

Université de Montréal

Les personnes atteintes de schizophrénie vivant en communauté:
Construction d'un outil évaluant le risque de rechute psychotique

Par

Krystel Bonenfant

École de criminologie

Faculté des arts et des sciences

Rapport de stage présenté à la Faculté des études supérieures

en vue de l'obtention du grade de

Maître ès sciences (M.Sc.)

en criminologie, option intervention

Septembre, 2013

© Krystel Bonenfant, 2013

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce rapport de stage intitulé :

Les personnes atteintes de schizophrénie vivant en communauté:
Construction d'un outil évaluant le risque de rechute psychotique

Présenté par :

Krystel Bonenfant

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Jean-Pierre Guay, président rapporteur

Denis Lafortune, directeur de stage

Catherine Labarre, superviseure de stage

SOMMAIRE

Les rechutes psychotiques sont un phénomène courant dans l'évolution de la schizophrénie. Celles-ci entraînent un nombre important d'effets négatifs, et ce, tant au niveau individuel que social. La décompensation comprend, entre autres, une augmentation des symptômes psychotiques positifs. La littérature scientifique démontre que le risque de violence est accru lorsque la symptomatologie psychotique est importante. Il est primordial d'examiner attentivement les questions de la prévention et de la gestion du risque de rechute. À ce jour, il n'existe aucun outil d'évaluation du risque de rechute psychotique. Nous avons voulu remédier à cette situation en construisant un instrument de type jugement professionnel structuré, soit la *Grille d'évaluation du risque de rechute psychotique*. Notre outil est construit selon les principes qui sous-tendent l'instrument START. Une revue de la littérature a été effectuée afin de déterminer les facteurs de risque et de protection qui sont associés à la rechute psychotique. Pour chacun de ces facteurs, des critères ont été définis. Puis, la *Grille d'évaluation du risque de rechute psychotique* a été appliquée à trois cas cliniques. Les patients évalués sont suivis par le Centre de psychiatrie légale de Montréal. Certes, notre outil n'a pas été soumis à une démarche de validation. Il comporte donc plusieurs limites méthodologiques. Nous estimons toutefois que les premières démarches de la construction d'un outil constituent un exercice crucial.

Mots clés: Schizophrénie, rechute psychotique, décompensation, évaluation, jugement professionnel structuré.

ABSTRACT

Psychotic relapse is a common phenomenon in the evolution of schizophrenia. A relapse leads to a large number of negative outcomes, both on an individual and social level. Decompensation involves, among other things, an increase in positive psychotic symptoms. The literature shows that the risk of violence is increased when psychotic symptoms are important. It is essential to carefully examine the issues involved in preventing and managing the risk of psychotic relapse. To date, no tool has been elaborated to assess the risk of psychotic relapse. We wanted to address this situation by building an instrument in keeping with a structured professional judgment model, the *Grille d'évaluation du risque de rechute psychotique* (literally: the Psychotic Relapse Risk Assessment Grid). Our instrument is conceptualized according to the principles of the START instrument. A literature review was conducted to determine which risk factors and protective factors are associated with psychotic relapse. For each of these factors, criteria were defined. Then, the *Grille d'évaluation du risque de rechute psychotique* was applied to three clinical cases. The patients evaluated in this paper are monitored by the Centre de psychiatrie légale de Montréal. Our tool was not subjected to a validation process, and therefore has several methodological limitations. Nevertheless, we believe the first steps of building a tool to be a crucial exercise.

Key words: Schizophrenia, psychotic relapse, decompensation, assessment, structured professional judgment.

Table des matières

Remerciements.....	vii
Introduction.....	1
Chapitre I - Contexte théorique.....	4
1.1 La rechute psychotique : Définition et opérationnalisation	4
1.2 Le processus de la rechute psychotique	6
1.3 Statistiques sur le phénomène de la rechute psychotique	7
1.4 Les facteurs associés à la rechute psychotique	9
1.5 La rechute psychotique et les effets négatifs	12
1.5.1 Au plan individuel et familial	12
1.5.2 Au plan social et économique.....	14
1.6 La rechute psychotique et la violence	15
1.7 Prévention et gestion des risques de décompensation.....	17
1.8 Les traitements efficaces	19
1.9 Les instruments d'évaluation du risque.....	22
1.9.1 Les générations d'instruments d'évaluation du risque	22
1.9.2 L'instrument START.....	24
1.10 Problématique	26
Chapitre II – Présentation du milieu de stage	27
2.1 L'Institut Philippe-Pinel de Montréal.....	27
2.2 Le Centre de psychiatrie légale de Montréal.....	27
2.3 La déontologie	28
2.4 Le criminologue travaillant à l'Institut Philippe Pinel de Montréal	29
Chapitre III. Activités réalisées pendant le stage.....	31
3.1 Objectifs de stage	31
3.1.2 Les objectifs cliniques	31
3.1.3 Description des activités réalisées.....	32
3.1.4 Les objectifs académiques	35
Chapitre IV: Méthodologie	37
4.1. La construction d'un outil d'évaluation du risque	37

Chapitre V – Matériel clinique : application de la Grille d’évaluation du risque de rechute psychotique à trois cas	72
5.1 Monsieur A.....	72
5.2 Monsieur B.....	82
5.3 Monsieur C.....	91
Conclusion	100
Références.....	105
Annexe A	i

Remerciements

Ce présent rapport de stage est l'aboutissement d'une démarche d'apprentissage, laquelle fut ponctuée de difficultés et de persévérance, et ultimement, de satisfaction. Je ne peux laisser sous silence l'implication de certaines personnes dans la réalisation de ce processus.

Je tiens à remercier monsieur Denis Lafortune, mon directeur de recherche. Votre dévouement et votre passion pour la criminologie ont été une importante source d'inspiration. Vous m'avez amenée à me dépasser intellectuellement en suscitant des questionnements et des réflexions sur mon sujet d'intérêt. Votre grande connaissance et votre expertise clinique ont su me guider tout au long de cette démarche. Merci infiniment.

Également, je me dois de remercier l'immense implication de ma superviseuse de stage, madame Catherine Labarre. Tu as été une source d'apprentissage indéniable. Ton professionnalisme et ton grand intérêt envers les personnes malades sont exceptionnels, tu es un modèle pour ce milieu de travail. Merci pour ton dévouement.

Les équipes du Centre de psychiatrie légale de Montréal et de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal sont composées de gens tout aussi formidables les uns que les autres. Merci pour votre accueil et pour votre passion envers la clientèle. Vous êtes inspirants. Je tiens également à remercier monsieur Marc-André Ally qui m'a beaucoup appris dans le domaine de l'évaluation du risque de violence. Tes connaissances et ton expérience clinique se sont montrées très enrichissantes et stimulantes.

Finalement, je suis choyée d'avoir la famille et les amis que j'ai. Je remercie infiniment l'aide précieuse de mes parents, Brigitte et Léo. Vous m'avez permis de compléter ma scolarité en m'offrant votre soutien financier, mais aussi émotionnel. Je vous aime et je vous en serai éternellement reconnaissante. Merci également à mon amoureux, Julien. Ton soutien et tes nombreux encouragements m'ont permis d'outrepasser les différents obstacles de ce processus. Merci à Jessica et à Audrey, votre intérêt et votre soutien envers ce projet de stage m'ont été précieux. Vous êtes des amies formidables.

Introduction

La schizophrénie est un trouble de santé mentale grave qui, depuis fort longtemps, fait l'objet de nombreuses études au sein de la communauté scientifique. Cette maladie mentale est d'autant plus préoccupante qu'elle se retrouve parmi les troubles psychiatriques les plus débilissants, d'où l'intérêt d'y prêter une attention soutenue (Walker, Kestler, Bollini, & Hochman, 2004). La schizophrénie est une condition morbide qui persiste toute la vie. Approximativement 1 % de la population mondiale en est atteint, et ce, peu importe les cultures et l'appartenance ethnique (Kulhara & Chakrabarti, 2001; Regier et al., 1990). Cette faible prévalence ne signifie toutefois pas que les effets négatifs liés à ce diagnostic sont moindres. Ils sont bien au contraire multiples et complexes et se manifestent à différents niveaux tels qu'individuel, familial et sociétal (Birchwood & Spencer, 2001; Mueser & Gingerich, 2011). Dans une grande majorité de cas, cette maladie mentale grave apparaît chez les personnes âgées de 20 à 25 ans (DeLisi, 1992) et son évolution se caractérise entre autres par la chronicité (Schwartz & Cohen, 2001). Simonet et Brazo (2005) soutiennent que ce n'est pas la schizophrénie comme telle qui est chronique, mais plutôt la vulnérabilité à produire des états psychotiques. Selon l'approche vulnérabilité-stress, il existe des différences importantes entre les personnes atteintes de schizophrénie (PAS). Ainsi, certains individus vivront plus d'épisodes psychotiques puisqu'ils présentent de plus grandes vulnérabilités que d'autres (Simonet & Brazo, 2005). Par ailleurs, Cancro (1989) révèle qu'environ 20 à 30 % des individus souffrant de ce trouble seront en mesure de mener une vie relativement satisfaisante, soit en vivant de manière indépendante ou en occupant un emploi stable. Certaines personnes font donc l'expérience d'une rémission complète, mais la plupart d'entre elles démontrent un état débilissant chronique. Plus de la moitié de cette population bien particulière sera appelée à vivre une détérioration significative au fil du temps. De 20 à 30 % des PAS seront continuellement aux prises avec des symptômes psychotiques modérés (Cancro, 1989). La littérature montre que la schizophrénie se manifeste habituellement de façon beaucoup plus précoce chez les hommes, expliquant ainsi la plus grande morbidité chez ces derniers. En comparaison, chez les femmes, la schizophrénie apparaît généralement entre 24 et 35 ans

(Lalonde et al., 1999). En somme, ces données soulignent l'importance d'approfondir les connaissances théoriques et cliniques de cette maladie dans le but d'apporter une aide efficace aux gens qui en souffrent afin d'améliorer leur bien-être et leur qualité de vie.

Les rechutes psychotiques sont un phénomène courant dans la schizophrénie. Les avancements dans la science pharmaceutique, plus précisément en ce qui a trait aux neuroleptiques, ne permettent pas d'enrayer ce problème (Birchwood & Spencer, 2001). Par ailleurs, Linszen (1998) mentionne que, malgré la meilleure combinaison d'interventions biologiques et psychosociales, la rechute ne peut être entièrement éliminée. En effet, la rechute des symptômes positifs de la schizophrénie, tels les hallucinations et les délires, caractérise l'évolution de cette maladie (Birchwood & Spencer, 2001). Cependant, il est possible de limiter la sévérité d'une décompensation comme le démontre une panoplie d'études théoriques et empiriques s'intéressant à la prévention et à la gestion de ce phénomène (Birchwood, Spencer, & McGovern, 2000; Birchwood & Spencer, 2001; Gleeson, Alvarez-Jimenez, Cotton, Parker, & Hetrick, 2010; Mueser & Gingerich, 2011; Soni, Gaskell, & Reed, 1994). La rechute psychotique est un processus graduel pouvant s'avérer réversible. Il importe alors de bien comprendre les facteurs contributifs (Birchwood & Spencer, 2001). Une étude menée par Mueser et collaborateurs (1992) propose des conclusions pertinentes en regard des besoins exprimés par les PAS. Les résultats indiquent qu'être en mesure de prévenir une rechute imminente est un des besoins prioritaires des patients interrogés. Les travaux s'intéressant à la prévention de la rechute psychotique ainsi que sa gestion sont d'une importance cruciale.

Les services de psychiatrie légale regroupent une clientèle particulière de gens touchés par la schizophrénie. Notre stage de maîtrise s'est déroulé au Centre de psychiatrie légale de Montréal (CPLM), un des points de service externe de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal (IPPM). Les patients bénéficiant des soins offerts par des établissements de psychiatrie légale, tels que l'IPPM, présentent une problématique de violence en plus d'un diagnostic de maladie mentale grave. Plusieurs auteurs abondent dans le sens que les personnes souffrant de troubles mentaux graves sont plus à risque de commettre des crimes violents comparativement à la population générale, malgré les controverses mises en lumière par l'étude MacArthur (Dubreucq, Joyal, & Millaud, 2005; Hodgins, Mednick, Brennan, Schulsinger, & Engeberg, 1996; Wallace, Mullen & Burgess, 2004). Toutefois, cette population est encore plus

susceptible d'être victime de violence (Choe, Jeanne, Teplin, & Abram, 2008; Teplin, McClelland, Abram, & Weiner, 2005). La prévention de la rechute psychotique est un enjeu majeur pour les PAS vu le risque de comportements violents envers autrui et de victimisation. L'intérêt porté à ce groupe de personnes est d'actualité. Depuis quelques années, nous assistons à une augmentation dramatique du nombre de PAS incarcérées dans plusieurs pays de ce monde (Steadman, Osher, Robbins, Case, & Samuel, 2009; Wallace, Mullen, & Burgess, 2004) ainsi qu'à une hausse de l'occupation des lits en psychiatrie légale dans plusieurs pays d'Europe (Priebe et al, 2005).

Ce présent rapport de stage se concentrera essentiellement sur l'évaluation du risque de rechute psychotique des PAS. Par l'exercice de recension des écrits portant sur cette problématique, nous avons développé un outil d'évaluation du risque de décompensation reposant sur les principes du jugement professionnel structuré. Il est composé des facteurs de risque de rechute identifiés dans la littérature scientifique ainsi que des facteurs de bon pronostic (les forces). Soulignons qu'il n'existe aucun instrument à ce jour qui examine cette question sous cet angle. Notre outil s'inspire de la méthode qui a été préconisée pour construire le *Short-Term Assessment of Risk and Treatability* (Crocker et al., 2007).

Le premier chapitre met en lumière les études et les théories recensées qui traitent du phénomène de la rechute psychotique.

Le deuxième chapitre présente notre milieu de stage, soit le Centre de psychiatrie légale de Montréal. En plus de décrire les caractéristiques de ce milieu, les tâches qu'occupe le criminologue y sont abordées.

Le troisième chapitre expose les activités réalisées durant le stage ainsi que les objectifs académiques et cliniques qui ont été fixés.

Le quatrième chapitre aborde la méthodologie utilisée pour la construction d'un outil d'évaluation du risque de rechute psychotique de type jugement professionnel structuré. La *Grille d'évaluation du risque de rechute psychotique* y est présentée.

Le cinquième chapitre propose du matériel clinique, soit l'application de la *Grille d'évaluation du risque de rechute psychotique* à trois différents cas.

Chapitre I - Contexte théorique

1.1 La rechute psychotique : Définition et opérationnalisation

Le terme « rechute psychotique » (ou décompensation) n'a pas une définition standardisée faisant l'unanimité auprès des chercheurs et cliniciens (Almond, Knapp, Francois, Toumi, & Brugha, 2004). La réémergence, ou encore l'exacerbation des symptômes psychotiques au cours de l'évolution de la schizophrénie serait, selon Kazadi et collaborateurs (2008), la définition la plus courante de la rechute psychotique. D'autres auteurs y ajoutent l'équilibre menacé de la personne atteinte de schizophrénie (*PAS*) par la forte présence de symptômes psychotiques (Ryckmans et al., 2009). Certains auteurs utilisent des outils psychométriques tels que le PANSS (*Positive and Negative Syndrome Scale*) afin de définir la décompensation (Herz et al, 2000; Jorgensen, 1998). Lader (1995), quant à lui, privilégie une définition lexicographique, soit: le retour d'une maladie suite à une rémission apparente, partielle ou complète. Il importe alors d'être attentif à la définition de la rechute utilisée dans les recherches lorsque différents résultats d'études sont comparés. La définition de la rechute retenue dans la présente démarche correspond à sa forme la plus courante, soit l'exacerbation des symptômes psychotiques marquant l'évolution de la schizophrénie (Kazadi, Moosa, & Jeenah, 2008).

Si la définition de l'expression « rechute psychotique » est problématique, son opérationnalisation l'est tout autant. À la suite d'une revue d'études empiriques portant sur les rechutes psychotiques, Lader (1995) indique que l'opérationnalisation la plus fréquente de ce terme est l'admission dans un hôpital psychiatrique. Il souligne également la pertinence d'autres critères tels que la réémergence des symptômes psychotiques, l'aggravation des symptômes positifs et négatifs, l'utilisation accrue des services professionnels dans la gestion de cas, la fréquentation de centres de crise, le changement dans la médication psychotrope et la détention en vertu d'une Loi sur la santé mentale. Le nombre d'admissions psychiatriques est souvent utilisé pour mesurer la présence d'une décompensation. Or, il est dangereux de n'utiliser que ce critère puisque toutes les rechutes psychotiques ne conduisent pas à une hospitalisation. De plus, plusieurs raisons autres que la décompensation peuvent expliquer le

motif d'une admission (Almond, Knapp, Francois, Toumi, & Brugha, 2004). Une étude (Marder et al., 1984) portant sur l'identification de symptômes avant-coureurs montre que l'opérationnalisation de la rechute se caractérise par l'échec de l'ajustement de la médication antipsychotique accompagné d'une légère exacerbation de la psychose ou de la paranoïa. Ces différentes manières de mesurer la variable « rechute psychotique » dans les études empiriques font appel à la prudence des chercheurs désireux de mener des comparaisons (Gleeson, Alvarez-Jimenez, Cotton, Parker, & Hetrick, 2010). En référence à une revue systématique se concentrant l'évaluation de la rechute psychotique dans les études avec essais contrôlés randomisés (*RTC Randomized Controlled Trials*), Gleeson et ses collègues (2010) suggèrent l'adoption de six critères afin de tendre vers une opérationnalisation universelle et standardisée du phénomène: 1- La sévérité des symptômes positifs psychotiques (p.ex. le PANSS et le CGI). 2- La durée de la rechute et du rétablissement. 3- Le recours à des instruments standardisés pour évaluer les changements symptomatiques. 4- Les évaluateurs mesurant la variable « rechute » devraient être indépendants du programme de traitement offert. 5- La fidélité interjuge obtenue en se référant à ces critères devrait être étudiée. 6- La fréquence des évaluations devrait être bien identifiée. Ces auteurs concluent que le critère le plus problématique est celui de la durée de la rechute ou du rétablissement. En effet, seulement 4 études sur un total de 16 quantifient la durée de la rechute. La durée minimale la plus souvent citée pour établir la présence d'une rechute est d'une semaine.

La décompensation est souvent interprétée comme un indicateur fiable de l'aggravation de la maladie. Toutefois, Birchwood et Spencer (2001) soulignent qu'une rechute psychotique peut ne pas entraîner de lourdes conséquences au plan personnel si celle-ci est suivie d'un rétablissement complet et si elle n'impacte pas négativement la probabilité d'épisodes psychotiques futurs de même que la qualité de vie. La rémission des symptômes psychotiques significatifs et la présence d'un fonctionnement psychosocial adéquat dans différentes sphères de vie sont des caractéristiques de rétablissement chez une personne souffrant de troubles mentaux graves (Mueser & Gingerich, 2011).

Le concept de rétablissement teinte de plus en plus le champ de pratique en santé mentale, engendrant ainsi de grands changements dans la conception même de la maladie mentale et des interventions s'y rattachant (Bisson, Alexandre, Legris, Morissette, & Ratel, 2006). Cette

notion a été popularisée par Anthony (1993) qui la définit comme une façon de mener une vie satisfaisante et remplie d'espoir tout en apportant des contributions à la communauté malgré les limites causées par la maladie mentale. Anthony (1993) ajoute que le rétablissement signifie la possibilité d'un futur au-delà de la maladie et le fait que l'individu atteint d'un trouble psychiatrique sévère peut grandir malgré les effets catastrophiques de la maladie mentale. Ce dernier est encouragé à développer un nouveau sens à la vie ainsi que de nouveaux objectifs.

1.2 Le processus de la rechute psychotique

Plusieurs études démontrent que l'expérience individuelle d'une décompensation est similaire d'une fois à l'autre, voire identique (Birchwood & Spencer, 2001; Birchwood, Spencer, & McGovern, 2000; Mueser & Gingerich, 2011). Cependant, la rechute psychotique est un phénomène hétérogène qui se manifeste différemment d'une personne à l'autre pour ce qui est de la durée du processus, le nombre de symptômes s'y rattachant ainsi que la vitesse d'apparition des symptômes (Birchwood et Spencer, 2001). Il s'agit d'un processus graduel couvrant une période de temps donné à l'intérieur de laquelle les délires et hallucinations évoluent. En d'autres termes, la rechute n'est pas un phénomène binaire (Birchwood et Spencer, 2001). Birchwood et Spencer (2001) concluent que le processus de décompensation se construit entre deux et quatre semaines, suite à la revue de neuf études empiriques s'y intéressant. Qui plus est, les décompensations sont généralement précédées de signes avant-coureurs subtils, tels que des problèmes liés au sommeil, de la confusion, une humeur dépressive, ou une augmentation modérée des symptômes psychotiques (Mueser et Gingerich, 2011).

Plusieurs modèles théoriques ont été proposés afin d'approfondir le niveau de compréhension sur la schizophrénie. À la fin des années 80, il était largement admis que son étiologie renvoie à un ensemble de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux (Roder, Müller, Brenner, & Spaulding, 2011). C'est de cette perspective que le modèle vulnérabilité-stress, élaboré par Zubin et Spring, a émergé (Roder, Müller, Brenner, & Spaulding, 2011). Ce modèle, utilisé pour expliquer la survenue d'un épisode psychotique, conçoit les symptômes schizophréniques comme le résultat de stressseurs environnementaux agissant sur la vulnérabilité d'un individu.

Parmi l'ensemble des vulnérabilités biologiques, figurent entre autres les gènes, la régulation de neurotransmetteurs et la structure et les fonctions du cerveau. En d'autres termes, la schizophrénie se traduit par des variations neurobiologiques qui détiennent un rôle mécanique dans l'étiologie de la schizophrénie (Roder, Müller, Brenner, & Spaulding, 2011). Ces variations, génétiquement déterminées, seraient à l'origine de différences individuelles dans la perception, la pensée et le processus de traitement de l'information (Pomini, Neis, Brenner, Hodel, & Roder, 1998). Logiquement, la réduction des stressseurs ou bien l'acquisition d'habiletés de gestion de stress devraient réduire la probabilité d'une rechute psychotique (Birchwood, Spencer, & McGovern, 2000). Par ailleurs, plus grande est la vulnérabilité d'une personne, moins grand est le stress nécessaire pour déclencher un épisode psychotique (Zubin & Spring, 1977). Ce modèle a été révisé de nombreuses fois. Ainsi, Nuechterlein et ses collègues proposent un modèle plus détaillé dans la mesure où il prend en considération les facteurs de protection (Roder, Müller, Brenner, & Spaulding, 2011). Selon cette perspective, Nuechterlein et Dawson (1984) avancent que la rechute psychotique est le produit d'une interaction entre les vulnérabilités biologiques, les stressseurs environnementaux et les facteurs de protection (par exemple le soutien social et les habiletés de résolution de problèmes) propres à une personne. L'évolution de la maladie et le risque de rechute psychotique sont influencés par l'interaction entre des facteurs biologiques et psychosociaux (Mueser & Gingerich, 2011). En somme, il est possible de limiter le processus de décompensation par le biais des effets combinés de ces différentes variables (Nuechterlein & Dawson, 1984).

1.3 Statistiques sur le phénomène de la rechute psychotique

Au plan international, il a été établi que le taux de rechutes psychotiques parmi les PAS varie entre 50 et 92 %. Il ne semble pas y avoir de différences significatives entre les pays industrialisés et ceux en développement, et ce, peu importe la qualité des services de santé mentale mis en place (Suzuki, Yasumura, Fukao, & Otani, 2003). Puisqu'une grande majorité des PAS souffriront de décompensation au cours de leur vie, il est primordial de se pencher minutieusement sur ce phénomène dans le but de limiter cette expérience et ses effets négatifs (Birchwood & Spencer, 2001).

Plusieurs études longitudinales ont examiné l'évolution de la schizophrénie à la suite d'un premier épisode psychotique. De manière générale, elles obtiennent toutes des résultats similaires, soient des taux très élevés de décompensation et une forte proportion de suicide (Carlborg, Jokinen, Jonsson, & Norstrom, 2008). Par exemple, Robinson et ses collègues (1999) ont conduit une recherche sur une période de cinq ans, à New York, auprès de 104 individus atteints de schizophrénie ou du trouble schizo-affectif qui ont vécu un premier épisode psychotique. Au terme du suivi de cinq ans, le taux cumulatif du premier épisode de rechute pour l'ensemble de l'échantillon est de 81,9 %. Le taux cumulatif de la deuxième rechute psychotique s'élève à 78,0 % pour 64 des patients qui étaient en rémission à la suite de la première décompensation, et ce, après une période de cinq ans. Pour ce qui est de la troisième rechute psychotique, ces chercheurs ont trouvé un taux cumulatif de 86,2 %, aux termes de quatre années. Wiersma et son équipe de chercheurs (1998) ont mené une étude longitudinale de quinze ans, aux Pays-Bas, auprès d'une cohorte de 82 patients atteints soit de schizophrénie, soit d'une psychose fonctionnelle non affective. Les données ont été recueillies à la suite du premier épisode psychotique. Leurs résultats montrent que le deux tiers de l'échantillon a vécu au moins une décompensation. Après chaque épisode psychotique, un patient sur six ne s'en remet pas. Ces chercheurs ont d'ailleurs obtenu un résultat alarmant quant au nombre de suicides, à savoir que 10 % des personnes dans cette cohorte se sont enlevés la vie.

Notre projet de stage s'est réalisé au Centre de psychiatrie légale de Montréal (CPLM), plus précisément dans le service de psychiatrie légale adulte. Il est alors très pertinent d'obtenir un portrait des rechutes psychotiques des PAS suivis en communauté par ce service. Selon le *Bilan annuel des Services externes 2010-2011* de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, la cause principale des rechutes, dans 5 cas sur 11 des hospitalisations à l'IPPM survenues dans l'année 2010-2011 (patients suivis par le service de psychiatrie légale adulte), est la décompensation. À titre comparatif, l'année 2009-2010 comporte seulement un cas de décompensation menant à une hospitalisation. Dans ce document, il est mentionné que, pour l'ensemble des services externes de l'IPPM (Clinique pour agresseurs sexuels adultes, Clinique pour agresseurs sexuels adolescents, psychiatrie légale adulte (Réseau), Postcure, Clinique Réseau Jeunesse), la décompensation comme motif d'hospitalisation s'élève à 25 %

pour l'année 2010-2011, alors que ce pourcentage était de 15 % l'année précédente. À la lumière de ces informations, il nous apparaît pertinent de se pencher davantage sur le phénomène des rechutes psychotiques. Notons que ces chiffres semblent moins préoccupants que ceux des études présentées ci-haut. Ces différences s'expliquent, entre autres, par le fait que les durées d'observation ne sont pas les mêmes, soit cinq ans comparativement à un an.

1.4 Les facteurs associés à la rechute psychotique

La littérature scientifique traitant du phénomène des décompensations des PAS est disponible depuis plusieurs décennies. Néanmoins, notre recension nous a permis de constater que les textes portant sur les facteurs de risque d'hospitalisation sont plus nombreux que ceux abordant les facteurs de risque de décompensation. De surcroît, les recherches ont privilégié les facteurs liés à l'apparition de la schizophrénie (ventricules élargis, morbidité familiale, développement précoce problématique, etc.) plutôt que le phénomène récurrent des rechutes psychotiques (Van Os, Jones, Sham, Bebbington, & Murray, 1998). Afin d'être cohérents avec l'opérationnalisation de la rechute psychotique (ou décompensation) que nous avons délibérément choisie, nous nous sommes attardés aux études ciblant spécifiquement les facteurs de risques des décompensations. Ces études tendent à obtenir des résultats similaires, quoique certaines présentent des conclusions moins habituelles. Nous avons donc retenu les facteurs de risque se répétant le plus dans la documentation scientifique. Chacun de ces facteurs sera repris et détaillé dans le chapitre suivant, qui concerne la méthodologie et la construction de notre outil. Celui-ci poursuit l'objectif d'évaluer le risque de décompensation chez les PAS vivant en communauté dans le but de poser des interventions préventives et d'en favoriser une meilleure gestion.

Malgré sa mise en importance grandissante dans la littérature scientifique, le concept « facteur de protection » demeure empreint d'ambiguïté (De Vogel, De Vries Robbé, de Ruiter & Bouman, 2011). Les facteurs de protection peuvent réduire les effets négatifs des facteurs de risque (Miller, 2006) en diminuant la probabilité du risque de rechute psychotique, dans notre cas. Il importe alors de déterminer de quelle façon un facteur de protection intervient sur l'impact d'un facteur de risque. Différents mécanismes, soit directs et indirects, peuvent expliquer l'action d'un facteur de protection sur un facteur de risque. À ce jour, aucune preuve

empirique permet de prioriser une conceptualisation d'un facteur de protection plus qu'une autre (De Vogel, De Vries Robbé, de Ruiter & Bouman, 2011). Pour certains auteurs, un facteur de protection est l'absence d'un facteur de risque (Costa, Jessor, & Turbin 1999) alors que pour d'autres, il se situe sur le même continuum que le facteur de risque, mais à l'opposé (Webster et al., 2004). Il est également possible de conceptualiser un facteur de risque comme étant un élément à part entière, c'est-à-dire non lié à un facteur de risque (Farrington et Loeber, 2000).

Nous avons identifié quatorze facteurs qui sont associés à la survenue d'une décompensation. Certains d'entre eux sont spécifiquement des facteurs de risque de rechute psychotique, d'autres désignent plutôt un bon pronostic quant à l'évolution de la maladie. Précisons également que certains facteurs peuvent être à la fois porteurs de risque et garants d'un bon pronostic, dépendamment de la façon dont ils se présentent.

Tout d'abord, le temps écoulé depuis le premier épisode psychotique (Harrison et al., 2001; Lieberman et al., 2001; Srihari, Shah, & Keshavan, 2012) et les caractéristiques de la maladie lors de son apparition sont des éléments qui peuvent augmenter le risque de décompensation (Cancro & Lehmann, 2000; Minzenberg, Yoon, & Carter, 2008; Wiersma, Nienhuis, Sloff, & Giel, 1998). Le délai entre l'apparition des premiers symptômes de la schizophrénie et l'instauration d'un traitement pharmacologique peut également influencer le risque de rechute psychotique (Bottlender et al., 2003; Häfner & Heiden, 2008; Lempérière, Féline, Adès, Hardy, & Rouillon, 2006; Harris et al., 2005; Wyatt, 1991). Un individu qui présente une maladie physique (APA, 2000; Fenton, 2001; Green, Canuso, Brenner, & Wojcik, 2003; Weiden & Glazer, 1997; WHO, 1998) ou une maladie mentale grave (APA, 2000; Birchwood, Mason, Macmillan & Healy, 1993; Elbogen, Swanson, Swartz, & Van Dorn, 2005; Fenton, 2001; Häfner & Heiden, 2008; Kazadi, Moosa, & Jeenah, 2008; Siris, 2000; Tollefson, Sanger, Lu, & Thieme, 1998), en plus du diagnostic de schizophrénie, est exposé à un risque plus important de rechute psychotique. Bref, la littérature montre que ces facteurs tendent à augmenter la probabilité d'une décompensation chez la PAS.

Certains facteurs sont associés autant au risque de rechute psychotique qu'au bon pronostic de l'évolution de la maladie, dépendamment de la façon dont ils se présentent. Parmi ceux-ci,

nous retrouvons, entre autres, le fonctionnement prémorbide de la PAS (Boato, Caputo, Comazzi, & Ferrari, 1995; Gupta, Rajaprabhakaran, Arndt, Flaum, & Andreasen, 1995; Lempérière, Féline, Adès, Hardy, & Rouillon, 2006; Mueser, Bellack, Morrison, & Wixted, 1990; Robinson et al., 1999; Schmidt, Hesse, & Lykke, 1991; Wiersma, Nienhuis, Sloff, & Giel, 1998) et l'adhérence à la prescription de médication antipsychotique faite par le médecin traitant (APA, 2004; Lauriello et al., 2003; Palazzolo, 2009; Robinson et al., 1999; Wyatt, 1991). La problématique de l'abus de substances parmi les gens souffrant de troubles mentaux graves est une réalité présente dans environ la moitié des cas. Ce facteur constitue à lui seul un risque élevé de décompenser alors que la non consommation de substances psychotropes désigne une force individuelle (Bennett et al., 2009; Botha et al., 2009; Drake & Brunette, 1998; Leon et al., 1998; Schmidt, Hesse, & Lykke, 1991; Swartz et al., 1998). Selon la logique qui sous-tend le modèle vulnérabilité-stress, une PAS est plus susceptible de vivre des épisodes de décompensation lorsqu'elle est confrontée à un ou plusieurs stressseurs environnementaux de nature interne ou externe (Bebbington et al., 1993; Birchwood, Spencer, & McGovern, 2000; Compton, Weiss, West, & Kaslow, 2005; Malla, Cortese, Shaw, & Ginsberg, 1990; Murray & Castle, 2000; Pourmand, Kavanagh, & Vaughan, 2005; Roder, Müller, Brenner, & Spaulding, 2011; Simonet & Brazo, 2005; Ventura, Nuechterlein, Lukoff, & Hardesty, 1989; Zubin & Spring, 1977). La majorité des études portant sur la notion d'expression émotionnelle font le constat d'un lien entre les rechutes psychotiques et la manifestation d'une grande expression émotionnelle par l'entourage des PAS (Berry, Gregg, Vasconcelos, Haddock, & Barrowclough, 2012; Butzlaff & Hooley, 1998; Hooley, 2007; Kavanagh, 1992; Linszen, Lenior, de Haan, Dingemans, & Gersons, 1998; Marom, Munitz, Jones, Weizman, & Hermesh, 2005; Simonet & Brazo, 2005; Tattan & Tarrier, 2000; Wearden, Tarrier, Barrowclough, Zastowny, & Rahill, 2000). Également, les stratégies de *coping* (Cocker et al., 2007; Simonet & Brazo, 2005; Mueser & Gingerich, 2011) et les interventions thérapeutiques non pharmacologiques (APA, 2004; Hooley, 2007; Mueser & Gingerich, 2011; Pitschel-Walz, Leucht, Baulm, Kissling, & Engel, 2001; Roder, Mueller, Mueser, & Brenner, 2006) peuvent être des moyens de gestion du stress et de gestion de la maladie pour une PAS. Dépendamment de leur efficacité, ces facteurs interviennent soit en diminuant la probabilité d'une décompensation, soit en l'augmentant. Finalement, le réseau social (Ayuso-Gutierrez & del Rio, 1997; Blondeau, Nicole, & Lalonde, 2006; Coyne, &

Downey, 1991; Mueser & Gingerich, 2011; Simonet & Brazo, 2005) et la reconnaissance des signes avant-coureurs d'une décompensation (Birchwood, Spencer, & McGovern, 2000; Birchwood & Spencer, 2001; Herz et al., 2000; Jorgensen, 1998; Mueser & Gingerich, 2011; Tarrier, Barrowclough, & Bamrah, 1991; Van Meijel, 2003) sont aussi à considérer lorsqu'il s'agit d'évaluer le risque de rechute psychotique.

Or, selon Hart et ses collègues (2003), il est impératif de les prendre en considération afin de produire une évaluation clinique exhaustive et équilibrée (Rogers, 2000). Ces chercheurs ajoutent que si une évaluation du risque contribue au déploiement de forces d'intervention, il importe alors de tenir compte de ces facteurs positifs. Un facteur de protection (ou compensatoire) peut être compris comme étant une variable permettant de diminuer ou encore compenser un risque bien précis (Rogers, 2000) tel que celui de la décompensation. Les facteurs de protection, ici désignés comme des facteurs de bon pronostic ou des forces, seront repris dans le chapitre quatre, soit celui de la méthodologie.

1.5 La rechute psychotique et les effets négatifs

1.5.1 Au plan individuel et familial

Les rechutes psychotiques sont un phénomène normal dans l'évolution de la schizophrénie. Néanmoins, les répercussions d'une décompensation sont très lourdes pour l'individu atteint de cette maladie mentale grave et persistante (Birchwood & Spencer, 2001). Piggot et collègues (2003) soutiennent que, parmi les effets négatifs d'une décompensation, nous retrouvons l'hospitalisation, la détresse personnelle, des troubles cognitifs liés aux impacts de la maladie sur la structure du cerveau, l'incarcération, la résistance au traitement ainsi que des obstacles par rapport aux efforts de réhabilitation. La détresse semble être un enjeu majeur puisque plusieurs auteurs la relient aux effets négatifs de la rechute psychotique (Birchwood, Iqbal, Chadwick, & Trower, 2000; Birchwood & Spencer, 2001; Gleeson, Alvarez-Jimenez, Cotton, Parker, & Hetrick, 2010; Soni, Gaskell, & Reed, 1994; Wiersma, Nienhuis, Sloff, & Giel, 1998). Birchwood et ses collaborateurs (Birchwood, Iqbal, Chadwick, & Trower, 2000) soutiennent que, tout comme pour le processus individuel de décompensation, la détresse vécue par les PAS est variable et n'affiche pas une relation de causalité avec la sévérité des symptômes psychotiques. Ces chercheurs avancent que c'est l'évaluation faite par l'individu

au sujet de sa condition qui a le plus grand impact psychologique. Autrement dit, ce sont les implications d'une rechute psychotique sur la vie future d'une personne qui entraînent les conséquences les plus graves (Birchwood & Spencer, 2001).

La détresse ne se fait pas ressentir qu'au plan individuel, mais aussi parmi les membres de la famille (Gleeson, Alvarez-Jimenez, Cotton, Parker, & Hetrick, 2010; Wiersma, Nienhuis, Sloff, & Giel, 1998). En plus de l'expérience de la détresse et du stress, les familles vivant avec une PAS doivent bien souvent subvenir aux besoins de celle-ci et subir un stress économique (Almond, Knapp, Francois, Toumi, & Brugha, 2004). Par exemple, une étude menée par Magliano et ses collaborateurs (1998) dans cinq pays de l'Europe suggère que les membres d'une famille prenant soin d'une PAS passent de 6 à 8 heures quotidiennement à lui offrir du soutien. Ces chercheurs rapportent que les impacts familiaux les plus communs sont des contraintes dans les activités sociales, les effets négatifs sur la vie de famille et les sentiments de perte. Vivre avec une PAS peut entraîner des dépenses quotidiennes de même qu'une diminution du revenu, étant donné le temps consacré à offrir du soutien (Magliano et al., 1998).

Des recherches menées en 2000 montrent qu'il existe un lien entre la décompensation et l'apparition subséquente de pensées suicidaires et de dépression chez la PAS (Birchwood, Iqbal, Chadwick, & Trower 2000). À titre illustratif, dans une étude longitudinale de 15 ans réalisée en Hollande, les données indiquent que les deux tiers des PAS de l'échantillon ont fait l'expérience d'au moins une rechute durant la période de suivi et qu'une sur 10 a commis un suicide (Wiersma, Nienhuis, Sloff, & Giel, 1998). Qui plus est, ces résultats montrent révèlent qu'un individu sur 6 demeure aux prises avec des symptômes psychotiques résiduels qu'il ne présentait pas avant ladite rechute. De manière générale, la schizophrénie augmente le risque de suicide, c'est-à-dire que 4 personnes atteintes sur 10 commettront un geste suicidaire au cours de leur vie et une sur 10 en décèdera (Lalonde et al., 1999). Plusieurs données empiriques appuient l'idée que toute rechute psychotique peut mener à l'augmentation des symptômes résiduels et conduire à l'accélération de l'incapacité sociale de l'individu (Birchwood, Iqbal, Chadwick, & Trower 2000). Les décompensations peuvent interférer avec différentes facettes de la vie quotidienne telles que la vie autonome, l'emploi et l'ajustement dans la communauté (Mueser & Gingerich, 2011). En somme, la rechute psychotique entraîne

des impacts négatifs non négligeables tant pour l'individu malade que pour sa famille, ce qui souligne l'importance des mesures préventives et de la gestion des risques.

1.5.2 Au plan social et économique

Le traitement de la schizophrénie nécessite de grandes ressources financières (Knapp, Mangalore, & Simon, 2004). Plus spécifiquement, les rechutes psychotiques ponctuant l'évolution de la schizophrénie engendrent des dépenses importantes dans l'économie d'un pays (Almond, Knapp, Francois, Toumi & Brugha, 2004). Au Canada, les hospitalisations à long terme dans des unités de psychiatrie impliquent en moyenne 70 % de PAS. Dans l'ensemble du réseau hospitalier, 8 % de tous les lits sont occupés par cette population particulière. Annuellement dans notre pays, les coûts directs liés à cette maladie mentale sont d'environ 2,3 milliards de dollars (Lalonde et al., 1999). Ce total n'inclut pas les montants alloués aux prestations d'aide sociale, les services communautaires et le soutien apporté par la famille. Les coûts directs comprennent les dépenses engagées pour les soins infirmiers hospitaliers et à domicile, la médication psychotrope, les services de médecins et autres professionnels et l'équipement hospitalier. Les coûts indirects relèvent de la perte de productivité (ex. : la force de travail), due entre autres à la morbidité et à la mortalité prématurée. Knapp et ses collègues (2004) ont procédé à une revue systématique de 62 études portant sur les coûts liés à la schizophrénie. Ils concluent que toutes les estimations mettent en lumière le lourd fardeau que cette pathologie impose à la société. Aux États-Unis, en 1990, Rice et Miller (1996) ont calculé que les coûts totaux (directs et indirects) de la schizophrénie s'élevaient à 32,5 milliards de dollars américains et chaque patient coûtait en moyenne 13 015 dollars américains par an. Weiden et Olfson (1995) estiment qu'aux États-Unis, en 1995, approximativement 2 milliards de dollars américains sont consacrés directement au traitement des décompensations. En somme, les coûts liés aux rechutes psychotiques mettent en évidence l'impact important de l'aggravation des symptômes des PAS (Almond, Knapp, Francois, Toumi & Brugha, 2004). Au Canada, le montant par personne est estimé à 11 312 dollars canadiens en 1996 (Goeree et al., 1999).

Les hospitalisations dans un établissement psychiatrique représentent la plus grande part du fardeau économique de la schizophrénie. Elles concernent les patients présentant un premier

épisode psychotique ainsi que les cas chroniques nécessitant plusieurs hospitalisations vu la fréquence de leurs rechutes. Knapp et collaborateurs (2004) avancent que 68 % des coûts directs aux États-Unis s'expliquent par les hospitalisations tandis que ce pourcentage est de 54 pour le Canada. La mise en place de programmes offerts en communauté tend à diminuer le fardeau économique lié à la schizophrénie. Une étude menée par Leslie et Rosenheck (1999) montre qu'aux États-Unis, les coûts directs engendrés par le traitement individuel de la schizophrénie ont diminué de 12 429 \$ à 9 506 \$ entre les années 1992 et 1995. Selon les auteurs, cette baisse s'expliquerait principalement par le développement des services communautaires. Les soins hospitaliers sont beaucoup plus coûteux pour la société que les programmes communautaires, d'où l'importance d'investir davantage dans ces derniers (Salize & Rössler, 1996).

En somme, la schizophrénie a un impact considérable sur le budget de la santé, elle constitue entre 1,5 % et 3 % du total des dépenses nationales liées au domaine de la santé publique (Knapp, Mangalore, & Simon, 2004).

1.6 La rechute psychotique et la violence

Malgré qu'une certaine controverse ait été causée par les travaux de Monahan sur la question de la violence et des troubles mentaux graves, plusieurs auteurs confirment que les personnes souffrant de troubles mentaux graves, particulièrement la schizophrénie, présentent un risque plus élevé de commettre des crimes violents que la population générale (Dubreucq, Joyal, & Millaud, 2005; Hodgins, Mednick, Brennan, Schulsinger, & Engeberg, 1996; Wallace, Mullen, & Burgess, 2004). Toutefois, ces personnes sont encore plus susceptibles d'être victimes de violence (Choe, Jeanne, Teplin, & Abram, 2008; Teplin, McClelland, Abram, & Weiner, 2005). Il apparaît que les individus aux prises avec un trouble mental grave (schizophrénie, trouble bipolaire et dépression majeure) sont non seulement plus à risque de décéder à la suite d'un suicide, mais aussi d'un homicide (Hiroeh, Appleby, Mortensen, & Dunn, 2001).

Ainsi, plusieurs études montrent que les PAS sont de 8,5 à 10 fois plus susceptibles de commettre un suicide que la population générale (Isaac & Koch, 2010; Palmer, Pankratz, & Bostwick, 2005; Qin & Nordentoft, 2005). Les symptômes psychotiques positifs ainsi que le

trouble de personnalité antisociale sont aussi fortement corrélés aux comportements agressifs (Hodgins et al., 2007). Comme mentionné précédemment, la décompensation comprend, entre autres, l'exacerbation des symptômes psychotiques (Birchwood & Spencer, 2001). Une méta-analyse réalisée par Douglas et ses collaborateurs (2009) met en lumière que, comparativement à la population générale, les individus en psychose présentent une hausse du risque de violence envers autrui de 49 à 68 %. Il semblerait toutefois que le risque d'agression physique envers les autres concerne un sous-groupe spécifique de la population atteinte d'un trouble mental grave. Ce sous-groupe possède des caractéristiques particulières telles que des antécédents de violence, l'abus d'alcool ou de drogue, des pensées ou fantasmes violents, la non-observance de la médication antipsychotique et du suivi thérapeutique, des lésions cérébrales et une symptomatologie psychotique aiguë (Dubreucq, Joyal, & Millaud, 2005). Dubreucq et collaborateurs (2005) soutiennent que le nombre absolu d'agressions physiques perpétrées par les personnes souffrant de troubles mentaux graves est faible, et ce, même si le risque de violence associée à la maladie mentale est plus élevé. Ces auteurs mettent en lumière que de 85 à 97 % des agresseurs ne souffrent pas d'une maladie mentale.

Les individus atteints d'un trouble mental grave qui ont fréquenté une institution psychiatrique légale sont peu susceptibles de commettre une récidive criminelle. Hodgins et ses collègues (2007) ont mené une étude poursuivant l'objectif de comparer des PAS suivis en institution psychiatrique générale et des PAS traitées par un hôpital de psychiatrie légale. Cette étude comprend un échantillon de 248 hommes atteints de schizophrénie, lequel est constitué de 150 personnes provenant du groupe de psychiatrie légale et 98 personnes du groupe de psychiatrie générale. La période de suivi a débuté au moment où les patients ont reçu leur congé définitif de l'hôpital et s'est échelonnée sur deux ans. Pour ce qui est des évaluations, les chercheurs en ont réalisé quatre au cours de la période de suivi et ils y ont ajouté une entrevue très approfondie lors du congé de l'hôpital. Les variables à l'étude sont les symptômes positifs et négatifs de la maladie, les comportements agressifs et les réadmissions psychiatriques. Les résultats obtenus montrent que les patients suivis en psychiatrie générale présentent plus de symptômes positifs et négatifs et manifestent plus de comportements agressifs envers les autres lors de leur sortie de l'hôpital comparativement aux PAS fréquentant un institut psychiatrique légal. Hodgins et ses collègues (2007) concluent que l'approche de la

psychiatrie légale, incluant l'évaluation et la gestion du risque de violence de même que le traitement des symptômes psychotiques, est plus efficace que celle utilisée en psychiatrie générale en ce qui a trait aux effets observés. D'autres études longitudinales montrent des résultats similaires mettant de l'avant un faible taux de récurrence criminelle et une meilleure adhésion à la médication (stabilisation symptomatique) chez les PAS admises dans un institut de psychiatrie légale (Heilburn & Peters, 2000; Kunz et al., 2004). Le recours à une hospitalisation rapide et courte lors de la détérioration mentale d'une PAS pourrait stabiliser celle-ci et ainsi prévenir le recours aux comportements violents (Weideranders, 1992).

1.7 Prévention et gestion des risques de décompensation

L'intérêt porté par la recherche aux premiers épisodes psychotiques de même que la mise en valeur des innovations cliniques ne cesse d'augmenter depuis une vingtaine d'années. Cet intérêt se rattache à l'hypothèse suivante : des interventions intensives conduites à des stades précoces d'un épisode psychotique, pendant la crise ou encore tout de suite après, peuvent prévenir plusieurs effets négatifs, tant au plan symptomatique que fonctionnel (McGorry, Killackey, & Yung, 2008). La prévention de la rechute psychotique est d'une importance cruciale puisque chaque nouvel épisode est susceptible d'entraîner des effets négatifs tels que l'augmentation des symptômes psychotiques résiduels et de l'incapacité sociale de la PAS (Birchwood et al., 2000). La prévention efficace d'une décompensation permet la réduction des symptômes psychotiques pouvant faire obstacle aux différents traitements et freine la trajectoire vers la chronicité (Birchwood, Spencer, & McGovern, 2000). Mueser et Gingerich (2011) soutiennent que la stabilisation symptomatique n'est pas une cible suffisante de traitement à long terme, bien que la prévention soit le but soutenu par les traitements. Ces chercheurs mettent de l'avant le concept de rétablissement stipulant que les PAS possèdent la capacité d'atteindre un niveau adéquat de fonctionnement psychosocial, et ce, dans différentes sphères de vie tels que le loisir et le travail. En plus de maintenir un état clinique stable, les PAS peuvent aussi mener des vies productives, significatives et enrichissantes (Roe & Chopra, 2003).

Plusieurs patients souffrant de schizophrénie veulent apprendre à reconnaître et à prévenir une rechute imminente (Mueser, Bellack, Wade, Sayers, & Rosenthal, 1992). L'approche des

signes avant-coureurs (*early warning signs*) en matière de prévention des rechutes vise l'identification de ces signes, ainsi que la mise en place d'interventions efficaces à des moments critiques afin de limiter la progression du processus vers la psychose franche (Birchwood, Spencer, & McGovern, 2000; Birchwood & Spencer, 2001; Jorgensen, 1998; Tarrier, Barrowclough, & Bamrah, 1991; Van Meijel, 2003). Nous retrouvons dans la littérature scientifique plusieurs données corroborant la présence de signes précurseurs d'une décompensation (Birchwood & Spencer, 2001). Par ailleurs, Suzuki et ses collègues (2003) soutiennent que 50 à 92 % des PAS feront l'expérience d'une rechute psychotique. Il est donc primordial d'étudier attentivement ces signes afin de déterminer lesquels peuvent être prévenus (Soni, Gaskell, & Reed, 1994). Birchwood et collaborateurs (2000) soutiennent que plusieurs recherches démontrent la présence de changements subtils dans l'affect, les pensées et le comportement avant le déclenchement d'un nouvel épisode. Cette progression vers la décompensation se construit sur une période de quatre semaines (Birchwood, Spencer, & McGovern, 2000). D'autres chercheurs font mention de la subtilité des changements pouvant être observés avant une décompensation, tels que des problèmes liés au sommeil, la confusion, la dépression ou une augmentation modérée des symptômes psychotiques (Mueser & Gingerich, 2011). De nombreuses études prospectives ont fait la démonstration que la rechute peut être prédite avec un degré de spécificité se situant entre 75 et 81 % ainsi qu'un degré de sensibilité variant de 50 à 79 % lorsque des mesures standardisées (symptômes névrotiques, dysphoriques et psychotiques de faible niveau) sont utilisées (Birchwood et al, 1989, Jorgenson, 1998; Subotnik & Neuchterlein, 1988). Le terme spécificité réfère à la proportion des PAS qui feront effectivement l'expérience de l'augmentation des signes avant-coureurs avant la crise psychotique. Le terme sensibilité définit par la proportion des PAS qui ne vivront pas de rechutes psychotiques et qui ne manifestent aucune augmentation dans les signes avant-coureurs (Van Meijel, 2003).

La décompensation étant un phénomène hétérogène, il existe une grande variabilité entre les PAS en ce qui a trait à la nature et l'ordre d'apparition des signes avant-coureurs (Birchwood, Spencer, & McGovern, 2000; Birchwood & Spencer, 2001). Il est primordial qu'une attention soutenue soit portée au profil unique de signes avant-coureurs pour chaque individu. Autrement dit, l'identification et la gestion du processus de décompensation relèvent du cas

par cas (Birchwood, Spencer, & McGovern, 2000). Toutefois, Birchwood (1995) propose la présence de symptômes avant-coureurs communs aux PAS, formant ainsi un noyau central auquel viennent s'ajouter les traits uniques à chaque individu. C'est par l'identification du processus individuel de rechute psychotique qu'il devient possible d'intervenir rapidement et efficacement (Birchwood & Spencer, 2001). Lorsqu'une action rapide est menée, au moment où les signes précurseurs apparaissent, la probabilité d'une décompensation diminue et peut même être nulle (Herz et al., 2000; Mueser & Gingerich, 2011). Les PAS peuvent autoévaluer la présence de signes avant-coureurs d'une décompensation de manière qui est presque aussi spécifique et sensible que les évaluations conduites par les psychiatres (Jorgensen, 1998). Logiquement parlant, une signature de rechute (*relapse signature*) peut être identifiée si et seulement si la PAS a déjà fait l'expérience d'une rechute dans le passé. Plus l'individu a cumulé des décompensations, plus les informations sur les signes avant-coureurs sont disponibles et précises (Birchwood, Spencer, & McGovern, 2000). Lorsque ces signes sont identifiés, il devient alors possible de mettre sur pied un plan de gestion de la rechute (*relapse drill*) (Birchwood, Spencer, & McGovern, 2000). C'est la présence des signes précurseurs identifiés dans la littérature scientifique qui jette les bases des approches d'interventions précoces (Birchwood, Spencer, & McGovern, 2000; Hogarty et al., 1997).

1.8 Les traitements efficaces

Plusieurs possibilités existent en ce qui a trait aux traitements visant à prévenir et limiter le phénomène de la rechute psychotique. Nous examinerons d'abord l'intervention pharmacologique, puis les traitements de type cognitivo-comportemental, ainsi que d'autres catégories d'interventions.

Les antipsychotiques représentent un traitement nécessaire pour les PAS. Wyatt (1991) a trouvé que le recours à des antipsychotiques réduit la récurrence des épisodes psychotiques. À l'inverse, une pauvre adhérence à la médication antipsychotique chez les PAS est associée aux décompensations et hospitalisations (Ayuso-Gutierrez & del Rio, 1997; Haywood et al., 1995; Sullivan, Wells, Morgenstern, & Leake, 1995). L'importance de la médication est donc indéniable. Celle-ci ne doit pas être prise de manière intermittente lorsqu'apparaissent des signes avant-coureurs d'une décompensation, mais plutôt de manière continue (Birchwood,

Spencer, & McGovern, 2000). Plusieurs recherches démontrent que la prise de médication antipsychotique initiée par l'apparition de signes précurseurs jumelée à une médication de soutien, et ce, sur une base régulière, entraîne une réduction de 12 à 23 % des taux de décompensations sur une période de plus de deux ans (Birchwood, Spencer, & McGovern, 2000; Birchwood & Spencer, 2001). Dubeau et ses collègues (2007) avancent qu'une approche psychosociale combinée avec un traitement pharmacologique améliore non seulement l'adaptation psychosociale, mais aussi le risque de rechute psychotique et la qualité de vie des personnes aux prises avec la schizophrénie.

Le modèle vulnérabilité-stress, originellement élaboré par Zubin et Spring (1977), offre une compréhension particulière du phénomène de la rechute psychotique (Roder, Müller, Brenner & Spaulding, 2011). Ce modèle stipule que la présence de stressseurs environnementaux dans la vie d'une personne possédant préalablement des vulnérabilités biologiques peut entraîner l'apparition ou l'exacerbation de symptômes schizophréniques (Birchwood, Iqbal, Chadwick, & Trower, 2000). La diminution de ces stressseurs ou bien l'acquisition d'habiletés de gestion de stress devraient réduire la probabilité d'une décompensation. La rechute psychotique est un processus graduel et non pas binaire (tout ou rien) (Birchwood & Spencer, 2001). Cette conception de la schizophrénie rend l'approche cognitivo-comportementale très pertinente lorsqu'il est question du traitement (Birchwood, Iqbal, Chadwick, & Trower, 2000).

Nous retrouvons principalement quatre types d'interventions à l'intérieur de l'approche cognitivo-comportementale: psychoéducation et thérapie familiale, thérapie cognitivo-comportementale pour les symptômes persistants, thérapie de compétence sociale et thérapie de remédiation cognitive. L'ensemble de ces techniques est soutenu par des données probantes, comme le démontrent plusieurs méta-analyses (Nasrallah, 2008). Les programmes centrés sur l'acquisition d'habiletés de gestion du stress, par exemple la thérapie personnelle (*Personal Therapy*), sont efficaces en ce qui concerne les décompensations, comme démontré par l'étude de Hogarty et ses collègues (1997). Toutefois, dans cette recherche, seul l'échantillon des individus bénéficiant d'un soutien familial répond positivement à la thérapie. Pour les gens ne pouvant compter sur un tel soutien, la thérapie est une source de stress et entraîne plus de rechutes psychotiques (Hogarty et al., 1997). Les PAS ayant des contacts réguliers avec des membres de leur famille bénéficient grandement des programmes de

psychoéducation familiale (Mueser & Gingerich, 2011). La plupart du temps, les familles des PAS détiennent très peu d'information sur la maladie mentale, pouvant ainsi contribuer au stress de la personne souffrante et conséquemment entraîner des rechutes psychotiques (Hooley, 2007). Lefley (2009) souligne qu'afin d'obtenir une collaboration active des membres de la famille de la PAS, il importe que ceux-ci connaissent les principes de son traitement et des informations valides sur ce qu'est la schizophrénie. La prévention de la rechute est typiquement incluse dans les traitements de type psychoéducation (Mueser & Gingerich, 2011). Une autre catégorie de programmes fortement utilisée dans le traitement de la schizophrénie est la thérapie cognitivo-comportemental pour la psychose (TCC) (Mueser et Gingerich, 2011). Racenstein et ses collègues (2002) mettent en lumière que de 25 à 40 % des PAS font l'expérience de symptômes psychotiques persistants. Il ne fait aucun doute que ces symptômes, qui sont source de stress et de détresse, peuvent contribuer à la vulnérabilité des PAS aux décompensations (Racenstein et al., 2002). Plusieurs recherches ont confirmé l'efficacité de la TCC pour la psychose, celle-ci entraînant une réduction des symptômes positifs et négatifs de la schizophrénie de même qu'une amélioration du fonctionnement social (Wykes, Steel, Everitt, & Tarrier, 2008). En plus de réduire la probabilité des décompensations, la TCC favorise l'atteinte de buts personnels tels que l'obtention d'un emploi satisfaisant (Mueser & Gingerich, 2011).

En somme, les méta-analyses ont généralement supporté l'efficacité des interventions familiales et cognitivo-comportementales pour les psychoses, mais les données relatives aux apprentissages sociaux et à la remédiation cognitive sont moins concluantes (Roder, Mueller, Mueser et Brenner, 2006).

Parmi la gamme des interventions visant à prévenir le phénomène de la décompensation, nous retrouvons aussi le traitement intégré pour trouble concomitant (Mueser & Gingerich, 2011). Étant donné que près de la moitié des PAS ont des problèmes d'abus ou de dépendance à la drogue et à l'alcool (15 % chez la population générale), il est plus que pertinent de cibler la toxicomanie et la santé mentale dans un même traitement que de le faire de manière parallèle ou consécutive (Volkow, 2009). L'abus de substances est un facteur de risque énorme lorsqu'il est question des rechutes psychotiques (Leon & Diaz, 2005; Margolese, Negrete, Tempier, & Gill, 2006; Mueser & Gingerich, 2011). Il est empiriquement démontré que de

traiter ces deux problématiques (« diagnostic double ») séparément est cliniquement inefficace (Ridgely, Goldman, & Willenbring, 1990). Qui plus est, les recherches confirment la supériorité des programmes intégrés pour troubles concomitants sur ceux de type traditionnel en ce qui a trait au traitement de la maladie mentale (Drake, O'Neil, & Wallach, 2008).

Il est possible de schématiser les différentes interventions thérapeutiques en se référant au modèle de vulnérabilité-stress de la schizophrénie de la façon suivante: les antipsychotiques réduisent la vulnérabilité biologique de la PAS et les interventions psychosociales agissent en limitant le stress auquel elle est soumise, en accroissant ses capacités à faire face aux différentes situations ou événements de vie stressants et en lui assurant un soutien social efficace (Mueser & Gingerich, 2011).

1.9 Les instruments d'évaluation du risque

Différentes manières de considérer l'évaluation du risque se sont succédé sur plusieurs décennies. Historiquement, les façons distinctes de concevoir l'évaluation du risque ont varié d'un pôle à l'autre sur un même continuum, allant des modèles d'exclusion (ex. : impression clinique fondée uniquement sur les résultats d'une évaluation non structurée) aux approches intégratives (Crocker et al, 2007). Lorsqu'il est question de la prévention et de la gestion du risque, l'évaluation est une première étape primordiale (Webster et al., 2002).

1.9.1 Les générations d'instruments d'évaluation du risque

La première génération des instruments d'évaluation du risque repose sur un jugement clinique non structuré. De nombreuses critiques de cette méthode d'évaluation sont apparues dans les années 60 à la suite de publications démontrant la quasi-absence de fiabilité des évaluations de dangerosité (Niveau, 2011). À ce sujet, ce sont les travaux de Monahan (1996) qui ont eu le plus grand impact dans le domaine de l'évaluation du risque. Ce dernier est arrivé à la conclusion que les évaluations menées par les psychiatres et psychologues sur la prédiction du risque ne sont fiables qu'une seule fois sur trois. Monahan (1996) a fait la démonstration que, dans deux cas sur trois, les experts de la santé mentale surestiment la dangerosité des individus en « ouvrant le parapluie » et en entraînant ainsi de longues incarcérations injustifiées. Les opinions d'experts basées sur l'expérience professionnelle ne

comportent aucun critère d'évaluation prédéfini (Douglas & Reeves, 2010). Monahan a alors proposé une analyse actuarielle du risque de violence, ce qui est devenu la deuxième génération d'instruments.

L'orientation actuarielle de l'évaluation du risque est basée sur des calculs probabilistes et statistiques fait à partir de populations spécifiques (Senon, Voyer, Paillard, & Jaafari, 2009). Selon Pratt (1995), la démarche actuarielle est supérieure à celle de l'évaluation clinique non structurée, dans la mesure où elle réduit la possibilité de l'erreur humaine et préconise la comparaison statistique de profils se rattachant à une population donnée. L'estimation du risque que présente un individu se mesure en additionnant les facteurs de risque (une note de « 0 » est attribuée lorsque le facteur est absent et une note de « 1 » signifie la présence de ce facteur) préalablement identifiés par les études empiriques (Bonta & Andrews, 2007; Douglas & Reeves, 2010). Bonta et Andrews (2007) mettent en lumière deux limites inhérentes à cette génération d'instruments : 1. Ils sont athéoriques (les facteurs ciblés par les instruments sont choisis, car ils sont facilement disponibles dans la littérature et non parce qu'ils sont théoriquement significatifs). 2. Les échelles ne considèrent pas l'évolution positive de l'individu, c'est-à-dire que les comportements antérieurs, tels les antécédents criminels, sont considérés comme des facteurs immuables, statiques. En ce sens, le risque que présente une personne ne peut être appelé à diminuer, il demeure stable ou bien il augmente. Par exemple, un délinquant qui présente des antécédents de toxicomanie alors qu'il est abstinent depuis quelques années, le risque demeurera alors identique. Le risque peut augmenter advenant le cas où une personne pose de nouveaux gestes criminels. Néanmoins, les instruments actuariels d'évaluation du risque de deuxième génération offrent des résultats fiables quant à la distinction entre les délinquants à faible risque et ceux à risque élevé (Bonta & Andrews, 2007).

Suite aux limites des instruments actuariels de deuxième génération, le désir d'inclure davantage de facteurs dynamiques prend de plus en plus place au sein de la communauté scientifique. (Bonta & Wormith, 2007). En plus des éléments statiques tels les antécédents criminels, les chercheurs tiennent également compte des éléments liés à la situation actuelle de la personne, ceux-ci étant en constante évolution (Bonta et Andrews, 2007). On parle alors d'instruments d'évaluation « du risque et des besoins » (Bonta et Andrews, 2007). En plus des

changements répertoriés dans la vie actuelle d'un individu, il devient également possible de cibler des objectifs d'intervention, ce qui est fortement utile aux cliniciens et au personnel correctionnel (Raynor, 2007).

Une quatrième génération d'instruments d'évaluation du risque a vu le jour dans les années 90 afin de répondre aux insuffisances cliniques des échelles actuarielles (Côté, 2001). Ces outils reposent sur ce que l'on appelle le jugement professionnel structuré (JPS). Flynn et ses collègues (2010) soulignent que ce type de jugement professionnel améliore la qualité et la transparence d'une prise de décision. Selon eux, les instruments JPS regroupent des facteurs de risque soutenus empiriquement et ils s'appuient également sur le langage commun et les connaissances partagées, formant ainsi la « culture » de l'expertise professionnelle. À la lumière des scores obtenus, l'évaluateur est alors appelé à se prononcer sur le niveau de risque non par la sommation des scores obtenus aux différents items, mais par le biais de son jugement clinique.

Récemment, une nouvelle génération d'instruments d'évaluation du risque a été mise de l'avant, ce sont les instruments d'évaluation systématique et globale. Ceux-ci prennent en considération l'intervention et le contrôle systématique par rapport à l'évaluation d'un vaste ensemble de facteurs de risque qui n'ont pas été mesurés jusqu'à présent, de même que d'autres facteurs individuels qui ont une importance significative pour l'intervention (Andrews, Bonta, & Wormith, 2006).

1.9.2 L'instrument START

Plusieurs outils JPS sont accessibles pour évaluer différentes problématiques dans des contextes spécifiques. L'évaluation du risque à court terme et traitabilité (START) est un guide clinique bref permettant l'évaluation dynamique des risques, des forces et de la traitabilité d'un individu (Doyle, Lewis, & Brisbane, 2008). Webster et ses collaborateurs (2006) soulignent que le rationnel qui sous-tend le START est l'importance de tenir compte autant des variables dynamiques que des vulnérabilités et des forces du patient. Le START se distingue des autres instruments d'évaluation du risque de la même génération puisque très peu d'entre eux considèrent les forces des patients (Crocker et al, 2007). Originellement conçu pour les services psychiatriques légaux, le START invite l'évaluateur à se pencher sur les

sphères de risque suivantes : la violence, l'automutilation, le suicide, la consommation abusive de substances psychoactives, le départ non autorisé et la négligence de soi (Doyle, Lewis, & Brisbane, 2008).

La complétion du START demande de porter attention à l'état mental actuel de la personne sous évaluation, de même qu'à son comportement et son fonctionnement sur 20 différents items : habiletés sociales, relations interpersonnelles, loisirs, travail, état mental, capacité à prendre soin de soi, statut émotionnel, consommation abusive d'alcool ou de drogues, impulsivité, déclencheurs externes, ressources matérielles, attitudes, prise de médication, opposition aux règles, comportement, introspection, projets, stratégies d'adaptation, soutien social, possibilité de recevoir le traitement (Doyle, Lewis, & Brisbane, 2008). Ces 20 items sont identifiés soit comme facteur de risque, soit comme facteur de protection, ou les deux à la fois (Crocker et al., 2007).

Le guide d'utilisation du START (version française), mis de l'avant par Crocker et ses collègues (2007), nous montre que l'échelle de cotation des items utilisée varie entre 0 et 2. La valeur 0 indique l'absence de l'item ou encore la non-pertinence de celui-ci quant à la force ou au risque de la personne sous évaluation. La valeur 2 dévoile un facteur de risque ou de protection de grand impact (Crocker et al., 2007). Ces auteurs ajoutent qu'il est possible qu'un item soit à la fois protecteur et porteur de risque (différentes cotations possibles) puisqu'il peut regrouper différentes facettes de vie (Crocker et al., 2007). Ce ne sont pas les scores exacts des facteurs de risque et de protection qui prévalent en utilisant le START, mais plutôt la capacité du clinicien (ou chercheur) à prendre position sur deux questions fondamentales : 1. Quel degré de risque (faible, modéré, élevé) représente la personne envers elle-même ou les autres, sous quelles conditions et à l'intérieur de quelle période de temps. 2. Quelles sont les qualités chez la personne minimisent le risque évalué (Crocker et al., 2007).

Puisque le START est un outil relativement récent, les travaux portant sur sa validation sont à leur commencement (Doyle, Lewis, & Brisbane, 2008). Néanmoins, les évaluations conduites jusqu'à présent obtiennent des résultats encourageants quant au potentiel du START pour structurer la pratique professionnelle (Nicholls, Brink, Desmarais, Webster, & Martin, 2006; Webster, Nicholls, Martin, Desmarais, & Brink, 2006). Par exemple, Doyle et collègues

(2008) ont montré que le START possède une utilité pratique ainsi qu'une validité apparente plus qu'acceptable. Les résultats de leur étude montrent que certains ajustements doivent être apportés à cet outil, tels que la clarification de certains concepts (par exemple le cadre temporel soumis à évaluation), et fournir davantage d'informations à l'évaluateur quant au risque immédiat versus à long terme.

1.10 Problématique

Plusieurs efforts sont consacrés à la prévention de la rechute psychotique des patients souffrant de troubles mentaux graves tels que la schizophrénie. Nombreux sont les auteurs qui ont étudié les signes avant-coureurs d'une rechute psychotique pour ensuite en dresser un portrait clinique. Nous retrouvons dans la littérature scientifique certains facteurs dynamiques et statiques de risque de décompensation reconnus au plan international, ce qui permet d'envisager des stratégies de gestion du risque. L'importance des facteurs de protection a longuement été négligée dans les études empiriques et il en va de même pour les instruments d'évaluation du risque. À notre connaissance, il n'existe pas d'outil d'évaluation du risque de rechute psychotique facilitant le jugement professionnel structuré afin de se prononcer sur le risque de décompensation que présentent des PAS. Crocker et ses collègues (2007) soulignent d'ailleurs que la grande majorité des outils de type JPS mettent l'accent sur différents types de risque dirigés envers autrui et mettent ainsi de côté d'autres risques importants tels le suicide et les actes autodestructeurs.

Notre projet s'inscrit donc dans la logique de la gestion du risque, plus spécifiquement celui de la rechute psychotique. Nous mettrons sur pied un outil de type aide-mémoire dans le but d'améliorer la qualité et la transparence de la prise de décision sur la probabilité d'une décompensation. Pour atteindre cet objectif, nous avons identifié les facteurs de risque (dynamiques et statiques) et les facteurs de bon pronostic recensés dans la littérature scientifique à l'intérieur d'une même grille, tout en fournissant un système de cotation explicite pour les évaluateurs. Notre outil est construit selon les principes de l'instrument *Évaluation du risque à court terme et traitabilité* (version française du Short-Term Assessment of Risk and Treatability *START*). Les résultats obtenus par notre outil pourraient servir à planifier un traitement adéquat, si nécessaire, et à mettre en œuvre un plan de

prévention de la rechute psychotique pour limiter les probabilités de récurrence psychotique future. Notons que le risque de commettre des crimes violents contre la personne est entre autres corrélé avec la présence de symptômes psychotiques positifs, tels les délires et les hallucinations. La décompensation comprend l'exacerbation des symptômes positifs, d'où la pertinence d'examiner ce phénomène de manière approfondie (Birchwood & Spencer, 2001; Hodgins et al., 2007). D'après une méta-analyse conduite par Douglas et ses collègues (2009), la psychose corréle avec une augmentation de 49 à 68 % du risque de violence, et ce, comparativement à la population générale.

Chapitre II – Présentation du milieu de stage

2.1 L'Institut Philippe-Pinel de Montréal

L'Institut Philippe-Pinel de Montréal (IPPM), un hôpital psychiatrique à sécurité maximale, a ouvert ses portes en 1970. Depuis, les différentes clientèles qui relèvent de la psychiatrie légale y reçoivent des services multiples et surspécialisés puisque l'établissement en est un de troisième ligne. À l'IPPM, des équipes multidisciplinaires sont attitrées aux soins et aux traitements des patients aux prises avec des problèmes de santé mentale lourds et persistants ainsi qu'une problématique de violence. Les patients provenant de partout au Québec y bénéficient de programmes spécifiques d'évaluation, d'encadrement et de traitement. La réinsertion sociale de ces patients est au cœur de la mission de l'Institut, d'où le nombre important d'activités de réadaptation. Dans cette lignée, l'IPPM offre également des services à l'externe afin de créer des conditions favorables à un retour en communauté. Y figurent, entre autres, « des services d'évaluation, d'expertise pour les tribunaux et de traitement spécialisé à une clientèle présentant un profil de psychiatrie légale » (IPPM, 2012). Il est à noter que les services externes bénéficient de partenariats précieux avec différentes ressources de la santé. Les services externes et internes sont assurés par des équipes multidisciplinaires composées de psychiatres, d'infirmiers cliniciens, de psychologues, de criminologues, de sexologues et d'une agente de probation. La *Postcure* et le *Centre de psychiatrie légale de Montréal (CPLM)* représentent les deux points de services externes de l'IPPM (IPPM, 2012). Leur clientèle provient notamment des tribunaux, des services de probation, des cliniques externes de psychiatrie générale, des Centres jeunesse ainsi que des unités internes de l'IPPM.

2.2 Le Centre de psychiatrie légale de Montréal

Notre stage de 80 jours s'est déroulé au Centre de psychiatrie légale de Montréal (CPLM). Créé en 1988, plusieurs programmes y sont offerts : psychiatrie légale adulte, agresseurs sexuels adultes, agresseurs sexuels adolescents, clinique pédopsychiatrique des problèmes de comportement complexes (Clinique Réseau jeunesse). Notre stage s'est effectué dans le cadre du programme de psychiatrie légale adulte. Celui-ci prévoit « des services d'expertise pour les tribunaux, d'évaluation, de prise en charge et de suivi psychiatrique à des personnes adultes nécessitant des services spécialisés pour leur fonctionnement dans la société » (IPPM, 2012).

Le programme de psychiatrie légale adulte s'adresse à la clientèle externe de l'IPPM ainsi qu'à celle référée par diverses cliniques de psychiatrie générale (en vertu d'ententes de service temporaires). La réinsertion sociale est un enjeu de premier plan au CPLM, tout comme la prévention de la violence et le bien-être des patients (IPPM, 2012).

2.3 La déontologie

Les professionnels œuvrant au CPLM doivent se soumettre aux règles déontologiques formulées dans le Code éthique de l'IPPM, qui s'adresse aussi bien aux employés qu'aux patients. Autrement dit, nous retrouvons dans ce code des valeurs et règles fondamentales auxquelles tous doivent se conformer. L'encadrement de la pratique professionnelle à l'IPPM (et dans les ressources externes) tend à garantir le respect des droits de chacun. Ainsi, les employés de l'Institut doivent traiter tous les patients avec équité, dignité, respect et empathie, sans porter de jugement quant à leurs croyances, leur sexe, leur origine ethnique, leur âge, leur statut social de même que leur problématique spécifique. Le personnel doit considérer les patients tout comme il le ferait si l'un de ses proches (ou lui-même) était placé dans une situation équivalente. L'IPPM se propose de tout mettre en œuvre afin d'offrir des soins et traitements optimaux à chaque patient. L'épanouissement, l'estime de soi, le développement de l'autonomie de même que la réintégration dans la communauté sont des objectifs importants et qui doivent être poursuivis par l'Institut.

Le patient (ou son représentant) doit recevoir les informations permettant de prendre des décisions éclairées concernant le traitement ainsi que les soins et services disponibles à l'IPPM. Le Code éthique met donc de l'avant l'obligation du personnel d'inclure le patient à toutes les phases du traitement. Celui-ci a le droit de consulter son dossier clinique (à moins que cela ne crée un préjudice pour son intégrité physique et psychologique) et il est encouragé à faire valoir ses opinions lors des discussions cliniques le concernant. L'obligation des patients à recevoir les services du CPLM dépend du statut légal de ces derniers. Lorsqu'ils sont sous mandat de la Commission d'examen des troubles mentaux, ils doivent impérativement être suivis par l'IPPM, et ce, jusqu'au moment où leur médecin traitant les réfère à un autre hôpital. Dans le cas où les patients sous mandat décident de leur propre chef de mettre fin au suivi, ils risquent d'être hospitalisés à l'Institut par une délégation de pouvoir

ou par l'entremise de la Commission d'examen des troubles mentaux (révision des conditions et du statut légal) s'ils ne démontrent pas un danger à court terme pour la société. Pour ce qui est des patients représentant un risque à court terme pour lesquels l'Institut ne possède pas de délégation de pouvoir, les policiers sont en droit de les faire revenir à l'IPPM. Enfin, ceux qui ne sont pas sous mandat sont suivis par le CPLM sur une base volontaire (IPPM, 2012).

Étant donné que l'Institut relève du domaine de la psychiatrie légale, les professionnels doivent, dans le cadre de leur pratique, respecter toutes dispositions législatives et réglementaires s'appliquant au statut de chaque patient. Par exemple, l'Institut prête assistance lorsqu'un patient désire entamer des démarches législatives ou administratives (IPPM, 2012).

Enfin, le respect de la confidentialité des renseignements personnels des patients et du personnel est un principe d'une grande importance. Certaines situations exigent néanmoins la divulgation d'informations à propos d'un patient (ex.: un risque élevé de passage à l'acte, la vie d'une tierce personne ou celle du patient est menacée). En de tels cas, le souci d'en protéger le caractère confidentiel est présent (IPPM, 2012).

2.4 Le criminologue travaillant à l'Institut Philippe Pinel de Montréal

Le Service de criminologie à l'Institut propose différents services spécialisés en lien avec des programmes cliniques internes et externes variés. Les tâches qu'occupent les criminologues, multiples et diversifiées, incluent les suivantes (IPPM, 2012) :

- Clarifier le statut légal et informer le patient ou l'équipe des modalités de fonctionnement du système de justice.
- Procéder à l'évaluation criminologique, des facteurs de risques de violence et de rechute, selon les normes reconnues dans la profession. Rédiger un rapport écrit selon les critères et les normes définis par l'Institut (CPLM).
- Intervenir de façon à favoriser la reconnaissance des facteurs de risques de violence et la prévention de la rechute ou de la récidive. Animer les interventions de groupe requises par les besoins de la clientèle.

- Rencontrer la famille, le conjoint, l'ami (e) ou toute autre personne significative pouvant contribuer à l'évaluation, au traitement interne, à la réinsertion et au maintien de l'utilisateur dans son milieu ou dans une ressource.
- Prévoir, concevoir et concrétiser la réinsertion sociale des patients ou des clients. Analyser les besoins, les capacités et les limites adaptatives des patients ou des clients afin de fournir à ceux-ci les meilleures possibilités de réussir un retour social comportant le moins de risques pour lui-même et la société et la meilleure qualité de vie possible. Assumer les tâches et les démarches liées à ce rôle à l'interne comme à l'externe.
- Collaborer à l'enseignement clinique universitaire par la supervision de stagiaires de différents cycles académiques.

Chapitre III. Activités réalisées pendant le stage

3.1 Objectifs de stage

Afin de réaliser ce projet de stage, nous avons identifié deux catégories distinctes d'objectifs à atteindre. Premièrement, notre projet de stage offrait une excellente opportunité de perfectionner nos habiletés cliniques et d'accroître nos connaissances auprès d'une clientèle adulte souffrant de troubles mentaux graves (objectifs cliniques). Deuxièmement, sur un plan académique, il s'agissait d'approfondir nos connaissances sur le phénomène de la rechute des patients schizophrènes vivant en communauté. Il ne fait aucun doute dans notre esprit que ces deux catégories s'imbriquent l'une dans l'autre et sont complémentaires.

3.1.2 Les objectifs cliniques

Les objectifs cliniques sont regroupés en trois blocs différents, soit la connaissance du milieu, les habiletés professionnelles ainsi que le développement personnel et le cheminement professionnel.

La connaissance du milieu

- Connaître, identifier et comprendre : la structure du CPLM, les buts qu'il poursuit, sa clientèle et les modes d'intervention qui y sont préconisés, ses politiques et procédures, les services qui y sont offerts, leurs limites et les différents programmes proposés.
- Situer le rôle du criminologue comme intervenant au sein de l'équipe multidisciplinaire du CPLM.
- Comprendre le cadre légal et sécuritaire de l'intervention à domicile.
- Référer les personnes à des ressources appropriées en fonction de leurs besoins individuels.

Les habiletés professionnelles

- Cibler et recueillir les données pertinentes, les ordonner et les organiser.
- Apprendre à interagir avec une clientèle possédant des problèmes multiples et complexes.

- Ajuster les interventions en fonction de l'état mental du client ou d'autres indicateurs pertinents.
- Apprendre à doser le soutien et la fermeté dans les interventions.
- Apprendre à présenter des conclusions et recommandations à partir des informations recueillies.
- Formuler des objectifs d'intervention clairs et précis, réalisables à court ou moyen terme, et prenant en compte les besoins du patient.
- Apprendre à responsabiliser le client quant à ses choix.

Le développement personnel et le cheminement professionnel

- Favoriser l'autonomie et le sens de l'initiative, tout en faisant preuve de prudence.
- Développer une méthode de travail efficace dans la réalisation des tâches.
- Reconnaître ses acquis et ses difficultés en tant qu'intervenant.
- Reconnaître ses propres valeurs et leur impact dans la pratique professionnelle
- Développer la capacité d'établir et de maintenir un lien de confiance avec une clientèle de psychiatrie légale adulte.
- Favoriser la congruence et la cohérence entre les différentes interventions.
- Développer un esprit de synthèse et établir des liens entre les informations cliniques et théoriques.
- Nous intégrer à l'équipe multidisciplinaire du CPLM et de faire valoir notre point de vue à partir d'informations pertinentes.
- Utiliser la supervision dans une perspective d'autocritique et de perfectionnement.

3.1.3 Description des activités réalisées

Dans les premiers jours de notre stage, il a été convenu avec notre superviseure que nous assumerions le suivi de quatre patients résidant en communauté. Une situation hors de notre contrôle a réduit ce nombre à trois. En effet, l'autre patient est parti à l'étranger pour des raisons personnelles et il n'est toujours pas rentré au Canada à ce jour. Puisqu'il était sous mandat du Tribunal administratif du Québec (TAQ), des démarches ont été faites par le médecin traitant pour aviser les autorités de son absence.

Nous avons tenu six rencontres avec chacun des trois patients suivis. Notre superviseure était présente toutes les fois, sauf deux. La première fois, l'entretien a eu lieu à la ressource d'hébergement du patient et une autre intervenante était alors présente. La seconde fois, l'entretien s'est tenu au CPLM, alors que nous étions seule avec le patient pour approximativement une heure.

Qui plus est, nous avons organisé une dizaine de rencontres à domicile auprès de patients qui ne nous étaient pas confiés afin d'améliorer nos compétences en intervention. Afin d'améliorer nos habiletés de rédaction, nous avons rédigé une note au dossier pour toutes les rencontres que nous avons effectuées et pour une douzaine de rencontres qui ont été menées par notre superviseure.

Par ailleurs, nous avons assisté à huit entrevues psychiatriques réalisées avec des patients qui nous étaient assignées. Ces entrevues ont été très enrichissantes dans la mesure où elles nous ont permis de bien comprendre le rationnel derrière les plans de soins de ces patients ainsi que l'approche thérapeutique préconisée. Lors de certaines de ces entrevues, le psychiatre souhaitait connaître notre opinion sur certains sujets, ce que nous avons apprécié.

Nous avons aussi observé notre superviseure alors qu'elle menait des entrevues à domicile. Nous n'avons toutefois pas noté le nombre exact de ces rencontres, mais nous estimons qu'il se situe autour d'une quarantaine. Ces moments d'observation ont, entre autres, permis de nous familiariser avec certaines stratégies d'intervention et d'observer une praticienne plus expérimentée. De plus, nous avons eu l'occasion d'observer le déroulement d'un groupe de prévention de la rechute (18 rencontres d'une heure trente minutes). Ce groupe ouvert se donne à l'IPPM sur une base hebdomadaire. Il s'adresse à des patients hospitalisés, en processus de réinsertion sociale, qui désirent travailler sur leur problématique de toxicomanie. Il est à noter que certains aspects liés à la maladie mentale y sont également abordés. Malheureusement, nous n'avons pu participer à l'animation du groupe puisque celui-ci est relativement nouveau et que certaines séances sont en processus d'amélioration.

En ce qui a trait aux évaluations criminologiques, nous avons rédigé deux rapports qui ont ensuite été présentés au CAR (Comité d'accès au réseau d'hébergement). Ces rapports devaient comporter les informations suivantes : identification, habitudes toxiques, antécédents

légaux, histoire personnelle, antécédents psychiatriques, évolution récente et recommandations. Afin de les produire, nous avons révisé des dossiers, puis mené des entrevues auprès des patients concernés, d'intervenants en ressource d'hébergement et de membres de l'équipe traitante. À la lumière des informations recueillies, nous avons tenté d'émettre des recommandations pertinentes quant à l'orientation du patient dans une ressource d'hébergement. Il existe différents types de ressources telles que le foyer de groupe, la résidence de type familial, l'appartement supervisé ou l'appartement autonome. Une fois ces rapports rédigés, nous devions les présenter verbalement devant le CAR, siégeant à l'hôpital Louis-Hyppolite Lafontaine. Il est à noter que nos recommandations ont été acceptées par les membres du CAR, et ce, pour les deux cas que nous avons présentés.

Nous avons eu l'occasion de conduire une évaluation du risque de violence avec l'instrument HCR-20. Pour ce faire, nous avons été jumelée à un criminologue en exercice à l'IPPM. En plus de réviser le dossier, nous avons mené trois entrevues d'une durée approximative de quarante-cinq minutes avec le patient concerné afin de recueillir les informations nécessaires à l'évaluation. Nous avons également contacté un membre de la famille, qui malheureusement ne désirait pas collaborer. Notons que nous étions observée par le criminologue pour chacune de ces entrevues. L'ensemble de la démarche (lectures du dossier, entrevues, rédactions et corrections) a nécessité environ quarante heures de travail. Puisque l'évaluation du risque de violence (HCR-20) est une tâche réalisée par le criminologue dans différents milieux, cet exercice nous aura sans doute initiée à un aspect important de notre future carrière professionnelle.

Nous avons observé le déroulement d'une des réunions du Comité de sorties à l'IPPM. Lors de ces réunions, le criminologue est appelé à présenter les demandes de sorties faites par les patients de son unité (soit à l'interne si le patient est en détention «*stricte*», soit à l'externe si le patient est en détention «*avec modalités*»). Ce processus fait partie des tâches régulières du criminologue à l'IPPM.

Nous avons également été présentes à deux audiences du Tribunal administratif du Québec (TAQ) ce qui nous a permis d'observer leur déroulement et de mieux comprendre le rôle du criminologue dans celles-ci.

L'IPPM étant un milieu universitaire, la formation continue de ses employés est une priorité. Nous avons donc participé à deux colloques offerts à l'Institut («*Trouble des conduites à l'adolescence : mieux connaître, mieux intervenir*» ; «*Impulsivité et violence : quand le contrôle n'est plus là*»). Nous avons également assisté à neuf «*midi-conférence* » durant lesquelles des experts provenant de différents milieux présentent sur un thème particulier lié au domaine de la santé mentale. De plus, nous avons participé à deux «*dîner-causerie* » où il était question de l'outil HCR-20. Dans ces rencontres, les professionnels de l'IPPM (criminologues, psychologues, psychiatres) sont appelés à se positionner sur la cotation du HCR-20 à partir d'une histoire de cas qui leur est transmise préalablement. Cet exercice a favorisé une meilleure compréhension des items du HCR-20. Puis, nous avons reçu la formation OMEGA, volet pacification, pour nous familiariser avec les stratégies d'intervention préconisées lorsqu'une personne est en état de crise.

En dernier lieu, nous avons fait plusieurs lectures sur des sujets liés au domaine de la psychiatrie légale. Puisque le volet académique de notre stage de maîtrise porte sur les personnes atteintes de schizophrénie, nous avons consulté de nombreux articles et ouvrages afin d'approfondir notre compréhension de cette maladie. Également, nous avons lu des documents portant sur les aspects légaux en santé mentale tels que l'explication des différents statuts légaux, les procédures du TAQ, les droits des personnes souffrant d'un trouble de santé mentale et les différentes ordonnances qui peuvent être émises. Nous nous sommes également renseignée au sujet de la Loi P-38 et de la délégation de pouvoir puisque lors des situations d'urgence, il est crucial de connaître les possibilités d'intervention, voire d'hospitalisation. Puisque nous avons moins de connaissances en ce qui a trait aux personnalités difficiles, nous avons consulté quelques articles scientifiques sur la personnalité narcissique, le trouble délirant et la personnalité limite.

3.1.4 Les objectifs académiques

Les principaux objectifs académiques poursuivis dans la réalisation de ce rapport de stage sont les suivants :

- Approfondir nos connaissances sur le phénomène de la rechute psychotique de patients schizophrènes vivant en communauté.

- Élargir nos connaissances sur la prévention de la rechute et la gestion de ses risques.
- Nous familiariser avec les principes guidant les outils JPS (jugement professionnel structuré)
- Développer un outil de type aide-mémoire afin de structurer le jugement professionnel à porter sur l'éventualité d'une rechute psychotique (*objectif principal*).

Chapitre IV: Méthodologie

4.1. La construction d'un outil d'évaluation du risque

Lorsqu'il s'agit de construire un instrument visant l'évaluation du risque, il importe de respecter certains critères. Nous nous référons alors aux chercheurs Webster et Hucker (2007) ainsi qu'à Heilbrun, Yashura et Shah (2010) puisqu'ils se sont penchés sur cette problématique. Il y a au total six éléments à prendre en considération.

1. Le contexte dans lequel se fait l'évaluation du risque qui doit absolument être étudié (Heilbrun, Yashura, & Shah, 2010; Webster & Hucker, 2007).

2. Il importe de bien identifier le but poursuivi par les utilisateurs de l'outil d'évaluation (Heilbrun, Yashura, & Shah, 2010), à savoir s'ils visent la prévention et la gestion du risque ou s'ils cherchent plutôt à prédire un comportement ou un événement (Heilbrun, Yashura, & Shah, 2010; Webster et Hucker, 2007). Étant donné que la décompensation impacte négativement plusieurs sphères de la vie de la PAS (Birchwood, Spencer, & McGovern, 2000; Birchwood & Spencer, 2001; Piggot et al., 2003), limiter le nombre de rechutes s'avère un but de traitement très important. Notre outil a une visée de prévention et de gestion de ce phénomène. En effet, il est largement reconnu que des interventions intensives réalisées lors des premiers signes de décompensation (ou encore pendant ou tout juste après) permettent de limiter les effets négatifs découlant de ce processus (McGorry, Killackey, & Yung, 2008).

3. L'outil d'évaluation ne s'adresse évidemment pas à toutes sortes de population confondues. Il s'avère primordial de définir la population à laquelle notre instrument est destiné ainsi que de bien comprendre les caractéristiques qui y sont rattachées (Heilbrun, Yashura, & Shah, 2010; Webster & Hucker, 2007). Dans la présente démarche, l'outil s'adresse à des adultes souffrant de schizophrénie qui vivent en communauté et sont suivis par les services externes d'un établissement de psychiatrie légale. Plus précisément, la population à l'étude présente un diagnostic de schizophrénie en plus d'une problématique de violence. Néanmoins, nous sommes d'avis qu'un tel outil pourrait s'avérer utile auprès de PAS provenant d'un hôpital psychiatrique général. Une grande majorité des PAS souffriront de décompensation au cours de leur vie, et ce, peu importe leur risque de violence (Birchwood & Spencer, 2001). Le

modèle de Nuechterlein et Dawson (1984) conçoit la rechute psychotique comme le produit d'une interaction entre les vulnérabilités biologiques, les stressseurs environnementaux et les facteurs de protection (par exemple le soutien social et les habiletés de résolution de problèmes) propres à une personne. L'évolution de la maladie et le risque de rechute sont influencés par l'interaction entre des facteurs biologiques et psychosociaux (Mueser & Gingerich, 2011). Le PAS non violent n'est alors pas à l'abri de telles influences.

4. La variable ciblée par l'évaluation doit être bien définie, et ce, avant même la création de l'outil (Heilbrun, Yashura, & Shah, 2010). Par exemple, il est possible de s'intéresser à la fréquence, à la durée ou encore à l'occurrence d'un comportement bien précis. En regard à l'instrument faisant l'objet de cette présente démarche, nous nous penchons sur la prédiction de la rechute psychotique, phénomène qui a été détaillé dans le chapitre précédent.

5. L'élément central dans le processus de construction d'un outil est l'identification des facteurs de risque associés au phénomène à l'étude (Webster et Hucker, 2007). Pour ce faire, il importe de procéder à une recension des écrits scientifiques. De plus, il est nettement préférable que les connaissances retenues proviennent de textes récents puisque la recherche est en constante évolution (Webster, Douglas, Eaves, & Hart, 1997).

6. Le dernier élément se réfère à l'approche adoptée, soit la démarche actuarielle ou plutôt le jugement professionnel structuré (Heilbrun, Yashura, & Shah, 2010; Webster & Hucker, 2007). En ce qui a trait au présent instrument, nous privilégions le jugement professionnel structuré puisque l'outil se veut un guide pour faciliter l'évaluation et la prise de décision en ce qui concerne la rechute psychotique. Il s'inscrit dans une visée préventive et de gestion.

En somme, plusieurs étapes doivent être prises en compte lorsqu'il s'agit de construire un instrument. Enfin, il est souhaitable que l'outil d'évaluation des risques de décompensation soit clair, court et simple afin de bien s'intégrer à la réalité des professionnels œuvrant dans le milieu de la santé mentale.

Grille d'évaluation du risque de rechute psychotique des patients schizophrènes vivant en communauté

Krystel Bonenfant, B.Sc

Candidate à la maîtrise

École de Criminologie de l'Université de Montréal

Denis Lafortune, Ph.D

Professeur titulaire

École de Criminologie de l'Université de Montréal

Présentation

La *grille d'évaluation du risque de rechute psychotique* a été construite dans le but de soutenir les intervenants dans l'évaluation, la gestion et la prévention du risque de rechute psychotique. Les facteurs associés au risque de rechute psychotique qui sont compris dans cette grille ont été identifiés par une recension des écrits portant sur la problématique de la décompensation des personnes souffrant de schizophrénie.

La *grille d'évaluation du risque de rechute psychotique* est un outil de type « jugement professionnel structuré » (JPS) et elle vise à orienter la réflexion au sujet du risque de décompensation que présente une personne schizophrène vivant en communauté. Elle est mise à la disposition des intervenants afin de les soutenir dans le développement d'une intervention qui cible les facteurs spécifiques liés à la rechute psychotique. Elle vise également à guider les décisions sur l'encadrement requis et les mesures à mettre en place.

La *grille d'évaluation du risque de rechute psychotique* est destinée aux intervenants responsables de la prise en charge du suivi communautaire des patients atteints de schizophrénie. Le milieu pour lequel cette grille a été développée est celui de la psychiatrie légale (Institut Philippe-Pinel de Montréal) et elle peut donc être complétée par un criminologue. Cela dit, cette *grille d'évaluation* pourrait également être utilisée dans le réseau de psychiatrie générale, par exemple par un travailleur social. Par contre, dans tous les cas, une prudence s'impose quant à l'expérience clinique acquise par l'évaluateur. Nous recommandons que la personne responsable de l'évaluation possède une expérience de travail significative auprès des individus souffrant de schizophrénie (au moins 36 mois). Dans le cas contraire, il est suggéré qu'elle soit soutenue par un(e) collègue dans la démarche.

Les données recueillies puis évaluées à l'aide de la *grille d'évaluation du risque de rechute psychotique* devrait être révisées à chaque année où lorsque la situation de l'individu évalué se modifie. Le risque de rechute psychotique est déterminé par des items statiques et dynamiques.

Définition de la rechute psychotique

S'il n'existe aucune définition standardisée de la rechute psychotique, la plus courante correspond à «une exacerbation des symptômes psychotiques qui marque l'évolution de la schizophrénie».

Population cible

La *grille d'évaluation du risque de rechute psychotique* a été développée pour apprécier le risque de décompensation chez les schizophrènes vivant en communauté et bénéficiant d'un suivi externe. Cette grille a été originellement conçue pour s'appliquer dans un établissement de psychiatrie légale, mais elle peut être également pertinente dans une clinique de psychiatrie générale. Aucun autre critère d'inclusion ou d'exclusion n'a été déterminé.

Les échelles

La *grille d'évaluation du risque de rechute psychotique* divise les 14 items retenus en quatre échelles. L'évaluation de chacun des facteurs liés au risque de rechute psychotique devrait réalisée sur la base de toutes les sources d'informations disponibles (dossiers médicaux, entrevues avec le patient, entrevues avec la famille, discussions avec l'équipe traitante, etc.).

Environ 5 % des énoncés qui décrivent les items correspondent à ceux du START (Crocker et al, 2007) puisque ces derniers désignent très bien ce que nous entendons.

L'expression « item critique » indique qu'un facteur semble jouer un rôle décisif quant au risque de rechute psychotique. Il paraît suffisant en lui-même pour enclencher le processus de décompensation.

Facteurs historiques :

Les facteurs historiques désignent des éléments statiques sur lesquels nous ne pouvons pas intervenir. En d'autres termes, ils se réfèrent à l'histoire de vie du patient. Par définition, un facteur de risque statique ou historique est identifié sur la base d'études empiriques (Douglas et Reeves, 2010). Dans la *grille d'évaluation du risque de rechute psychotique*, les items 1, 2, 3, 4, 5 et 6 sont des facteurs historiques associés au risque de décompensation. Selon le

modèle RBR (risque-besoin-réceptivité), élaboré par Andrews et Bonta, le principe du risque stipule que l'intensité du traitement doit correspondre au niveau de risque que présente l'individu. Par conséquent, un patient qui coterait fort au niveau des facteurs historiques devrait bénéficier d'un suivi communautaire serré et d'un plus grand encadrement que celui qui coterait faible.

Facteurs dynamiques :

Les facteurs dynamiques de la *grille d'évaluation du risque de rechute psychotique* sont des facteurs mobilisables qui peuvent évoluer sur une période de temps donnée. Ces derniers sont directement liés au risque de décompensation dans la littérature et ils peuvent faire l'objet d'interventions spécifiques. Donc logiquement, une modification de ces facteurs entraîne une modification du risque de décompensation. Les items 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 et 14 de la *grille* sont des facteurs dynamiques et il importe alors de les réévaluer périodiquement. Nous recommandons de réévaluer ces facteurs tous les six mois ou lorsque la situation du patient se modifie.

Échelle des risques :

Tous les items de la *grille d'évaluation du risque de rechute psychotique* peuvent être cotés en termes de risque. L'ensemble des items répertoriés est directement lié au risque de rechute psychotique.

Échelle des forces :

L'échelle des forces doit être utilisée dans le cas où un item impose des nuances. Certains facteurs peuvent être cotés en termes de risque et de force, selon les éléments observés. Par exemple, au plan du fonctionnement prémorbide, un individu peut avoir excellé à l'école tout en n'ayant jamais entretenu de relations significatives avec un pair. Nous estimons qu'un facteur perçu comme étant une force contribue à la stabilité de l'état mental du patient. Dans la *grille d'évaluation du risque de rechute psychotique*, les items 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 et 14 peuvent se coter sur l'échelle des forces.

Dans le cadre de rapport de stages, certains facteurs ne reposeront pas sur des appuis empiriques. Par exemple, il n'a pas été démontré que l'abstinence aux substances protège l'individu de la rechute. Il est à noter que cette situation est identique pour certains items du START. Nous estimons néanmoins que, par déduction, il est possible d'émettre prudemment l'hypothèse de leur effet protecteur. La non consommation de substances s'avérerait être une force dans la mesure où l'individu ne perturberait pas volontairement sa stabilité mentale. Également, nous considérons le respect des consignes de l'équipe traitante quant à la consommation comme étant une force chez la personne malade.

Évaluation globale :

Nous recommandons à l'évaluateur de se positionner, au terme de l'exercice, sur le risque global que présente le patient quant à la probabilité de rechute psychotique. Pour ce faire, l'évaluateur doit recourir à une échelle en trois points : « Faible » signifie que l'évaluateur considère que le patient ne présente aucun risque ou encore qu'un risque très faible de rechute psychotique; « Modéré » signifie que l'évaluateur considère que le patient présente un risque relativement élevé; « Élevé » signifie que l'évaluateur considère que le patient présente un risque élevé ou très élevé. Il est à noter que le risque global de rechute psychotique ne correspond pas à la simple addition des différentes cotes obtenues aux items de la *grille*. Dans certains cas, un patient qui obtient une cote « 2 » à un seul item de la grille peut être considéré à risque « élevé ». Bref, la *grille d'évaluation du risque de rechute psychotique* ne contient pas de normes statistiques pour les différentes catégories de risque, soit faible, modéré ou élevé. L'évaluateur doit préciser dans quel (s) contexte (s) le risque de décompensation peut augmenter et également spécifier le risque actuellement présenté par le patient. Lorsque cela s'applique, les items de la grille doivent être nuancés en termes de risques et de forces. L'évaluateur est également appelé à émettre des recommandations quant à la gestion du risque et du cadre du suivi communautaire.

La cotation

Les 14 items qui forment la *grille d'évaluation du risque de la rechute psychotique (GÉRRP)* sont évalués selon trois différentes cotes. Les cotes variant de 0 à 2 s'expliquent comme suit :

Facteur de risque

0	Absence du facteur Facteur non contributif au risque de rechute psychotique
1	Présence soupçonnée du facteur Présence occasionnelle du facteur Gravité modérée du facteur
2	Présence certaine du facteur Présence habituelle du facteur Gravité importante du facteur

Facteur de bon pronostic

0	Absence du facteur Facteur non contributif à la stabilité de l'état mental du patient
1	Présence soupçonnée du facteur Présence occasionnelle du facteur Ampleur modérée de la force
2	Présence certaine du facteur Présence habituelle du facteur Ampleur importante de la force

Advenant le cas où l'évaluateur ne possède pas les informations nécessaires quant à la cotation d'un item de la grille, il devra alors cocher la case « information non disponible ». L'item non coté sera omis dans l'évaluation globale.

Soulignons que la grille se trouve en annexe de ce présent rapport de maîtrise.

La description des items

A) Facteurs historiques

1. Temps écoulé depuis le premier épisode psychotique

Force	Risque Le premier épisode psychotique est apparu il y a de deux à cinq ans.
--------------	---

Plusieurs études prospectives ont révélé que la période où l'on retrouve la plus importante détérioration clinique et psychosociale est celle qui s'étend de deux à cinq ans suivant l'apparition du premier épisode psychotique (Lieberman et al., 2001). Cette période est caractérisée par un risque accru quant à la probabilité de décompensation, de réhospitalisation psychiatrique et de suicide (Srihari, Shah, & Keshavan, 2012). Harrison et ses collègues (2001) ont mené une étude de suivi de quinze ans auprès d'individus qui ont présenté un premier épisode psychotique non affectif. Les chercheurs ont observé un taux de décompensation de 43 % au terme de la première année, 55 % après deux ans et de 70 % après de cinq ans. Précisons que, parmi l'ensemble de cet échantillon, 63 % des personnes ont ultérieurement reçu le diagnostic de schizophrénie selon les critères du DSM III-R. La période critique semble être circonscrite à l'intérieur de l'intervalle qui se situe entre deux et cinq ans. Par la suite, un plateau peut être observé au niveau de la symptomatologie et de la détérioration du fonctionnement global (Srihari, Shah, & Keshavan, 2012). Soulignons que ces résultats justifient la pertinence d'une intervention précoce dans la schizophrénie (Srihari, Shah, & Keshavan, 2012).

Note : L'évaluateur doit être prudent de bien identifier l'âge du patient lors de la survenue du premier épisode psychotique et non lors du premier diagnostic psychiatrique posé. Nous proposons que la cote « 1 » soit celle qui s'applique lorsque le temps écoulé depuis le premier épisode psychotique se situe à la limite de la période critique, soit de quatre à cinq ans.

2. Caractéristiques de la maladie lors de son apparition

Force	Risque La maladie a débuté de façon insidieuse.
--------------	---

La littérature scientifique montre que des différences dans l'évolution à long terme de la schizophrénie découlent de certaines caractéristiques lors de son apparition. Une maladie qui débute de façon aiguë réfère à un état psychotique « floride » qui prend place à l'intérieur de quelques jours ou quelques semaines seulement. Il est alors possible d'observer une « fracture » nette entre les états prémorbide et morbide (Van Meijel, 2003). Ce type d'apparition dit « aiguë » corrèle généralement avec un meilleur pronostic (Minzenberg, Yoon, & Carter, 2008). Un début insidieux de la maladie se traduit par une transition graduelle entre l'état prémorbide et l'émergence des signes avant-coureurs d'une maladie (WHO, 1998). Plusieurs études ont démontré qu'un début insidieux conduit à une évolution moins favorable du trouble, comparativement aux déclenchements aigus. Cette différence s'observe entre autres au niveau des symptômes positifs et négatifs de la schizophrénie (Cancro & Lehmann, 2000; Wiersma, Nienhuis, Sloff, & Giel, 1998).

Note : La cote « 0 » de ce facteur réfère à une apparition aiguë de la maladie psychiatrique.

3. Délai avant l'initiation du traitement pharmacologique

Force	Risque Délai de plus de trois mois entre l'apparition des symptômes et du traitement pharmacologique initial.
--------------	---

Cet item réfère au délai qui s'écoule entre l'apparition des premiers symptômes de la schizophrénie et l'instauration du traitement pharmacologique initial. Une prise rapide de neuroleptiques en début de la maladie tend à améliorer le fonctionnement à long terme de l'individu atteint, dont le risque de décompensation (Wyatt, 1991). L'étude d'Harris et ses collaborateurs (2005) a démontré qu'un délai d'au moins trois mois avant l'initiation d'un traitement pharmacologique constitue un point critique quant au pronostic de la schizophrénie. Une psychose non traitée et qui tend à perdurer entraîne une diminution de la qualité de vie de même qu'une augmentation des symptômes positifs de la personne (Bottlender et al., 2003; Lempérière, Féline, Adès, Hardy, & Rouillon, 2006). Häfner et Heiden (2008) soutiennent qu'à long terme, la durée de la psychose non traitée est associée à un plus grand risque de décompensation, et ce, tant au niveau de la fréquence que de la sévérité.

Note : Pour ce facteur, la cote « 0 » signifie une intervention pharmacologique rapide lors de l'apparition des symptômes psychotiques, soit un délai de moins de deux mois. La cote « 1 » peut être utilisée lorsque, pour ce patient, l'intervalle se situe à la limite de la période de trois mois, soit de deux à trois mois.

4. Comorbidité entre la schizophrénie et un autre trouble mental

Force	Risque Présence d'un diagnostic sur l'axe I. Présence d'un diagnostic sur l'axe II. Présence de symptômes liés à un trouble de l'humeur. Dépression. Trouble schizo-affectif.
--------------	---

Les syndromes psychiatriques tels que la dépression, le trouble obsessionnel-compulsif, le trouble panique et les troubles liés à l'utilisation d'une substance, apparaissent conjointement avec le diagnostic de schizophrénie de manière significative. L'interaction entre ces maladies et la schizophrénie est susceptible d'entraîner des effets significatifs au plan clinique tels que le suicide, la non-adhérence à la médication, les réhospitalisations fréquentes et des incapacités à long terme (Fenton, 2001). Parmi l'ensemble des maladies possibles, la dépression retient particulièrement notre attention. Le *National Comorbidity Study* (Judd, 1998) révèle que 81 % des personnes souffrant de schizophrénie rencontrent les critères d'un désordre de l'humeur à un moment ou l'autre de leur vie. La proportion de la population de schizophrènes qui présente également un diagnostic de dépression varie entre 7 et 75 % d'après plus de trois douzaines d'études adressant cette problématique. Cette grande variation s'explique entre autres par les différentes conceptualisations de la dépression de même que la pluralité des mesures utilisées pour l'évaluer (Siris, 2000). La proportion de cette maladie la plus fréquente dans la littérature scientifique est de 21 % (Siris, 1991; Siris, 1995; Siris 2000). En plus de tous les effets négatifs liés à la cooccurrence de la dépression et de la schizophrénie (détresse, suicide, détérioration du fonctionnement), les études montrent que cette comorbidité entraîne également un plus grand risque de rechute psychotique (APA, 2000; Birchwood, Mason, Macmillan, & Healy, 1993; Siris, 2000; Tollefson, Sanger, Lu, & Thieme, 1998).

Le trouble schizo-affectif comprend des symptômes psychotiques actifs et des symptômes thymiques (APA, 2000). L'étude menée par Kazadi et ses collègues (2008), incluant un échantillon de 217 patients schizophrènes vivant en collectivité, montre que la présence d'une humeur dépressive augmente de 5,3 fois le risque de rechute psychotique. La présence de

symptômes dépressifs sérieux lors de la phase prodromique est associée à un plus grand nombre de décompensations. Le prodrome correspond au début de la maladie, voire la période précédant l'apparition des symptômes psychotiques tels que les hallucinations et les idées délirantes (Häfner & Heiden, 2008). Toutefois, l'étude conduite par Robinson et ses collègues (1999) ne parvient pas à mettre en exergue un lien entre la dépression et la décompensation. Malgré cette controverse, nous estimons que les symptômes dépressifs impactent négativement l'évolution de la schizophrénie, et ce, tant au niveau de la qualité de vie que du phénomène de la rechute psychotique (Birchwood, Mason, Macmillan, & Healy, 1993; Elbogen, Swanson, Swartz, & Van Dorn, 2005).

Note : Pour la cotation de ce facteur, nous estimons que tout diagnostic de maladie mentale, autre que celui de dépression et de trouble schizo-affectif, mériterait une cote de 1.

5. Comorbidité entre la schizophrénie et une maladie physique chronique

Force	Risque Condition médicale chronique. Ne pas être vigilant par rapport au traitement de la maladie physique. Ne pas suivre les recommandations du médecin somaticien.
--------------	--

D'après la World Health Organization (WHO, 1998), les études qui portent sur la comorbidité entre la schizophrénie et une maladie physique sont peu nombreuses. En effet, la présence d'un trouble médical est souvent négligée lorsqu'il est question de la schizophrénie. Pourtant, il existe des preuves empiriques qu'une maladie physique, particulièrement si elle est chronique, peut s'avérer un grave problème pour les personnes souffrant de schizophrénie (WHO, 1998). Weiden et Glazer (1997) ont mené une étude à New York au sujet de 131 admissions psychiatriques concernant uniquement des patients schizophrènes. Parmi l'ensemble des cas dont le dossier médical décrit les déclencheurs de l'épisode de décompensation (n=50), 23 % comprennent un stressor relevant d'une maladie physique. Ces auteurs stipulent que les schizophrènes souffrant également d'un état chronique peuvent se retrouver dans un cercle vicieux : l'augmentation des symptômes psychotiques entraîne la négligence de la maladie physique qui, en retour, conduit à un plus grand état psychotique. Les troubles présents à l'axe III du *Diagnostic and Statistical Manual* sont susceptibles d'exacerber la symptomatologie de la maladie mentale (APA, 2000). En somme, les conditions médicales s'ajoutant à la présence d'une schizophrénie peuvent déclencher une décompensation (Fenton, 2001; Green, Canuso, Brenner &, Wojcik, 2003).

Note : Pour coter cet item, il importe de connaître l'état de santé du patient et son respect des recommandations des professionnels de la santé. L'évaluateur pourrait être porté à attribuer une cote de 2 dès qu'une maladie chronique est présente. Or, il importe de tenir compte d'une variable modératrice, soit celle de l'hygiène de vie. Une distinction doit être faite entre une mauvaise et très mauvaise hygiène de vie. Par exemple, une personne atteinte de schizophrénie peut souffrir également de diabète, qui est une maladie chronique. Toutefois, si cette personne prenait une médication à cet effet, qu'elle respectait la diète suggérée et faisait l'activité physique recommandée, elle recevrait la cote « 1 » sur ce facteur.

6. Fonctionnement prémorbide

Force Bonne adaptation scolaire. Bons résultats scolaires. Relations intimes stables. Fait partie d'un réseau social. A occupé des emplois stables.	Risque Isolement social à l'enfance et à l'adolescence. Pauvre adaptation scolaire. Abandon scolaire. Pas d'emploi stable. Instabilité des relations sexuelles ou intimes.
---	--

Le fonctionnement prémorbide englobe quatre les sphères de vie suivantes : sociabilité et isolement, relations sociales, habilitées à fonctionner à l'extérieur de la famille nucléaire et capacité d'entrer en relation intime ou amoureuse (Cannon-Spoor, Potkin, & Wyatt, 1982). Par sociabilité, nous faisons référence à l'aptitude d'une personne à vivre en société. Selon Cancro et Lehmann (2000), les trajectoires sociales, sexuelles et d'emploi doivent être considérées lorsqu'il est question du fonctionnement prémorbide dans la schizophrénie. Une étude menée par Robinson et ses collègues (1999) auprès de 104 patients atteints de schizophrénie ou du trouble schizoaffectif a mis en lumière certaines caractéristiques associées aux décompensations. L'échantillon est ici constitué de patients qui ont vécu leur premier épisode psychotique de manière récente. Le seul facteur de risque, en excluant la non-adhérence à la médication, qui s'avère prédire la rechute psychotique est l'ajustement social prémorbide. Ces chercheurs constatent que l'isolement social durant l'enfance et l'adolescence et une pauvre adaptation à l'école sont des facteurs de risque de décompensation chez les patients de premier épisode. Ils remarquent la présence d'un sous-groupe particulièrement à risque de rechutes psychotiques (*relapsing course*) et qui est caractérisé par un pauvre ajustement prémorbide (Robinson et al., 1999). Non seulement ce faible ajustement augmente la vulnérabilité à vivre un premier épisode psychotique, mais il a un impact à long terme sur l'évolution du trouble, particulièrement au niveau des décompensations. D'autres études appuient cette observation (Boato, Caputo, Comazzi, & Ferrari, 1995; Gupta, Rajaprabhakaran, Arndt, Flaum, & Andreasen, 1995; Lempérière, Féline, Adès, Hardy, & Rouillon, 2006; Wiersma, Nienhuis, Sloff, & Giel, 1998). À l'inverse, un fonctionnement prémorbide adéquat est un facteur favorable bien établi (Lempérière, Féline, Adès, Hardy, & Rouillon, 2006; Robinson et al., 1999; Wiersma, Nienhuis, Sloff, & Giel, 1998). Une étude longitudinale de quinze ans (Wiersma, Nienhuis, Sloff, & Giel, 1998) conduite auprès de 82 patients montre qu'un tel

fonctionnement est associé à des épisodes psychotiques plus courts, qu'il s'agisse du premier ou des suivants.

Note : Il existe des instruments pour mesurer le fonctionnement prémorbide, tel que le *Premorbid Adjustment Scale* (PAS, Cannon-Spoor et al., 1982). Puisque notre outil tente d'être adapté à la réalité des professionnels œuvrant dans le domaine de la santé mentale, nous n'estimons pas nécessaire de compléter le *PAS*. Cela dit, pour pousser plus loin l'analyse clinique, il serait très pertinent de l'utiliser. Cannon-Spoor et ses collègues (1982) soulignent que la période prémorbide prend fin six mois avant l'apparition de symptômes psychotiques florides ou la première hospitalisation psychiatrique. Nous retenons alors ce critère de durée dans notre outil. Par ailleurs, un individu pourrait obtenir une cote significative autant sur l'échelle des risques que celle des forces, si son développement était disharmonieux. Par exemple, il pourrait afficher une excellente performance scolaire, alors qu'il n'entretient pas d'amitié significative.

B) Facteurs dynamiques

7. La prise de médication antipsychotique

Force Gestion responsable de sa médication. Efforts pour comprendre la fonction des médicaments prescrits et pour apprendre à minimiser les effets secondaires. Supervision de la prise de la médication par une tierce personne.	Risque Ne prend pas sa médication ou accepte seulement quelques médicaments. Ne suit pas le schéma posologique recommandé. Ne reconnaît pas l'importance du traitement pharmacologique et son impact sur l'état mental.
---	--

La non-adhérence à la médication antipsychotique est le facteur de risque de rechute psychotique le plus soutenu dans la littérature scientifique. Le comportement de non-adhérence est présent chez 50 % des individus qui sont aux prises avec une condition médicale à long terme, tel le diabète (Ley, 1992). Cette prévalence est similaire dans la population de schizophrènes (Bebbington, 1995; Lacro, Dunn, Dolder, Leckband, & Jeste, 2002; Kampman & Lehtinen, 1999). Lacro et ses collègues (2002) ont recensé 39 études portant sur la problématique de l'adhérence médicamenteuse dans la schizophrénie. Ils constatent que les études les plus rigoureuses dans leur corpus obtiennent un taux de non-adhérence s'élevant à 49,5 %. Une recherche de grande envergure, soit l'étude CATIE (*Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness*), a été conduite dans 57 différents sites aux États-Unis afin d'examiner, entre autres, la question de l'adhérence. Les résultats obtenus montrent que 74 % des patients (n=1432) qui étaient sous antipsychotiques atypiques ont cessé leur médication avant la conclusion de l'étude durant dix-huit mois (Lieberman et al., 2005).

Parmi les gens souffrant de schizophrénie, les individus qui ne prennent pas leur médication présentent cinq fois plus de risque de vivre une rechute psychotique que ceux qui adhèrent à leur traitement pharmacologique (Robinson et al., 1999). Plusieurs motifs expliquent le comportement de non-adhérence et ils peuvent être liés au patient, au système de soins ou encore au traitement. Cela regroupe par exemple: l'abus de substances, l'introspection difficile, le manque de motivation, l'anxiété quant aux effets secondaires, la peur de la stigmatisation, les connaissances limitées par rapport à sa condition, les problèmes de mémoire, l'alliance thérapeutique pauvre, la faible qualité des services de soins, la

polypharmacologie, le régime de traitement complexe (Lacro, Dunn, Dolder, Leckband, & Jeste, 2002; Kampman & Lehtinen, 1999; Perkins, 2002; Suzuki, Yasumura, Fukao, & Otani, 2003). Au plan des prescriptions, certains comportements médicaux peuvent nuire à l'adhérence médicamenteuse. Ainsi, les médecins qui prescrivent de trop fortes doses par rapport aux doses recommandées par les données probantes, qui utilisent la polypharmacologie ou qui maintiennent un fort dosage malgré l'absence d'amélioration clinique favorisent la non-adhérence des patients (Day et al., 2005). Kissling (1994) soutient que la prescription inadéquate de médicaments est l'une des causes du taux inutilement élevé de décompensations chez les personnes atteintes de schizophrénie. Ce genre de prescription ne répondrait pas aux besoins du patient et contribuerait aux attitudes négatives de ce dernier pour ce qui est du traitement et des soins. Comme mentionné dans le guide du START (Crocker et al., 2007), il est crucial de vérifier quels sont les motifs de la non-adhérence afin de déterminer si les personnes ont des raisons valables de ne pas prendre leur médication, et ce, avant de se positionner sur le niveau de risque que représente cette variable.

Il serait toutefois erroné de penser que la médication antipsychotique protège complètement des épisodes de décompensation l'individu souffrant de schizophrénies. Il est largement admis par les cliniciens œuvrant auprès de ces personnes qu'elles restent à risque de décompenser même lorsqu'il y a une excellente adhérence au traitement pharmacologique (Lauriello, Lenroot, & Bustillo, 2003). Prendre la médication tel que prescrit n'en demeure pas moins un facteur de protection contre la rechute psychotique. L'ensemble de la communauté scientifique soutient que le maintien du régime antipsychotique à long terme est le moyen le plus sécuritaire d'éviter les décompensations et réduire les réhospitalisations (APA, 2004; Palazzolo, 2009; Wyatt, 1991).

Cela dit, l'adhérence à la médication est un comportement difficile à définir et mesurer. Le concept n'est pas dichotomique et désigne plutôt un ensemble de comportements dynamiques qui peuvent varier pour un même individu (Day et al., 2005). Des mesures objectives telles que le dénombrement des comprimés, l'analyse d'urine et sanguine, la surveillance électronique et le renouvellement de prescriptions informatisées, ne sont que très peu utilisées dans la pratique. Velligan et ses collègues (2006) ont procédé à une revue de la littérature des trois dernières décennies et ils ont conclu que ces méthodes objectives sont utilisées moins de

23 % du temps. Ces chercheurs ont mis en lumière que les méthodes subjectives soit l'évaluation de l'adhérence par un intervenant, l'auto-évaluation ou encore l'évaluation faite par une personne significative sont utilisées 77 % du temps. Dans les faits, aucune méthode évaluant le comportement de l'adhérence ne fait l'unanimité quant à sa validité (Jerant, DeMatteo, Arnsten, Moore-Hill, & Franks, 2008; Kikkert et al., 2008).

Il est à noter enfin que la qualité de l'alliance thérapeutique avec le médecin prescripteur présente une corrélation positive significative avec l'adhérence à la médication. Elle est l'une des variables qui y est le plus fortement associée (Bebbington, 1995; Kikkert et al., 2006; Lacro, Dunn, Dolder, Leckband, & Jeste, 2002).

Note : L'évaluateur devrait être attentif à tout changement dans la prescription médicamenteuse du patient qui est sous évaluation. En effet, une baisse dans le dosage de certains antipsychotiques, souvent effectuée à la demande du patient, est susceptible d'entraîner l'augmentation de symptômes psychotiques et peut conduire à une rechute psychotique. L'évaluateur doit aussi se positionner sur la présence ou l'absence de l'alliance thérapeutique entre le patient et le médecin prescripteur.

8. Habitudes de consommation de substances psychotropes

Force N'a pas d'historique de consommation de substances. S'implique dans un traitement si nécessaire. Boit avec modération. Respecte les consignes de l'équipe traitante liées à l'usage. Demeure responsable. A de l'introspection (facteur protecteur malgré une résistance à quelconque traitement)	Risque Dépendant. Conséquences de l'utilisation de la substance dans différentes sphères de vie. Refus de participer à un programme, lorsqu'indiqué. Incompréhension de l'impact de la substance sur les symptômes psychiatriques. Consommation hors contrôle. Psychose (s) toxique (s) antérieure (s).
---	---

La consommation de substances psychotropes est un facteur de risque important en ce qui a trait aux décompensations. D'après le DSM IV-TR (APA, 2000), deux catégories caractérisent les troubles liés à une substance : les troubles liés à l'utilisation de la substance (la dépendance et l'abus) et les troubles induits par la substance elle-même (intoxication, sevrage et troubles mentaux induits par une substance). La dépendance renvoie à une utilisation continue de la substance, alors que l'abus fait référence à une consommation périodique, mais intense (APA, 2000). Les personnes souffrant d'un trouble mental grave, tels la schizophrénie et le trouble bipolaire, sont plus à risque de développer un trouble d'abus de substances que la population générale (Regier et al., 1990). Ce double diagnostic est susceptible d'entraîner plusieurs effets négatifs tels qu'un nombre plus élevé de décompensations et d'admissions psychiatrique, le stress familial, la violence, l'itinérance, la non-conformité aux traitements pharmacologiques, le sida ainsi que des problèmes relevant de la sphère légale (Drake et Brunette, 1998). En plus de l'exacerbation des symptômes psychotiques (Bennett, Bellack, Brown, & DiClemente, 2009; Swartz et al., 1998), l'utilisation d'une substance psychoactive accroît la possibilité d'adopter un comportement criminel (Fazel, Grann, Carlstrom, Lichtenstein, & Langstrom, 2009).

La prévalence du trouble d'abus de substances est importante dans la population des schizophrènes (Volkow, 2009). Ces abus peuvent être dévastateurs ce qui fait en sorte que le traitement des personnes aux prises avec un diagnostic double est prioritaire (Mueser et al., 2000). Schmidt et collaborateurs (2011) ont mené une étude longitudinale de 15 ans afin de

comparer le portrait des personnes atteintes de schizophrénie ayant développé (n=107) ou non (n=119) un trouble de l'abus de substances. Ces chercheurs désiraient examiner le devenir à long terme de la schizophrénie lorsqu'il y a présence du trouble de l'abus de substances. Leurs conclusions révèlent que cette évolution est plus sévère : un nombre plus élevé d'admissions psychiatriques motivées par une décompensation et une espérance de vie réduite comparativement au groupe formé par les patients souffrant uniquement de la schizophrénie (Schmidt, Hesse, & Lykke, 1991). Les résultats indiquent aussi que le groupe aux prises avec un diagnostic double a des contacts plus brefs et plus fréquents avec l'institut psychiatrique. De manière plus précise, ces individus fréquentent deux à trois fois plus l'institut psychiatrique que ceux ne présentant pas de trouble d'abus de substances. Ces résultats appuient ceux obtenus dans le cadre de recherches antérieures (Botha et al., 2009; Leon et al., 1998). Tout comme Mueser et ses collaborateurs (1998), Westermeyer (2006) avance que la désinstitutionalisation peut expliquer l'augmentation de la prévalence du trouble d'abus de substances des dernières décennies. Un individu qui ne se retrouve plus protégé par un environnement de vie institutionnel est plus à risques d'être en contact avec des drogues et de l'alcool au quotidien (Mueser, Drake, & Wallach, 1998). Bref, l'abus de substances est une réalité non négligeable au sein de la population des personnes souffrant de troubles mentaux graves et il est associé à un risque plus élevé de rechute psychotique (Drake et Brunette, 1998).

Note : Le terme « substances » désigne toutes drogues ou tout alcool, ainsi que les médicaments sur ou sans ordonnance. Comme il est souligné dans le START (Crocker et al., 2007), le simple fait d'avoir complété un traitement de toxicomanie n'est pas suffisant pour être considéré comme une force. Il importe de bien saisir les motifs sous-jacents à cette participation. Est-ce le résultat d'une coercition perçue (motivation extrinsèque) ou une démarche plus personnelle (motivation intrinsèque)? Advenant le cas où les décompensations du patient sont fortement associées à la consommation de substances d'après l'histoire antérieure, une cote de risque de 2 s'applique. Avoir reçu un diagnostic d'un trouble lié à l'utilisation de substances au moins une fois dans sa vie ne devrait pas automatiquement conduire à la cote « 2 ». Un patient qui présente ce diagnostic, mais qui ne consomme plus depuis quelques années pourrait recevoir une cote de risque de 1. Selon l'Organisation

mondiale de la santé (WHO, 2011), un usage modéré d'alcool au quotidien se caractérise par trois consommations (maximum de 15 par semaine) pour les hommes et deux pour les femmes (maximum de 10 par semaine). Précisons qu'il faut se limiter à une fenêtre temporelle de deux ans à partir du moment où l'évaluation prend place. L'évaluateur désireux d'approfondir davantage ce facteur pourra se référer à l'outil CAGE-AID (Ewing, 1984).

9. Impact environnemental du stress

Force Entretient des relations positives (réseau principal de soutien exclu). Poursuit des études. A un emploi compétitif. A un logement adéquat. A une gestion saine de ses finances personnelles. Utilise les services de la communauté.	Risque Problèmes relationnels (réseau principal de soutien exclu). Problèmes d'éducation. Problèmes professionnels. Problèmes de logement. Problèmes économiques. Problèmes d'accès aux services. Problèmes avec la Loi. <i>(Éléments de l'axe IV du DSM)</i>
--	--

Selon le modèle vulnérabilité-stress, lorsqu'une personne atteinte de schizophrénie est confrontée à différents stressseurs environnementaux, la probabilité de l'exacerbation de la symptomatologie psychotique et de décompensation est augmentée (Birchwood, Iqbal, Chadwick, & Trower, 2000; Roder, Müller, Brenner, & Spaulding, 2011). Plus grandes sont les vulnérabilités que présente une personne, moins grand est le stress nécessaire pour déclencher un épisode psychotique (Zubin & Spring, 1977). Plusieurs études ont démontré la présence de stressseurs environnementaux dans la période précédant la rechute psychotique (Bebbington et al., 1993; Malla, Cortese, Shaw, & Ginsberg, 1990; Ventura, Nuechterlein, Lukoff, & Hardesty, 1989). Plus précisément, plusieurs chercheurs notent la présence d'évènements de vie stressants environ trois semaines avant la décompensation psychotique (Compton, Weiss, West, & Kaslow, 2005; Murray & Castle, 2000; Pourmand, Kavanagh, & Vaughan, 2005). Ces stressseurs peuvent être autant de nature interne, c'est-à-dire liés aux cognitions et aux émotions, qu'externe, telle que la perte d'emploi. Ces évènements sont considérés comme des déclencheurs du processus de la rechute psychotique (Hunter et Storat, 1994). Simonet et Brazo (2005) avancent que les stressseurs troublent l'homéostasie de la personne atteinte de schizophrénie. La pression de performance à l'emploi ou dans les études peut conduire à l'exacerbation des symptômes psychotiques (Simonet & Brazo, 2005). C'est la gestion de la réaction aux situations anxiogènes qui, bien souvent, mène ou non à la décompensation franche (Hunter et Storat, 1994). La diminution de ces stressseurs (retirer le stimulus anxiogène) ou l'acquisition d'habiletés de gestion de stress devraient réduire la probabilité d'une décompensation (Birchwood, Iqbal, Chadwick, & Trower, 2000).

Note : Pour cet item, les situations en lien avec le groupe de soutien principal du patient sont exclues (familles et amis proches). Par exemple, les relations avec les collègues de travail ou avec des connaissances sont à considérer. Ces derniers éléments constituent un facteur à part entière dans la *grille d'évaluation du risque de rechute psychotique* (item 13). Afin de bien apprécier le niveau de stress vécu par le patient, il est utile de se référer à une échelle pour le quantifier. Par exemple, l'évaluateur peut demander : « *Sur une échelle de 0 à 10, 10 étant la valeur maximale, quel est le nombre qui correspond à votre niveau de stress par rapport à la situation X* »? Il importe de ne pas banaliser certains événements qui peuvent apparaître comme mineurs aux yeux d'un observateur extérieur. Les personnes peuvent réagir différemment devant une même situation. Caractérisée comme étant de stress élevé par un individu, elle peut être vécue de manière non stressante par un autre.

10. *Émotions exprimées par les proches*

<p>Force Commentaires positifs des proches. Attitude soutenante. Peu de contacts avec les membres de la famille (ou ceux de son environnement immédiat) qui présentent une expression émotionnelle élevée. Relation positive. Intérêt manifesté envers le patient, mais sans intrusion.</p>	<p>Risque Commentaires négatifs des proches. Ressentiment. Attitudes rejetant le patient. Hostilité. Critiques généralisées. Non reconnaissance que la maladie peut être la source de divers symptômes. Surinvestissement émotionnel. Relation fusionnelle. Contacts fréquents et surprotection. Sacrifice personnel. Intrusion. Absence d'attitude positive.</p>
---	---

Un large corpus de recherches s'est intéressé au contexte émotionnel familial à l'intérieur duquel le schizophrène évolue (Wearden, Tarrier, Barrowclough, Zastowny, & Rahill, 2000). Ce sont les travaux de Vaughn et Leff, en 1985, qui ont fait mention pour la première fois de l'importance du concept d'expression émotionnelle (*expressed emotion*) par rapport au phénomène des décompensations chez les schizophrènes. Traditionnellement, cette notion décrit la nature et de l'intensité des interactions entre le schizophrène et les membres de sa famille. D'après Vaughn et Leff (1985), l'expression émotionnelle élevée (*high expressed emotion*) se traduit par des interactions verbales et non verbales qui sont teintées d'hostilité, de commentaires intrusifs et critiques envers la personne malade. D'une manière différente, le surinvestissement émotionnel qui réfère à une attitude d'hyperprotection, à un sacrifice personnel ou encore à une identification au schizophrène, fait également partie de l'expression émotionnelle élevée (Vaughn & Leff, 1985). Notons que l'hostilité peut être conçue comme la version extrême des critiques, puisqu'elle n'est que rarement présente en l'absence de ces dernières (Leff et al., 1987). Il est établi que ce concept prédit significativement l'évolution d'une multitude de maladies physiques et psychiatriques (Wearden, Tarrier, Barrowclough, Zastowny, & Rahill, 2000). En ce qui a trait à la schizophrénie, plusieurs études empiriques ont montré que la présence d'expression émotionnelle élevée dans l'environnement familial induit un risque significatif de rechute psychotique (Berry, Gregg, Vasconcelos, Haddock, & Barrowclough, 2012; Butzlaff & Hooley, 1998; Linszen, Lenior, de Haan, Dingemans, & Gersons, 1998; Simonet & Brazo, 2005; Wearden, Tarrier, Barrowclough, Zastowny, &

Rahill, 2000). Kavanagh (1992) a revu 23 études de suivi, dont trois seulement n'ont pas su identifier une corrélation entre le concept d'expression émotionnelle et les décompensations. Seize de ces études ont rapporté que cette corrélation était significative ($p \geq 0,05$). La méta-analyse de Butzlaff et Hooley (1998) montre que la relation entre les décompensations et l'expression émotionnelle élevée est encore plus forte chez les schizophrènes chroniques. Ce concept est un facteur de risque aussi bien à court qu'à long terme pour ce qui est de la rechute psychotique (Marom, Munitz, Jones, Weizman, & Hermesh, 2005). Bebbington et Kuipers (1994b) ont révisé 25 études sur la relation entre la schizophrénie et la notion d'expression émotionnelle, ce qui représente un nombre total de 1 346 patients à travers le monde. Ils ont conclu que les patients qui entretiennent des contacts fréquents (plus de 35 heures par semaine) avec les membres de leur famille où l'on retrouve une expression émotionnelle élevée sont 2,5 fois plus susceptibles de décompenser. Parallèlement, si les contacts sont peu nombreux, le risque d'une rechute psychotique est diminué. De plus, 50 % des patients vivant dans un milieu où l'expression émotionnelle est élevée ont fait une rechute, comparativement à 21 % des patients venant d'un environnement à faible expression émotionnelle. Une fois la période d'hospitalisation terminée, les patients qui retournent vivre dans un environnement où l'expression émotionnelle est élevée sont deux fois plus à risque de décompenser que ceux évoluant dans un milieu à faible expression émotionnelle (Hooley, 2007). En somme, être exposé à de fortes émotions est un facteur de risque alors qu'être en contact avec des personnes qui présentent une faible expression émotionnelle constitue une force. Certaines études évaluant l'efficacité des interventions familiales démontrent un rapport de causalité entre le concept d'expression émotionnelle et les rechutes psychotiques. Ces interventions thérapeutiques poursuivent entre autres l'objectif de réduire le niveau d'expression émotionnelle dans l'environnement familial (Pharoah, Mari, Rathbone, & Wong, 2006).

Récemment, la portée du concept d'expression émotionnelle a été élargie afin d'inclure les relations entre les patients et les personnes œuvrant dans le domaine de la santé mentale (Berry, Barrowclough, & Haddock, 2011; Berry, Gregg, Vasconcelos, Haddock, & Barrowclough, 2012; Tattan & Tarrier, 2000). Il est à noter que ces dernières sont moins susceptibles d'être ouvertement critiques et hostiles comparativement aux membres de la famille. L'absence de rapports positifs s'avère être une mesure plus sensible de la qualité de la

relation patient-soignant, que la présence d'hostilité et des critiques (Berry, Barrowclough, & Haddock, 2011). Selon Tattan et Tarrier (2000), il existe plusieurs preuves empiriques montrant qu'une bonne relation de travail mène à de meilleurs résultats qu'une relation neutre ou négative. Ces auteurs caractérisent une relation positive par l'expression d'intérêts du professionnel envers son patient ou par des rapports explicitement positifs. Il apparaît que les personnes aux prises avec une psychose ainsi qu'une problématique de consommation de substances sont plus susceptibles d'entretenir de pauvres relations avec les professionnels de la santé mentale (Barrowclough et al., 2007).

Note: Il existe des instruments afin d'évaluer la qualité de l'expression émotionnelle, soit en version longue (Camberwell Family Interview; Leff & Vaughn, 1985), soit en version courte (Five Minute Speech Sample; Magana et al., 1986). Si l'évaluateur ne se perçoit pas comme étant assez formé pour évaluer ce facteur, il peut toujours se référer à de tels instruments. Par ailleurs, plusieurs patients résident dans des ressources d'hébergement du réseau de la santé mentale. Or, la présence d'expression émotionnelle élevée (interactions verbales et non verbales hostiles ou intrusives, surinvestissement émotionnel) chez les intervenants est un facteur de risque de rechute psychotique (Bebbington & Kuipers, 1994a). Nous considérons alors que les intervenants de ces ressources jouent le même rôle que les membres de la famille au niveau de l'expression émotionnelle. Soulignons que la présence d'une seule personne exprimant des émotions fortes, parmi toutes celles présentes dans le milieu de vie du schizophrène, est suffisante pour être considérée comme étant un facteur de risque (Bebbington & Kuipers, 1994a).

11. Habiletés de coping

Force Résout efficacement les situations problématiques. Gère son stress. Cherche de l'aide et l'utilise. Gère les transitions de manière satisfaisante. Trouve des aspects positifs à des situations plutôt troublantes et dérangeantes. Fait preuve de résilience.	Risque A de pauvres habiletés de gestion du stress. Mauvaises stratégies de coping. A de la difficulté à s'adapter. Devant une situation stressante, fige ou se sent perdu. Est anxieux ou tendu. Trouve difficile de faire face aux crises et aux pertes réelles, imaginaires ou prévues. Est incapable de rassembler ses ressources personnelles en période de crise. Incapable de résoudre les problèmes sans une aide considérable. Croule sous la pression.
--	--

Selon le modèle vulnérabilité-stress, les capacités de coping agissent à titre de modérateur dans la réponse de l'individu aux stimuli stressants (Zubin et Spring, 1977). Le terme « coping » réfère à des efforts cognitifs et comportementaux déployés par un individu afin de s'adapter aux demandes de son environnement lorsque celles-ci excèdent ses capacités immédiates. Ce processus a pour objectif de retrouver l'équilibre interne, soit en utilisant ses ressources personnelles, soit en ayant recours aux ressources offertes par l'environnement social (Lalonde et Lesage, 1996). Il existe deux grands types de stratégies de coping : dirigées vers la résolution de problèmes ou centrées sur les émotions. Soulignons que ce dernier type est moins adaptatif puisqu'il met l'accent sur l'évitement d'émotions douloureuses, mais il devient parfois nécessaire lorsque des situations sont incontrôlables (Simonet et Brazo, 2005). Les personnes atteintes d'un trouble mental grave utilisent le même éventail de stratégies d'adaptation que la population générale pour gérer les stressors psychosociaux (Middelboe et Mortensen, 1997). Mueser et Gingerich (2011) mettent en lumière que les habiletés de coping peuvent réduire l'impact du stress sur la symptomatologie psychotique et diminuer les risques de décompensations. Lorsqu'une personne est capable de s'adapter à des nouveaux événements, la gestion et la réduction du stress et des symptômes sont favorisées (Cocker et al., 2007). Notons que la littérature portant sur les stratégies d'adaptation utilisées par les patients consultant en psychiatrie légale est peu volumineuse (Cocker et al., 2007).

Note : Si l'évaluateur souhaite examiner davantage les stratégies de coping de la personne évaluée, il peut se référer à l'outil WCCL (*Ways of Coping, Revised*) construit par Lazarus et Folkman (1984).

12. Interventions thérapeutiques non pharmacologiques

Force A participé de manière significative à des programmes thérapeutiques. A bénéficié d'interventions thérapeutiques récemment. A fait certains progrès. Met en pratique des habiletés acquises dans différents programmes.	Risque A refusé de participer à des programmes thérapeutiques. A abandonné un ou des programmes. Présente un problème d'abus de substances qui n'a jamais été abordé en thérapie.
---	---

Selon l'*American Psychiatric Association* (APA, 2004), le moyen le plus efficace pour prévenir les décompensations est la combinaison d'un traitement pharmacologique et d'interventions psychosociales. Les thérapies cognitivo-comportementales telles que la psychoéducation et la thérapie familiale, la thérapie cognitivo-comportementale pour les symptômes persistants, la thérapie de compétence sociale et la thérapie de remédiation cognitive sont fortement recommandées dans le traitement de la schizophrénie. Leur efficacité est soutenue par des données probantes comme le démontrent plusieurs méta-analyses (Nasrallah, 2008). Celle réalisée par Pitschel-Walz et collaborateurs (2001) confirme l'hypothèse qui veut que les interventions familiales réduisent le nombre de rechutes psychotiques de l'individu atteint. En effet, les schizophrènes en contact régulier avec des membres de leur famille bénéficient grandement des enseignements offerts par les programmes de psychoéducation familiale (Mueser et Gingerich, 2011). En général, les familles de ces individus, qui possèdent très peu d'informations sur la maladie mentale, peuvent contribuer au stress de la personne souffrante et conséquemment favoriser une rechute psychotique (Hooley, 2007). La prévention de la rechute est traditionnellement incluse dans les programmes de psychoéducation (Mueser et Gingerich, 2011).

La thérapie cognitivo-comportementale pour les psychoses (TCC) est également utilisée dans le traitement de la schizophrénie (Mueser et Gingerich, 2011). Racenstein et ses collègues (2002) mettent en lumière le fait que de 25 à 40 % des schizophrènes font l'expérience de symptômes psychotiques persistants, que ces derniers engendrent du stress et de la détresse, ce qui vient à accroître à son tour la vulnérabilité aux décompensations. Plusieurs recherches ont confirmé que l'efficacité de la TCC peut entraîner une réduction des symptômes positifs et

négatifs liés à la schizophrénie et peut favoriser l'amélioration du fonctionnement social (Wykes, Steel, Everitt, & Tarrier, 2008). En plus de réduire la probabilité des décompensations, la TCC cible l'atteinte de buts personnels, tels qu'obtenir un emploi satisfaisant (Mueser & Gingerich, 2011).

Les méta-analyses ont généralement corroboré l'efficacité des interventions familiales et cognitivo-comportementales pour limiter les épisodes psychotiques (Roder, Mueller, Mueser & Brenner, 2006).

Parmi la gamme de traitements offerts pour la rechute psychotique, nous retrouvons également le traitement intégré pour les personnes présentant des troubles concomitants (Mueser et Gingerich, 2011). Étant donné qu'approximativement la moitié des schizophrènes ont des problèmes d'abus ou de dépendance à la drogue et à l'alcool (15 % chez la population générale), il est plus que pertinent d'intégrer dans les plans d'intervention des mesures visant à la fois les toxicomanies et problèmes de santé mentale (Mueser et al., 2000; Volkow, 2009). L'abus de substances représente un risque important de rechute psychotique (Leon & Diaz, 2005; Margolese, Negrete, Tempier, & Gill, 2006; Mueser & Gingerich, 2011). D'ailleurs, il est empiriquement démontré que traiter les deux problématiques de façon isolée est cliniquement inefficace (Ridgely, Goldman, & Willenbring, 1990). Après de cette clientèle, les recherches confirment la supériorité des programmes intégrés pour les troubles concomitants sur ceux de type traditionnel (Drake, O'Neil, & Wallach, 2008).

Il est possible de schématiser les différentes interventions thérapeutiques en se référant au modèle de vulnérabilité-stress de la schizophrénie de la façon suivante: les antipsychotiques réduisent la vulnérabilité biologique de l'individu et les interventions psychosociales procèdent en limitant le stress auquel il est soumis, en accroissant ses capacités à faire face aux diverses situations sociales et aux événements de vie stressants qu'il rencontre (Mueser et Gingerich, 2011).

Note : La complétion de programmes de thérapie est ici considérée comme une force chez le patient. Même si nous n'avons pas repéré d'études confirmant que la non-participation à de tels programmes augmenterait le risque de décompensation, nous croyons pertinent d'avancer une telle hypothèse. L'évaluateur devra tout de même être prudent au moment d'évaluer le

risque associé à la non-participation à un programme thérapeutique. Si la personne évaluée ne présente pas de difficultés particulières de gestion du stress ou de résolution de problèmes, il serait inapproprié de mettre la cote « 2 » sur l'échelle des risques, la cote « 1 » étant plus pertinente.

13. Réseau social

Force Liens significatifs avec autrui. Recherche d'aide auprès de son réseau social. Perceptions favorables quant à l'aide apportée par le réseau social. Relations positives avec son groupe de soutien.	Risque Absence de lien significatif avec autrui. Isolement. Absence de recherche d'aide extérieure. Relations conflictuelles avec son groupe de soutien.
---	--

Depuis plusieurs décennies, les recherches s'intéressant au réseau social des personnes aux prises avec une maladie mentale grave montrent que celui-ci est très limité. De plus, il est constitué en grande partie des membres de la famille (Coyne & Downey, 1991; Kessler, Price, & Wortman, 1985; Mueller, 1980). Selon le modèle vulnérabilité-stress, un soutien social continu peut modérer l'impact du stress, au même titre que les stratégies de coping (Blondeau, Nicole, & Lalonde, 2006; Coyne & Downey, 1991; Mueser & Gingerich, 2011; Simonet & Brazo, 2005). Une revue de la littérature portant sur le phénomène de la décompensation met en évidence le fait que la présence d'un réseau social soutenant diminue le risque de rechute psychotique (Ayuso-Gutierrez & del Rio, 1997). La seule présence d'un réseau social n'est pas garante d'une protection contre les rechutes psychotiques. C'est plutôt le soutien perçu attribué à ces relations sociales qui est déterminant et agit comme un tampon sur les effets du stress (Coyne & Downey, 1991).

Note : Pour cet item, il importe non seulement d'évaluer l'étendue du réseau social de la personne évaluée, mais aussi dans quelle mesure celui-ci est perçu comme aidant. Si un individu atteint de schizophrénie entretient des relations uniquement avec ses parents, mais que celles-ci sont conflictuelles, la variable « réseau social » ne serait pas considérée comme une force. L'aide offerte par des professionnels est exclue pour cet item.

14. Reconnaissance des signes avant-coureurs

Force Connaît les signes avant-coureurs d'une décompensation. Demande l'aide appropriée lorsqu'il y a apparition des signes. Une tierce personne de l'entourage immédiat est à l'affût de ces signes.	Risque Présence de signes avant-coureurs d'une décompensation, mais le patient ne les connaît pas. N'est pas en mesure de les reconnaître s'ils se manifestent. Personne dans l'entourage ne peut le faire.
---	---

Cet item ne doit pas être considéré comme un facteur de risque de rechute psychotique au sens strict, puisque lorsque les signes avant-coureurs sont présents, le processus décompensation est enclenché (Mueser et Gingerich, 2011). Ces signes consistent en des changements subtils au niveau de l'affect, des pensées et des comportements (Birchwood et al., 2000). Par exemple, il peut s'agir de problèmes liés au sommeil, de confusion, d'une humeur dépressive ou d'une augmentation modérée des symptômes psychotiques (Mueser et Gingerich, 2011). Après avoir recensé neuf études empiriques s'intéressant au processus de décompensation, Birchwood et Spencer (2001) concluent que celui-ci s'installe sur une période de deux à quatre semaines. On peut donc viser l'identification des signes avant-coureurs tout en offrant des interventions efficaces à des moments critiques afin de limiter la progression du processus vers une psychose franche (Birchwood, Spencer, & McGovern, 2000; Birchwood & Spencer, 2001; Jorgensen, 1998; Tarrier et al., 1991; Van Meijel, 2003).

La décompensation étant un phénomène hétérogène, il existe une grande variabilité parmi les schizophrènes en ce qui a trait à la nature et à la séquence d'apparition des signes avant-coureurs (Birchwood, Spencer, & McGovern, 2000). Il faut porter une attention soutenue à chaque individu, vu leur profil unique de signes avant-coureurs. C'est par l'identification du processus individuel de rechute psychotique qu'il devient possible d'intervenir efficacement (Birchwood et Spencer, 2001). Lorsqu'une action est posée au moment où les signes précurseurs apparaissent, la probabilité d'une décompensation réduit et peut même devenir nulle (Herz et al., 2000; Mueser & Gingerich, 2011). Les recherches montrent que les schizophrènes sont en mesure d'évaluer la présence de leurs signes avant-coureurs de manière aussi spécifique et sensible que les psychiatres (Jorgensen, 1998). Lorsque le processus de décompensation est enclenché, il est possible que l'introspection par rapport à la maladie

diminue. Le schizophrène devient alors moins apte à reconnaître les symptômes et il peut leur signification erronée (Birchwood et al., 1992).

Les personnes de l'entourage peuvent avoir un rôle déterminant quant à la détection et à la gestion des signes avant-coureurs lors du processus de la rechute psychotique. Notons toutefois que certains proches ne sont pas enclins à assumer un tel rôle. De plus, certains schizophrènes n'ont que très peu de contacts avec autrui (TARRIER, Barrowclough, & Bamrah, 1991). En de tels cas, les intervenants et l'équipe traitante de la personne souffrante devraient connaître et être à l'affût de ces signes. Plus l'individu a cumulé des décompensations, plus les informations sur les signes avant-coureurs sont disponibles et précises (Birchwood, Spencer, & McGovern, 2000). Lorsque ceux-ci sont bien identifiés, il devient alors possible de mettre en place une prévention de la rechute (Birchwood, Spencer, & McGovern, 2000).

Note : En annexe de cette présente démarche, nous retrouvons un tableau comportant des exemples de signes avant-coureurs, et ce tant au niveau de la pensée, de l'affect que des comportements. Il est possible d'examiner la présence de ces facteurs conjointement avec le patient, s'ils ne sont pas documentés dans son dossier médical. Lorsque les signes avant-coureurs d'une décompensation se présentent, il importe d'intervenir rapidement. Cette situation devrait être aussitôt discutée avec l'équipe traitante afin qu'une décision soit prise.

Chapitre V – Matériel clinique : application de la Grille d'évaluation du risque de rechute psychotique à trois cas

Dans les lignes qui suivent, trois cas seront présentés et étudiés en fonction des critères de la Grille d'évaluation du risque de rechute psychotique proposée dans la section précédente. Cet exercice permettra de mettre à l'épreuve pour une première fois l'intérêt, la clarté, la précision et la pertinence des items qui ont été choisis.

5.1 Monsieur A

Évaluation du risque de rechute psychotique

Identification et statut légal

Monsieur A est un homme âgé de 50 ans, célibataire et sans enfant. Il est d'origine haïtienne et il vit au Québec depuis 1983. Sans emploi, il reçoit des prestations de la Sécurité du revenu. Sa dernière hospitalisation à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal a eu lieu en mars 1999 et monsieur reçut son congé définitif le 9 avril 2001. Il vit depuis ce temps dans une ressource d'hébergement de type familial. Précisons qu'il est attente de transfert vers un hôpital dans le nord-est de Montréal.

Monsieur A présente des diagnostics de schizophrénie paranoïde, d'abus de cannabis régulier et de traits de personnalité schizoïde.

Il est sous ordonnance de la Commission d'examen des troubles mentaux après avoir été reconnu, en 1990, non criminellement responsable d'un incendie criminel. Le mandat actuel en est un de libération avec modalités à respecter¹ et délégation de pouvoir.

1. Temps écoulé depuis le premier épisode psychotique

Selon les renseignements contenus au dossier, monsieur A aurait été aux prises avec des symptômes psychotiques pour la première fois en 1987. Il était alors âgé de 24 ans. Le patient

¹ L'individu peut alors quitter l'hôpital et demeurer à l'extérieur, généralement aux conditions suivantes : demeurer dans un endroit connu et approuvé par l'hôpital, se conformer aux directives de son médecin et garder la paix.

rapporte qu'il entretenait des idées bizarres, soit qu'une dame d'un certain âge voulait le tuer par magie et que des gens invisibles le touchaient. Monsieur avance qu'il voyait des personnes armées de révolvers qui désiraient aussi le tuer.

Le temps écoulé depuis le premier épisode psychotique est de plus de cinq ans et n'est donc pas associé au risque de rechute (0).

2. Caractéristiques de la maladie lors de son apparition

Nous n'avons pas eu accès au dossier de monsieur A lorsqu'il vivait en Haïti. Les éléments recensés au dossier québécois quant à la symptomatologie psychotique du patient laissent croire à une apparition insidieuse de la maladie. Les symptômes de monsieur semblent s'être installés progressivement. Autrement dit, il n'y aurait pas eu de fracture nette entre l'état prémorbide et morbide. Ceci demeure néanmoins une hypothèse.

Les informations relatives à cet item ne sont pas suffisantes pour que l'évaluateur se positionne avec confiance (ND).

3. Délai avant l'initiation du traitement pharmacologique

Selon un rapport psychiatrique exposé à la Commission d'examen des troubles mentaux du Québec, les premiers symptômes psychotiques du patient sont apparus en 1987 et il fut hospitalisé pour la première fois en psychiatrie en 1990. Il y a eu un délai d'approximativement trois ans entre l'apparition des premiers symptômes de la schizophrénie et le traitement pharmacologique initial.

Le délai avant ce traitement étant de plus de trois mois, il induit un risque certain ou grave (2).

4. Comorbidité entre la schizophrénie et une autre maladie mentale

Monsieur A présente un diagnostic de traits de personnalité schizoïde à l'Axe II du DSM, en plus du diagnostic de schizophrénie paranoïde à l'Axe I.

La comorbidité entre le diagnostic de schizophrénie et celui d'une autre maladie mentale est associée à un risque de gravité modérée (1) puisque cet autre trouble n'est pas un trouble dépressif, ni un trouble schizo affectif.

5. Comorbidité entre la schizophrénie et une maladie physique

Monsieur A présente un diagnostic d'hypercholestérolémie légère et stabilisée sous traitement actuel à l'Axe III du DSM. Le patient prend la médication prescrite à cet effet, mais il ne se soumet pas à la diète recommandée par le médecin. La responsable de la famille d'accueil où il réside rapporte que monsieur ne s'alimente que très peu aux repas et qu'il a une préférence pour les aliments à faible valeur nutritionnelle. Le patient n'est pas en surpoids.

La comorbidité entre le diagnostic de schizophrénie et celui d'une maladie physique indique un risque de gravité modérée (1) dans la mesure où le patient accepte de prendre une médication.

6. Fonctionnement prémorbide

Monsieur A a abandonné ses études alors qu'il était en secondaire II, en raison de difficultés d'apprentissage. Selon le dossier, le patient aurait graduellement délaissé ses amis du milieu scolaire pour se tourner vers des gangs marginaux et également vers la consommation de drogues. Par ailleurs, les informations au dossier relatent que le patient n'a occupé que des emplois temporaires. Au plan de l'intimité, le sujet a entretenu une relation amoureuse de 1984 à 1987 avec une femme plus âgée de quatorze ans. À cette époque, monsieur semblait peu fonctionnel et passif, il prenait peu d'initiatives et il s'isolait, selon le dossier.

Certains éléments du fonctionnement prémorbide sont associés à un risque dont la présence est certaine ou de gravité importante (2). L'abandon scolaire et l'absence d'un emploi stable expliquent cette cote.

D'autres éléments du fonctionnement prémorbide suggèrent une force d'ampleur modérée (1). En effet, le patient a entretenu une relation intime de trois ans et il avait des amis, certains d'entre eux étaient délinquants. Nous estimons que cette situation est préférable à l'absence de contacts sociaux. De plus, la fréquentation de pairs antisociaux est liée au risque de récurrence criminelle et non pas au risque de décompensation.

7. Prise de médication antipsychotique

Monsieur A reçoit une médication antipsychotique (Haldol) par injectable sur une base mensuelle. Depuis son congé de l'Institut en 2001, il se présente à tous ses rendez-vous avec l'équipe traitante, bien qu'il se trompe parfois d'heure. Une note psychiatrique récente révèle que monsieur ne présente aucune autocritique par rapport à sa maladie mentale. Le patient ne connaît pas les raisons pour lesquelles il doit souscrire à un traitement pharmacologique. Monsieur A affirme affectionner un style de vie différent, dû à ses origines haïtiennes. Il soutient que c'est probablement cet aspect que l'équipe traitante identifie être des symptômes d'une maladie mentale. Monsieur A ne désire pas recevoir d'enseignements sur la schizophrénie ni sur l'utilité de la médication. Malgré ces observations, le patient se conforme au traitement pharmacologique. Notons que par le passé, lorsqu'il n'habitait pas dans une ressource de type familial, monsieur A se présentait moins assidument à ses rendez-vous pour ses injections. Cette situation ne s'est pas représentée depuis son congé de l'Institut.

Une alliance thérapeutique positive s'est formée entre le sujet et l'équipe traitante. Cette alliance se manifeste, entre autres, par le fait que monsieur accepte le cadre pharmacologique malgré une absence d'autocritique à l'égard de sa maladie.

Certains éléments de la prise de médication antipsychotique de monsieur A désignent un risque modéré (1). Il ne présente aucune autocritique par rapport à sa maladie et à la médication. Il ne reconnaît pas l'importance du traitement pharmacologique.

D'autres éléments de cet item témoignent d'une force d'ampleur modérée (1). Monsieur doit prendre sa médication antipsychotique en intramusculaire et il accepte de le faire. Il y a présence d'une alliance thérapeutique positive, favorisant ainsi un comportement de conformité.

8. Habitudes de consommation de substances psychotropes

Le patient a reçu le diagnostic d'abus de cannabis régulier à l'Axe I du DSM. Monsieur A consomme de la marijuana de manière au moins hebdomadaire et certaines notes au dossier font mention d'un usage quotidien. Une note psychiatrique datée de 2012 précise que monsieur A n'a pas présenté une recrudescence des symptômes psychotiques dans la dernière

année. Une note plus récente indique qu'il semble avoir pris davantage de cannabis durant la période des fêtes 2013, sans toutefois que cela influence le tableau clinique. Monsieur s'abstient de consommer des drogues dures. Une note au dossier précise qu'il n'apprécie pas l'effet de ces drogues. Le patient rapporte qu'il n'apprécie pas davantage le goût de l'alcool et qu'il ne consomme que des « cafés-cognac » de manière très occasionnelle.

Les habitudes de consommation de substances sont associées à un risque de gravité modérée (1). Nous ne pouvons ignorer la présence d'une consommation régulière de cannabis, et ce, même si celle-ci n'a pas entraîné une exacerbation de la symptomatologie jusqu'à présent.

Ces habitudes ne peuvent être considérées comme des forces contribuant à la stabilité de l'état mental du patient (0). Nous avons bien relevé l'abstinence aux drogues dures, mais les antécédents d'une telle consommation remontent à une époque très lointaine. Actuellement, le patient ne semble pas faire d'efforts de prévention de la rechute puisqu'il n'apprécie pas ces substances. Également, il n'apprécie pas l'alcool.

9. Impact environnemental du stress

En rencontre, le patient tient essentiellement un discours du type « tout va bien ». Il se livre rarement sur son monde interne et sur sa vie personnelle. Monsieur A n'est pas intéressé par les études ou le monde du travail. Il n'entreprend aucune démarche à cet effet, malgré les recommandations de l'équipe traitante. Il reçoit des prestations de la sécurité du revenu. L'aspect financier n'apparaît pas problématique pour lui. Depuis son congé de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, le sujet habite dans une ressource de type familial et il partage sa chambre avec un autre résident. Il nomme qu'il y a un environnement positif à cette ressource et il rapporte une bonne entente avec son co-chambreur. La responsable de cette ressource soutient que monsieur A est un résident exemplaire, à l'exception des difficultés d'hygiène qu'il présente. Monsieur A affirme qu'il entretient des relations positives avec les résidents et avec ses pairs. Actuellement, le patient rapporte qu'il n'y a aucun stresser dans sa vie. L'environnement du patient est chaleureux et encadrant.

L'impact environnemental du stress ne contribue pas au risque de rechute psychotique pour la période actuelle (0).

Cet impact est plutôt associé à une force d'ampleur modérée (1) étant donné qu'un certain soutien est reçu.

10. Émotions exprimées par les proches

En rencontre, le patient fait mention d'une relation positive entre les intervenants de sa ressource et lui-même. Nos observations témoignent également d'un climat chaleureux à cette résidence. Les intervenants apprécient le patient et ils ne manifestent pas de critique à son égard, à l'exception de son hygiène. Il semble que Monsieur A ne se lave pas de manière régulière, mais lorsque des interventions sont faites à ce sujet il collabore en se conformant aux demandes.

Les émotions exprimées par les proches ne contribuent pas au risque de rechute psychotique car elles ne véhiculent aucune critique ni hostilité (0).

Ces émotions désignent plutôt une force dont la présence est certaine (2) puisqu'elles sont chaleureuses sans tendre vers la surprotection.

11. Habiletés de coping

Une évaluation psychologique conduite à l'an 2000 indique que le patient présente des difficultés à gérer les problèmes de la vie quotidienne, notamment ceux concernant les relations interpersonnelles. Monsieur se montre prudent dans ses relations interpersonnelles et celles-ci se caractérisent, entre autres, par la superficialité. Cette évaluation psychologique précise que l'organisation psychologique de monsieur A apparaît appauvrie, tant au plan affectif que cognitif, ce qui limiterait sa capacité à s'adapter aux situations complexes. Bien que cette vulnérabilité soit observable objectivement, le patient ne ressent pas la détresse qui en découle. Cette évaluation souligne que monsieur A détient un contrôle solide sur ses manifestations émotionnelles et il maintient ses émotions à l'écart lors du processus de résolution de problème. Il évite de se placer dans des situations pouvant déclencher chez lui une réponse affective. Lorsque confronté à des situations complexes, le patient tend à y répondre de manière hâtive afin d'éviter l'inconfort. La psychologue au dossier avance que ce style cognitif semble bien établi, voir figé et imperméable aux changements. Elle soutient également que la présence de stressors ordinaires de la vie en société rend le patient

hautement sujet à la désorganisation. Monsieur A se trouve aux prises avec des difficultés d'adaptation lorsqu'il se heurte à une demande extérieure qui ne coïncide pas nécessairement avec ses propres pensées. Lorsqu'il bénéficiait du groupe de gestion du stress à l'Institut, monsieur A a identifié les stressors suivants : la vie en groupe, une présence élevée de stimulations, avoir trop d'obligations.

Les habiletés de coping de monsieur A induisent donc un risque de gravité importante (2) étant donné leur rigidité et superficialité.

Ces habiletés ne peuvent être considérées comme des habiletés qui contribuent à la stabilité mentale du patient (0).

12. Interventions thérapeutiques non pharmacologiques

Monsieur A a bénéficié du groupe de gestion du stress lorsqu'il était hospitalisé à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, soit du 16 septembre 1999 au 16 décembre 1999. Lors de la rencontre bilan de ce groupe, le patient a rapporté avoir mis peu d'efforts pour intégrer les stratégies enseignées en raison d'un manque d'intérêt et de motivation. Le sujet a également refusé catégoriquement de participer à un groupe sur les habiletés sociales en 1993. Par ailleurs, monsieur A consomme du cannabis sur une base au moins hebdomadaire, et ce depuis plusieurs années, mais il n'a jamais reçu de traitement à cet effet. Actuellement, le patient se dit peu motivé à investir un processus de réinsertion sociale.

Les interventions thérapeutiques non pharmacologiques induisent un risque de gravité modérée (1) puisque le patient n'y montre que peu d'intérêt.

Ces interventions sont non contributives à la stabilité de l'état mental de monsieur A (0).

13. Réseau social

Monsieur A entretient peu de contacts avec les membres de sa famille. Il contacte à l'occasion sa mère et sa sœur pour des motifs utilitaires, tel l'achat de vêtements. Monsieur rapporte ne pas percevoir l'intérêt d'entretenir des liens plus étroits avec sa famille. Au niveau des relations sociales, le patient affirme voir des amis tous les jours. Précisons que ce sont des pairs consommateurs avec lesquels il se livre à des activités illicites telles que la

consommation de cannabis et la revente de drogues. Ces contacts sont principalement utilitaires. Le patient ne semble pas entretenir de liens significatifs avec autrui, ceux-ci sont superficiels. Il ne recherche pas d'aide auprès de ses pairs.

Le réseau social suggère donc un risque de gravité importante (2) étant donné la superficialité des rapports entretenus.

Ce réseau ne contribue pas à la stabilité de l'état mental du patient (0).

14. Reconnaissance des signes avant-coureurs

Actuellement, l'état mental de monsieur A est stable. Aucune exacerbation de la symptomatologie psychotique n'a été observée depuis près de dix ans. Le patient ne présente aucune autocritique quant à sa maladie mentale. Il peut identifier quelques symptômes de la schizophrénie, sans toutefois les relier à lui-même. Monsieur A ne semble pas motivé à travailler sur la reconnaissance de ces signes. D'après les informations contenues au dossier, le patient affiche les signes avant-coureurs suivants : s'exprimer de manière simultanée en créole et en français, faire des mimiques étranges, être irritable, être agressif, être méfiant, entretenir des idées grandioses et consommer des drogues dures. Les intervenants de sa ressource connaissent ces informations, ce qui facilite l'identification du processus de rechute psychotique.

Certains éléments de la reconnaissance des signes avant-coureurs suggèrent un risque dont la présence est certaine (2). Monsieur A est incapable de lier certains signes avant-coureurs à lui-même. Il ne croit pas être atteint de la schizophrénie.

D'autres éléments à ce niveau témoignent d'une force d'ampleur modérée (1). En effet, les intervenants de la ressource d'hébergement connaissent les signes avant-coureurs du patient.

Évaluation globale

Selon les critères qui ont été extraits de la recension des écrits, le risque actuel de rechute psychotique de monsieur A est faible. Au niveau des *facteurs historiques*, le délai entre l'apparition des symptômes psychotiques et le traitement pharmacologique initial désigne un risque dont la présence est certaine. Monsieur a vécu plusieurs difficultés, tant au plan scolaire

que social, dans la jeunesse et en début de vingtaine. Il a entretenu une relation intime d'approximativement trois ans. Certains éléments du fonctionnement prémorbide entraînent un risque dont la présence est certaine, d'autres éléments indiquent une force d'ampleur modérée. La comorbidité entre la schizophrénie et une autre maladie mentale et celle entre la schizophrénie et une maladie physique désignent un risque de gravité modéré. Aucune information n'est disponible au dossier quant aux caractéristiques de la schizophrénie lors de son apparition. Le temps écoulé depuis le premier épisode psychotique du patient ne contribue pas au risque de décompensation.

Au niveau des *facteurs dynamiques*, les habiletés de coping, le réseau social et la reconnaissance des signes avant-coureurs indiquent un risque de gravité importante. Une évaluation psychologique a démontré la présence de capacités cognitives appauvries, ce qui limite l'aptitude du patient à s'adapter aux situations complexes. Le sujet a un réseau social peu dense et il ne peut se référer à une personne significative s'il vit des difficultés. Au niveau des signes avant-coureurs d'une rechute psychotique, monsieur A affirme en connaître quelques-uns. Or, il ne peut les associer à lui-même, car il ne croit pas être atteint de schizophrénie. Les intervenants où il réside connaissent et peuvent identifier ces signes. Certains éléments de cet item induisent donc un risque de gravité modéré, d'autres éléments entraînent une force d'ampleur modérée. Certains éléments de la prise de médication antipsychotique sont associés à un risque de gravité modérée, d'autres éléments témoignent d'une force d'ampleur modérée. Bien que monsieur A ne présente aucune autocritique par rapport à sa maladie et à la médication, il se conforme au plan thérapeutique. L'alliance thérapeutique avec l'équipe traitante est présente, ce qui favorise le comportement d'adhérence. Monsieur A consomme du cannabis de manière régulière, quoique cette consommation n'exacerbe pas sa symptomatologie. Ce facteur indique néanmoins un risque de gravité modérée. Le patient ne désire pas bénéficier d'un traitement pour la toxicomanie et il n'est pas intéressé à quelconque programme thérapeutique, malgré les recommandations de l'équipe traitante. Le manque d'implication dans des interventions non pharmacologiques induit un risque de gravité modérée. Quant aux émotions exprimées par les proches, elles ne sont pas jugées contributives au risque de décompensation. Elles indiquent plutôt une force dont la présence est certaine. Monsieur A entretient une relation positive avec ses intervenants

et ces derniers adoptent une attitude soutenante. Pour la période actuelle, monsieur A soutient qu'il ne vit aucun stresser. L'environnement de monsieur est structurant et chaleureux. L'impact environnemental du patient induit une force d'ampleur modérée et ne contribue pas au risque de rechute psychotique.

Puisque Monsieur A présente certains risques au niveau des facteurs historiques de la GÉRRP, les besoins en matière de suivi en sont influencés. Ces derniers sont, en moyenne, modérés. Les résultats de l'évaluation incitent à recommander la présence d'un suivi clinique sur une base mensuelle ou aux deux mois. À la lumière de cette analyse et des informations contenues dans le dossier du patient, certains contextes pourraient rendre le risque de rechute psychotique plus important. Rappelons que le patient est en attente de transfert vers un hôpital dans le nord-est de Montréal. Il serait important que monsieur habite dans une ressource connue du personnel de cet établissement, car lorsqu'il était en appartement autonome, il avait tendance à ne pas se présenter à ses rendez-vous pour ses injections (médication antipsychotique). Également, l'équipe qui le suivra devrait être plus prudente dans les premiers temps puisque le lien de confiance devra s'établir, et ce celui-ci favorise l'adhérence à la médication. Monsieur A dit ne pas apprécier les drogues dures, une vigilance est tout de même de mise par rapport à une éventuelle consommation. Il importe donc de bien questionner les habitudes du patient à ce niveau. Le changement d'équipe traitante, ou tout autre changement important, sont susceptibles d'être problématiques pour monsieur A. Rappelons que ce dernier présente de faibles capacités d'adaptation. L'équipe traitante devrait être vigilante en période de changement. Puisque monsieur gère inadéquatement les stressers ordinaires de la vie, nous recommandons l'hébergement dans un milieu hautement structuré, et ce, à long terme. Le patient identifie la vie en groupe comme étant un stresser. Nous suggérons alors que ce dernier ne partage pas une chambre avec un autre patient afin de favoriser son confort. Il serait également souhaitable que le patient bénéficie de certaines interventions thérapeutiques telles qu'un groupe de sensibilisation à la toxicomanie, un groupe axé sur la reconnaissance des émotions ou encore un groupe d'habiletés de gestion du stress. Puisque le patient est très peu intéressé à participer à quelconque programme thérapeutique, nous suggérons une approche motivationnelle. Précisons que monsieur A détient un contrôle solide sur ses manifestations émotionnelles et il avance ne pas ressentir d'émotions.

5.2 Monsieur B

Évaluation du risque de rechute psychotique

Identification et statut légal

Monsieur B est un homme âgé de 34 ans, célibataire et sans enfant. Il reçoit des prestations de l'aide sociale et un revenu supplémentaire en raison de son emploi en milieu protégé. Sa première hospitalisation à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal s'est déroulée entre mai 2007 et juillet 2010, et ce, dans le contexte d'une demande d'évaluation psychiatrique. Le patient présentait une déstabilisation psychotique alors qu'il purgeait une peine à l'Établissement de détention de Montréal. Monsieur B a été hospitalisé à une deuxième reprise en 2011 à l'Institut pour 41 jours. Il réside dans une ressource de type familiale, et ce, depuis mars 2011. Auparavant, il habitait une autre ressource de la même catégorie.

Monsieur B présente les diagnostics de schizophrénie paranoïde avec symptômes résiduels, de traits de personnalité antisociale selon l'histoire antérieure et de problématique d'abus d'alcool et de dérivés de cannabis en rémission.

Monsieur B est sous mandat du Tribunal administratif du Québec après avoir été tenu non criminellement responsable, en 2007, d'accusations de menaces de mort et de voies de fait. Le mandat en est un de libération avec modalités à respecter.

1. Temps écoulé depuis le premier épisode psychotique

Les premiers antécédents psychiatriques connus pour monsieur B remontent à l'an 2000, il était alors âgé de 21 ans. Le patient présentait des hallucinations auditives et il fut évalué au Centre hospitalier régional de Trois-Rivières.

Le temps écoulé depuis le premier épisode psychotique étant de plus de cinq ans, il ne contribue pas au risque de rechute (0).

2. Caractéristiques de la maladie lors de son apparition

Monsieur B a été évalué par plusieurs psychologues dès son jeune âge, alors qu'il était en centre d'accueil. Il présentait des difficultés sur les plans psychologique et comportemental.

Les éléments contenus au dossier montrent qu'il y a eu une gradation dans la sévérité des vulnérabilités du sujet. Une fracture nette entre l'état prémorbide et l'état morbide n'a pas été observée.

L'apparition de la maladie paraît insidieuse et est donc associée à un risque de gravité importante (2).

3. Délai avant l'initiation du traitement pharmacologique

Monsieur B reçut une médication antipsychotique dans les jours suivant son premier épisode psychotique. L'intervention pharmacologique a donc été instaurée rapidement.

Le délai avant le traitement pharmacologique initial étant de moins de trois mois, il ne contribue pas au risque de rechute psychotique (0).

4. Comorbidité entre la schizophrénie et une autre maladie mentale

Monsieur B a reçu un diagnostic de traits de personnalité antisociale à l'Axe II du DSM, en plus de son diagnostic de schizophrénie paranoïde à l'Axe I. Le patient n'a pas démontré d'éléments liés à ces traits lorsqu'il était hospitalisé à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal. Le psychiatre traitant a conclu que le diagnostic de traits de personnalité antisociale était en lien avec l'ancien milieu de vie du patient, soit un environnement criminalisé.

La comorbidité entre le diagnostic de schizophrénie et celui d'une autre maladie mentale indique un risque de gravité modérée (1) puisque le second diagnostic n'est pas une dépression ni un trouble schizo affectif.

5. Comorbidité entre la schizophrénie et une maladie physique

Monsieur B présente le diagnostic d'obésité androïde et d'hypercholestérolémie essentielle (de type héréditaire) à l'Axe III du DSM. Le sujet prend une médication à cet effet. Cependant, il commande des plats de restauration rapide plusieurs fois par semaine.

La comorbidité entre le diagnostic de schizophrénie et celui d'une maladie physique est associée à un risque de gravité modérée (1), le patient ne suivant pas vraiment les recommandations de son médecin.

6. Fonctionnement prémorbide

Monsieur B a connu des difficultés dès le jeune âge. Lorsque questionné sur son expérience scolaire, le sujet rapporte qu'il était un enfant hyperactif qui ne faisait pas ses devoirs. Les informations au dossier révèlent que, dès le primaire, monsieur B manifestait des problèmes de comportement. Outre l'indiscipline en classe, monsieur était impliqué dans des bagarres et il faisait l'école buissonnière. Il a doublé sa première année et il a intégré une classe spéciale en cinquième et sixième année du primaire. Le patient a abandonné ses études secondaires à l'âge de 16 ans, et ce, après trois ou quatre années non réussies. Un rapport psychologique indique la présence d'une socialisation défailante. Monsieur B présentait beaucoup de difficultés avec les autres jeunes, il croyait que ces derniers avaient de la difficulté à l'accepter. En ce qui a trait aux relations sociales, monsieur B affirme avoir entretenu une dizaine de relations d'amitié significative qui ont duré plusieurs années. Le patient faisait partie d'un gang criminalisé ayant des liens avec les Hells Angels. La rupture des liens avec ce gang explique, entre autres, la raison pour laquelle il n'est plus en contact avec ses « vrais amis ». Monsieur A n'a jamais occupé d'emploi stable avant l'installation de sa maladie. Il reçoit des prestations de l'aide sociale depuis l'âge de 16 ans. Monsieur nomme avoir entretenu une relation amoureuse d'approximativement cinq ans quand il avait 15 ans, et ce, avec une femme de 30 ans. Il désigne cette relation comme étant une « histoire de cul » et le motif de la rupture serait la consommation exagérée de sa copine.

Certains éléments du fonctionnement prémorbide de monsieur B induisent un risque dont la présence est certaine ou de gravité importante (2). Les difficultés scolaires importantes et l'absence d'emploi stable expliquent cette cote.

D'autres éléments du fonctionnement prémorbide de monsieur B témoignent d'une force d'ampleur modérée. En effet, le patient était en mesure de créer et d'entretenir des relations d'amitié significatives, même si celles-ci ne se sont pas avérées toutes positives (1). Il est à noter que la fréquentation de pairs délinquants augmente le risque de récidive criminelle et non pas de décompensation.

7. Prise de médication antipsychotique

Monsieur B reconnaît l'importance de la médication pour la gestion de ses symptômes psychotiques et il adhère au traitement pharmacologique. Avec le soutien de son psychiatre et de sa criminologue, il a appris le nombre et la couleur des médicaments contenus dans sa dosette, et ce, dans le but de connaître ce qu'il prend et ainsi vérifier sa posologie. Le sujet est actuellement dans une démarche d'autogestion de la médication. Cela veut dire qu'une journée par semaine, il met en place des moyens pour se souvenir de la prendre. Par exemple, il met ses médicaments sur sa table de chevet afin d'être certain qu'ils soient à sa vue. La responsable de la ressource où monsieur B réside s'assure qu'il prenne bien sa médication.

Pour ce qui est de l'alliance thérapeutique, monsieur dit avoir confiance en son équipe traitante. La collaboration du patient est excellente.

La prise de médication antipsychotique par monsieur B est régulière ne contribue pas au risque de rechute psychotique (0).

La prise assidue de médication antipsychotique est associée à une force d'ampleur importante chez le patient (2).

8. Habitudes de consommation de substances psychotropes

Monsieur B présente le diagnostic de problématique d'abus d'alcool et de dérivés de cannabis en rémission à l'Axe I du DSM. Le patient est abstinent depuis son congé de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, soit en juillet 2010. Les tests de dépistage aléatoire de drogues se sont tous révélés négatifs. Selon une note psychiatrique, monsieur peut évaluer adéquatement sa problématique de toxicomanie. Il affirme comprendre le lien entre la consommation et les symptômes psychotiques.

Les habitudes de consommation ne contribuent pas au risque de rechute psychotique (0) dans la mesure où monsieur B ne touche à aucune substance depuis près de trois ans.

Monsieur B s'abstient de consommer des drogues et de l'alcool, ce facteur indique une force d'ampleur importante (2). Il a fait de réels efforts pour cesser sa consommation de substances.

9. Impact environnemental du stress

En rencontre, monsieur B affirme avoir une relation positive avec l'ensemble des résidents de sa ressource. Au plan budgétaire, il gère ses finances adéquatement et il est en mesure de faire des économies. Pour ce qui est de l'emploi, le sujet mentionne être satisfait de son travail en milieu protégé et il semble qu'il entretient une relation positive tant avec ses collègues que ses supérieurs. Lorsque questionné, monsieur B ne mentionne aucun stresser pour la période actuelle. L'environnement du patient est stimulant et offre un cadre structuré.

L'impact environnemental ne contribue pas au risque de rechute psychotique pour la période actuelle (0).

Cet impact, pour la période actuelle, est plutôt associé à une force d'ampleur importante (2).

10. Émotions exprimées par les proches

Monsieur B dit apprécier les intervenants à sa ressource d'hébergement. La responsable soutient d'ailleurs qu'il est un résident modèle : d'agréable compagnie et serviable. Le climat à cette ressource est familial et chaleureux. Le beau-père du patient ne semble pas bien comprendre la maladie de monsieur et il se montre parfois critique envers ce dernier. À titre illustratif, le beau-père aurait dit à monsieur B qu'il devait apprendre à se débrouiller seul en cessant de se référer aux intervenants de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal. Le patient entretient des contacts téléphoniques très occasionnels avec son beau-père, soit approximativement aux deux mois.

Certains éléments des émotions exprimées par les proches désignent un risque de présence occasionnelle (1). En effet, les contacts entre le patient et son beau-père peuvent parfois être problématiques. Par contre, ceux-ci sont occasionnels.

D'autres éléments de ces émotions indiquent une force dont la présence est certaine (2), soit le fait que le patient réside dans une ressource d'hébergement où l'environnement en est un chaleureux et d'acceptation.

11. Habiletés de coping

Une évaluation psychiatrique conclut que monsieur B est fragile à l'anxiété. Toutefois, il semble que le patient prend des moyens pour éviter d'être exposé à des situations stressantes. Une note au dossier soutient que monsieur peut rechercher l'aide appropriée, comme demander à être accompagné s'il se déplace à un nouvel endroit. Monsieur B n'hésite pas à verbaliser ses inquiétudes auprès de l'équipe traitante. Il est capable de gérer son stress, d'après le dossier. Puisque les hallucinations auditives sont sources de stress pour le sujet et qu'elles sont plus intenses dans les moments de solitude, monsieur B se tient occupé afin que leur présence soit limitée. Par exemple, il écoute la radio à sa chambre et il occupe les aires communes de la ressource afin d'être moins envahi par les voix. Une note psychologique met en lumière que monsieur B présente une insécurité fondamentale qui se traduit, entre autres, par de l'anxiété et de la panique en présence d'une nouvelle tâche.

Certains éléments des habiletés de coping du patient sont associés à un risque de gravité modérée (1). En effet, le patient présente une insécurité fondamentale, il ressent beaucoup de stress.

D'autres éléments de ces habiletés témoignent d'une force d'ampleur importante (2), soit le fait que le patient met en place des stratégies de coping et que celles-ci semblent efficaces.

12. Interventions thérapeutiques non pharmacologiques

Monsieur B a participé à deux programmes de thérapie pour la toxicomanie en 2003, sans toutefois les compléter. Rappelons qu'il est abstinent de toutes drogues depuis son congé de l'Institut, soit en 2010. Le patient a également bénéficié du groupe « Estime de soi » offert au Centre de psychiatrie légale de Montréal entre les mois de mai et de décembre 2009. La note bilan pour ce groupe souligne que le patient s'est impliqué de manière significative et que des bienfaits ont été observés. Monsieur B bénéficie actuellement des services du Soutien à l'intégration sociale (SIS) afin de recevoir de l'aide pour se familiariser avec les déplacements en transport en commun et développer son autonomie.

On peut considérer que les interventions thérapeutiques non pharmacologiques ne contribuent pas au risque de rechute psychotique (0). Bien que monsieur B ait abandonné un groupe de prévention de la rechute à deux reprises, il est abstinent et il ne rapporte pas de tentations.

Au contraire, la bonne implication dans des interventions thérapeutiques non pharmacologiques indique la présence d'une force certaine (2).

13. Réseau social

Le réseau social de monsieur B est limité. L'unique lien familial qu'il entretient implique le beau-père. Ce dernier est atteint d'une maladie physique dégénérative et il souffre également d'alcoolisme. Le patient le contacte, par téléphone, à l'occasion. Monsieur B rapporte avoir aussi un ami de longue date chez lequel il va souper occasionnellement. À la ressource, le patient a développé une relation significative avec un autre résident. Ils font plusieurs activités ensemble telles que jouer au hockey ou aller au restaurant. Lorsque questionné, le patient dit faire confiance à ce pair et ajoute qu'il peut lui communiquer ses inquiétudes.

Bref, certains éléments du réseau social sont associés à risque de gravité modérée (1). La faible qualité de la relation avec le beau-père, l'alcoolisme de ce dernier, et le nombre restreint de personnes significatives dans l'entourage du patient expliquent cette cote.

D'autres éléments suggèrent une force d'ampleur modérée (1). En effet, monsieur B a développé une relation d'amitié significative avec un résident et cette relation serait aidante pour le patient.

14. Reconnaissance des signes avant-coureurs

Selon un rapport psychiatrique présenté à la Commission d'examen des troubles mentaux du Québec, monsieur B reconnaît quelques signes avant-coureurs d'une rechute psychotique. Ceux-ci incluent entre autres l'augmentation des hallucinations auditives et une difficulté à respecter autrui en raison de celles-ci. Monsieur se dit très motivé à recevoir de la psychoéducation sur sa maladie. Les renseignements contenus dans le PSI (plan de services individualisés) soulignent la présence d'autres signes avant-coureurs : être interprétatif, être tendu, être méfiant et être agressif. Lorsque ces symptômes se manifestent, l'histoire

antérieure de monsieur B montre qu'il est en mesure de rechercher l'aide appropriée. Les intervenants de la ressource où il réside connaissent ces informations. Les rendez-vous mensuels avec l'équipe traitante favorisent une détection rapide advenant le cas où le processus de décompensation serait amorcé. Actuellement, le patient est stable au plan psychiatrique.

La reconnaissance des signes avant-coureurs étant bonne, elle ne contribue pas au risque de rechute psychotique (0).

Cette reconnaissance indique même une force d'ampleur importante (2).

Évaluation globale

Le risque actuel de rechute psychotique de monsieur B est faible. Au niveau des *facteurs historiques*, les caractéristiques de la maladie lors de son apparition suggèrent un risque significatif. Il y a eu une gradation insidieuse des vulnérabilités chez monsieur B. Son fonctionnement prémorbide était caractérisé, entre autres, par des difficultés d'apprentissage et des problèmes de comportements à l'école. Ce facteur représente aussi un élément de risque. Néanmoins, monsieur B a entretenu des amitiés significatives, bien que celles-ci aient été associées à un gang criminalisé. Cet item témoigne d'une force d'ampleur modérée. En plus du diagnostic de schizophrénie, le sujet présente les diagnostics de traits de personnalité antisociale, d'hypercholestérolémie essentielle et d'obésité androïde. La comorbidité entre la schizophrénie et une autre maladie mentale et celle entre la schizophrénie et une maladie physique sont associées à un risque de gravité modérée. Enfin, ni le temps écoulé depuis le premier épisode psychotique, ni le délai avant le traitement pharmacologique initial ne contribuent au risque de rechute psychotique.

D'entrée de jeu, soulignons qu'aucun *facteur dynamique* n'est associé à un risque dont la présence est certaine ou de gravité importante. La présente évaluation montre que monsieur B présente beaucoup plus de forces que de risques à ce niveau. Les facteurs de risque présents chez le patient sont les émotions exprimées par certains proches, les habiletés de coping et le réseau social. Ces derniers induisent un risque de gravité modérée. D'une part, monsieur B habite dans une ressource de type familial où règne un climat chaleureux et d'acceptation,

indiquant ainsi une force d'ampleur importante. Toutefois, les contacts occasionnels entre le sujet et son beau-père sont teintés de propos critiques. Bien que monsieur B soit souvent anxieux, il utilise des stratégies adéquates de coping ce qui témoigne d'une force d'ampleur importante. Le réseau social de monsieur est limité, l'unique lien familial entretenu est avec le beau-père. Notons que ce dernier est aux prises avec un problème d'alcoolisme. Le patient dit avoir deux amis significatifs, dont un avec lequel il peut partager ses inquiétudes, ce qui est associé force d'ampleur modérée.

Monsieur B a fait de réels efforts pour cesser sa consommation de drogues et d'alcool. Il est abstinent de toutes substances depuis plus de trois ans. De plus, il reconnaît l'importance de la médication dans le traitement de sa maladie et il adhère au traitement pharmacologique. Notons aussi que l'alliance thérapeutique entre le patient et l'équipe traitante est positive. Monsieur B peut reconnaître quelques signes avant-coureurs d'une décompensation et il est motivé à apprendre à les repérer. Les intervenants de sa ressource familiale sont aussi à l'affût de ces signes. Le patient accepte les recommandations de l'équipe traitante lorsque des programmes thérapeutiques sont suggérés. Il s'investit de manière significative dans ces processus et il en retire des bénéfices. En rencontre, monsieur soutient ne pas être soumis à quelconque stress de la vie quotidienne. Son environnement est stimulant et offre un cadre structuré. Tous ces facteurs sont associés à des forces d'ampleur importante.

Le suivi clinique de monsieur B est nécessaire puisque ce dernier est aux prises avec des hallucinations auditives régulièrement. Celles-ci sont une source de stress pour le patient. Rappelons qu'il est sujet à l'anxiété, une présence active de l'équipe traitante est donc primordiale. Certes, il applique des stratégies de coping efficaces, mais continue d'avoir besoin de l'équipe traitante qui agit parfois comme filet de sécurité. Monsieur B présente de nombreuses forces en ce qui a trait au risque de décompensation. Il importe donc de les mettre en valeur. Le sujet poursuit actuellement l'objectif d'aller vivre en appartement supervisé. Il sera donc moins en présence d'intervenants. Cette période de changement devrait être accompagnée d'un suivi clinique plus serré. Une fois la période de transition terminée, sous l'angle des risques de rechute psychotique, un suivi régulier mensuel pourrait être suffisant.

5.3 Monsieur C

Évaluation du risque de rechute psychotique

Identification et statut légal

Monsieur C est un homme âgé de 42 ans, célibataire et sans enfant. Il habitait en appartement autonome avant la période délictueuse. Monsieur a été hospitalisé à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal du 24 octobre 2005 au 1^{er} septembre 2010. Depuis 2012, le patient réside dans une ressource d'hébergement de type appartement supervisé. Monsieur C reçoit des prestations de la Sécurité du revenu ainsi qu'un montant supplémentaire lié à son emploi en milieu protégé.

Monsieur C présente les diagnostics de trouble schizoaffectif en rémission partielle, de dépendance au haschich et à la cocaïne en rémission et d'abus d'alcool en rémission.

Monsieur C a été reconnu, en 2005, non criminellement responsable pour cause de troubles mentaux du meurtre au premier degré de ses parents. Son statut légal en est un de libération avec modalités à respecter avec délégation de pouvoir.

1. Temps écoulé depuis le premier épisode psychotique

Selon le dossier, monsieur C a vécu son premier épisode psychotique en 1995. Il était alors âgé de 26 ans. Le patient s'était présenté seul à l'urgence de l'hôpital Jean-Talon en affirmant ne pas comprendre pourquoi il était là, ni par quel moyen il était arrivé, ni ce qu'il voulait.

Le temps écoulé depuis le premier épisode psychotique étant de plus de cinq ans, il ne contribue pas au risque de rechute (0).

2. Caractéristiques de la maladie lors de son apparition

Le premier contact de monsieur C avec le réseau psychiatrique a eu lieu en 1995. En 1996, il a vécu une rupture amoureuse, suite à laquelle il est devenu très isolé, bizarre et irritable, selon ses dires. En 1997, monsieur C consulta en psychiatrie, car il était aux prises avec des symptômes paranoïdes. Il croyait que sa pensée était contrôlée et il se sentait agressif. Lors de cette consultation, le patient a également affirmé qu'il ne dormait plus «depuis trois ans».

Les caractéristiques lors du début de la maladie sont associées à un risque dont la présence est certaine (2) puisque la schizophrénie semble être apparue de manière insidieuse.

3. Délai avant l'initiation du traitement pharmacologique

À la suite de la revue du dossier de monsieur B, aucune information relative au délai avant l'initiation du traitement pharmacologique n'a été repérée. Cet item sera omis de cette présente évaluation (ND).

4. Comorbidité entre la schizophrénie et une autre maladie mentale

En plus du diagnostic de trouble schizoaffectif, monsieur C présente une dépendance au haschich et à la cocaïne en rémission et un abus d'alcool en rémission à l'Axe I du DSM. L'historique médical du patient montre également la présence d'une humeur dépressive. Notons qu'en début d'hospitalisation à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, monsieur C a affiché beaucoup d'idées suicidaires et qu'il a fait une tentative de suicide à cet établissement.

La comorbidité entre la schizophrénie et d'autres maladies mentales, dont des troubles de l'humeur, indique un risque certain (2).

5. Comorbidité entre la schizophrénie et une maladie physique

Monsieur C ne présente aucun diagnostic à l'Axe III du DSM.

Ce facteur est donc non contributif au risque de rechute psychotique (0).

6. Fonctionnement prémorbide

Monsieur C a complété des études collégiales en sciences humaines. Il a également réussi quelques cours à l'université dans le domaine de la publicité. Le sujet soutient qu'il avait de bons résultats scolaires. Lorsque questionné sur son expérience à l'école primaire et secondaire, monsieur C répond qu'il «n'accrochait pas» aux sports ni aux activités de groupe. Il aurait été fréquemment mis à l'écart par les autres jeunes. Un rapport psychologique réalisé en 2006 montre que les relations d'amitié étaient alors investies. Monsieur C mentionne par exemple la présence d'amis d'enfance. Vers le début de la vingtaine, toutefois, le patient se serait de plus en plus isolé, en raison des premiers symptômes de sa maladie. Alors qu'il était

au cégep, monsieur évoque qu'il se sentait dérangé par le nombre important d'étudiants en classe. Il surenchérit en disant qu'il avait l'impression que la faute et la pression étaient sur lui lorsque les étudiants posaient des questions. Monsieur C a obtenu plusieurs emplois de différentes natures sur des périodes relativement courtes. L'emploi qu'il a conservé le plus longtemps, soit deux ans, était rattaché au stationnement d'un casino. D'après le rapport psychologique, le sujet discute avec très peu de détails de ses relations amoureuses. Monsieur C mentionne avoir entretenu une liaison de deux ans avec une femme, sans toutefois avoir cohabité avec celle-ci. Selon les dires du patient, le motif de leur rupture est lié à son propre sentiment d'indifférence.

Certains éléments du fonctionnement prémorbide indiquent un facteur de risque de gravité modérée (1). Soulignons que la période prémorbide prend fin six mois avant l'apparition des symptômes psychotiques. Le dérangement vécu au cégep remonterait à plus de six mois avant l'installation des symptômes psychotiques, soit lorsque le patient avait 26 ans. Il faut également tenir compte du fait que le patient a vécu de l'isolement à l'école primaire et secondaire, même s'il avait quelques amis d'enfance.

D'autres éléments du fonctionnement prémorbide indiquent une force d'ampleur modérée (1). Ainsi, le patient a poursuivi ses études jusqu'à l'université, sans toutefois les compléter. Il a conservé un emploi durant deux ans et entretenu une relation amoureuse de deux ans. Nous estimons toutefois qu'une cote de 2 serait excessive puisque le sujet a cumulé plusieurs emplois de courte durée et que nous avons peu de détails sur la qualité de sa relation intime.

7. Prise de médication antipsychotique

Selon le psychiatre traitant, monsieur C est fidèle au traitement pharmacologique et il en comprend son utilité. Le patient reconnaît que lorsqu'il a cessé de prendre sa médication par le passé, cela en entraîné des décompensations. Par exemple, il avait arrêté de prendre sa médication dans les trois semaines précédant son délit. Actuellement, monsieur gère de manière responsable sa médication. En rencontre, le sujet soutient qu'il lui est arrivé, à deux reprises, d'oublier ses médicaments. Il a alors avisé l'équipe traitante de la situation. Monsieur a, en sa possession, des médicaments à prendre au besoin (PRN). Il avance qu'il préfère

appliquer des techniques de gestion du stress avant de recourir à cette option. L'alliance thérapeutique avec l'équipe traitante est excellente.

Pour toutes ces raisons, on considère que la prise de médication antipsychotique ne contribue pas au risque de rechute psychotique (0).

Elle entraîne plutôt une force d'ampleur importante (2).

8. Habitudes de consommation de substances psychotropes

Monsieur C présente les diagnostics de dépendance au haschich et à la cocaïne en rémission et d'abus d'alcool en rémission. Cela dit, il ne consomme plus depuis son congé définitif de l'Institut, soit en 2010. Alors qu'il était hospitalisé, il a participé à un groupe de sensibilisation à la toxicomanie, à la suite d'une recommandation de son équipe traitante. Monsieur C dit comprendre l'impact de la consommation sur la symptomatologie psychotique. Il rapporte également reconnaître que sa consommation de drogues induisait un risque significatif dans la période qui a précédé son délit. Le patient respecte les consignes de l'équipe traitante en ce qui a trait à la consommation d'alcool. Il consomme de la bière légère ou sans alcool, à l'occasion. Il se réfère constamment à son psychiatre avant de prendre une quelconque consommation.

En somme, les habitudes de consommation de substances ne contribuent pas au risque de rechute psychotique (0).

Ces habitudes sont plutôt associées à une force d'ampleur importante (2). En effet, monsieur C s'abstient de consommer toutes drogues depuis plus de trois ans et il respecte les consignes de l'équipe traitante quant à l'alcool.

9. Impact environnemental du stress

En rencontre pour cette présente évaluation, le patient avance qu'il ne vit pas de stressseurs actuellement. Il dit entretenir une relation positive avec ses collègues et ses supérieurs à son lieu de travail. Il se plaît à sa ressource d'hébergement. Il affirme vivre de manière confortable sur le plan financier. Monsieur participe également à une activité offerte en communauté, soit le *hockey cosom*. Bref, l'environnement du patient est stimulant et encadrant.

Pour toutes ces raisons, on peut considérer que l'impact environnemental ne contribue pas au risque de décompensation pour la période actuelle (0).

Au contraire, il témoigne d'une force d'ampleur importante (2).

10. Émotions exprimées par les proches

Monsieur C réside dans une ressource d'hébergement de type appartements supervisés, où des intervenants sont présents 35 heures par semaine. La relation entretenue avec eux est positive, le patient disant se sentir en confiance. Il soutient qu'il peut être honnête avec les membres de l'équipe puisque ceux-ci n'émettent pas de jugements et démontrent une ouverture d'esprit. Par ailleurs, le patient entretient des contacts mensuels avec une tante, et celle-ci semble présenter une attitude soutenante.

Bref, les émotions exprimées par les proches ne contribuent pas au risque de rechute psychotique (0).

Elles sont plutôt associées à une force dont la présence est certaine (2).

11. Habiletés de coping

Selon une note psychiatrique, monsieur C présente une forte réactivité au stress. Néanmoins, les observations montrent qu'il gère adéquatement son stress depuis qu'il a reçu son congé définitif de l'Institut en 2010. Le patient présente à l'occasion des plans trop ambitieux, tels qu'avoir un emploi à temps plein et vivre dans un appartement autonome. Toutefois, monsieur est facilement recadré et il dit comprendre qu'il ne pourrait pas supporter un niveau de stress trop élevé. Lorsqu'il vit du stress, il recherche activement de l'aide auprès de l'équipe traitante, qui représente pour lui un filet de sécurité. En rencontre, monsieur affirme vérifier ses impressions auprès des autres lorsqu'il a des idées paranoïdes. Le patient soutient que dans la majorité des cas, ses idées paranoïdes s'estompent lorsqu'il questionne leur vraisemblance. Monsieur C n'utilise pas une grande variété de stratégies de coping, mais il applique adéquatement celles qu'il maîtrise. Lorsqu'il ressent un stress intense et qu'il est dans l'impossibilité de le gérer adéquatement, son fonctionnement psychosocial en est fortement

ébranlé. Selon le dossier, il devient bien moins fonctionnel dans les différentes sphères de sa vie.

Certains éléments des habiletés de coping sont associés à un risque de gravité modérée (1). Lorsque les stressors sont multiples ou importants, le patient nécessite une aide considérable pour les gérer adéquatement. De plus, l'éventail des stratégies qu'il connaît et peut utiliser est limité.

D'autres éléments des habiletés de coping de monsieur C suggèrent la présence d'une force d'ampleur modérée (1) dans la mesure où le sujet met en application les stratégies qu'il connaît de manière efficace.

12. Interventions thérapeutiques non pharmacologiques

Alors qu'il était hospitalisé, monsieur C a bénéficié du groupe de sensibilisation à la toxicomanie. Rappelons qu'il ne présente plus de problème de toxicomanie depuis son congé définitif de l'Institut. Le patient a également complété le groupe «Estime de soi» offert en clinique externe en 2010-2011. En rencontre individuelle, monsieur affirme avoir appris de nouvelles habiletés dans le cadre de ce groupe. Il les mettrait depuis en pratique.

En somme, les interventions thérapeutiques non pharmacologiques ne contribuent pas au risque de rechute psychotique (0).

Elles sont plutôt associées à une force d'ampleur importante (2).

13. Réseau social

Monsieur C a un réseau social limité. Celui-ci est constitué de deux anciens patients de l'Institut et de deux tantes. Le sujet rapporte faire plusieurs activités récréatives avec ses pairs et il soutient qu'ils sont pour lui des modèles prosociaux. Monsieur C entretient aussi des liens avec deux tantes. En rencontre individuelle, il affirme que l'une d'entre elles lui offre du soutien lorsqu'il vit des moments plus difficiles. En effet, monsieur est en attente depuis plus de deux ans pour savoir comment aboutiront des démarches de la succession de ses parents. Celles-ci se prolongent, car il y a présence de conflits entre les membres de sa famille. Rappelons que le patient est l'auteur du meurtre de ses parents. Ainsi, certains membres de sa

famille s'opposent à ce qu'il reçoive un montant de l'héritage. Une de ses tantes l'assiste activement dans ces démarches. Selon les dires du patient, la situation ne serait pas si problématique dans la mesure où il vivrait bien financièrement.

Certains éléments du réseau social pourraient induire un risque de gravité importante (2). Nous estimons en effet que la situation liée à la succession peut présenter une charge symbolique importante. Le patient ressent beaucoup de culpabilité face à son délit et les décisions qui seront éventuellement prises par rapport à l'héritage pourraient réactiver des sentiments négatifs importants.

Par contre, d'autres éléments du réseau social témoignent d'une force dont la présence est certaine (2). Bien que le réseau social du patient soit limité, les relations entretenues certaines personnes sont significatives et aidantes.

14. Reconnaissance des signes avant-coureurs

Une note psychiatrique révèle que monsieur C connaît ses signes avant-coureurs d'une rechute psychotique. Selon le plan de services individualisés du patient, ses signes précurseurs sont : être interprétatif, consommation de drogues, augmentation des idées négatives et des hallucinations auditives de nature dévalorisante. Dans les faits, monsieur n'a pas vécu de décompensation depuis son congé de l'Institut en 2010. Notons que le patient a été hospitalisé à sept reprises pour des motifs de décompensation, et ce, à compter de 1997. Actuellement, l'état mental du patient est stable, comme en témoigne une récente évaluation psychiatrique (symptômes en rémission). Les intervenants de la ressource du patient connaissent ses signes avant-coureurs.

On peut donc considérer que la reconnaissance des signes avant-coureurs est bonne et ne contribue pas au risque de rechute psychotique (0).

Elle induit même une force d'ampleur importante (2).

Évaluation globale

Le risque actuel de rechute psychotique de monsieur C est faible. Au niveau des *items historiques*, les facteurs de risque les plus importants sont le caractère de l'apparition de la

maladie et la comorbidité avec une autre maladie mentale. Les notes au dossier attestent d'une apparition insidieuse de la maladie. Le patient présente le diagnostic de trouble schizoaffectif et son historique médical est ponctué d'épisodes dépressifs. Des éléments du fonctionnement prémorbide sont associés à un risque de gravité modérée, d'autres éléments désignent une force d'ampleur modérée. Monsieur C a obtenu un diplôme de niveau collégial et il a entretenu une relation amoureuse de deux ans. Néanmoins, il était isolé en début de l'âge adulte et il a vécu de l'isolement à l'école primaire et secondaire. Le temps écoulé depuis le premier épisode psychotique et la comorbidité entre la schizophrénie et une maladie physique ne contribuent pas au risque de rechute psychotique. Aucune information n'est disponible au dossier quant à l'item « délai avant l'initiation du traitement pharmacologique ».

Parmi les *facteurs dynamiques*, certains éléments du réseau social induisent un risque de gravité importante. La situation liée à la succession pourrait avoir une charge symbolique importante puisque le patient est l'auteur du meurtre de ses parents. De plus, cette situation entraîne des conflits parmi les membres de la famille de monsieur C. Néanmoins, le sujet reçoit un appui et une aide considérable de l'une de ses tantes. Bien que le réseau social du patient soit limité, les membres significatifs de ce dernier sont aidants. Certains éléments témoignent donc d'une force d'ampleur importante. Le patient réagit fortement au stress et son historique montre que son fonctionnement psychosocial se détériore significativement en présence de plusieurs stressseurs. Cela dit, l'équipe traitante s'assure de recadrer monsieur s'il prévoit des plans trop ambitieux. Le sujet applique certaines stratégies de coping efficaces lorsqu'il doit faire face à des situations de stress modéré. Toutefois, son répertoire de stratégies est plutôt limité. À ce niveau, certains éléments indiquent un risque de gravité modérée et d'autres une force d'ampleur modérée. Tous les autres facteurs de la GÉRRP sont associés à des forces. Ainsi, monsieur C est fidèle au traitement pharmacologique et il en comprend son utilité. Il s'abstient de consommer toute drogue depuis son congé de l'Institut en 2010, où il a bénéficié du groupe de sensibilisation à la toxicomanie. Il respecte également les recommandations de son psychiatre en ce qui a trait à la consommation d'alcool. Monsieur C habite dans une ressource d'hébergement et il soutient qu'il fait confiance aux intervenants. Les émotions exprimées par les proches agissent comme une force d'ampleur importante. Le patient nomme qu'il n'est soumis à aucun stressseur en ce moment. Il vit bien financièrement et

il entretient des relations positives avec ceux qu'il côtoie. L'environnement du sujet est stimulant et chaleureux. L'impact environnemental est donc associé à une force d'ampleur importante. Les intervenants de la ressource d'hébergement et le patient connaissent ses signes avant-coureurs de rechute psychotique. Le sujet a bénéficié de différentes interventions thérapeutiques non pharmacologiques et il met en application les habiletés acquises, suggérant une autre force d'ampleur importante.

Certains contextes mettraient le patient à risque de décompenser. Ainsi, il a déjà cessé de prendre sa médication dans une période précédant son suivi à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal. L'arrêt de la médication a alors induit des rechutes psychotiques. Actuellement, monsieur C prend bien sa médication et il en comprend son utilité. Néanmoins, il paraît indiqué de rester vigilant par rapport à la médication, vu les antécédents du patient. Advenant que monsieur ait un emploi du temps trop chargé, le risque de rechute psychotique pourrait augmenter. Dans les rencontres avec l'équipe traitante, le sujet exprime fréquemment le souhait de s'inscrire à de nouvelles activités, de déménager à l'extérieur de Montréal ou encore d'occuper un emploi à temps plein. L'équipe recadre facilement le patient en lui expliquant qu'il ne pourrait supporter un niveau de stress trop élevé. Monsieur C dit alors qu'il comprend l'explication, mais il revient à la charge avec d'autres plans dans les rencontres ultérieures. Nous suggérons alors de procéder à des exercices favorisant la réflexion. Le patient ne semble pas saisir en profondeur les limites imposées par sa maladie. Nous recommandons également la participation du patient à un groupe sur les habiletés de gestion du stress. Somme toute, monsieur C présente de nombreuses forces qui diminuent d'autant le du risque d'une nouvelle décompensation.

Conclusion

Cette section présente une discussion de l'atteinte des objectifs fixés en début de stage. Plus précisément, le modèle d'évaluation des risques de rechute est réexaminé selon le matériel clinique (Crocker et al., 2007). Les caractéristiques de l'instrument que nous avons développé sont discutées et comparées à celles du *START* (Crocker et al., 2007). Enfin, une discussion des forces et faiblesses de l'ensemble du projet est présentée.

Parmi les quatorze facteurs composant la *Grille d'évaluation du risque de rechute psychotique* (GÉRRP), certains se sont montrés importants dans les trois cas. Le fonctionnement prémorbide, le manque relatif d'habiletés de coping et la faible densité du réseau social ont tous suggéré un risque significatif de rechute psychotique chez les trois patients. Des interventions thérapeutiques non pharmacologiques devraient être appliquées, de manière plus systématique, afin de développer de meilleures habiletés de gestion du stress chez les personnes atteintes de schizophrénie. Les stressors agissent comme déclencheur d'épisodes psychotiques, il importe donc de les gérer efficacement (Birchwood et al., 2000). Également, d'autres programmes thérapeutiques sont nécessaires pour soutenir les patients dans le développement d'un réseau social sain et aidant.

Monsieur B et monsieur C ont bénéficié d'interventions thérapeutiques, mais monsieur A ne désire pas suivre quelconque programme. Une approche motivationnelle serait alors indiquée.

La prise d'antipsychotiques est nécessaire dans le traitement de la schizophrénie afin de tendre vers une stabilisation symptomatique (Ayuso-Gutierrez et del Rio, 1997; Haywood et al., 1995; Sullivan et al., 1995). Lorsque des interventions thérapeutiques sont combinées à la prise de médication antipsychotique, les effets observés sont optimaux (Dubeau et al., 2007). Les trois patients qui ont été soumis à cette présente évaluation se conforment au plan pharmacologique, bien que monsieur A ne comprenne pas l'utilité de la médication. L'alliance thérapeutique positive caractérise l'ensemble des relations patient-soignant pour les trois patients. Ce concept détient un rôle clé dans le comportement d'adhérence à la médication antipsychotique (Bebbington et al., 1995; Kikkert et al., 2006; Lacro et al., 2002).

Par ailleurs, l'abus de substances psychotropes désigne un risque important de décompensation et approximativement la moitié des individus atteints d'un trouble mental grave sont aux prises avec cette problématique (Drake et Brunette, 1998; Regier et al., 1990; Volkow, 2009). Les trois patients présentent des antécédents importants de consommation de drogues, mais monsieur A est le seul qui consomme à l'heure actuelle. Pour ce patient, la consommation ne serait pas problématique dans la mesure où celle-ci n'exacerberait pas sa symptomatologie. Cette observation reflète l'importance d'évaluer individuellement les personnes par rapport aux items de la GÉRRP puisque, selon les contextes, chacun des facteurs de risque peut avoir un impact différent chez les individus. De plus, ce fait appuie notre décision de ne pas avoir créé de limites arbitraires pour coter le niveau de risque, soit faible, modéré ou élevé.

L'impact environnemental détient un rôle important pour le risque de décompensation (Birchwood et al., 2000; Hunter et Storat, 1994; Roder et al., 2011; Simonet et Brazo, 2005). Ce facteur ne contribue pas au risque de rechute psychotique chez les trois patients, celui-ci indique plutôt une force.

Plusieurs personnes atteintes de schizophrénie manifestent le désir de connaître davantage leur profil de signes avant-coureurs d'une rechute, puisque ceux-ci annoncent l'imminence d'une psychose franche (Birchwood et al., 2000; Birchwood et Spencer, 2001; Mueser et al., 1992; Van Meijel, 2003). Dans notre échantillon, monsieur A est le seul patient qui n'est pas motivé à recevoir de tels enseignements.

L'expression émotionnelle élevée est un concept qui a été largement étudié auprès de la population de schizophrènes (Wearden et al., 2000). Les malades qui habitent avec des proches présentant une expression émotionnelle élevée sont plus à risque de vivre une décompensation (Berry et al., 2012; Butzlaff et Hooley, 1998; Linszen et al., 1997; Simonet et Brazo, 2005). Parmi les patients évalués, ce concept désigne davantage une force. Le fait que les patients résident en ressource d'hébergement favorise cette situation.

La construction d'un instrument d'évaluation est une démarche complexe. La mise en place de la GÉRRP constitue les premières étapes d'une telle démarche. Notre outil est construit selon les principes de l'instrument *Évaluation du risque à court terme et traitabilité* (version

française du Short-Term Assessment of Risk and Treatability, START). Le START est un guide clinique bref permettant l'évaluation dynamique des risques, des forces et de la traitabilité d'un individu (Doyle, Lewis, & Brisbane, 2008). Il tient compte de autant des variables dynamiques que des vulnérabilités et des forces du patient (Webster et al., 2006), ce que nous avons tenté de reproduire dans notre instrument. La complétion du START demande de porter attention à l'état mental actuel de la personne sous évaluation, de même qu'à son comportement et son fonctionnement sur vingt différents items (Doyle, Lewis, & Brisbane, 2008). Dans notre cas, quatorze items ont été identifiés comme étant en lien avec la décompensation. L'échelle de cotation du START varie entre 0 et 2. La valeur 0 indique l'absence de l'item ou encore la non-pertinence de celui-ci quant à la force ou au risque de la personne sous évaluation. La valeur 2 dévoile un facteur de risque ou de protection de grand impact. Il est possible qu'un item soit à la fois protecteur et porteur de risque (différentes cotations possibles) puisqu'il peut regrouper différentes facettes de vie (Crocker et al., 2007). Nous avons adopté une conception similaire dans notre outil. Autant dans le START (Crocker et al., 2007) que dans la GÉRRP, le jugement global du clinicien prévaut sur les scores exacts des facteurs de risque et de protection. Certes, le START est un outil relativement récent. Les travaux portant sur sa validation sont à leur commencement (Doyle, Lewis, & Brisbane, 2008). Néanmoins, les évaluations conduites jusqu'à présent obtiennent des résultats encourageants quant au potentiel du START pour structurer la pratique professionnelle (Nicholls, Brink, Desmarais, Webster, & Martin, 2006; Webster, Nicholls, Martin, Desmarais, & Brink, 2006).

Évidemment, cette première version de la GÉRRP comporte des limites. En ce qui a trait aux facteurs de risque de rechutes psychotiques et aux forces identifiés à l'intérieur de la GÉRRP, ils ne bénéficient pas tous des mêmes appuis empiriques. Les recherches portant sur la problématique de la décompensation présentent parfois des résultats difficilement comparables puisque la variable « rechute psychotique » n'a pas de définition consensuelle et elle est, par conséquent, opérationnalisée de différente façon. Également, la littérature portant sur les facteurs de risque de rechute (et les forces) est beaucoup moins étoffée que celle examinant la question des facteurs de risque de violence chez les personnes atteintes d'une maladie mentale grave. Les recherches futures devraient donc clarifier et approfondir ces facteurs. Certains

items de la GÉRRP, particulièrement lorsque considérés sur l'échelle des forces, ne sont pas soutenus empiriquement. Par exemple, il n'a pas été démontré que l'abstinence aux substances protège l'individu de la rechute. Dans de tels cas, nous avons formulé des hypothèses qui apparaissent pertinentes, tout comme le fait le START (Crocker et al., 2007). Il est à noter que nous avons pensé à intégrer un item concernant le nombre de décompensations antérieures dans la GÉRRP. Néanmoins, nous n'avons repéré aucune étude traitant de cette variable. Pour cette raison, nous avons exclu l'item « nombre de décompensations antérieures » mais il serait plus que pertinent d'approfondir cette question dans la littérature. Une limite importante de la GÉRRP réfère à la conceptualisation d'un facteur de protection. Puisque la littérature ne permet pas, actuellement, de discriminer laquelle est la plus exacte (De Vogel, De Vries Robbé, de Ruitter & Bouman, 2011), nous n'avons pas opté pour une conceptualisation précise. Pour la plupart des items, le facteur de protection est l'absence du facteur de risque. Pour d'autres items, le facteur de protection est conceptualisé comme faisant partie du même continuum que le facteur de risque. Certes, cette lacune quant à la notion de conceptualisation entraîne une approche plutôt modeste pour ce qui est de la valeur prédictive de la GÉRRP.

Les cas cliniques exposés dans ce rapport de stage auraient pu être plus diversifiés. Les patients étaient stables sur le plan mental au moment de l'évaluation. Il aurait été fort intéressant d'inclure un patient plus vulnérable dans notre matériel clinique. Ceci n'a toutefois pas été approuvé par notre milieu de stage. Nous suggérons alors que, lors de travaux futurs, la GÉRRP puisse être expérimentée auprès d'un échantillon hétérogène et plus grand. Ces évaluations sont les premières à être conduites avec la GÉRRP. Elles sont donc imparfaites et ne constituent qu'une première tentative. N'étant pas une clinicienne d'expérience, nous reconnaissons que ces évaluations pourraient être améliorées par la présence d'un évaluateur expérimenté.

Puisque la GÉRRP en est à ses premières étapes de conceptualisation, la démarche de validation n'est pas entamée. Néanmoins, une validation de contenu est nécessaire afin de pouvoir statuer sur l'association réelle entre les items identifiés et le risque de rechute psychotique. Dans un deuxième temps, une mise à l'épreuve de la validité prédictive permettra la démonstration de l'utilité et de la pertinence de l'utilisation de la GÉRRP auprès des personnes souffrant de schizophrénie et vivant en communauté. L'exercice de fidélité

interjuge devrait également être réalisé afin de vérifier si les items compris dans l'instrument sont clairs, entraînant ainsi une cotation juste, et s'ils ne se chevauchent pas.

En dépit des limites méthodologiques qui lui sont inhérentes, nous espérons que la GÉRRP pourra faciliter le travail des intervenants en santé mentale qui doivent se prononcer sur le niveau de risque de décompensation présent chez un individu. Rappelons que c'est le premier outil à le faire. Certes, cet outil doit faire l'objet de démarches ultérieures afin d'optimiser son développement. Toutefois, l'exercice réalisé permet de jeter les bases d'un instrument d'évaluation du risque. Nous suggérons également qu'une étude sur les facteurs de risque et les forces associées à la rechute psychotique et vivant en communauté devrait être conduite, et ce, auprès d'un échantillon représentatif d'individus québécois atteints de schizophrénie.

Références

- Almond, S., Knapp, M., Francois, C., Toumi, M., & Brugha, T. (2004). Relapse in schizophrenia: costs, clinical outcomes and quality of life. *The British Journal of Psychiatry*, *184*, 346-351.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^{ème} ed., text rev.). Washington, DC: Author
- American Psychiatric Association. (2004). *Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia*, 2^e éd. Washington, DC : American Psychiatric Press
- Andrews, D. A., Bonta, J., & Wormith, J. S. (2006). The Recent Past and Near Future of Risk and/or Need Assessment. *Crime and Delinquency*, *52*(1), 7-27.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychological Rehabilitation Journal*, *16*, 11-24.
- Ayuso-Gutierrez, J. L., & del Rio, V. (1997). Factors influencing relapse in the long-term course of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *28*, 199–206.
- Barrowclough, C., Haddock, G., Lowens, I., Allot, R., Earnshaw, P., Fitzsimmons, M., & Nothard, S. (2007). Psychosis and drug and alcohol problems. *Clinical handbook of co-existing mental health and drug and alcohol problems*. New York: Routledge/Taylor & Francis Group, 241-265.
- Bebbington, P. E., Wilkins, S., Jones, P., Forester, A., Murray, R., Toone, B., & Lewis, S. (1993). Life events and psychosis. Initial results from the Camberwell Collaborative Psychosis Study. *The British Journal of Psychiatry*, *162*, 72-79.
- Bebbington, P., & Kuipers, L. (1994a). The clinical utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *89*, 46-53.
- Bebbington, P., & Kuipers, L. (1994b). The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis. *Psychological Medicine*, *24*, 707-718.
- Bebbington, P. (1995). The content and context of compliance. *International Clinical Psychopharmacology*, *9*(5), 41-50.
- Bellack, A. S. (2006). Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications. *Schizophrenia Bulletin*, *32*, 432-442.
- Bennett, M. E., Bellack, A. S., Brown, C. H., & DiClemente, C. (2009). Substance dependence and remission in schizophrenia: a comparison of schizophrenia and affective disorders. *Addictive Behaviors*, *34*(10), 806-814.
- Berry, K., Barrowclough, C., & Haddock, G. (2011). The role of expressed emotion in relationships between psychiatric staff and people with a diagnosis of psychosis: a review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, *37*, 958-972.

Berry, K., Gregg, L., Vasconcelos e Sa, D., Haddock, G., & Barrowclough, C. (2012). Staff-patient relationships and outcomes in schizophrenia: The role of staff attributions. *Behavior Research and Therapy*, *50*, 210-214.

Birchwood, M., Macmillan, F., & Smith, J. (1992). *Innovations in the Psychological Management of Schizophrenia*. Chichester: J. Wiley & Sons.

Birchwood, M., Mason, R., Macmillan, F., & Healy, J. (1993). Depression, demoralization and control over psychotic illness: a comparison of depressed and non-depressed patients with a chronic psychosis. *Psychological Medicine*, *23*, 387-395.

Birchwood, M., Smith, J., Macmillan, F., Hogg, B., Prasad, R., Harvey, C., & Bering, S. (1989). Predicting relapse in schizophrenia: the development and implementation of an early signs monitoring system using patients and families as observers. *Psychological Medicine*, *19*, 649-656.

Birchwood, M. (1995). Early intervention in psychotic relapse: cognitive approaches to detection and management. *Behavior Change*, *12*, 2-19.

Birchwood, M., & Spencer, E. (2001). Early intervention in psychotic relapse. *Clinical Psychology Review*, *21*(8), 1211-1226.

Birchwood, M., Iqbal, Z., Chadwick, P., & Trower, P. (2000). Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis I. Ontogeny of post-psychotic depression. *British Journal of Psychiatry*, *177*, 516-521.

Birchwood, M., Spencer, E., & McGovern, D. (2000). Schizophrenia: early warning signs. *Advances in Psychiatric Treatment*, *6*, 93-101.

Bisson, J., Alexandre, H., Legris, L., Morissette, R., & Ratel, S. (2006). *Pour une vision de la réadaptation psychosociale et du rétablissement: Cadre de référence de la Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté, Hôpital Louis-H. Lafontaine*. Montréal, QC : Hôpital Louis-H. Lafontaine.

Blondeau, A., Nicole, L., & Lalonde, P. (2006). Schizophrénie et réadaptation. Interventions spécifiques selon les phases de la maladie. *Annales Médico Psychologiques*, *164*, 869-876.

Boato, P., Caputo, A., Comazzi, M., & Ferrari, L. (1995). Premorbid functioning and prognosis of chronic schizophrenia. *New Trends in Experimental & Clinical Psychiatry*.

Bonta, J., & Andrews, D. A. (2007). *Modèle d'évaluation et de réadaptation des délinquants fondé sur les principes du risque, du besoin et de la réceptivité*, Ottawa (Ontario), Sécurité publique Canada, « Recherche sur les questions correctionnelles, rapport pour spécialistes », 2007-06.

Botha, U. A., Koen, L., Joska, J. A., Parker, J. S., Horn, N., Hering, L. M., & Oosthuizen, P. P. (2009). The revolving door phenomenon in psychiatry: comparing low-frequency and high-frequency users of psychiatric inpatient services in a developing country. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *45*(4), 461-468.

- Bottlender, R., Sato, T., Jäger, M., Wegener, U., Wittmann, J., Straub, A., & Möller, H. J. (2003). The impact of the duration of untreated psychosis prior to first psychiatric admission on the 15-year outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Research*.
- Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse. *Archives of General Psychiatry*, *55*, 547-552.
- Cancro, R. (1989). Schizophrenia. Dans *Treatments of Psychiatric disorders: A Task Force Report of the American Psychiatric Association*. Washington, DC: American Psychiatric Association. 3068 pp.
- Cancro, R., & Lehmann, H. E. (2000). Schizophrenia: clinical features. *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*, 1169-1198.
- Cannon-Spoor, H. E., Potkin, S. G., & Wyatt, R. J. (1982). Measurement of premorbid adjustment in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *8*(3), 470.
- Carlborg, A., Jokinen, J., Jonsson, E.G., Nordstrom, P., & Norstrom A. L. (2008). Long-term suicide risk in schizophrenia spectrum psychoses: Survival analysis by gender. *Archives of Suicide Research*, *12*(4), 347-351.
- Carpenter, W. T., & Heinrichs, D. W. (1983) Early Intervention, Time Limited, Targeted Pharmacotherapy of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *9*, 533-542.
- Choe, B. A., Jeanne, Y., Teplin, L. A., & Abram, K. M. (2008). Perpetration of violence, violent victimization, and severe mental illness: Balancing public health concerns. *Psychiatric Services*, *59*, 153-164.
- Compton, M. T., Weiss, P. S., West, J. C., & Kaslow, N. (2005). The associations between substance use disorders, schizophrenia-spectrum disorders, and Axis IV psychosocial problems. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *40*, 939-946.
- Costa, F. M., Jessor, R., & Turbin, M. S. (1999). Transition into adolescent problem drinking : The role of psychosocial risk and protective factors. *Journal of Studies on Alcohol*, *60*, 480-490.
- Côté, G. (2001). Les instruments d'évaluation du risque de comportements violents: mise en perspective critique. *Criminologie*, *34*(1), 31-45.
- Coyne, J. C., & Downey, G. (1991). Social factors and psychopathology : Stress, Social Support, and Coping Processes. *Annual Review of Psychology*, *42*, 401-425.
- Crocker, A. G., Grenier, M., Webster, C. D., Martin, M.-L., Brink, J., Nicholls, T. L., & Middleton, C. (2007). *Évaluation du risque à court terme et traitabilité: Un guide d'évaluation et de planification*. Version française du manuel START (Webster et al.). Institut universitaire en santé mentale Douglas.

David, A. S. (1990). Insight and Psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 156, 798-808.

Day, J. C., Bentall, R. P., Roberts, C., Randall, F., Rogers, A., Cattle, D., ... Power, S. (2005). Attitudes Toward Antipsychotic Medication: The Impact of Clinical Variables and Relationship With Health Professionals. *Archives of General Psychiatry*, 62, 717-724.

De Vogel, V., de Vries Robbé, M., de Ruiter, C., & Bouman, Y. H. A. (2011). Assessing protective factors in forensic psychiatric practice. Introducing the SAPROF. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10, 171-177.

DeLizi, L. E. (1992). The significance of age of onset for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 18, 209-215.

Douglas, K. S., Guy, L. S., & Hart, S. D. (2009). Psychosis as a risk factor for violence to others: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 135(5), 679-706.

Douglas, K. S., & Reeves, K. A. (2010). Historical-Clinical-Risk Management-20 (HCR-20) Violence Risk Assessment Scheme. Dans Otto, R.K., & Douglas, K. S. (dir). *Handbook of Violence Risk Assessment* (p.43-62). New-York : Routledge Taylor & Francis Group.

Doyle, M., Lewis, G., & Brisbane, M. (2008). Implementing the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) in a forensic mental health service. *Psychiatric Bulletin*, 32, 406-408.

Drake, R. E., & Brunette, M. F. (1998). Complications of severe mental illness related to alcohol and drug use disorders. Dans M. Galanter (dir.), *Recent developments in alcoholism, Vol. 14: The consequences of alcohol* (pp.285-299). New York: Plenum.

Drake, R. E., O'Neil, E. L., & Wallach, M. A. (2008). A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substances use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 123-138.

Dubeau, M.-C., Salomé, F., & Petitjean, F. (2007). Le programme de remédiation cognitive IPT (*Integrated Psychological Treatment*) destiné aux patients schizophrènes: une expérience en hôpital de jour de secteur. *Annales Médico Psychologiques*, 165, 195-199.

Dubreucq, J.-L., Joyal, C., & Millaud, F. (2005). Risque de violence et troubles mentaux graves. *Annales Médico Psychologiques*, 163, 852-865.

Elbogen, E. B., Swanson, J. W., Swartz, M. S., & Van Dorn, R. (2005). Medication nonadherence and substance abuse in psychotic disorders: impact of depressive symptoms and social stability. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 673-679.

Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *The Journal of the American Medical Association*, 252, 1905-1907.

Farrington, D. P., & Loeber, R. (2000). Epidemiology of juvenile violence. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9, 733-748.

- Fazel, S., Grann, M., Carlstrom, E., Lichtenstein, P., & Langstrom, N. (2009). Risk factors for violent crime in schizophrenia: a national cohort study of 13,806 patients. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(3), 362-369.
- Fenton, W. S. Comorbid conditions in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 14, 17-23.
- Flynn, G., O'Neil, C., & Kennedy, H. (2010). DUNDRUM-2: Prospective validation of a structured professional judgment instrument assessing priority for admission from the waiting list for a Forensic Mental Health Hospital. *BMC Research Notes*, 4(1), 1-12.
- Gleeson, J. F. M., Alvarez-Jimenez, M., Cotton, S. M., Parker, A. G., & Hetrick, S. (2010). A systematic review of relapse measurement in randomized controlled trials of relapse prevention in first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 119, 79-88.
- Goeree, R., O'Brien, B. J., Goering, P., Blackhouse, G., Agro, K., Rhodes, A., & Watson, J. (1999). The economic burden of schizophrenia in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 464-472.
- Gorwood, P. (2011). Factors associated with hospitalisation of patients with schizophrenia in four European Countries. *European Psychiatry*, 26, 224-230.
- Green, M. (1998). *Schizophrenia as a neurocognitive disorder*. Boston : Ayllon & Bacon
- Green, A. L., Canuso, C. M., Brenner, M. J., & Wojcik, J. D. (2003). Detection and management of comorbidity in patients with schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 26, 115-139.
- Gupta, S., Rajaprabhakaran, R., Arndt, S., Flaum, M., & Andreasen, N. C. (1995). Premorbid adjustment as a predictor of phenomenological and neurobiological indices in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 16(3), 189-197.
- Häfner, H. & Heiden, W. (2008). Course and outcome. Dans K. T. Mueser & D. V. Jeste (dir), *Clinical Handbook of Schizophrenia* (p. 100-116). New York: The Guilford Press.
- Harris, M. G., Henry, L. P., Harrigan, S. M., Purcell, R., Schwatz, O. S., Farrely, S. E., ... McGorry, P. D. (2005). The relationship between duration of untreated psychosis and outcome: An eight-year prospective study. *Schizophrenia Research*, 79, 85-93.
- Harrison, G., Hopper, K., Craig, T., Laska, E., Siegel, C., Wanderling, J., ... Wiersma, D. (2001). Recovery from psychotic illness: a 15-and 25-year international follow-up study. *The British journal of psychiatry*, 178(6), 506-517.
- Hart, S. D., Kropp, P. R., & Laws, D. R. (2003). *The Risk for Sexual Violence Protocol: Structured professional guidelines for assessment of sexual violence*. Vancouver, B. C.: Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University.

Haywood, T. W., Kravitz, H. M., Grossman, L. S., Cavanaugh J. L., Davis, J. M., & Lewis, D. A. (1995). Predicting the "revolving door" phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. *American Journal of Psychiatry*, *152*, 856–861.

Heilbrun, K., & Peters, L. (2000). Community-based treatment programs. Dans S. Hodgins & R. I. Mueller (dir.), *Violence, crime and mentally disordered offenders: concepts and methods for effective treatment and prevention* (p. 193-215). Chichester, UK: Wiley.

Heilbrun, K., Yasuhara, K., & Shah, S. (2010). Violence Risk Assessment Tools: Overview and Critical Analysis. Dans R. K. Otto & K. S. Douglas (dir), *Handbook of Violence Risk Assessment* (p. 1-18). New York: Routledge Taylor & Francis Group.

Herz, M., I., Lamberti, J. S., Mintz, J., Scott, R., O'Dell, S. P., McCartan, L., & Nix, G. (2000). A program for Relapse Prevention in Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, *57*, 277-283.

Hiroeh, U., Appleby, L., Mortensen, P. B., & Dunn, G. (2001). Death by homicide, suicide and other unnatural causes in people with mental illness. *Lancet*, *358*, 2110-2112.

Hirsch, S., Bowen, J., Emmani, J., Cramer, P., Jolley, A., Haw, C., & Dickinson, M. (1996). A one year prospective study of the effect of life events and medication in the aetiology of schizophrenic relapse. *British Journal of Psychiatry*, *168*, 49-56.

Hodgins, S., Mednick, S. A., Brennan, P., Schulsinger, F., & Engeberg, M. (1996). Mental disorder and crime: Evidence from a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, *53*, 489-496.

Hodgins, S., Müller-Isberner, R., Freese, R., Tiihonen, J., Repo-Tiihonen, E., Eronen, M., ... Kronstad, R. (2007). A Comparison of General Adult and Forensic Patients with Schizophrenia Living in the Community. *International Journal of Forensic Mental Health*, *6*(1), 63-75.

Hogarty, G. E., Kornblith, S. J., Greenwald, D., DiBarry, A. L., Cooley, S., Ulrich, R. F., ... Flesher, S. (1997). Three-year trials of Personal Therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, I: description of study and effects on relapse rates. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 1504-1513.

Hooley, J. M. (2007). Expressed emotion and relapse of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, *3*, 329-352.

Hudson, T. J., Owen, R., Thrush, C. R., Han, X., Pyne, J. M., Thapa, P., & Sullivan, G. (2004). A pilot study of barriers to medication adherence in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, *65*, 211-216.

Hunter, P. E., & Storat, B. (1994). Psychosocial triggers of relapse in persons with chronic mental illness: A pilot study. *Mental Health Nursing*, *15*, 67-72.

Institut Philippe-Pinel de Montréal. Bilan annuel des Services externes 2010-2011. Repéré à <http://pinel.qc.ca>

Institut Philippe-Pinel de Montréal. Code d'éthique. Repéré à
http://www.pinel.qc.ca/ContentT.aspx?nav_id=183&lang_id=F

Isaac, M., & Koch, A. (2010). The risk of death among adult participants in trials of antipsychotic drugs in schizophrenia. *European Neuropsychopharmacology*, 20, 139-145.

Jablensky, A., Sartorius, N., Ernberg, G., Anker, M., Korten, A., Cooper, J. E., ... Bertelsen, A. (1992). Schizophrenia: Manifestations, incidence, and course in different cultures. A world Health 10-Country Study. *Psychological Medicine*, 20(190), 20-97.

Jerant, A., DeMatteo, R., Arnsten, J., Moore-Hill, M., & Franks, P. (2008). Self-Report adherence measures in chronic illness: Retest reliability and predictive validity. *Medical Care*, 46(11), 1134-1139.

Jorgensen, P. (1998). Early signs of psychotic relapse in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 172, 327-330.

Judd, L. L. (1998). Mood disorders in schizophrenia: epidemiology and comorbidity. *Journal of Clinical Psychiatry*, 16, 2-4.

Kampman, O., & Lehtinen, K. (1999). Compliance in psychoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 167-175.

Kavanagh, D. (1992). Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 160, 601-620.

Kazadi, N. J. B., Moosa, M. Y. H., & Jeenah, F. Y. (2008). Factors associated with relapse in schizophrenia. *South African Journal of Psychiatry*, 14(2), 52-60.

Kessler, R. C., Price, R. H., & Wortman, C. B. (1985). Social factors in psychopathology: Stress, social support, and coping processes. *Annual review of psychology*, 36(1), 531-572.

Kikkert, M. M., Barbui, C., Koeter, M. W., David, A. S., Leese, M., Tansella, M., ... Schene, A. H. (2008). Assessment of medication adherence in patients with schizophrenia: The achilles heel of adherence research. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(4), 274-281.

Kikkert, M. M., Shene, A. H., Koeter, M. W., Robson, D., Born, A., Helm, H., ... Gray, R. J. (2006). Medication adherence in schizophrenia: Exploring patients', carers', and professionals' views. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 786-794.

Kissling, W. (1994). Compliance, quality assurance and standards for relapse prevention in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 382, 16-24.

Knapp, M., Mangalore, R., & Simon, J. (2004). The Global Costs of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 30 (2), 279-293.

- Kroner, D. G., & Mills, J. F. (2001). The accuracy of five risk appraisal instruments in predicting institutional misconduct and new convictions. *Criminal Justice and Behaviors*, 28, 471-489.
- Kuipers, L. et Bebbington, P. E. (1988). Expressed emotion research in schizophrenia: theoretical and clinical implications. *Psychological Medicine*, 18, 893-909.
- Kulhara, P., & Chakrabarti, S. (2001). Culture and schizophrenia and other psychotic disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 449-464.
- Kunz, M., Yates, K. F., Czobor, P., Rabinowitz, S., Lindenmayer, J.-P., & Volaka, J. (2004). Course of patients with histories of aggression and crime after discharge from a cognitive-behavioral program. *Psychiatric Services*, 55, 654-659.
- Lacro, J. P., Dunn, L. B., Dolder, C. R., Leckband, S. G., & Jeste, D. (2002). Prevalence of and risk factors for medication non-adherence in patients with schizophrenia: A comprehensive review of the literature. *Journal of Clinical Psychiatry*, 3(1), 66-74.
- Lader, M. (1995). What is relapse in schizophrenia? *International Clinical Psychopharmacology*, 9(5), 5-9.
- Lalonde, P., & Lesage, A. (1996) Stratégies de coping dans la schizophrénie. *Encéphale*, XXII, 240-246.
- Lalonde, P., Aubut, J., Grunberg. (1999). *Psychiatrie clinique : Une approche bio-psycho-sociale. Tome I: Introduction et syndromes cliniques*. (3^e éd), Montréal: Gaétan Morin Éditeur.
- Lazarus, M. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer: New York.
- Leff, J., Wig, N. N., Ghosh, A., Bedi, H., Menon, D. K., Kuipers, L., ... Jablensky, A. (1987). Expressed emotion and schizophrenia in North India. III: Influence of relatives' expressed emotion on the course of schizophrenia in Chandigarh. *British Journal of Psychiatry*, 151, 166-173.
- Lefley, H. (2009). *Family Psychoeducation for Serious Mental Illness*. New York : Oxford University Press.
- Lempérière, T., Féline, A., Adès, J., Hardy, P., & Rouillon, F. (2006). Les syndromes schizophréniques. Dans : T. Lempérière, A. Féline, J. Adès, P. Hardy, & F. Rouillon (dir), *Psychiatrie de l'adulte* (2^e éd., 331-363). Paris : Elsevier Masson.
- Leon, J., & et Diaz, F. J. (2005). A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophrenia Research*, 76, 135-157.
- Leon, S. C., Lyons, J. S., Christopher, N. J., & Miller, S. I. (1998). Psychiatric hospital outcomes of dual diagnosis patients under managed care. *The American Journal on Addictions*, 7(1), 81-86.

- Leslie, D. L., & Rosenheck, R. (1999). Shifting to outpatient care? Mental health care use and cost under private insurance. *American Journal of Psychiatry*, *156*, 1250-1257.
- Ley P. (1992). The problem of patients' non-compliance. Dans D. Marcer, *Communicating With Patients: Improving Communication, Satisfaction and Compliance* (p. 53-71). Londres: Angleterre: Chapman & Hall.
- Lieberman, J. A., Perkins, D., Belger, A., Chakos, M., Jarskog, F., Boteva, K., & Gilmore, J. (2001). The early stages of schizophrenia: speculations on pathogenesis, pathophysiology, and therapeutic approaches. *Biological Psychiatry*, *50*(11), 884-897.
- Lieberman, J. A., Stroup, S., McEvoy, J. P., Swartz, M. S., Rosenheck, R. A., Perkins, D. O., ... Hsiao, J. K. (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, *353*, 1209-1223.
- Linszen, D., Lenior, M., de Haan, L., Dingemans, P., & Gersons, B. (1998). Early intervention, untreated psychosis and the course of early schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, *172*(33), 84-89.
- Llorca, P. M. (2005). Traitement au long cours des patients souffrant de schizophrénie. *CNS Drugs*, *18*, 1-19.
- Lauriello, J., Lenroot, R., & Bustillo, J. R. (2003). Maximising the synergy between pharmacotherapy and psychosocial therapies for schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, *26*, 191-211.
- Magana, A. B., Golstein, M. J., Karno, M., Milkowitz, D. J., Jenkins, J., & Falloon, I. R. H. (1986). A brief method for assessing expressed emotion relatives of psychiatric patients. *Psychiatry Research*, *17*, 203-212.
- Magliano, L., Fadden, G., Madianos, M., de Almeida, J. M., Held, T., Guarneri, M., ... Maj, M. (1998). Burden on the families of patients with schizophrenia: Results of the BIOMED I study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *33*(9), 405-412.
- Malla, A. K., Cortese, L., Shaw, T. S., & Ginsberg, B. (1990). Life events and relapse in schizophrenia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *25*(4), 221-224.
- Mandel, M. R., Severe, J. B., Schooler, N. R., Gelenberg, A. J. et Mieske, M. (1982). Development and prediction of postpsychotic depression in neuroleptic-treated schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*, *39*, 197-203.
- Marder, S.V., Van Putten, T., Mintz, J., Mackenzie, J., Lebell, M., Faltico, G., & May, R. P. (1984). Low and conventional dose maintenance therapy with fluphenazine decanoate. *Archives of General Psychiatry*, *44*, 518-521.
- Margolese, H. C., Negrete J., Tempier R., & Gill, K. (2006). A 12-month prospective follow-up study of patients with schizophrenia-spectrum disorders and substance abuse: changes in psychiatric symptoms and substance use. *Schizophrenia Research*, *83*, 65– 75.

- Marom, S., Munitz, H., Jones, P. B., Weizman, A., & Hermesh, H. (2005). Expressed Emotion: Relevance to Rehospitalization in Schizophrenia Over 7 Years. *Schizophrenia Bulletin*, 31(3), 751-758.
- McGorry, P. D., Killackey, E., & Yung, A. (2008). Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry*, 7(3), 148-156.
- Middelboe, T., & Mortensen, E. L. (1997). Coping strategies among the long-term mentally ill: categorization and clinical determinants. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96(3), 188-194.
- Miller, H. A. (2006). A dynamic assessment of offender risk, needs, and strenghts in a sample of general offenders. *Behavioral Sciences and the Law*, 24, 767-782.
- Minzenberg, M. J., Yoon, J. H., & Carter, C. S. (2008). Schizophrenia. Dans R. E. Hales, S. C. Yudofsky, & G. O. Gabbard (dir.), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry* (5^e éd., p. 407-456). Arlington, Virginie: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Monahan, J. (1996). Predicting violent behavior: an assessment of the clinical techniques. Dans J. Monahan & H. J. Steadman (dir), *Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assesment*. Chicago: University of Chicago Press.
- Morken, G., Widen, J. H., & Grawe, R. W. (2008). Non-adherence to antipsychotic medication, relapse and rehospitalisation in recent-onset schizophrenia. *BMC psychiatry*, 8(1), 32.
- Mueller, D. P. (1980). Social networks: a promising direction for research on the relationship of the social environment to psychiatric disorder. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 14(2), 147-161.
- Mueser, K. T., Bellack, A. S., Morrison, R. L., & Wixted, J. T. (1990). Social competence in schizophrenia: premorbid adjustment, social skill, and domains of functioning. *Journal of psychiatric research*, 24(1), 51-63.
- Mueser, K. T., Bellack, A. S., Wade, J. H., Sayers, S. L., & Rosenthal, C. K. (1992). An assessment of the educational needs of chronic psychiatric patients and their relatives. *British Journal of Psychiatry*, 160, 674-680.
- Mueser, K. T., Drake, R. E., & Wallach, M. A. (1998). Dual diagnosis: A review of etiological theories. *Addictive Behaviors*, 23(6), 717-734.
- Mueser, K. T., Yarnold, P. R., Rosenberg, S. D., Swett, C., Miles, K. M., Hill, D. (2000). Substance use disorder in hospitalized severely mentally ill psychiatric patients: Prevalence, correlates, and subgroups. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 179-192.
- Mueser, K. T., & Gingerich, S. (2011). Relapse Prevention and Recovery in Patients With Psychosis: The Role of Psychiatric Rehabilitation. *Psychiatric Times*, 66-71.

- Murray, R. M., & Castle, D. J. (2000). Genetic and environmental risk factors for schizophrenia. Dans: M. G. Gelder, (dir). *Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Nasrallah, N. A. (2008). Meta-analysis trends in schizophrenia over three decades. *Schizophrenia Research, 105*, 95-104.
- Nuechterlein, K. H., & Dawson, M. E. (1984). A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin, 10*, 300-321.
- Nuechterlein, K. H., Dawson, M.E., Green, M.F. (1994). Information-processing abnormalities as neuropsychological vulnerability indicators for schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica/Supplementum, 384*, 71-79.
- Nicholls, T. L., Brink, J., Desmarais, S. L., Webster, C. D., & Martin, M.-L. (2006). The Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): A Prospective Validation Study in a Forensic Psychiatric Sample. *Assessment, 13*(3), 313-326.
- Niveau, G. (2011). *Évaluation de la dangerosité et du risque de récurrence*. Paris: L'Harmattan.
- Nuechterlein, K. H., Dawson, M.E., & Green, M.F. (1994). Information-processing abnormalities as neuropsychological vulnerability indicators for schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica/Supplementum, 384*, 71-79.
- Palazzolo, J. (2009). Observance médicamenteuse et rechutes dans la schizophrénie: des neuroleptiques classiques aux APAP. *Annales Médico-Psychologiques, 167*, 308-317.
- Palmer, B. A., Pankratz, V. S., & Bostwick, J. M. (2005). The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a re-examination. *Archives of General Psychiatry, 62*(3), 247-253.
- Perkins, D. O. (2002). Predictors of nonadherence in patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry, 63*, 12-16.
- Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., & Wong, W. (2006). Family interventions for schizophrenia. *Cochrane Database Systematic Review*. Oxford: Update Software
- Piggot, T. A., Carson, W. H., Saha, A. R., Torbeyns, A. F., Stock, E. G., & Ingenito, G. G. (2003). Aripiprazole for the prevention of relapse in stabilized patients with chronic schizophrenia: a placebo-controlled 26-week study. *Journal of Clinical Psychiatry, 64*, 1048-1057.
- Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Baulm, J., Kissling, W., & Engel, R. R. (2001). The Effect of Family Interventions on Relapse and Rehospitalization in Schizophrenia. A Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin, 27*(1), 73-92.
- Pomini, V., Neis, L., Brenner, H.D., Hodel, B., & Roder, V. (1998). *Thérapies psychologiques des schizophrénies*. Hayen: Mardaga

Pourmand, D. D., Kavanagh, D. J., & Vaughan, K. (2005). Expressed emotion as predictor of relapse in patients with comorbid psychoses and substance use disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 473-478.

Pratt, J. (1995). Dangerousness, risk and technologies of power. *Australian and New Zealand Journal of Criminology*, 28 (32).

Priebe, S., Badesconyi, A., Fioritti, A., Hansson, L., Killian, R., Torres-Gonzales, F., ... Wiersma, D. (2005). Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European Countries. *British Medical Journal*, 330, 123-126.

Qin, P. N., & Nordentoft, M. (2005). Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 427-432.

Racenstein, J. M., Harrow, M., Reed, R., Martin, E., Herbener, E., & Penn, D. L. (2002). The relationship between positive symptoms and instrumental work functioning in schizophrenia: a 10-year follow-up study. *Schizophrenia Research*, 56, 95-103.

Raynor, P. (2007). Risk and need assessment in British probation: The contribution of the LSI-R. *Psychology, Crime and Law*, 13, 125-138.

Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518.

Rice, D. P., & Miller, L. S. (1996). The economic burden of schizophrenia: Conceptual and methodological issues and cost estimates. Dans M. Moscarelli, A. Rupp, & N. Sartorius (dir). *Handbook of Mental Health Economics and Health Policy*, 1. Chichester, UK: John Wiley and sons.

Ridgely, M. S., Goldman, H. H., & Willenbring, M. (1990). Barriers to the care of persons with dual diagnosis: organizational and financing issues. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 123-132.

Robinson, D., Woerner, M.G., Alvir, J.M.J., Bilder, R., Goldman, R., Geisler, S., ... Lieberman, J.A. (1999). Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 241- 247.

Roder, V., Mueller, D. R., Mueser, K. T., & Brenner, H. D. (2006). Integrated Psychological Therapy (IPT) for schizophrenia: Is it effective? *Schizophrenia Bulletin*, 32, 81-93.

Roder, V., Müller, D. R., Brenner, H. D., & Spaulding, W. D. (2011). *Integrated Psychological Therapy (IPT) for the Treatment of Neurocognition, Social Cognition, and Social Competency in Schizophrenia Patients*. Massachusetts: Hogrefe.

- Roe, D., & Chopra, M. (2003). Beyond coping with mental illness: toward personal growth. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73, 334-344.
- Rogers, R. (2000). The uncritical acceptance of risk assessment in forensic practice. *Law and Human Behavior*, 24, 595-605.
- Ryckmans, V., Kahn, J. P., Modell, S., Werner, C., McQuade, R. D., Kerselaers, W., ... Sanchez, R. (2009). Switching to aripiprazole in outpatients with schizophrenia experiencing insufficient efficacy and/or safety/tolerability issues with risperidone: a randomized, multicentre, open-label study. *Pharmacopsychiatry*, 42(3), 114-121.
- Salize, H. J., & Rössler, W. (1996). The cost of comprehensive care of people with schizophrenia living in the community: A cost evaluation from a German catchment area. *British Journal of Psychiatry*, 169, 42-48.
- Schatzberg, A. F., Cole, J. O., & DeBattista, C. (2007). *Manual of Clinical Psychopharmacology*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing
- Schmid, G. B., Stassen, H., Gross, G., Huber, G., & Angst, J. (1991). Long-term prognosis of schizophrenia. *Psychopathology*, 24, 130-140.
- Schmidt, L. M., Hesse, M., & Lykke, J. (2011). The impact of substance use disorders on the course of schizophrenia: A 15-year follow-up study. Dual diagnosis over 15 years. *Schizophrenia Research*, 130, 228-233.
- Schwartz, R. C., & Cohen, B. N. (2001). Risk factors for suicidality among clients with schizophrenia. *Journal of Counseling and Development*, 79(3), 314-319.
- Senon, J. L., Voyer, M., Paillard, C., & Jaafari, N. (2009). Dangersité criminologique: données contextuelles, enjeux cliniques et experts. *L'information psychiatrique*, 85, 719-725.
- Simonet, M., & Brazo, P. (2005). Modèle cognitivocomportemental de la schizophrénie. *EMC-Psychiatrie*, 2, 62-80.
- Siris, S. G. (1991). Diagnosis of secondary depression in schizophrenia : implications for DSM-IV. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 75-98.
- Siris, S. G. (1995). Depression in schizophrenia. Dans S. R. Hirsch & D. R. Weinberger (dir.), *Schizophrenia* (p.128-145), Cambridge: Blackwell Science.
- Siris, S. G. (2000). Depression in schizophrenia : Perspective in the era of « atypical » antipsychotic agents. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1379-1389.
- Soni, S. D., Gaskell, K., & Reed, P. (1994). Factors affecting rehospitalisation rates of chronic schizophrenic patients living in the community. *Schizophrenia Research*, 12, 169-177.

- Srihari, V. H., Shah, J., Keshavan, M. S. (2012). Is Early Intervention for Psychosis Feasible and Effective? *Psychiatric Clinics of North America*, 35, 613-631.
- Steadman, H. J., Osher, F. C., Robbins, P. C., Case, B., & Samuel, S. (2009). Prevalence of serious mental illness among jail inmates. *Psychiatric Services*, 60(6), 761-765.
- Subotnik, K. L., & Neuchterlein, K. H. (1998). Prodromal signs and symptoms of schizophrenic relapse. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 405-412.
- Sullivan, G., Wells, K. B., Morgenstern, H., & Leake, B. (1995). Identifying modifiable risk factors for rehospitalization: a case-control study of seriously mentally ill persons in Mississippi. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1749-1756.
- Suzuki, Y., Yasumura, S., Fukao., & Otani, K. (2003). Associated factors of rehospitalization among schizophrenic patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57(6), 555-561.
- Swartz, M. S., Swanson, J. W., Hiday, V. A., Borum, R., Wagner, R., & Burns, B. J. (1998). Taking the wrong drugs: The role of substance abuse and medication noncompliance in violence among severely mentally ill individuals. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(1), S75-S80.
- Tarrier, N., Barrowclough, C., & Bamrah, J. S. (1991). Prodromal signs of relapse in schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26, 157-161.
- Tattan, T., & Tarrier, N. (2000). The expressed emotion of case managers of the seriously mentally ill: the influence of expressed emotion on clinical outcomes. *Psychological Medicine*, 30, 195-204.
- Tatossian, A. (1982). Les tâches d'une génétique des psychoses. À propos des modèles psychotiques: psychose unitaire et vulnérabilité psychotique. *Psychanalyse à l'Université*, 7, 503-514.
- Teplin, L. A., McClelland, G. M., Abram, K. M., & Weiner, D. A. (2005). Crime victimization in adults with severe mental illness: Comparison with the national crime victimization survey. *Archives of General Psychiatry*, 62, 911-921.
- Thara, R., Henrietta, M., Joseph, A., Rajkumar, S., & Eaton, W. W. (1994). Ten-year course of schizophrenia: The Madras longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 329-336.
- Tollefson, G. D., Sanger, T. M., Lu, Y., & Thieme, M. E (1998). Depressive signs and symptoms in schizophrenia. A prospective blinded trial of olanzapine and haloperidol. *Archives of General Psychiatry*, 55, 250-258.
- Valenstein, M., Blow, F. C., Copeland, L. A., McCarthy, J. F., Zeber, J. E., Gillon, L., ... Stavenger, T. (2004). Poor antipsychotic adherence among patients with schizophrenia: medication and patient factors. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 255-264.

- Van Meijel, B. (2003). *Relapse Prevention in Patients with Schizophrenia: A Nursing Intervention Study* (Thèse de doctorat, Université d'Utrecht, Utrecht). Repéré à <http://igitur-archive.library.uu.nl/dissertations/2003-1113-100709/full.pdf>
- Van Os, J., Jones, P., Sham, P., Bebbington, P., & Murray, R. M. (1998). Risk factors for onset and persistence of psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *33*, 596-605.
- Vaughn, C., & Leff, J. (1985). *Expressed emotion in families*. London: Guilford Press.
- Velligan, D. I., Lam, Y. F., Glahn, D. C., Barrett, J. A., Maples, N. J., Ereshefsky, L., & Miller, A. L. (2006). Defining and assessing adherence to oral antipsychotics: A review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, *32*(4), 724-742.
- Ventura, J., Nuechterlein, K. H., Lukoff, D., & Hardesty, J. P. (1989). A prospective study of stressful life events and schizophrenic relapse. *Journal of abnormal psychology*, *98*(4), 407.
- Volkow, N. D. (2009). Substance use disorders in schizophrenia-clinical implications of comorbidity. *Schizophrenia Bulletin*, *35*(3), 469-472.
- Walker, E., Kestler, L., Bollini, A., & Hochman, K. M. (2004). Schizophrenia: Etiology and Course. *Annual Review of Psychology*, *55*, 401-430.
- Wallace, C., Mullen, P. E., & Burgess, P. (2004). Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, *161*, 716-727.
- Wearden, A. J., Tarrier, N., Barrowclough, C., Zastowny, T. R., & Rahill, A. A. (2000). A review of expressed emotion research in health care. *Clinical Psychology Review*, *20*, 633-666.
- Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., & Hart, S. D. (dir). (1997). *HCR-20 Assessing Risk for Violence version 2*. Burnaby: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Webster, C. D., & Hucker, S. J. (2007). *Violence Risk Assessment and Management*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Webster, C. D., Hucker, S. J., & Bloom, H. (2002). Transcending the Actuarial Versus Clinical Polemic in Assessing Risk for Violence. *Criminal Justice and Behavior*, *29*, 659-665.
- Webster, C. D., Nicholls, T. L., Martin, M.-L., Desmarais, M. A., & Brink, J. (2006). Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): The case for a new structured professional judgment scheme. *Behavioral Sciences and the Law*, *24*, 747-766.
- Weiden, P., & Glazer, W. (1997). Assessment and treatment selection for "revolving door" inpatients with schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, *68*(4), 377-392.

- Weiden, P. J., & Olfson, M. (1995). Cost of relapse in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *21*, 419-429.
- Weideranders, M. R. (1992). Recidivism of disordered offenders who were conditionally vs. unconditionally released. *Behavioral Science and Law*, *10*, 141-148.
- Westermeyer, J. (2006). Comorbid schizophrenia and substance abuse: a review of epidemiology and course. *The American Journal of Addictions*, *15*(5), 345-355.
- Wiersma, D., Nienhuis, F. J., Sloff, C. J., & Giel, R. (1998). Natural course of schizophrenic disorders: a 15-year follow up of a Dutch incidence cohort. *Schizophrenia Bulletin*, *24*(1), 75-85.
- World Health Organization. (1998). Schizophrenia and public health. Geneva, Switzerland: The Organization.
- World Health Organization. (2011). Global Status Report on Alcohol and Health. Geneva, Switzerland: The Organization.
- Wyatt, R. J. (1991). Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *17*, 325-351.
- Wykes, T., Steel, C., Everitt, B., & Tarrier, N. (2008). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models and methodological rigor. *Schizophrenia Bulletin*, *34*, 523-537.
- Zubin, J., & Spring, B. J. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, *86*, 103-126.

Annexe A

Feuille sommaire GÉRRP

(Grille d'évaluation du risque de rechute psychotique)

À utiliser avec les explications du Guide

Nom : _____ DDN : _____ N° DOSSIER: _____
 Famille Prénom(s) jj-mm-aaaa Homme Femme

Diagnostic: DSM-IV ^{TR} CIM-10

1. _____ 2. _____ 3. _____
 4. _____ 5. _____

IC*	ND*	Forces	Items GÉRRP	Risques
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2	1. Temps écoulé depuis le premier épisode psychotique	0 1 2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2	2. Caractéristiques de la maladie lors de son apparition	0 1 2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2	3. Délai avant l'initiation du traitement pharmacologique	0 1 2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2	4. Comorbidité entre la schizophrénie et un autre trouble mental	0 1 2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2	5. Comorbidité entre la schizophrénie et une maladie physique chronique	0 1 2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2	6. Fonctionnement prémorbide	0 1 2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2	7. La prise de médication antipsychotique (all. théér.:O/N)*	0 1 2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2	8. Habitudes de consommation de substances psychotropes	0 1 2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2	9. Impact environnemental du stress	0 1 2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2	10. Émotions exprimées par les proches	0 1 2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2	11. Habiletés de coping	0 1 2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2	12. Interventions thérapeutiques non pharmacologiques	0 1 2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2	13. Réseau social	0 1 2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2	14. Reconnaissance des signes avant-coureurs	0 1 2

Spécification du risque: dans quel(s) contexte(s) le risque de rechute psychotique est-il exacerbé?

Le patient a-t-il une signature de rechute psychotique?

REMPI PAR: _____

DATE: _____

* IC : item critique *ND : information non disponible *all. théér. : alliance thérapeutique