



# DÉFI SCHIZOPHRÉNIE

BULLETIN OFFICIEL DE LA SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DE LA SCHIZOPHRÉNIE (SQS)

VOLUME 9 NUMÉRO 2

MARS-AVRIL 2004

## Appel de candidatures

Le comité de mise en candidature de la SQS a pour mandat de recruter des candidats pour siéger au conseil d'administration de la Société et de soumettre à l'Assemblée des membres, pour élection, la liste des candidatures reçues. Pour remplir leur mandat, les membres du comité invitent toute personne membre de la SQS qui serait intéressée à offrir de son temps et sa collaboration pour assurer le développement de la Société et la réalisation de sa mission, à poser sa candidature.

### Procédure

Pour soumettre votre candidature à un poste d'administrateur au sein du prochain conseil d'administration qui entrera en fonction après son élection par les membres présents lors de l'assemblée annuelle du mardi 8 juin prochain, vous devez compléter le formulaire encarté dans la présente édition de *Défi schizophrénie* (feuille jaune) et le faire parvenir au bureau de la SQS, avant la date d'échéance précisée plus bas.

Pour être éligible au conseil d'administration de la SQS, il faut être un membre en règle de la Société.

Si il n'y a pas plus de candidats que le nombre d'administrateurs à élire, les candidats soumis sont élus par acclamation.

Dans le cas où il y a plus de candidats que d'administrateurs à élire, il y a élection, selon les procédures en vigueur.

Les formulaires de mise en candidature, dûment complétés, doivent être expédiés, au plus tard le vendredi 28 mai 2004, à l'adresse suivante :

Comité de mise en candidature  
Société québécoise de la schizophrénie  
7401, rue Hochelaga  
Montréal (Québec) H1N 3M5

Pour tout renseignement additionnel, vous pouvez communiquer avec le bureau de la SQS au (514) 251-4000, poste 3400 ou au 1 866 888-2323.

### Sommaire

- Appel de candidatures ..... 1
- Prochaine conférence mensuelle ..... 1
- Grand bazar ..... 2
- La schizophrénie d'un sexe à l'autre ..... 2
- Le fardeau des familles ..... 3
- Le modèle vulnérabilité-stress ..... 4-5
- Entraînement des habiletés sociales ..... 6
- Information sur un nouveau médicament ..... 6
- In Memoriam ..... 7
- Acquisitions ..... 7

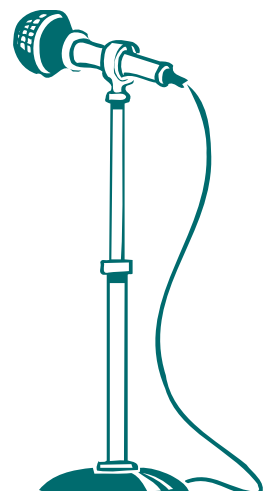
## Prochaine conférence mensuelle

Le mardi 11 mai 2004

« *L'insight n'est pas une sorte de désodorisant!* »

D<sup>r</sup> Jean-Pierre Mottard, psychiatre,  
Chargé d'enseignement clinique,  
Clinique du Pavillon Blanc

Commanditaire : Janssen-Ortho inc.



# GRAND BAZAR

## le 1<sup>er</sup> mai 2004

*D'un couvert à l'autre* (DCL) est un organisme d'insertion sociale à but non lucratif qui vient présentement en aide à 13 personnes atteintes de schizophrénie. Celles-ci travaillent dans un atelier de finition de documents ainsi que dans une bouquinerie.

Afin de financer l'organisme, nous organisons un grand bazar samedi le 1<sup>er</sup> mai 2004, de 9h à 17h. Nous vous attendons en grand nombre au 780, rue Saint-Jean, suite 201 (près de Gentilly) à Longueuil.

Tous dons d'articles récréatifs tels livres, disques, jouets d'enfants ou jeux de société, passe-temps, articles de décoration, de sport, de camping ou autres (sauf les vêtements) seront grandement appréciés avant la date de l'événement.

N'hésitez pas à communiquer avec nous au 450-928-9898 pour tous renseignements supplémentaires.

Nous vous remercions sincèrement de votre soutien pour *D'un couvert à l'autre*. Au plaisir de collaborer avec vous.

2

L'équipe de *D'un couvert à l'autre*

## La schizophrénie d'un sexe à l'autre

D<sup>r</sup> I. O. Godfroid

**O**n parle de plus en plus en psychiatrie des différences intersexuelles que présentent les affections mentales. Celles-ci peuvent avoir trait à la symptomatologie, l'histoire naturelle, la réponse au traitement, ou tout simplement à la fréquence de la maladie. La schizophrénie n'échappe pas à la règle : si la prévalence est identique dans les deux sexes, il existe de nombreuses variations entre les hommes et les femmes qui en sont atteints.

En premier lieu, l'âge de début de la schizophrénie est plus précoce dans le sexe masculin : en moyenne de deux à dix ans. Mais il existe une forme à début tardif (vers 40-45 ans) qui est par contre deux fois plus fréquente chez la femme. Le pronostic de la maladie est toutefois d'emblée meilleur chez la femme, car elle présente plus fréquemment des formes moins graves (les types « paranoïde » et « désorganisé »), mais aussi parce qu'elle a plus de symptômes dits « positifs » (hallucinations, idées délirantes

– par opposition à indifférence et repli sur soi), et que ce type de symptômes répond mieux au traitement neuroleptique. L'étude morphologique du cerveau de patients psychotiques indique par ailleurs que les hommes ont un taux d'anomalies anatomiques significativement plus élevé que les femmes. Enfin, toutes ces constatations se confirment au niveau de la vie sociale des malades : à sévérité égale, les femmes présentent moins de répercussions de leur affection que les hommes sur la qualité de vie. Elles finissent ainsi plus souvent leurs études, trouvent un emploi, se marient, et mènent une vie affective et sociale plus équilibrée que les hommes.

Un autre volet important des différences intersexuelles liées à la schizophrénie touche la réponse et la tolérance au traitement. Les neuroleptiques « classiques » (chlorpromazine, pimozide, etc.) sont plus efficaces chez la femme : elle a besoin de plus faibles doses que l'homme, et ce, tant dans la

phase aiguë de la maladie que dans la prévention des rechutes. La femme répond aussi plus rapidement au traitement. En ce qui concerne les molécules de la nouvelle génération, nous possédons moins d'informations. Il ne semble pas exister de différence pour certains produits (risperidone, olanzapine), alors que d'autres seraient plus efficaces chez l'homme (clozapine). La tolérance au traitement neuroleptique est quant à elle moins bonne chez la femme. L'hyperprolactinémie induite par les antipsychotiques a plus de répercussions et s'avère beaucoup plus invalidante chez la femme. La fréquence des dyskinésies tardives post-neuroleptiques est également plus élevée dans ce sexe. En outre, le cycle menstruel est susceptible de provoquer les modifications significatives du taux sanguins des médicaments.



Tiré de « La Psychiatrie de la Femme », par le D<sup>r</sup> I.O. Godfroid. Paris, P.U.F. (Collection « Médecine & Société » no 9)



**D'un couvert à l'autre**  
780, rue St-Jean, suite 201, Longueuil  
Tél.: 450-928-9898

# Bazar

**Le samedi 1<sup>er</sup> mai 2004**  
**de 9h à 17h**

Venez en grand nombre!

Différentes activités sont organisées afin de financer l'organisme

**D'un couvert à l'autre** est un organisme d'insertion sociale offrant ses services aux personnes atteintes de schizophrénie.



# Le fardeau des familles

Le fardeau auquel les familles ont à faire face provient de diverses causes. Il peut résulter de la peur éprouvée, de l'anxiété, de la honte ressentie et de la crainte d'une rechute ou de la détérioration de l'état de la personne.

La plus grande crainte est celle d'une rechute à laquelle est associée la crainte que la personne cesse de prendre sa médication. À cause de cela, les parents deviennent excessivement protecteurs — et qui pourrait les en blâmer ? Ils observent constamment le comportement de la personne malade, gardant un œil sur tout ce qu'elle fait et les endroits où elle va, à un point tel qu'ils deviennent exténués de surveiller tout ce qui concerne leur proche. Leur objectif n'est pas de tenter de contrôler leur proche, même si c'est l'impression que leurs attitudes peuvent laisser croire. En agissant ainsi, ils souhaitent plutôt pouvoir éliminer les risques de rechute ou d'un autre type de crise. Toutefois, pour la personne qui est malade, l'attitude des parents peut être perçue comme de la méfiance et empreinte de soupçons à son égard et elle peut alors réagir très négativement. Les parents cessent souvent de penser à leurs propres intérêts et se concentrent exclusivement sur la personne malade.

Si la personne reste à la maison, isolée et inactive, les parents s'inquiètent encore et cette fois, se demandent comment encourager leur proche à demeurer actif. Les parents s'inquiètent autant d'un niveau excessif d'activité que d'un manque d'activité. Ils peuvent instinctivement chercher eux-mêmes des activités susceptibles d'intéresser leur proche. Dans certains cas, les parents trouvent du travail pour leur proche à l'intérieur de leur réseau social. Travailler comme emballeur à l'épicerie, insérer des documents dans des enveloppes, promener un chien ou tondre le gazon sont des exemples de ce que les parents peuvent proposer. Parfois, ils prennent des initiatives plus ambitieuses. Dans tous les cas, cependant, le fardeau demeure le même parce que la responsabilité du travail est perçue comme étant celle du parent, soit la

personne qui a entrepris les démarches pour trouver le travail.

En dépit du fait reconnu que les personnes atteintes de schizophrénie ont une intelligence normale, lorsqu'il est question de gérer leurs finances personnelles et de vaquer aux activités de la vie quotidienne, la maladie leur « vole » leurs capacités. Les parents prennent alors en charge la gestion de l'argent de leur proche et le conseillent sur les dépenses qu'il peut faire, s'assurant de ne jamais lui donner une somme d'argent importante pour éviter un usage qui pourrait affecter sa santé de quelque façon que ce soit. Si la personne malade vit à l'extérieur de la maison familiale, les parents assument fréquemment la responsabilité de payer le loyer, ils aident à l'achat de la nourriture, font le ménage, voient au bon entretien de l'appartement et ramassent le courrier. Sans ce comportement « surprotecteur », leur proche pourrait recevoir un avis d'expulsion, la propreté serait sacrifiée et la personne risquerait de ne pas s'alimenter sainement.

Les résultats d'un sondage mené auprès des familles par *The Family Association: Mental Health*, de Krakow en Pologne, rejoignent les conclusions de nombreux autres sondages du même genre. La plupart des parents qui ont répondu au questionnaire prenaient soin d'un de leurs proches depuis, en moyenne, dix-sept ans. Les choses les plus lourdes à porter, ont-ils mentionné, étaient l'impuissance qu'ils ressentaient, la crainte, la nécessité de changer leurs plans et la perte des rôles qu'ils avaient faits pour leur fils ou leur fille. Dans les phases aiguës de la maladie, les familles ont avoué avoir trouvé l'impossibilité de communiquer avec leur proche et le risque éventuel de subir une agression comme étant extrêmement difficile à vivre. La question qui hante toutes les familles est

l'impossibilité de connaître ce que l'avenir réserve à leur proche, de savoir s'il existe des chances pour lui et l'obsédante inquiétude par rapport à ce qu'il adviendra de leur être cher lorsque eux, les parents, ne seront plus là pour en prendre soin.

Pour alléger leur fardeau, il est primordial que les familles reçoivent toute l'information pouvant leur permettre de comprendre le mieux possible la personne malade et le trouble qui l'affecte. L'espoir est également essentiel à chaque personne. Échanger avec les autres, parler avec le médecin, avec d'autres personnes qui sont dans la même situation et font face aux mêmes problèmes peut apporter un grand soulagement. Il est important que chaque personne sache « qu'elle n'est pas seule ». Les échanges avec les autres permettent aux familles de réaliser que la vie continue et qu'elles n'ont pas à se sentir coupables de profiter, au moins, de quelques moments agréables. Il est important que les familles apprennent qu'il n'est pas sain ni bénéfique pour personne de laisser tomber toutes les activités sociales et autres, et de consacrer sa vie entière à la personne malade.



Article tiré de *World Fellowship for Schizophrenia and Related Disorders Newsletter*, Premier semestre 2003, et traduit.

# Le modèle vulnérabilité-stress et les interventions efficaces dans la schizophrénie

Pierre Lalonde

L'étude des facteurs contribuant à l'émergence et à l'évolution de la schizophrénie constitue, encore de nos jours, un domaine d'une grande complexité. On sait cependant au moins désormais, que cette maladie du cerveau, qui entraîne de graves répercussions psychosociales, ne peut s'expliquer par une cause unique, simple, non plus d'ailleurs que la plupart des autres maladies connues en médecine : diabète, asthme, maladies cardiaques, etc. Interviennent plutôt un ensemble d'éléments, d'importance variable qui, interagissant les uns avec les autres, provoquent l'apparition et les rechutes de cette maladie mentale complexe.

## Modèle vulnérabilité-stress

La compréhension contemporaine visant à unifier ces éléments disparates est fondée sur le modèle vulnérabilité-stress qui permet de réunir les diverses facettes interreliées de cette maladie mentale. Comme l'indique le tableau il existe, chez certains individus, une vulnérabilité sur le plan neuro-psychologique, découlant d'une prédisposition génétique ou d'une constitution mentale qui les rend plus sensibles aux stress socio-environnementaux. Cependant, la seule présence de ces facteurs physiologiques est insuffisante pour provoquer l'apparition de la schizophrénie; il faut que s'y ajoutent certains types de stress, par exemple, un stress toxique comme les drogues, ou un stress social comme l'expression d'émotions (hostilité, attitudes envahissantes) de la part de l'entourage, ou encore des pressions de performance, qui peuvent avoir un effet déclencheur de schizophrénie quand le cerveau est déjà constitutionnellement fragile. Il est vrai cependant, que bon nombre d'individus subissent, de façon quotidienne, de tels stress; or, ils ne développeront pas de schizophrénie en l'absence de facteurs biologiques les prédisposant à cette maladie.

Puis, une fois que la schizophrénie s'est manifestée, l'individu reste aux prises

avec des symptômes résiduels qui, selon une causalité circulaire, le rendent encore plus sensible aux facteurs susceptibles de déclencher des rechutes.

Les traitements modernes visent à corriger tout autant les symptômes aigus de schizophrénie que les symptômes résiduels qui découlent de cette psychose. Et aujourd'hui, une meilleure connaissance de la psychophysiologie de la schizophrénie permet de fonder sur des bases scientifiques, plutôt qu'idéologiques, des approches thérapeutiques efficaces.

## Intervention efficace

Hogarty (1991) a démontré l'efficacité de trois facteurs thérapeutiques dans la schizophrénie:

- une médication antipsychotique;
- une psychoéducation du patient et de sa famille;
- un entraînement aux habiletés sociales.

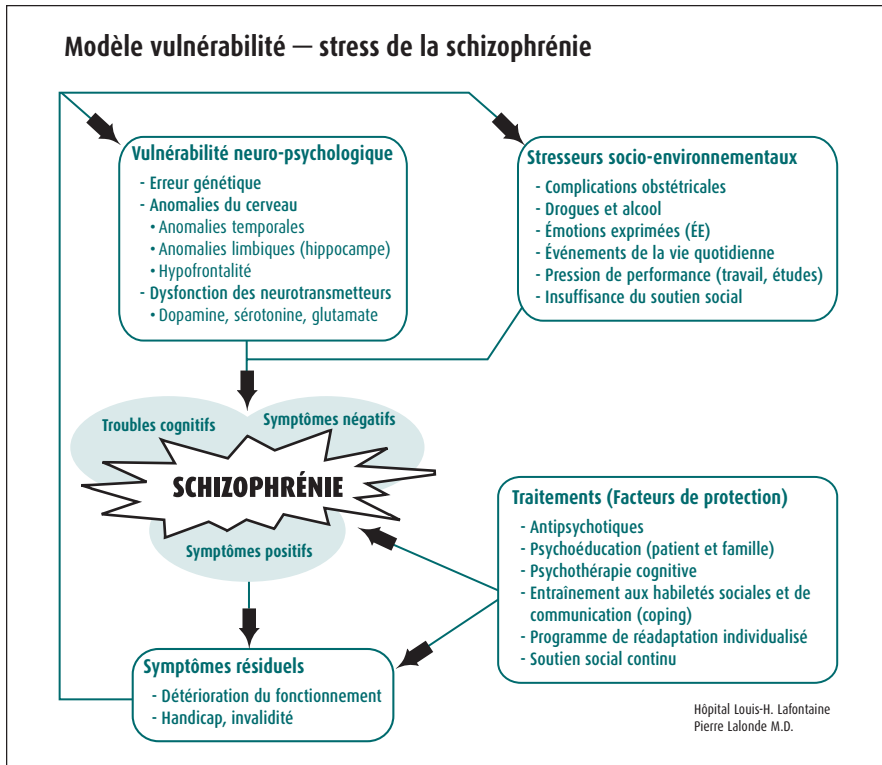
Parmi les diverses approches thérapeutiques dont l'efficacité a été prouvée, la médication antipsychotique demeure un ingrédient fondamental. Mais, seule, elle est insuffisante pour permettre à la

personne atteinte de schizophrénie de revenir à un fonctionnement adéquat, compte tenu du handicap induit par la maladie. Et c'est là que le rôle de la psychoéducation prend tout son sens. En effet, il est maintenant établi scientifiquement que des parents bien informés sont en mesure, non seulement de contribuer de façon majeure à la réduction des rechutes du patient schizophrène, mais aussi d'améliorer leur propre qualité de vie.

La thérapie psychoéducative est une méthode efficace et intéressante pour améliorer la qualité de vie des malades et de leurs proches en les amenant à mieux comprendre la schizophrénie.

## Droit à l'information et psychoéducation

Le droit à l'information constitue aujourd'hui un volet important de l'intervention en psychiatrie moderne. L'attitude paternaliste par laquelle le thérapeute maintenait son patient dans une relation de dépendance, est abandonnée au profit d'une relation de collaboration qui fait en sorte que le patient bien informé assume, de façon éclairée, une responsabilité dans son retour à la santé. La psychoéducation fait partie intégrante de cette démarche, car elle implique une relation d'aide qui ajoute une valeur thérapeutique à l'information offerte. Quand des patients et leur famille sont aux prises avec une maladie mentale et ses conséquences, le thérapeute ne doit pas se limiter à distribuer des renseignements sur la maladie en question; il doit encore s'assurer que cette information sera bien assimilée et donc tenir compte de la variété des réactions psychologiques possibles des personnes qui la reçoivent, d'où le nom de psychoéducation, qui est en fait une pédagogie thérapeutique.



En s'appuyant sur une approche cognitivo-comportementale, le thérapeute peut aider le patient et sa famille à passer à travers un travail de deuil afin d'accéder à une perception réaliste de la maladie et des modifications de fonctionnement qu'elle entraîne.

## Résistance des thérapeutes

Certains thérapeutes se cachent derrière une règle de confidentialité pour éviter de rencontrer la famille de leur patient. Bien sûr, au cours d'une rencontre familiale, il n'est pas question de révéler aux parents ce que le patient a confié à son thérapeute dans le secret des entretiens. Mais le patient peut fort bien communiquer à ses parents des informations qu'il a reçues de son thérapeute. Et les parents ont bien le droit d'obtenir une information exacte sur les connaissances scientifiques contemporaines concernant la schizophrénie et les diverses modalités thérapeutiques qui peuvent en améliorer le pronostic.

D'autres thérapeutes prétendent, sans preuve, que la famille a un effet néfaste

sur le patient, et même que les interactions familiales seraient à l'origine de la maladie. Ils la soupçonnent d'interférer. Pourtant, des parents bien renseignés deviennent des intervenants efficaces dans les diverses phases de la maladie qui affecte un membre de la famille. Ils deviennent aussi des promoteurs actifs en matière de qualité de soins auprès des instances décisionnelles. L'approche psychoéducative place d'emblée la famille dans un rôle d'allié, de collaborateur, pour aménager un environnement capable de prévenir les rechutes.

## Traitement, réadaptation et réhabilitation

En psychiatrie, la complémentarité entre le thérapeutique et la réinsertion sociale ne va pas toujours de soi. Il existe là une ambiguïté dans la définition des termes qu'on pourrait tenter de clarifier ainsi (Morrisette, 1998) :

- Le traitement agit sur les causes (à mesure qu'elles seront mieux connues) et les symptômes de la maladie. Les cliniciens jouent depuis longtemps un rôle important dans le

traitement des maladies. Le savoir développé au cours des dernières années a ouvert des perspectives plus optimistes dans le traitement de la schizophrénie.

- La réadaptation redonne à la personne les moyens d'agir en tenant compte de ses déficits et de ses capacités, en développant de nouvelles habiletés pour faire face à une invalidité. C'est une question de savoir-faire. En s'inspirant d'une approche psychoéducative, les thérapeutes ont mis au point, au cours des dernières années, une série d'outils permettant aux patients et aux familles de développer des stratégies de coping plus efficaces pour surmonter les handicaps qui découlent de la psychose. Socrate-Réhabilitation et le site Internet Réhab InfoWeb en présentent plusieurs exemples.

- La réhabilitation redonne à la personne sa dignité et le pouvoir d'agir. C'est l'empowerment, le savoir-être. Comme le dit le dictionnaire, réhabiliter c'est « rétablir dans l'estime, la considération d'autrui », des malades stigmatisés et leurs parents culpabilisés. Les cliniciens interviennent maintenant aussi au chapitre de la promotion de la santé mentale et de l'information publique, afin de favoriser l'acquisition et le maintien de saines habitudes de vie et la création d'un environnement permettant l'épanouissement de la personne.



Tiré de rehab-infoweb.net

## Entraînement des habiletés sociales

# Une approche utile pour améliorer le fonctionnement psychosocial des patients schizophrènes

J. Favrod/Suisse

**L'**entraînement des habiletés sociales (EHS) vise à améliorer le fonctionnement social. Le patient peut apprendre à initier une conversation, répondre à une critique d'un proche, demander de l'aide à son médecin ou négocier avec un voisin de palier. Par extension, les techniques utilisées peuvent être appliquées à des domaines de fonctionnement où il n'y a pas forcément d'interaction sociale, comme les soins personnels ou la gestion de l'argent. Le patient peut ainsi apprendre à se raser, se maquiller ou établir un budget.

Les habiletés sociales recouvrent l'ensemble des capacités spécifiques qui permettent à une personne d'accomplir une performance jugée socialement adaptée et compétente. Actuellement, les habiletés sociales sont conceptualisées sous forme d'habiletés réceptives, d'habiletés décisionnelles et d'habiletés comportementales. Les habiletés réceptives font référence à la capacité d'identifier et de comprendre les paramètres importants d'une situation sociale. Il peut s'agir de la capacité de reconnaître si une personne est disponible pour répondre à une question. Les habiletés décisionnelles se rapportent à la capacité de choisir une réponse appropriée à la situation sociale rencontrée. Il s'agit de la capacité d'envisager différentes options face à un problème ou de déterminer un plan d'action. Par exemple, la capacité de changer de sujet de conversation lorsqu'il apparaît que notre interlocuteur s'ennuie. Les habiletés comportementales sont les différents éléments verbaux et non-verbaux de la réponse choisie. Il s'agit par exemple de la posture, des expressions faciales, du ton ou du volume de la voix, et du contenu lui-même de la réponse. L'EHS a lieu généralement en groupe dans une salle équipée d'un système vidéo. Une partie de l'entraînement peut s'effectuer dans la communauté elle-même.

Les techniques d'entraînement comprennent l'établissement et la planification des buts, la présentation de modèles, l'exercice des performances sociales à travers des jeux de rôle, le renforcement positif, des instructions, des conseils, les feedback oraux et vidéo, des exercices in-vivo et la prescription de tâches à accomplir dans l'environnement naturel. Il est également nécessaire d'enseigner une méthode de résolution de problè-

mes pour obtenir les ressources nécessaires à l'accomplissement d'une tâche ou pour contourner les obstacles liés à une mauvaise réponse de l'environnement. Par exemple, un patient peut savoir faire correctement appel à son médecin en cas de signaux d'alarmes d'une rechute, mais ce dernier peut être en vacances.

L'efficacité de l'entraînement des habiletés sociales a été mesurée par de nombreuses études. Ici, sont passés en revue les résultats des études contrôlées avec répartition aléatoire. Les participants présentent un diagnostic de schizophrénie basé sur des critères rigoureux. Les groupes contrôles sont égaux en terme d'attention et de temps passé avec les patients. Ils comprennent des approches d'ergothérapie, comme la thérapie de soutien, des groupes de discussion, le traitement de groupes en hôpital de jour ou une approche holistique. Les résultats de ces études indiquent

- 1) que les patients peuvent apprendre les habiletés enseignées.
- 2) Ces acquisitions se maintiennent dans le temps sur des périodes allant de 6 mois à un an. Plusieurs études ont mesuré la généralisation des habiletés acquises en dehors du milieu de traitement. Celle-ci a souvent été considérée comme une limitation importante de l'EHS.
- 3) Toutefois, plusieurs études indiquent que l'EHS conduit à une amélioration du fonctionnement social. Ces améliorations sont constatées principalement lorsqu'on utilise des mesures qualitatives du fonctionnement, comme le Katz Adjustment Scale ou le Social Adjustment Scale II.
- 4) L'entraînement a un impact sur les symptômes négatifs et contribue à la réduction des rechutes.

En résumé, l'EHS est une approche utile pour améliorer le fonctionnement psychosocial des patients schizophrènes.



Tiré de [www.rehab-infoweb.net](http://www.rehab-infoweb.net)

## Information sur un nouveau médicament

La compagnie JANSSEN-ORTHO a récemment lancé <sup>Pr</sup> RISPERDAL \*M-TAB\*, un comprimé à dissolution rapide de son médicament RISPERDAL (rispéridone) dont l'usage peut être indiqué tant pour le traitement aigu que pour le traitement d'entretien de la schizophrénie et des troubles psychotiques apparentés. Le comprimé \*M-TAB\* est petit, se dissout rapidement dans la bouche et contient le même ingrédient actif que RISPERDAL dont il partage les profils d'efficacité, d'innocuité et de tolérabilité.

Cette nouvelle formulation peut être particulièrement bénéfique pour les patients qui ne peuvent pas ou ne veulent pas avaler une pilule, entre autres, les patients qui ont de la difficulté à déglutir, les patients se présentant en état de crise à un service d'urgence ou en unité d'hospitalisation ou les patients qui cachent leur médicament dans leur bouche ou le crachent. La dissolution rapide aide alors à assurer une meilleure observance du traitement.

Le médicament a une saveur de menthe agréable, dit la compagnie, se dissout dans la bouche en quelques secondes, il est facile à avaler, se prend sans avoir besoin d'eau et ne comporte pas le côté parfois désagréable des injections.

Pour obtenir plus de renseignements, parlez-en à votre médecin.

## In Memoriam



À la mémoire de

*Florian Laflamme*

Madame Ginette Laliberté  
a offert un don à  
la Société québécoise de la schizophrénie

**Nous la remercions de sa  
générosité et offrons nos  
plus sincères condoléances à  
Madame Nicole Brouillard.**



À la mémoire de

*Chantal Lapointe*

Monsieur et Madame Michel Lemieux  
ont offert un don à  
la Société québécoise de la schizophrénie

**Nous les remercions de leur  
générosité et offrons nos  
plus sincères condoléances  
à Madame Nathalie Lapointe.**



À la mémoire de

*André Girouard*

AMT—Agence métropolitaine de transport  
Groupe SNC—Lavalin  
ont offert un don à  
la Société québécoise de la schizophrénie

**Nous les remercions de leur  
générosité et offrons nos  
plus sincères condoléances  
à Madame Juliette Girouard.**



À la mémoire de

*Didier Giroux*

Famille Deslauriers  
Madame Nathalie Giroux,  
François et Sandrine Déry  
Madame Jocelyne Laberge et famille  
ont offert un don à  
la Société québécoise de la schizophrénie

**Nous les remercions de leur  
générosité et offrons nos  
plus sincères condoléances  
à Monsieur Robert Giroux  
et Madame Micheline Duclos  
ainsi que David et Hugo Giroux.**



À la mémoire de

*Cora Bergeron Pichard*

l'École Saint-Joseph (1985) inc.  
l'Hôpital neurologique de Montréal  
ont offert un don à  
la Société québécoise de la schizophrénie

**Nous les remercions de leur  
générosité et offrons nos  
plus sincères condoléances  
à Madame Andrée Pichard.**



À la mémoire de

*Johanne Simard*

Monsieur François Auger  
Le Centre d'intervention Gestaltiste  
Monsieur Guy Nantel et  
Madame Marthe Lemery  
ont offert un don à  
la Société québécoise de la schizophrénie

**Nous les remercions de leur  
générosité et offrons nos  
plus sincères condoléances  
à Monsieur Jules Corneault.**



## Acquisitions

Centre de documentation SQS  
Denis Payette, Responsable



**La revue Canadienne de psychiatrie.** 2004. Association des psychiatres du Canada – Canadian Psychiatric Association, Ottawa. Volume 49 – Numéro 2. Février 2004. 81-151.

### **Health and Aging**

*Social, Demographic, and Clinical Factors Related to Disruptive Behaviour in Hospital Prevalence and Incidence Studies of Mood Disorders: A Systematic Review of the Literature*



**Le suivi communautaire en santé mentale.** 2004. Les presses de l'Université d'Ottawa. Sous la direction de Rosanne Emard et Tim Aubry.

*Le suivi communautaire en santé mentale. Une invitation à bâtir sa vie s'impose comme ouvrage de référence en langue française permettant d'affronter le grand défi que constitue le développement d'une*

*technologie psychosociale et de services qui aideront la personne-utilisatrice à se rétablir et à retrouver sa place comme citoyenne dans la communauté.*

**Thérapie cognitive des troubles psychotiques.** 2003. Décarie éditeur. Paul Chadwick, Max Birchwood, Peter Trower. 267 pages.

*Comment traiter efficacement les troubles psychotiques et soulager la détresse d'une clientèle aux prises avec des délires, des hallucinations auditives et des symptômes de paranoïa? Il fallait de la sensibilité, de l'intuition et de l'audace pour étendre le modèle cognitif utilisé dans la thérapie des névroses au traitement des symptômes les plus graves de la psychose. Voilà le pari qu'ont brillamment relevé les psychologues Chadwick, Birchwood et Trower grâce à plus de 20 ans de recherche, d'expérimentation et de pratique. Leur ouvrage contient les concepts et les principes de base du modèle « ABC » et propose des stratégies d'intervention psychologique aux résultats probants.*

**Thérapie cognitive des troubles psychotiques** s'impose aujourd'hui comme un ouvrage de référence indispensable à tous les cliniciens qui exercent leur profession en psychiatrie et en santé mentale.

**Défi schizophrénie** est le bulletin officiel de la Société québécoise de la schizophrénie (SQS)

Lancé en mars 1996 et publié six fois l'an, **Défi schizophrénie** favorise la mise en commun des expériences, la libre expression, l'information de pointe et le transfert des connaissances.

**Rédactrice en chef**  
Micheline Dion

**Assistante à la production**  
Suzanne Morand

**Éditeur**  
SQS — 7401, rue Hochelaga  
Montréal (Québec) H1N 3M5  
☎ 514 251-4000 poste 3400  
Télécopieur 514 251-6347  
Ligne sans frais au Québec 1-866-888-2323  
Courriel: info@schizophrenie.qc.ca  
Site Internet: www.schizophrenie.qc.ca

**Imprimerie HLHL**  
Alain Archambault  
☎ 514 251-4000 poste 2279  
Télécopieur 251-8727

Dépôt légal: Bibliothèque Nationale du Québec, Bibliothèque Nationale du Canada.  
ISSN1203-9233. ©Tous droits réservés 1996,  
Les éditions SQS.

La reproduction des articles publiés dans **Défi schizophrénie** est autorisée en autant que la source soit indiquée.

Les textes publiés dans ce bulletin ne reflètent pas nécessairement la ligne de pensée de la SQS ni le point de vue des commanditaires. L'acceptation de messages publicitaires dans **Défi schizophrénie** ne constitue pas un endossement desdits produits ou services.

La Société québécoise de la schizophrénie remercie de leur généreux appui: l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, la Régie régionale de la santé et des services sociaux Montréal-Centre, la Fondation EJLB, ainsi que les compagnies pharmaceutiques AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb, Lilly Canada inc., Novartis, Pfizer Canada, Janssen-Ortho inc.

**Notes:** Pour faire paraître un article ou un témoignage, pour soulever des questions, ouvrir un débat, exposer un problème, livrer de l'information en matière de schizophrénie, communiquer avec Suzanne Morand, secrétaire SQS.

## Société québécoise de la schizophrénie

FORMULAIRE D'ADHÉSION

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Profession et/ou occupation \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_  
Tél. résidence \_\_\_\_\_ Tél. bureau \_\_\_\_\_  
Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Je suis:  père/mère  frère/sœur  conjoint(e)  ami(e) d'une personne atteinte de schizophrénie  
 intervenant(e) en santé mentale  une personne atteinte de schizophrénie

Je désire recevoir le courrier sans identification de la SQS  
 J'aimerais faire de l'action bénévole

**Montant de la cotisation**  10 \$ cotisation individuelle  
 15 \$ cotisation familiale

Pour la cotisation familiale, veuillez indiquer le nombre de personnes et le nom de chacune d'elles domiciliées à la même adresse qui seront membres de la SQS.

Nombre \_\_\_\_\_ Noms \_\_\_\_\_

### DON

Je veux appuyer la mission de la SQS par un don de: \_\_\_\_\_ \$

Reçu pour fin d'usage fiscal

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Ci-joint mon chèque au montant total de \_\_\_\_\_ \$ libellé à l'ordre de la **Société québécoise de la schizophrénie (SQS)**.

**Société québécoise de la schizophrénie**  
7401, rue Hochelaga  
Montréal (Québec) H1N 3M5  
(514) 251-4000 poste 3400 / 1-866-888-2323

Numéro d'enregistrement: 893880682RR0001

La Société québécoise de la schizophrénie (SQS) est membre de  
la Société canadienne de schizophrénie (SCS)  
la Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale (FFAPAMM)  
l'Association canadienne pour la santé mentale, filiale de Montréal (ACSM)  
l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP)

