront alors pratiquement impossibles à surmonter. Par la suite, une vérification du style d'adaptation est conseillée. Afin de résoudre des problèmes, un style adaptatif efficace, dirigé vers la solution, est à travailler. L'évitement ou l'impulsivité engendrent des échecs (Marchand et Guay, 2016). Elle est composée de huit étapes chronologiques :

1. Lorsqu'une situation conflictuelle est reconnue, arrêter et réfléchir
2. Définir le problème, soit l'objectif et les obstacles
3. Trouver des solutions possibles
4. Évaluer les avantages et les inconvénients de chacune
5. Choisir la meilleure solution ou une combinaison de solutions selon le contexte
 - 5.1. Trouver les moyens nécessaires pour y arriver
6. Appliquer la solution au moment opportun
7. Évaluer l'efficacité de la solution tentée (Abdel-Baki *et al.*, 2016; Marchand et Guay, 2016)

La résolution de problème peut aussi être travaillée en famille afin de développer un fonctionnement plus adapté (Lecomte et Leclerc, 2016).

Retour à l'école et soutien à l'emploi

Les activités productives sont centrales dans l'identité et dans l'estime de soi. Elles permettent de structurer le quotidien et offrent des occasions de contacts sociaux. Elles représentent une pierre angulaire dans le rétablissement de la personne (Pachoud, 2013; Vacheron, Veyrat-Masson et Wehbe, 2017). Il est donc recommandé de soutenir le jeune le plus tôt possible dans ses démarches pour poursuivre ses études ou pour se trouver un emploi, s'il a terminé ses études obligatoires. Il est aussi important de travailler en collaboration avec les personnes impliquées à l'école ou celles spécialisées en intégration professionnelle afin de mettre en place un programme adapté et les accommodations nécessaires pour répondre aux besoins du jeune. S'il n'y a pas de

programme de soutien disponible, il est recommandé de travailler en équipe avec les acteurs clés du milieu (Lecomte *et al.*, 2017). Avec les jeunes, différentes approches peuvent être utilisées afin de répondre à leurs besoins (Fouché et Wegner, 2014). Chez les plus jeunes, la thérapie par le jeu permet de renforcer le contact avec la réalité en proposant des activités concrètes dans l'ici et maintenant (Alers, 2014).

Voici quelques programmes qui s'inscrivent dans une approche occupationnelle :

- *Young Occupations Unlimited* (YOU) (Lloyd et Bassett, 1997)
Autrefois intitulé *Life is for Living*, ce programme consistait en deux parties, soit un programme de développement personnel et un programme d'expérience de travail pratique, qui se déroulent simultanément durant 12 séances (Lloyd et Bassett, 1997). En proposant des activités, les jeunes peuvent développer une meilleure connaissance de leurs habiletés et de leurs compétences, promouvant l'espoir ainsi que le contrôle sur leur vie (Parlato, Lloyd et Bassett, 1999). Il se donne conjointement avec le programme *Family Psycho-Education* qui s'adresse à la famille du jeune qui a un trouble de la schizophrénie ou un trouble psychotique (Lloyd et Bassett, 1997).
- *Back to School* (Jones, Bower, Furuzawa, 2016)
Cet outil américain offre de l'information pour les parents et pour les étudiants qui ont un trouble psychotique qui veulent poursuivre leurs études dans les études postsecondaires :
https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Toolkit-Back_to_School_Support_for_Full_Inclusion_of_Students_Family_Edition.pdf
Une seconde partie s'adresse au personnel d'institutions d'enseignement :
https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Toolkit-Back_to_School_Support_for_Full_Inclusion_of_Students_with_Early_Psychosis_in_Higher_Education.pdf

Programme d'aide à l'emploi

Pour ce qui est des programmes d'aide à l'emploi, la stratégie la plus répandue actuellement est celle de soutien à l'emploi, ou « job coaching », qui consiste à placer d'abord la personne dans

un milieu ordinaire de travail, puis de la soutenir dans son intégration par un conseiller en emploi spécialisé (Pachoud et Allemand, 2013). À Montréal, un programme de soutien à l'emploi, Accès Santé Mentale Cible Travail (Accès-Cible SMT), propose une version hybride, permettant à la personne aux prises avec un trouble mental de gérer ses démarches, mais en lui fournissant également des outils autant au niveau de l'emploi qu'au niveau de son fonctionnement personnel (de Pierrefeu et Charbonneau, 2014).

Références

- Abdel-Baki, A. et Nicole, L. (2001). Schizophrénie et psychothérapies cognitivo-comportementales. *Revue Canadienne de psychiatrie*, 46(6), 511-521. doi:10.1177/070674370104600605
- Abdel-Baki, A., Lalonde, P. et Gingras, N. (2016). Schizophrénies. Dans P. Lalonde et G.-F. Pinard (dir.), *Psychiatrie clinique : approche bio-psycho-sociale* (4^e éd., vol. 1, p.327-371). Montréal, QC : Chenelière Éducation.
- Addington, A. M. et Rapoport, J. L. (2009). The genetics of childhood-onset schizophrenia: When madness strikes the prepubescent. *Current Psychiatry Reports*, 11(2), 156-161.
- Addington, J., Penn, D., Woods, S. W., Addington, D. et Perkins, D. O. (2008). Social functioning in individuals at clinical high risk for psychosis. *Schizophrenia Research*, 99(1-3), 119-124. doi:10.1016/j.schres.2007.10.001
- Agence de la santé publique du Canada. (2020). *La schizophrénie au Canada*. Repéré à <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/schizophrenia-canada/schizophrenia-canada-fr.pdf>
- Alers, V. (2014). Occupational Therapy Intervention with Children with Psychosocial Disorders. Dans R. Crouch et V. Alers (dir.), *Occupational Therapy in Psychiatry and Mental Health* (5^e éd., p.248-262). Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Amador, X. (2007). *Comment faire accepter son traitement au malade : schizophrénie & troubles bipolaires*. Paris, France: RETZ.
- Andreasen, N. C. (1984a). Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS). Iowa City, IA: University of Iowa.
- Andreasen, N. C. (1984b). Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS). Iowa City, IA: University of Iowa.
- Andresen, R., Oades, L. et Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586-594.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5^e éd.). Arlington, VA. doi:10.1176/appi.books.9780890425596.
- Assalian, P., Fraser, R., Tempier, R. et Cohen, D. (2000). Sexuality and quality of life of patients with schizophrenia. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 4(1), 29-33. doi:10.1080/13651500052048479

- Bailly, D., Viellard, M., Duverger, H. et Rufo, M. (2003). Un diagnostic méconnu : la schizophrénie chez l'enfant. *Annales Médico Psychologiques*, 161(9), 652-659. doi:10.1016/S0003-4487(03)00145-8
- Baker, F. et Intagliata, J. (1982). Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation and Program Planning*, 5(1), 69-79. doi: 10.1016/0149-7189(82)90059-3.
- Barker, S. et Barron, N. (1997). *Multnomah Community Ability Scale. User's Manual*. Portland, Oregon: Western Mental Health Research Center, Oregon Health Sciences University.
- Bayle, F. J., Gérard A. et Maurel, M. (1999). *Programme P.A.C.T. : Psychoses, Aider, Comprendre, Traiter*. Issy les Moulineaux, France : Laboratoires Janssen-Cilag.
- Bazin, N., Passerieux, C. et Hardy-Bayle, M.-C. (2010). ToMRemed : une technique de remédiation cognitive centrée sur la théorie de l'esprit pour les patients schizophrènes. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 20(1), 16-21. doi:10.1016/j.jtcc.2010.02.001
- Bechdolf, A., Thompson, A., Nelson, B., Cotton, S., Simmons, M. B., Amminger, G. P., ... Yung, A. R. (2010). Experience of trauma and conversion to psychosis in an ultra-high-risk (prodromal) group. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(5), 377-384. doi:10.1111/j.1600-0447.2010.01542.x
- Becker, M., Diamond, R. et Sainfort, F. A. (1993). A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness. *Quality of Life Research*, 2(4): 239-251.
- Bellak, A. S., Mueser, K. T., Gingerich, S. et Agresta, J. (2004). *Social Skills Training for Schizophrenia: A Step-by-Step Guide*. New York, NY: The Guilford Press.
- Bergeron, J. et Gosselin, M. (1993). *Évaluation des qualités psychométriques du questionnaire de santé mentale SCL-90-R*. Montréal, QC : Cahiers de recherche du RISQ.
- Bisson, J. et Goulet, N. (2005). *Le QBRP - Version 1.0. Manuel d'utilisation et d'interprétation du Questionnaire des besoins en réadaptation psychosociale*. Montréal, QC : Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Bonsack, C. (1997). *Adaptation française de l'HoNOS* [document inédit]. Montréal, QC : Centre de recherche Fernand-Seguin.
- Bourbeau, J., Demers, M. F., Gauthier, L. et Leblanc, J. (2010). *Les ateliers : les choix du DJ : coffret d'enseignement et soutien pour favoriser la prise et le maintien d'antipsychotique*. Québec, QC : Institut universitaire en santé mentale, Centre hospitalier Robert-Giffard.

- Boyer, P. et Lecrubier, Y. (1987). Échelle d'Appréciation des Symptômes Productifs (Positifs). *Psychiatrie et Psychobiologie*, 2(6), 425-437. doi:10.1017/S0767399X00001188
- Brenner, H. D., Roder, V., Hodel, B., Kienzle, N., Reed, D. et Liberman, R. P. (1994). *Integrated Psychological Therapy for Schizophrenic Patients (IPT)*. Seattle, WA: Hogrefe & Huber.
- Cannon, T. D., Cadenhead, K., Cornblatt, B., Woods, S. W., Addington, J., Walker, E., ... Heinszen, R. (2008). Prediction of psychosis in high-risk youth: A multi-site longitudinal study in North America. *Archives of General Psychiatry*, 65(1), 28-37. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2007.3
- Caron, J. (1996). L'échelle de provisions sociales : une validation québécoise. *Santé Mentale au Québec*, 21(2), 158-180. doi:10.7202/032403ar
- Caron, J., Mercier, C. et Tempier, R. (1995). Une validation québécoise du Satisfaction with Life Domains Scale. *Santé mentale au Québec*, 22(2), 195-217. doi:10.7202/032422ar
- Ceschi, G. et Van der Linden, M. (2008). Principes et concepts généraux de la psychopathologie cognitive. Dans *Traité de psychopathologie cognitive : bases théoriques* (vol. 1, p.9-22). Marseille, France : Solal.
- Chambers, W. J., Puig-Antich, J., Hirsch, M., Paez, P., Ambrosini, P. J., Tabrizi, M. A. et Davies, M. (1985). The assessment of affective disorders in children and adolescents by semistructured interview: Test-retest reliability of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children, Present Episode Version. *Archives of General Psychiatry*, 42(7), 696-702. doi:10.1001/archpsyc.1985.01790300064008
- Chambon, O., Deleu, G., Favrod, J. et Rajaonson, H. (1998). Adaptation francophone du module de Liberman : « Prise en charge familiale comportementale des patients schizophrènes ». *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 3(3), 10-16.
- Checkley, G. E., Thompson, S. C., Crofts, N., Mijch, A. M. et Judd, F. K. (1996). HIV in the mentally ill. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30(2), 184-194. doi:10.3109/00048679609076094
- Chen, J., Chen, X., Leung, S. S. M. et Tsang, H. W. H. (2021). Potential impacts, alleviating factors, and interventions for children of a parent with schizophrenia: A scoping review. *Children and Youth Services Review*, 120, 1-12. doi:10.1016/j.childyouth.2020.105751
- Conroy, J. W. et Bradley, V. J. (1985). *The Pennhurst Longitudinal Study: A report of five Years of Research and Analysis*. Philadelphia, PA: Temple University Developmental Disabilities Center et Boston, MA: Human Services Research Institute. Repéré à https://aspe.hhs.gov/sites/default/files/migrated_legacy_files//41731/5yrpenn.pdf

- Corbière, M., Bisson, J., Lauzon, S. et Ricard, N. (2006). Factorial validation of a French short-form of the Working Alliance Inventory. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 15(1): 36-45. doi:10.1002/mpr.27
- Corbière, M., Crocker, A. G., Lesage, A., Latimer, E., Ricard, N. et Mercier, C. (2002). Factor structure of the Multnomah community ability scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(6), 399-406. doi:10.1097/00005053-200206000-00010
- Cormier, H., Guimond, G., Joncas, G., Leblanc, G., Morin, R. et Vaillancourt, S. (1991). *Profamille : programme d'intervention de groupe auprès des familles de personnes atteintes de schizophrénie*. Sainte-Foy, QC : Centre de recherche de l'Université Laval Robert-Giffard, unité de psychiatrie sociale et préventive.
- Cormier, H. J., Pinard, G., Leff, H. S. et Lessard, R. (1985). Évaluation des besoins et de l'utilisation de services de santé mentale dans la schizophrénie. *Santé mentale au Québec*, 10(2), 185-188. doi:10.7202/030311ar
- Cournos, F., Guido, J. R., Coomaraswamy, S., Meyer-Bahlburg, H., Sugden, R. et Horwath, E. (1994). Sexual activity and risk of HIV infection among patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 151, 228-232. doi:10.7916/D8ZG6SR6
- Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R. P., Thomas, S. D., Wells, D. L. et Spataro, J. (2010). Schizophrenia and Other Psychotic Disorders in a Cohort of Sexually Abused Children. *Archives of general psychiatry*, 67(11), 1114-1119. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.147
- Cutrona, C. E. et Russel, D. W. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. *Advances in Personal Relationships*, 1(1), 37-67. Caron, J. (1996). L'échelle de provisions sociales: une validation québécoise. *Santé Mentale au Québec*, 21(2), 158-180. doi:10.7202/032403ar
- Cyr, M., Toupin, J. et Lesage, A. (1992). *L'évaluation des problèmes psychosociaux chez des personnes ayant des problèmes psychiatriques graves*. Conseil québécois de la recherche sociale. Repéré à <http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/santecom/35567000073186.pdf>
- Cyr, M., Toupin, J., Lesage, A. D. et Valiquette, C. A. M. (1992). Méthode de formation d'interviewers et évolution temporelle de l'accord interjuges, *Revue Canadienne de Psychoéducation*, 21(1), 21-28.
- de Jager, J. et McCann, E. (2017). Psychosis as a Barrier to the Expression of Sexuality and Intimacy: An Environmental Risk? *Schizophrenia Bulletin*, 43(2) 236-239. doi:10.1093/schbul/sbw172

- de Pierrefeu, I. et Charbonneau, C. (2014). Deux structures d'insertion professionnelle de format hybride pour personnes avec un trouble mental : les ESAT de transition de Messidor (France) et Accès-Cible SMT (Québec). *L'Encéphale* 40(S2), S66-S74. doi:10.1016/j.encep.2014.04.003
- Demily, C., Rigard, C., Peyroux, E., Chesnoy-Servanin, G., Morel, A. et Franck, N. (2016). «Cognitus & Moi»: A computer-based cognitive remediation program for children with intellectual disability. *Frontiers in psychiatry*, 7, 1-9. doi:10.3389/fpsyt.2016.00010
- DeNiro, D. A. (1995). Perceived alienation in individuals with residual-type schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing* 16(3), 185-200. doi:10.3109/01612849509006934
- Derogatis, L. R. (1977). *The SCL-90 Manual I: Scoring, administration and procedures for the SCL-90*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University School of Medicine.
- Diaz, P., Mercier, C., Hachey, R., Caron, J. et Boyer, G. (1999). An evaluation of the psychometric properties of the Canadian Edition of the Wisconsin Quality of Life Index in individuals with Schizophrenia. *Quality of Life Research*, 8(6), 509-514.
- Donahoe, C. P., Carter, M. J., Bloem, W. D., Leff, G. L., Laasi, N. et Wallace, C. J. (1990). Assessment of interpersonal problem-solving skills. *Psychiatry*, 53(4), 329-339. doi:10.1080/00332747.1990.11024517
- Dupuis, G., Laurence, J.-R. et Tourjman, S. V. (2016). Relaxation, hypnose et méditation. Dans P. Lalonde et G.-F. Pinard (dir.), *Psychiatrie clinique : approche bio-psycho-sociale* (4^e éd., vol. 2, p.1750-1766). Montréal, QC: Chenelière Éducation.
- Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program. (2016). *Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis* (2^e éd.). Melbourne: Orygen, National Centre of Excellence in Youth Mental Health. Repéré à <https://www.orygen.org.au/Campus/Expert-Network/Resources/Free/Clinical-Practice/Australian-Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis/Australian-Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis.aspx?ext>
- Eisen, S. V., Dill, D. L. et Grob, M. C. (1994). Reliability and validity of a brief patient-report instrument for psychiatric outcome evaluation. *Hosp Community Psychiatry*, 45, 242-247.
- Favrod, J. et Lebigre, F. (1995). Manuel d'entraînement à la résolution de problèmes interpersonnels. Charleroi, Belgique : Socrate-Réhabilitation.
- Firth, J., Stubbs, B., Rosenbaum, S., Vancampfort, D., Malchow, B., Schuch, F., Elliott, R., ... Yung, A.R. (2017). Aerobic exercise improves cognitive functioning in people with

schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 43(3), 546-556.

Fouché, L. et Wegner, L. (2014). Specific Occupational Therapy Intervention with Adolescents. Dans R. Crouch et V. Alers (dir.), *Occupational Therapy in Psychiatry and Mental Health* (5^e éd., p.276-294). Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.

Fowler, D., Garety, P. et Kuipers, E. (1995). *Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis: Theory and Practice*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.

Fowler, D., French, P., Hodgekins, J., Lower, R., Turner, R., Burton, S. et Wilson, J., (2013). CBT to Address and Prevent Social Disability in Early and Emerging Psychosis. Dans C. Steel (dir.), *CBT for schizophrenia: evidence-based interventions and future directions* (p.143-167). Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell. doi:10.1002/9781118330029

Gaudelus, B. et Franck, N. (2012). Troubles du traitement des informations faciales : le programme Gaïa. Dans N. Frank (dir.), *Remédiation cognitive* (p.169-181). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.

Gilbert, P. et Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. Dans P. Gilbert (dir.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (p.263-325). Hove, UK: Routledge.

Gonthier, M. et Lyon, M. A. (2004). Childhood-onset schizophrenia: An overview. *Psychology in the Schools*, 41(7), 803-811. doi:10.1002/pits.20013

Gottesman, I. I. et Groome, C. S. (1997). HIV/AIDS risks as a consequence of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 23(4), 675-684. doi:10.1093/schbul/23.4.675

Grassi, L., Pavanati, M., Cardelli, R., Ferri, S. et Peron, L. (1999). HIV-risk behaviour and knowledge about HIV/AIDS among patients with schizophrenia. *Psychological medicine* 29(1), 171-179. doi:10.1017/S0033291798007818

Hachey, R., Jumoorty, J. et Mercier, C. (1995). Methodology for validating the translation of test measurements applied to occupational therapy. *Occupational Therapy International*, 2(3), 190-203.

Hakulinen, C., McGrath, J. J., Timmerman, A., Skipper, N., Mortensen, P. B., Pedersen, C. B. et Agerbo, E. (2019). The association between early-onset schizophrenia with employment, income, education, and cohabitation status: nationwide study with 35 years of follow-up. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(11), 1343-1351. doi:10.1007/s00127-019-01756-0

- Harris, R. (2007). *Passez à l'ACT : Pratique de la thérapie d'acceptation et d'engagement*. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.
- Harrison, G., Hopper, K., Craig, T., Laska, E., Siegel, C., Wanderling, J., ... Thara, R. (2001). Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 178(6), 506-517. doi:10.1192/bjp.178.6.506
- Hasomed GmbH. (1986). *RehaCom®: Réhabilitation cognitive assistée par ordinateur : Entraînement de la performance cérébrale*. Neuilly-Sur-Seine, France.
- Hayes, S. C., Strassahl, K. D. et Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experimental Approach to Behavior Change*. New York, NY: Guilford.
- Herman, R., Kaplan, M., Satriano, J., Cournos, F. et McKinnon, K. (1994). HIV prevention with people with serious mental illness: staff training and institutional attitudes. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17(4), 97-103.
- Horan, W. P. et Green, M. F. (2019). Treatment of social cognition in schizophrenia: Current status and future directions. *Schizophrenia Research*, 203, 3-11. doi:0.1016/j.schres.2017.07.013
- Horvath, A. O. et Greenberg, L. S. (1989). Development and Validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233.
- Howes, O. D. et Kapur, S. (2009). The Dopamine Hypothesis of Schizophrenia: Version III: The Final Common Pathway. *Schizophrenia Bulletin*, 35(3), 549-562. doi:10.1093/schbul/sbp006
- Jones, N., Bower, K. et Furuzawa, A. (2016). *Back to School: Toolkits to Support the Full Inclusion of Students with Early Psychosis in Higher Education*. Alexandria, VA: NASMHPD Publications. Repéré à https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Toolkit-Back_to_School_Support_for_Full_Inclusion_of_Students_with_Early_Psychosis_in_Higher_Education.pdf et https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Toolkit-Back_to_School_Support_for_Full_Inclusion_of_Students_Family_Edition.pdf
- Kaufman, J., Birmaher, B., Axelson, D., Perepletchikova, F., Brent, D. et Ryan, N. (2016). *K-SADS-PL DSM 5. Child and Adolescent Research and Education, Program Yale University*. Repéré à https://www.pediatricbipolar.pitt.edu/sites/default/files/KSADS_DSM_5_SCREEN_Final.pdf Traduit par Thümmeler, S. et Askenazy, F. (2018). K-SADS-PL DSM-5 French version. Repéré à <http://sfpeada.fr/k-sads-pl-dsm-5-version-francaise-2018/>
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U. M. A., Flynn, C., Moreci, P., . . . Ryan, N. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the*

American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36(7), 980-988.
doi:10.1097/00004583-199707000-00021

Kay, S. R., Fiszbein, A. et Opler, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261-276.

Khazaal, Y., Favrod, J., Libbrecht, J., Finot, C. S., Azoulay, S., Benzakin, L., ... Pomini, V. (2006). A card game for the treatment of delusional ideas: A naturalistic pilot trial. *BMC Psychiatry*, 6(48), 1-5. doi:10.1186/1471-244X-6-48

Kissling, W. (1994). Compliance, quality assurance and standards for relapse prevention in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(S382), 16-24.

Knorr, J. (2017). Childhood-Onset Schizophrenia Spectrum Disorders. Dans S. Goldstein et M. DeVries (dir.), *Handbook of DSM-5 Disorders in Children and Adolescents* (p.107-124). Cham, Suisse: Springer. doi:10.1007/978-3-319-57196-6

Kossmann, C., Heller, J., Brüne, M., Schulz, C., Heinze, M., Cordes, J., ... Juckel, G. (2021). Assessment of Psychosocial Functioning in a Large Cohort of Patients with Schizophrenia. *The Psychiatric quarterly*, 92(1), 177-191. doi:10.1007/s11126-020-09773-y

Labelle, R. I., Lachance, L. et Morval, M. (1996). Validation d'une version canadienne-française du Reasons for Living Inventory. *Science et Comportement*, 24(3), 237-248.

Lalonde, P. et Deleu, G. (2016). Thérapie psychoéducatrice. Dans P. Lalonde et G.-F. Pinard (dir.), *Psychiatrie clinique : approche bio-psycho-sociale* (4^e éd., vol 2, p.1689-1706). Montréal, QC : Chenelière Éducation.

Landry, M., Bergeron, J., Provost, G., Germain, M. et Guyon, L. (2000). *Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) pour les adolescents et les adolescentes : étude des qualités psychométriques*. Montréal : Recherche et Intervention sur les Substances psychoactives - Québec (RISQ).

Lecardeur, L., Stip, E., Giguere, M., Blouin, G., Rodriguez, J. P. et Champagne-Lavau, M. (2009). Effects of cognitive remediation therapies on psychotic symptoms and cognitive complaints in patients with schizophrenia and related disorders: a randomized study. *Schizophrenia Research*, 111(1), 153-158. doi:10.1016/j.schres.2009.03.029

Lecomte, T., Abidi, S., Garcia-Ortega, I., Mian, I., Jackson, K., Jackson, K. et Norman, R. (2017). Canadian Treatment Guidelines on Psychosocial Treatment of Schizophrenia in Children and Youth. *Revue Canadienne de Psychiatrie*, 62(9) 648-655. doi:10.1177/0706743717720195

- Lecomte, T. et Leclerc, C. (2012). La thérapie cognitive comportementale pour la psychose. Dans C. Leclerc et T. Lecomte (dir.), *Manuel de réadaptation psychiatrique* (p.47-64). Université du Québec.
- Lecomte, T. et Leclerc, C. (2016). Réadaptation et rétablissement. Dans P. Lalonde et G.-F. Pinard (dir.), *Psychiatrie clinique : approche bio-psycho-sociale* (4^e éd., vol. 2, p.1767-1785). Montréal, QC : Chenelière Éducation.
- Lecrubier, Y. et Boyer, P. (1987). Échelle d'Appréciation des Symptômes Déficitaires (Négatifs). *Psychiatrie et Psychobiologie*, 2(6), 414-424. doi:10.1017/S0767399X00001176
- Levine, B., Robertson, I. H., Clare, L., Carter, G., Hong, J., Wilson, B. A., ... Stuss, D. T. (2000). Rehabilitation of executive functioning: An experimental-clinical validation of goal management training. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 6(3), 299-312. doi:10.1017/S1355617700633052
- Lewis, G. et Drife, J. (2004). *Confidential Enquiry into Maternal and Child: "Why mothers die, 2000-2002"*. London, UK: RCOG Press at the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
- Lewis, J. et Scott, E. (1997). The sexual education needs of those disabled by mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 21(2), 164-167.
- Lieberman, R. P., DeRisi, W. J. et Mueser, K. T. (1989). *Social skills training for psychiatric patients*. New York, NY: Pergamon.
- Lilly Institut. (2010). *Schi 'ose dire : oser parler des Schizophrénies*. Neuilly-sur-Seine, France.
- Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L. et Chiles, J. A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the reasons for living inventory. *Journal of consulting and clinical psychology* 51(2), 276-286.
- Lloyd, C. et Bassett, J. (1997). Life is for living: A pre-vocational programme for young people with psychosis. *Australian Occupational Therapy Journal*, 44(2), 82-87. doi:10.1111/j.1440-1630.1997.tb00758.x
- Loas, G., Berner, P., Rein, W., Yon, V., Boyer, P. et Lecrubier, Y. (1986). Traduction française du questionnaire de plaintes de Francfort (QPF). *L'Encéphale*, 23(5), 364-374.
- Mandarelli, G., Zangaro, S., Raja, M., Azzoni, A., Tatarelli, R. et Ferracuti, S. (2012). Competence to consent to sexual activity in bipolar disorder and schizophrenic spectrum disorders. *Archives of Sexual Behavior*, 41(2), 507-515. doi:10.1007/s10508-011-9840-3

- Marchand, A. et Guay, S. (2016). Thérapie comportementale. Dans P. Lalonde et G.-F. Pinard (dir.), *Psychiatrie clinique : approche bio-psycho-sociale* (4^e éd., vol. 2, p.1609-1639). Montréal, Qc : Chenelière Éducation.
- Maat, A., Fett, A.-K. et Derks, E. (2012). Social cognition and quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 137(1-3), 212-218. doi:10.1016/j.schres.2012.02.017
- McCann, E. (2003). Exploring sexual and relationship possibilities for people with psychosis – a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(6), 640–649.
- McDermott, B. E., Sautter, F. J., Winstead, D. K. et Quirk, T. (1994). Diagnosis, health beliefs, and risk of HIV infection in psychiatric patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 45(6), 580-585. doi:10.1176/ps.45.6.580
- McGlashan, T. H., Walsh, B. C. et Woods, S. W. (2001). *Structured Interview for Psychosis-risk Syndromes*. New Haven, CT: PRIME Research Clinic Yale School of Medicine.
- Meltzer, E. S. et Kumar, R. (1985). Puerperal mental illness, clinical features and classification: a study of 142 mother-and-baby admissions. *British Journal of Psychiatry*, 147(6), 647-654. doi:10.1192/bjp.147.6.647
- Messias, E., Chen, C.-Y. et Eaton, W. W. (2007). Epidemiology of Schizophrenia: Review of Findings and Myths. *Psychiatric Clinics of North America*, 30(3), 323-338. doi:10.1016/j.psc.2007.04.007
- Miller, L. J. (1997). Sexuality, reproduction, and family planning in women with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 23(4), 623-635. doi:10.1093/schbul/23.4.623
- Miller, L. J. et Finnerty, M. (1996). Sexuality, pregnancy, and childrearing among women with schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatric Services*, 47(5), 502-505.
- Mohr, S., Simon, A., Favrod, J., Fokianos, C. et Ferrero, F.. (2004). Validation de la version française du Profil des compétences de vie (Life Skills Profile) chez des personnes atteintes de schizophrénie. *L'Encéphale*, 30(4), 343-351.
- Monestès, J.-L. (2008). *La schizophrénie : mieux comprendre la maladie et mieux aider la personne*. Paris, France: Odile Jacob.
- Moritz, S. et Woodward, T. S. (2007). Metacognitive training in schizophrenia: From basic research to knowledge translation and intervention. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(6), 619-625.

- Mueser, K. T., Meyer, P. S., Penn, D. L., Clancy, R., Clancy, D. M. et Salyers, M. P. (2006). The Illness Management and Recovery Program: Rationale, Development, and Preliminary Findings. *Schizophrenia Bulletin*, 32(S1), S32–S43. doi:10.1093/schbul/sbl022
- Netto, J. A., Yeung, P., Cocks, E. et McNamara, B. (2015). Facilitators and barriers to employment for people with mental illness: A qualitative study. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 44(1), 61-72. doi:10.3233/JVR-150780
- Ngô, T.-L. (2016). Thérapie cognitive. Dans P. Lalonde et G.-F. Pinard (dir.), *Psychiatrie clinique : approche bio-psycho-sociale* (4^e éd., vol. 2, p.1640-1665) Montréal, QC : Chenelière Éducation.
- Nilsson, E., Lichtenstein, P., Cnattingius, S., Murray, R. M. et Hultman, C. M. (2002). Women with schizophrenia: Pregnancy outcome and infant death among their offspring. *Schizophrenia Research* 58(2-3), 221-229. doi:10.1016/S0920-9964(01)00370-X
- Noiseux, S., Tribble, S. S.-C., Morissette, R., Pelletier, Corin, E., Leclerc, C., Fleury, D. et St-Hilaire, P.-L. (2012). Une approche contemporaine orientée vers le rétablissement des personnes vivant avec la schizophrénie. Dans C. Leclerc et T. Lecomte (dir.), *Manuel de réadaptation psychiatrique* (p.15-28). Université du Québec.
- Norman, R. M. G., Malla, A. K. et Manchanda, R. (2007). Early premorbid adjustment as a moderator of the impact of duration of untreated psychosis. *Schizophrenia Research*, 95(1-3), 111-114. doi:10.1016/j.schres.2007.06.007
- Oakley, F., Kielhofner, G., Barris, R. et Reichler, R. K. (1986). The role checklist: Development and empirical assessment of reliability. *Occupational Therapy Journal of Research*, 6(3), 157-170.
- Östman, M. et Björkman, A.-C. (2013). Schizophrenia and Relationships: The Effect of Mental Illness on Sexuality. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 7(1), 20-24.
- Pachoud, B. (2013). Enjeu de la réinsertion sociale après un premier épisode psychotique. *L'Encéphale*, 39(S2), S105-S109. doi:10.1016/S0013-7006(13)70104-0
- Pachoud, B. et Allemand, C. (2013). Le soutien à l'emploi (ou les pratiques de « job coaching ») : une nouvelle stratégie d'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique. *L'évolution psychiatrique*, 78(1), 107-117. doi:10.1016/j.evopsy.2013.01.004
- Parlato, L., Lloyd, C. et Bassett, J. (1999). Young Occupations Unlimited: An Early Intervention Programme for Young People with Psychosis. *British Journal of Occupational Therapy*, 62(3), 113-116. doi:10.1177/030802269906200306

- Pelletier, J. F., Corbiere, M., Lecomte, T., Briand, C., Corrigan, P., Davidson, L., et Rowe, M. (2015). Citizenship and recovery: Two intertwined concepts for civic-recovery. *BMC Psychiatry*, 15(1), 1-7. doi:10.1186/s12888-015-0420-2
- Penn, D., Roberts, D. L., Munt, E. D., Silverstein, E., Jones, N. et Sheitman, B. (2005). A pilot study of Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 80(2-3), 357-359. doi:10.1016/j.schres.2005.07.011
- Peyroux, E. et Franck, N. (2014). RC2S: a cognitive remediation program to improve social cognition in schizophrenia and related disorders. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 1-11. doi:10.3389/fnhum.2014.00400
- Pillay, R., Lecomte, T. et Abdel-Baki, A. (2018). Factors limiting romantic relationship formation for individuals with early psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 12(4), 645-651. doi:10.1111/eip.12353
- Pontonnier, A. L., Galland, F., Vaillle-Perret, E., Tourtauchaux, R. et Jalenques, I. (2007). Facteurs prédictifs de l'adaptation sociale des patients souffrant de schizophrénie. *Annales médico-psychologiques*, 165(9), 656-663. doi:10.1016/j.amp.2007.08.012
- Société Québécoise de la schizophrénie. (2020). *Refer-o-scope – L'outil pour observer et agir avant la psychose*. Repéré à <https://refer-o-scope.com/>
- Ridgway, P., McDiarmid, D., Davidson, L., Bayes, J. et Ratzlaff, S. (2002). L'itinéraire du rétablissement : guide personnel de rétablissement axé sur les forces (Traduit par S. Couture, B. St-Onge et J.-A. Morasse). QC : Le Pavois.
- Rivera, M.-J. et Lecardeur, L. (2016). Comment remédier la cognition sociale chez les personnes souffrant de schizophrénie ? *Revue de neuropsychologie*, 8(1), 31-37. doi:10.3917/rne.081.0031
- Rosenbaum, S., Tiedemann, A., Sherrington, C., Curtis, J. et Ward, P.B. (2014). Physical activity interventions for people with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75(9), 964-974. doi:10.1016/j.jsams.2014.11.161
- Rosen, A., Hadzi-Pavlovic, D. et Parker, G. (1989). The Life Skills Profile: a measure assessing function and disability in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 325-337. doi:10.1093/schbul/15.2.325
- Rowlands, P. (1995). Schizophrenia and sexuality. *Sexual and Marital Therapy*, 10(1), 47-61. doi:10.1080/02674659508405537

- Salmon, M., Abel, K., Cordingley, L., Friedman, T. et Appleby, L. (2003). Clinical and parenting skills outcomes following joint mother-baby psychiatric admission. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 556-562. doi:10.1046/j.1440-1614.2003.01253.x
- Schooler, N., Hogarty, G. E. et Weissman, M. M. (1979). Social Adjustment Scale II. Dans W. A. Hargreaves, C. C. Atkinson et J. E. Sorenson, *Resource Materials for Community Mental Health Program Evaluators*. Washington, DC.
- Speranza, M. (2009). Cognitions sociales et schizophrénie à début précoce. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57(1), 14-20. doi:10.1016/j.neurenf.2008.05.014
- Starling, J. et Feijo, I. (2012). Schizophrénie et autres troubles psychotiques à début précoce. Dans J. M. Rey et A. Martin (dir.), *e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health* (traduit par B. Mirkovic; Section H.5, p.1-24). Genève, Suisse: International Association for child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. Repéré à https://iacapap.org/Resources/Persistent/0df6e4b52a7cf79cb2484d29334b19fdf795908a/H.5_Schizophrenia-FR-2015.pdf
- Stip, E., Caron, J., Renaud, S., Pampoulova, T. et Lecomte, Y. (2003). Exploring cognitive complaints in schizophrenia: The subjective scale to investigate cognition in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 44(4), 331-340. doi:10.1016/S0010-440X(03)00086-5
- Stip, E., Lecardeur, L., Levoux, M.-N., Belleville, S. et Franck, N. (2016). Remédiation cognitive. Dans P. Lalonde et G.-F. Pinard (dir.), *Psychiatrie clinique : approche bio-psycho-sociale* (4^e éd., vol. 2, p.1666-1679). Montréal, QC: Chenelière Éducation.
- Süllwold, L. (1986). *Frankfurter Beschwerde-Fragebogen (FBF)*. Dans L. Süllwold and G. Huber Schizophrene Basisstörungen. Berlin: Springer.
- Thomas, P. (2013). Les rechutes : causes et conséquences. *L'Encéphale*, 39(S2), 79-82. doi:10.1016/S0013-7006(13)70100-3
- Toupin, J., Cyr, M., Lesage, A. et Valiquette, C. (1993). Validation d'un questionnaire d'évaluation du fonctionnement social des personnes ayant des troubles mentaux chroniques. *Revue Canadienne de Santé Mentale Communautaire*, 12(1), 143-156.
- Tremblay, J., Rouillard, P. et Sirois, M. (2001, rev. 2016). Dépistage/évaluation du besoin d'aide - Alcool/Drogues. Québec, QC : Service de recherche en Dépendance du CIUSSS de la Capitale-Nationale et du CISSS de Chaudière-Appalaches.
- Tremblay, L. F., Bandeira, M. et Garceau, L. (1994). *Manuel d'évaluation écologique des habiletés sociales (EEHS)*. Montréal, QC : Institut Philippe-Pinel.

- Vacheron, M.-N., Vayrat-Masson, H. et Wehbe, E. (2017). Quelle prise en charge du jeune présentant un premier épisode psychotique, quand la scolarité est mise à mal ? *L'Encéphale*, 43(6), 570-576. doi:10.1016/j.encep.2017.10.001
- Vanasse, A., Grégoire, J.-P. et Moisan, J. (2012). *Atlas de la schizophrénie au Québec : inégalités sociales et géographiques*. Groupe de recherche PRIMUS, Université de Sherbrooke. Repéré à <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2161568>
- Velligan, D. I., Mahurin, R. K., True, J. E., Lefton, R. S. et Flores, C. V. (1996). Preliminary evaluation of cognitive adaptation training to compensate for cognitive deficits in schizophrenia. *Psychiatric Services*, 47, 415-417.
- Vianin, P. (2007). Remédiation cognitive de la schizophrénie. Présentation du programme RECOS. *Annales médico-psychologiques*, 165(3), 200-205. doi:10.1016/j.amp.2007.01.008
- Volman, L. et Landeen, J. (2007). Uncovering the sexual self in people with schizophrenia. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 14(4), 411-417. doi:10.1111/j.1365-2850.2007.01099.x
- Wallace, C. J., Kochanowicz, N. et Wallace, J. (1985). *Independent Living Skills Survey* [document inédit]. Los Angeles, CA: Mental Health Clinical Research Center to the Study of Schizophrenia, Medical Center, Rehabilitation Medicine Service (Brentwood Division).
- Wan, M. W., Penketh, V., Salmon, M. P. et Abel, K. M. (2008). Content and style of speech from mothers with schizophrenia towards their infants. *Psychiatry Research*, 159(1-2), 109-114. doi:10.1016/j.psychres.2007.05.012
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: innovative cognitive therapy*. Manchester, UK: John Wiley & Sons.
- Wing, J. K., Curtis, R. H. et Beevor, A. S. (1996). *HoNOS: Health of the Nation Outcome Scales. Report on research and development*. London, UK: Royal College of Psychiatrists.