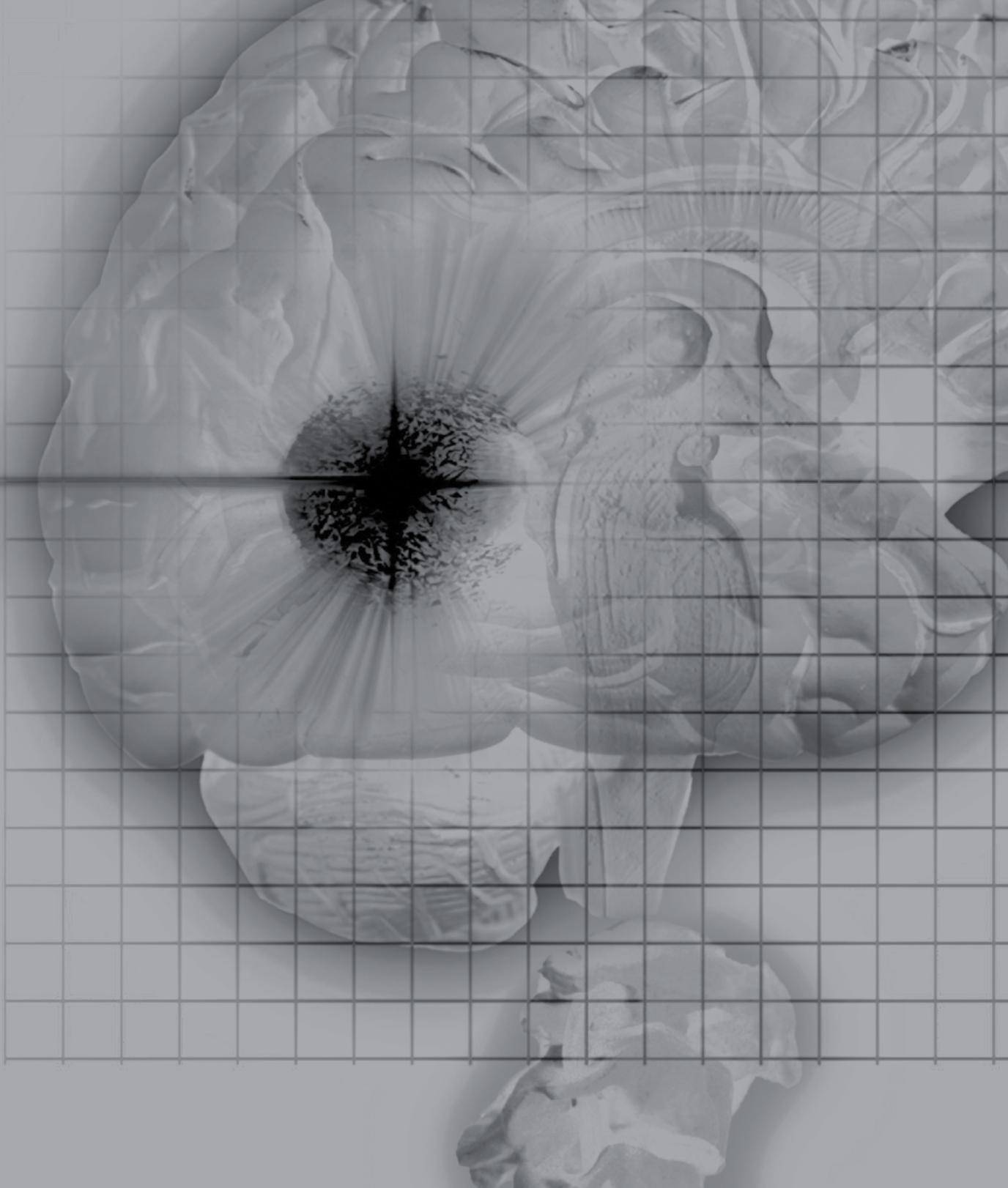
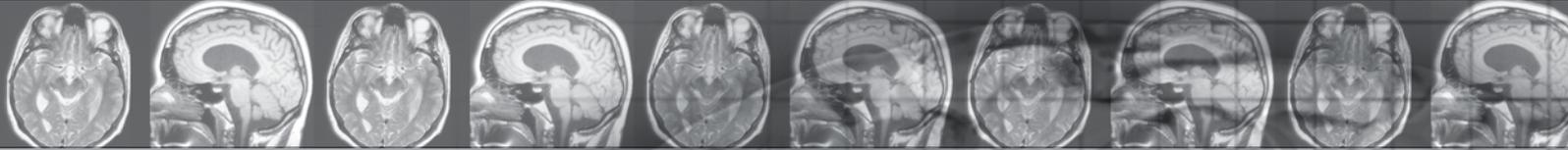


Schizophrénie et société

Pirson O, Stillemans E, Masson AM, De Nayer AR, Domken MA, Delatte B, Dubois V, Gillain B, Floris M, Mallet M, Detraux J



Sommaire

1.	Introduction	3
2.	Facteurs sociaux favorisant incriminés	3
2.1.	Migration	3
2.2.	Milieu urbain	4
2.3.	Niveau socio-économique	4
3.	Prise en charge	4
3.1.	L'hospitalisation	4
3.2.	La mise en observation (MEO)	5
3.3.	Vers la désinstitutionnalisation	6
4.	Statut social et réinsertion	6
4.1.	En Belgique	6
4.2.	Dans différents pays européens	8
5.	Structures adaptées	9
6.	Conclusion	10

1. Introduction

Dans une perspective systémique, famille et société sont indissociables. Différentes raisons nous ont cependant poussés à opter pour cette distinction qui paraît artificielle, tant la famille est inscrite dans la société d'une part, et tant elle participe à l'évolution de celle-ci de l'autre. Par ailleurs, vu le caractère éminemment clinique de notre propos, nous avons retenu l'option de donner la parole aux patients à travers deux vignettes cliniques, en guise de transition entre les deux thèmes. Il s'agira donc d'un diptyque, plutôt que de deux articles indépendants, ce qui implique des incursions réciproques. Nous avons cependant tenté de respecter au mieux chacun des thèmes: la famille dans le premier article, la société dans le second.

Vignette clinique

De ses 21 à ses 26 ans, Francesco, un prénom d'emprunt, a vécu différents cadres de la prise en charge de la schizophrénie paranoïde, greffée sur un retard mental, dont il souffre (mise en observation, maintien, hospitalisation volontaire, suivi ambulatoire, hospitalisation de jour...). Cette succession d'équipes n'a pas permis la continuité et l'anticipation qui ont vraisemblablement manqué par la suite. En effet, il a reçu une notification de fin d'incapacité de travail par l'INAMI (vu «l'état antérieur» et la «capacité de gain»), à laquelle il n'était pas préparé. Il doit se réinscrire au chômage et remplir les formalités en vue d'obtenir des allocations de remplacement de revenu et d'intégration. Il avait entretemps repris un travail, où il s'est vite révélé inapte, sans en prévenir quiconque du monde de la santé, qui a dû réagir dans l'après coup pour lui permettre de conserver ses droits. Cette question du statut (incapacité, invalidité, handicap,...) lui paraît incompréhensible, insurmontable, et le statut de personne handicapée et la fréquentation d'un atelier protégé inacceptables. Il se trouve confronté à des injonctions paradoxales: au moment où il répond aux attentes des professionnels de la santé de prendre conscience de sa maladie et de ses difficultés face au monde du travail, il se voit retirer ses indemnités de malade et remis sur le marché de l'emploi. Il a vécu une telle incompréhension, un tel sentiment de rejet et d'abandon qu'il a commis l'irréparable: il s'est jeté dans le fleuve qui traverse sa ville et son corps a été retrouvé à un barrage quelques jours plus tard. Le médecin-inspecteur de l'INAMI, interpellé par les différents médecins en charge de cette situation, a répondu qu'il porterait ce courrier à la connaissance des autorités compétentes

Plusieurs études épidémiologiques ont retrouvé un risque accru de développer la schizophrénie chez les migrants de première génération et plus encore de deuxième génération.

dans l'élaboration de la réglementation, en vue d'une amélioration des procédures actuelles.

2. Facteurs sociaux favorisant incriminés

Des études indiquent que des facteurs génétiques, environnementaux, neurobiologiques et sociaux jouent un rôle dans l'apparition de la maladie. Malgré l'absence de description claire d'un modèle de vulnérabilité, certains facteurs de risque sociaux sont à l'heure actuelle bien documentés. Le **tableau 1** permet une lecture critique de la pertinence de ces facteurs de risque.

2.1. Migration

La clinique semble mettre en évidence une surreprésentativité des patients d'origine allochtone dans les services qui prennent en charge la schizophrénie. Qu'en est-il réellement?

La migration représente un des principaux facteurs sociaux qui majorent le risque de développer une psychose schizophrénique. En général, les études épidémiologiques ont démontré une incidence élevée de schizophrénie au sein de certaines minorités ethniques dans différents pays du monde. Le risque accru de schizophrénie diffère à la fois au sein des minorités ethniques et entre ces minorités (2, 3).

Les études de prévalence et d'incidence

Plusieurs études (4-21) et méta-analyses (22-24) montrent une incidence accrue des troubles psychotiques chez les migrants de première et de deuxième générations (2, 25). Dans une méta-analyse sur 18 études concernant les premières hospitalisations et leur incidence, publiées entre 1977 et 2003, Cantor-Graae et Selten (23) ont trouvé un risque relatif de développer une schizophrénie de respectivement 2,7 (95% IC = 2,3-3,2) et 4,5 (95% IC = 1,5-13,1) chez les immigrants de première et deuxième générations, par rapport à la population générale. Une relation entre le risque de développer une schizophrénie et le niveau socio-économique de la région de naissance et entre ce risque et la couleur de la peau a été trouvée: le risque relatif est plus élevé chez les immigrants de pays en développement que chez les immigrants de pays développés (RR = 3,3; 95% IC = 2,9-3,9) et plus élevé aussi chez les immigrants de pays où la majorité de la population est noire que chez les immigrants de pays où la majorité de la population est blanche ou ni blanche ni noire (RR = 4,8; 95% IC = 3,7-6,2). Saha et al. (24), dans une méta-analyse sur la prévalence de la schizophrénie, portant sur 188 études de 46 pays, ont trouvé une prévalence de la schizophrénie 1,84 fois plus importante chez les migrants que chez les non-migrants.

Les hypothèses

Ce risque accru de psychose schizophrénique n'a pas pu être imputé à une migration sélective. Cette hypothèse évoquait une participation génétique, c'est-à-dire qu'il y aurait eu une sorte de

sélection préalable à la migration (26, 27). Les personnes à risque seraient plus susceptibles de migrer, car non insérées dans la société, non mariées, etc. Cette hypothèse a depuis été largement réfutée (28). Des hypothèses biologiques telles que l'exposition à des virus neurotrophiques existant en Europe, une déficience de vitamine D (29-31) et des altérations génétiques (31) ont également été postulées. Fahy et al. (32) ont constaté une augmentation d'incidence de patients schizophrènes afro-caribbéens en Angleterre nés en mars 1958 et ont avancé l'hypothèse d'une infection maternelle dans le cadre de la pandémie de grippe de l'automne 1957. Cependant, l'étude de Selten et al. (33) contredit cette hypothèse. L'abus de substances psychoactives est aussi associé à une augmentation du risque de développer une schizophrénie. Néanmoins, des études montrent qu'il n'y a pas plus de consommation de drogues chez les migrants que chez les non-migrants (28).

Le fait d'être migrant n'est pas un facteur de risque en soi (25), mais plutôt le fait d'être migrant dans certaines conditions: l'expérience de l'immigration, le problème d'adaptation culturelle, l'acceptation par la population locale, le changement de projet de vie ou sa totale absence (34, 35) seraient en cause. Des facteurs comme le niveau socio-économique (taux important de chômage, cadre de vie, instabilité familiale, situation professionnelle, etc.) (2, 36, 37), l'exclusion sociale par discrimination et racisme (38-40), le dysfonctionnement familial (une longue séparation entre parents et enfants) (41, 42) ou des facteurs économiques et politiques (problème de papiers, réfugié politique), sans parler des traumatismes vécus dans le pays d'origine (guerre, famine) seraient associés à l'apparition de troubles chez les migrants. Le rapport conflictuel entre les deux pays (colonisé-colonisateur) pourrait aussi être en cause (28). Par ailleurs, le taux de schizophrénie semble inversement associé à la proportion de la communauté migrante («neighborhood ethnic density») (25, 43, 44).

Même si des facteurs tels qu'un bas niveau social, le chômage et la vie en zone urbaine sont souvent associés à une augmentation du risque de schizophrénie et que la plupart des migrants vivent dans des conditions socio-économiques difficiles, cela ne suffit pas à expliquer les taux élevés constatés dans cette population (28). Par exemple, Selten et al. (6) ont montré que, dans la communauté turque des Pays-Bas, il existe un niveau socio-économique bas avec illettrisme et chômage importants, mais que le risque relatif n'est pas augmenté. L'ensemble de ces données semble devoir être relativisé par le problème de l'erreur de diagnostic dans certains cas. Par exemple, Haasen et al. (45-47) ont mis en évidence en Allemagne un risque de sur-diagnostic erroné cinq fois plus élevé chez des migrants turcs examinés par des psychiatres germanophones.

2.2. Milieu urbain

Plusieurs études ont également observé une corrélation entre la psychose schizophrénique et l'urbanité. Les naissances en milieu urbain augmentent le risque de développer une schizophrénie (48-51) de 2 à 3 fois (52, 53). Une méta-analyse de 10 études, réalisée par Krabbendam et al. (54) a révélé que la psychose schizophrénique est environ deux fois plus fréquente dans les zones urbaines que dans les régions rurales. Mortensen et al. (55) ont constaté que, par rapport aux habitants des régions rurales, le risque relatif de schizophrénie pour les enfants nés à Copenhague était de 2,4 (IC à 95%: 2,13-2,70). Le risque relatif de schizophrénie par rapport aux régions rurales diminue à mesure que le degré d'urbanité se réduit. Cette relation linéaire, entre le degré d'urbanité et le risque de développer une psychose schizophrénique, a également été rapportée par Sundquist et al. (56). Ces chercheurs ont défini 5 niveaux de densité de la population et ont constaté, entre autres, que le risque de développer une psychose schizophrénique dans les régions les plus urbanisées était de 68 à 77% plus élevé que dans les régions les plus rurales.

2.3. Niveau socio-économique

Diverses études suggèrent que les individus qui ont une position socio-économique défavorisée ont des taux élevés de schizophrénie (1, 53, 57-61). Boydell et al. (57) et Corcoran et al. (62) ont démontré que l'incidence de la schizophrénie augmente parallèlement (et ce, indépendamment des autres facteurs de risque comme l'âge, le sexe, la migration) aux difficultés sociales, mais seulement dans les zones les plus défavorisées.

Certaines études (63) indiquent que le fait d'être né dans un milieu socio-économique défavorisé est à lui seul un facteur de risque. Cependant, d'autres études ont trouvé une association dans la direction opposée (64), et d'autres encore une association partielle seulement (61, 62).

Le rôle causal des facteurs socio-économiques favorisant la survenue d'une schizophrénie reste délicat à évaluer. Deux théories se disputent l'éclairage de ce lien: la causalité sociale («social causation») et la dérive sociale (ou «social drift»). Selon la théorie de la causalité sociale, le taux élevé de schizophrénie est dû aux adversités socio-économiques. La théorie de la dérive sociale postule, à l'inverse, que la schizophrénie serait à l'origine d'un taux plus élevé de problèmes socio-économiques (62, 65).

3. Prise en charge

3.1. L'hospitalisation

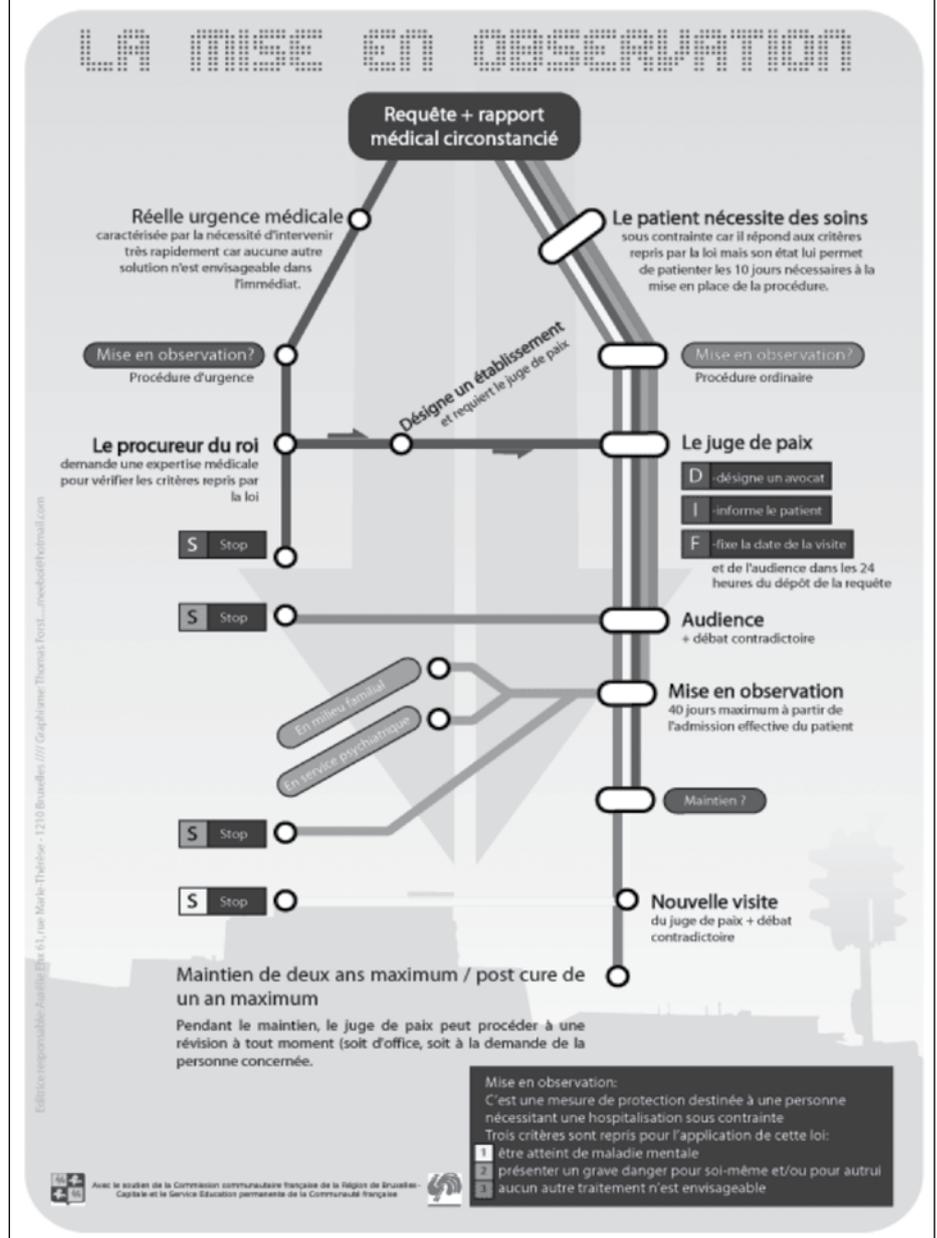
80% des patients souffrant de schizophrénie sont un jour hospitalisés (66), sur une base volontaire, ou dans le cadre d'une contrainte légale. Dans

Tableau 1: Reproductibilité, importance primordiale et consistance des principaux facteurs de risque sociaux dans la schizophrénie (1).

	Reproductibilité	Importance primordiale dans la schizophrénie	Durabilité des résultats au fil du temps
Migration	**	**	**
Milieu urbain	**	**	**
Niveau socio-économique	***	*	***

- Reproductibilité: ** = nombre d'études suffisantes avec une réplique consistante des données ou beaucoup d'études avec une réplique suffisante des données; *** = beaucoup d'études indépendantes avec une réplique consistante des données et des résultats non contradictoires
- Importance primordiale dans la schizophrénie: * = les résultats doivent toutefois être interprétés avec prudence vu la possibilité de facteurs confondants; ** = facteur probablement associé à la schizophrénie
- Durabilité des résultats au fil du temps: ** = des résultats établis depuis déjà un certain temps (15-30 ans); *** = des résultats établis depuis longtemps (plus de 30 ans)

Figure 1: La mise en observation.



nos sociétés occidentales, il s'agit d'un réflexe acquis: quand un problème majeur se présente, on opte pour l'hospitalisation (67). Celle-ci offre un environnement fiable, une structuration des

jours et des activités, et une protection du patient et/ou de son entourage. Les fonctions de la structure hospitalière sont multiples, à commencer par l'établissement du diagnostic, grâce

à une observation au quotidien, la passation de tests... Les symptômes psychotiques peuvent être diminués par une réduction des stimuli, une prise moins aléatoire de la médication, et une (re) confrontation progressive à la réalité. Une action y est également possible sur les symptômes négatifs par les contacts avec d'autres patients, l'utilisation de stimulations légères et progressives. La prévention du suicide (encadrement 24h/24), des consommations des récidives ou des exacerbations (réduction du stress et intervention sur les symptômes prodromiques) constitue une autre priorité. La famille se sent le plus souvent soulagée par l'hospitalisation, à condition d'y être concernée. Cette implication fait d'ailleurs partie de l'exploitation des ressources, de même que le renforcement des qualités du patient, son entraînement à l'adaptation sociale, la recherche d'un logement adéquat et l'organisation de la continuité des soins.

Malgré l'évolution de la politique vers les soins ambulatoires et une sectorisation sous forme de bassins de soins, l'hospitalisation reste la seule réponse à la plupart des problèmes complexes non seulement aux yeux des soignants, mais également de la famille et de la communauté (67). Selon Hochmann (68), il n'y a pas de traitement possible d'un patient psychotique en dehors d'une institution hospitalière.

La question de la stigmatisation revient régulièrement quand il s'agit de l'hospitalisation psychiatrique. A force de vouloir déstigmatiser, ne risque-t-on pas l'effet inverse? Et le stigmate sociétal de «la folie», avec ses comportements bizarres ou effrayants, est-il préférable à celui de l'hospitalisation? Certains prônent le fait de réserver le recours à cette structure aux symptômes les plus graves, au risque d'automutilation ou au risque de négligence extrême (67).

3.2. La mise en observation (MEO)

Lors de la première décompensation, plus de 60% des patients atteints de schizophrénie et 25% des personnes atteintes d'un trouble schizo-affectif sont inconscients de leur trouble et refusent énergiquement tout soin. En Belgique, s'ils sont considérés comme dangereux, ces patients peuvent être amenés à bénéficier de soins sous contrainte (69).

Une Institution psychiatrique liégeoise a reçu, entre 2004 et 2007, 1131 patients sous mesure de mise en observation (MEO). Sur la base du RPM, 510 de ces patients (soit 45%) étaient adressés avec un diagnostic de trouble psychotique. Le deuxième diagnostic, «les troubles de l'humeur», ne concerne que 246 patients (21,75%). Les troubles liés à des substances (le plus souvent en comorbidité) et les troubles de l'adaptation sont les autres diagnostics significativement liés aux mesures légales adressées à cette institution. A la sortie de l'hôpital, 476 des 1.131 patients recevaient le diagnostic de trouble psychotique, en correspondance à 93% avec celui de l'entrée. A

contrario, sur les nouveaux patients ayant reçu un diagnostic de trouble psychotique (N = 612), 45% bénéficiaient d'une mesure légale¹. Ces quelques chiffres ont pour but d'illustrer le fait que la psychose est étroitement liée à cette mesure de protection, surtout dans la phase initiale de la maladie. Nous avons abordé plus haut la question de l'anosognosie.

Nous n'allons pas développer l'ensemble de cette loi (voir **Figure 1**), largement abordée par ailleurs (70), mais nous nous limiterons à certains points qui nous paraissent essentiels. Tout d'abord, la loi du 26/06/1990 remplace celle du 18/06/1850 et apporte une série d'améliorations très importantes (71).

La loi transpose de manière tout à fait satisfaisante les droits et les libertés consacrés par la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales en ce qui concerne les patients psychiatriques, et elle instaure de manière précise les règles du jeu des mesures de protection (71-74).

Un médecin doit toujours fournir un rapport médical circonstancié ajouté à la demande du requérant, mais c'est le juge de paix qui est le seul habilité à décider: il s'agit de l'instance judiciaire la plus proche du citoyen (72, 74, 75). Le médecin est réintégré dans ses prérogatives, celles d'un expert médical qui doit statuer sur les conditions cliniques d'application de la loi (73, 75).

L'ancienne loi de collocation ne prévoyait que le séjour hospitalier. La «nouvelle» loi envisage également la question de *post-cure* (76).

La loi de 1990, en définissant des critères stricts, devait amener une diminution des demandes de mesure de privation de liberté. On a, à l'inverse, assisté à une multiplication des hospitalisations sous contrainte: par exemple, pour l'arrondissement judiciaire de Liège, le taux est passé de 23 à 65 mesures pour 100.000 habitants entre 1994 et 2004 (77). Malheureusement, aucune statistique nationale n'est actuellement disponible, permettant une évaluation précise de ce phénomène (78).

La loi n'a pas précisé ce qu'est «une maladie mentale» (79). Pour son diagnostic, on se réfère donc à des répertoires de classification des maladies mentales, tel le DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual*). La pratique met en évidence une certaine incompréhension entre les psychiatres et les magistrats, entre les psychiatres des services d'urgences et les psychiatres d'institutions. Les divergences d'opinion concernent tant l'évaluation de la nature de la pathologie que l'appréciation de la dangerosité.

Les carences dans l'offre de soins et/ou une accessibilité insuffisante sont régulièrement pointées comme l'une des causes de MEO qui aurait en dû être évitées (76, 80). Une autre cause relevée par Depuydt et al. en 2008 est que la loi ne considère pas comme maladies mentales les assuétudes (alcool et drogues), même en l'absence d'alternative de prise en charge. Les déci-

sions prises dans l'urgence de crises conjugales, familiales ou de décompensations de troubles de personnalités constituent également une source fréquente d'abus. Enfin, les dérives sécuritaires de notre société poussent certains médecins à «se couvrir» du risque de plus en plus grand de devoir rendre des comptes devant la justice (plaintes en responsabilité).

Selon une enquête exploratoire de De Vleeschouwer (80), pour les personnes qui ont connu la MEO pour leur proche, il apparaît à la lecture des sentiments qu'elles expriment que cette mesure est à la fois un évènement qu'elles ont subi et une disposition dont elles ont bénéficié (comme une sortie de crise, un moment d'apaisement dans le milieu familial). Néanmoins, la première MEO apparaît souvent comme un moment traumatique, première confrontation pour un certain nombre avec le monde de la psychiatrie. Régulièrement, la famille ne se sent pas accueillie, consultée, informée, concertée, invitée voire associée par le psychiatre et le personnel soignant à «débattre de» ou à «collaborer pour» la continuité des soins. Cette continuité des soins est un souci partagé par beaucoup de familles (80). Elles mettent en avant la bienveillance de leurs proches et demandent très explicitement que les professionnels fassent alliance avec elles (76).

La procédure d'urgence, qui devait être exceptionnelle, est devenue la procédure habituelle (78, 81). Selon une étude de Tortolani et al. en 2008 (77), les procédures urgentes (via le Substitut du Procureur du Roi) représentaient 77% des mesures en 1994 et 94% en 2004. Cette évolution peut se comprendre par les critères de la loi elle-même (dangerosité du patient) et l'évolution de la société (défaut de prévoyance, responsabilité professionnelle).

Différentes mesures d'application de la loi pourraient en améliorer la pratique clinique. Tout d'abord une meilleure connaissance réciproque des enjeux en amont (services d'urgences) et en aval (institutions psychiatriques agréées) permettrait un plus grand respect au profit du patient (76). La mise en place d'équipes mobiles de crise qui puissent intervenir *in situ*, dans le milieu de vie ou en famille et avec elle, de manière précoce, pourrait éviter un grand nombre d'hospitalisations contraintes (80). Elles seraient également utiles après une MEO pour garantir une meilleure continuité de la prise en charge (sans recours à une nouvelle MEO) (76, 81). La création d'un espace-temps spécifique au niveau des urgences psychiatriques permet d'éviter des décisions précipitées, de faire si nécessaire le bilan somatique, d'impliquer le système... La question du nombre de lits disponibles (dans et hors isolement) dans les institutions est également posée par nombre d'intervenants. Le recours à d'autres mesures de contrainte (MEO normale, placement familial) devrait toujours être envi-

sagé comme alternative à la procédure urgente. Enfin, l'entourage du patient devrait pouvoir être consulté, que ce soit en amont ou en aval de la mesure de MEO. Le système d'appartenance du patient est un allié thérapeutique. Quoi qu'il en soit, une concertation (à l'instar de la réunion de consensus liégeoise ou du groupe de travail de la plate-forme de concertation pour la Santé mentale de la Région de Bruxelles-Capitale) (82) entre les différents professionnels concernés par cette mesure devrait être organisée régulièrement, de manière à permettre une toujours plus grande adéquation entre les soins administrés et la situation du patient et de son entourage.

La «nouvelle» loi de protection de la personne du malade mental a permis de palier de nombreuses imperfections mises en évidence dans la loi de collocation de 1850. Cependant, la loi et son application peuvent encore être améliorées.

Au niveau international, les taux d'hospitalisations non volontaires varient considérablement d'un pays à l'autre. Au sein de l'UE, les chiffres oscillent entre 21% (Espagne) et 59% (Pologne). Un diagnostic de schizophrénie et des symptômes plus graves sont associés à une probabilité plus élevée de mesures coercitives (83). En ce qui concerne l'impact d'une telle mesure de contrainte sur les patients psychiatriques, une des questions importantes est de savoir si les hospitalisations non volontaires diminuent la qualité et l'efficacité des soins. Les études de fond sur ce point sont fort peu nombreuses (84). Dans ce champ, les difficultés méthodologiques font qu'elles sont rares et non généralisables (85). Selon une revue systématique de la littérature de Kallert et al. (85), la durée du séjour, le risque de réadmission, et le risque de réadmission involontaire ont été au moins égaux pour les patients hospitalisés sous contrainte, comparé aux patients volontaires. Bien que les patients involontaires n'aient montré aucune augmentation de la mortalité, le taux de suicide était plus élevé chez ces patients comparé aux patients volontaires. En outre, les patients sous contrainte démontraient un niveau de fonctionnement social inférieur et des niveaux égaux de la psychopathologie générale et de l'adhésion; ils étaient plus insatisfaits du traitement et persuadés plus souvent que l'hospitalisation n'était pas justifiée.

3.3. Vers la désinstitutionnalisation

Nous assistons, comme évoqué plus haut, à une évolution internationale vers la désinstitutionnalisation. Les moteurs en sont: l'amélioration du sort du patient, de son évolution clinique, la diminution des effets iatrogènes de l'hospitalisation, des considérations idéologiques et politiques (antipsychiatrie et concept italien de psychiatrie démocratique), sans oublier les considérations financières. Le mouvement se fait, à l'échelle mondiale, vers des «régions de santé»

comptant de 80.000 à 150.000 habitants, ce qui permet d'améliorer l'accessibilité (et notamment de grande proximité), la synergie entre les acteurs du réseau, le partenariat tant avec les médecins généralistes, qu'avec l'hôpital général. D'autre part, la politique de l'emploi et du logement dans la zone concernée est intégrée... Ainsi, une meilleure visibilité des acteurs en présence, dans et hors le secteur de la santé mentale est réalisée et les responsabilités spécifiques de chacun sont préservées et renforcées. Ces expériences étrangères souvent citées en exemple connaissent également leurs difficultés. Il nous semble important de veiller à maintenir la liberté des patients et des professionnels, à ce jour si chère à notre système, et qui ailleurs s'en trouve parfois réduite. Un autre risque nécessitant notre vigilance réside dans l'exclusion de certains groupes de personnes. Les soins sont centrés sur la communauté, et ont le souci d'être accessibles via des permanences fonctionnant sept jours sur sept et vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Les familles, proches et intervenants de l'environnement des patients, sont dans la mesure du possible impliqués activement dans l'organisation des soins en réseau. L'association des proches permet une amélioration significative dans le fonctionnement social du patient, une augmentation de la capacité à résoudre un problème, une réduction de la charge de soins, une diminution du taux de rechute, une plus grande satisfaction de l'ensemble du système, une meilleure réhabilitation, et un meilleur rapport efficacité/coûts (67). L'évaluation des coûts de ces nouvelles modalités de travail en réseau semble d'ailleurs associée à des dépenses plus importantes ainsi que le tableau du classement européen des coûts de la santé mentale par habitant le laisse suggérer.

Les soins associent classiquement des centres de santé mentale, des polycliniques, des structures résidentielles accompagnées, des centres de revalidation, des équipes de crise («*assertive outreach*»), des équipes mobiles (soins à long terme), et des «*case managers*».

Certes, nous sommes moins familiarisés avec certains dispositifs (équipes mobiles), mais vous aurez reconnu ici l'ensemble des acteurs constituant ce que nous regroupons sous l'appellation «ambulatoire». L'originalité de l'approche réside principalement dans l'organisation relativement centralisée de l'ensemble de ces acteurs pour un territoire donné, ce réseau assurant pour sa zone la responsabilité de répondre aux besoins de l'ensemble de la population.

En Belgique, la réforme en cours, souvent appelée «projet 107», est actuellement en implémentation sur certaines portions du territoire et s'inspire de ces modèles. Dans le cadre des soins aux patients psychotiques, cela paraît utile notamment à quatre niveaux. Premièrement, les familles en difficulté peuvent avoir recours à des professionnels qui se déplacent si nécessaire

chez eux. Ensuite, ce projet promeut le développement des possibilités ambulatoires (insuffisantes actuellement) de prise en charge d'un premier épisode psychotique; il permettrait de ce fait la diminution de la durée de la psychose non traitée (DPNT).

L'organisation structurelle des partenariats et synergies entre services et initiatives tant hospitaliers qu'ambulatoires, tant de la santé mentale que d'autres secteurs autour des besoins du patient, permet de mieux soutenir l'accompagnement de problématiques complexes (double, triple diagnostic) qui dans d'autres contextes seraient notamment associées à des séjours hospitaliers plus longs et plus fréquents, de moins bon pronostic... Enfin, le suivi post-hospitalier peut davantage se concentrer sur des prises en charges adaptées à la réalité clinique globale et au maintien ou au renforcement de l'insertion sociale des patients. Par ailleurs, encore faudrait-il se défier de la régression sociale éventuelle en renforçant la passivité du patient et en ne favorisant pas son autonomie. L'article 107 met en évidence une fragmentation des soins dans la prise en charge des patients: la fragmentation des compétences, l'enchevêtrement des niveaux de compétence et de pouvoir, ainsi que la multiplication des dispositions réglementaires qui en résultent, entraînent une dispersion des moyens et ne favorisent guère l'adoption d'une stratégie de soins de santé mentale intégrée. Ces éléments doivent être pris en compte dans l'implémentation du «projet 107».

4. Statut social et réinsertion

4.1. En Belgique

En Belgique, pour être reconnu incapable de travailler et bénéficier d'une indemnité d'incapacité de travail dans le régime des salariés, on doit remplir les conditions suivantes (86)²:

- toute activité doit être interrompue;
- on doit, dans une période de référence précédant l'incapacité de travail, **prouver un volume de travail minimal** (ou un volume équivalent). On doit également prouver le paiement d'un montant minimal de cotisations de sécurité sociale;
- l'incapacité de travail doit être **la conséquence du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels**;
- l'instance médicale compétente doit reconnaître l'incapacité de travail;
- l'incapacité de travail doit entraîner **une réduction de la capacité de gain à un taux égal ou inférieur au tiers ($\leq 33\%$)** de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail.

Généralement, la psychose survient à l'adolescence ou au début de l'âge adulte (1, 87). Il s'agit d'un trouble mental caractéristique des jeunes adultes, mais pouvant frapper les adolescents,

voire les enfants. Cela veut dire que la plupart des patients atteints de schizophrénie n'ont jamais eu la capacité ou la possibilité de travailler et donc ont beaucoup de problèmes à prouver un volume de travail minimal. De plus, pour les affections présentes depuis longtemps, un travailleur actif doit démontrer qu'il y a une aggravation de la situation qui justifie l'incapacité de travail qui a débuté récemment. Les patients atteints de schizophrénie qui étaient déjà incapables de travailler avant de se trouver sur le marché du travail n'ont donc pas droit aux indemnités maladie puisqu'il n'est pas question de début ou d'aggravation de lésions ou de troubles. En effet, pour ces personnes, la capacité de gain n'a jamais existé. Pour évaluer si le patient atteint de schizophrénie qui fait une demande d'indemnités avait une capacité de gain suffisante au moment d'entrer sur le marché de l'emploi, le médecin-conseil se fonde sur une série d'éléments comme l'existence de contrats de travail, le type d'études réalisées, la rentrée de cotisations à la mutualité, etc. Cet exercice est souvent difficile, surtout quand la question se pose des années après l'entrée sur le marché du travail. Le médecin-conseil ne dispose pas toujours de toutes les informations qui lui permettraient d'y voir clair. De plus, au sens de la jurisprudence, les stages, le travail d'étudiant, l'occupation sans contrat de travail dans l'entreprise familiale, ou l'inscription au chômage ne peuvent être pris en compte comme une preuve que la personne a eu une capacité de gain et donc ne modifient pas l'appréciation (88)³. Selon Etienne Laurent, médecin-conseil à la direction médicale de l'ANMC (Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes), il serait préférable de fixer légalement à 18 ans le moment où l'on juge la capacité de gain de la personne en lieu et place de cette notion d'entrée sur le marché qui est très floue et peut tellement varier d'une personne à l'autre (88).

Les travailleurs sociaux de la Mutualité sont plus souvent qu'avant interpellés par rapport à la reconnaissance d'une incapacité de travail qui a été refusée en conséquence de la référence faite à la notion d'état antérieur (88). Depuis quelques années déjà, les mutuelles excluent du bénéfice de l'indemnité d'incapacité de travail les patients atteints de schizophrénie n'ayant pas réellement fait la preuve d'une capacité de rentrer dans le circuit du travail. Cet application stricte de l'article 100 représente souvent un risque de faire glisser les personnes de la sécurité sociale (assurance soins de santé et invalidité, chômage) vers l'aide sociale (allocations pour handicapés, revenu d'intégration). Il s'agit alors de conserver le nombre de points attribués dans le cadre de l'allocation d'intégration. Il existe en effet plusieurs catégories dans l'appréciation du handicap, et gagner ou perdre un point peut entraîner un changement de classe avec des répercussions financières. Ces décisions sont donc lourdes de conséquences sociales et financières pour les

bénéficiaires (88, 89). Comment promouvoir le progrès et l'autonomisation du patient dans de tels enjeux? Devant ce constat, certaines personnes atteintes de schizophrénie se sentent déprimées et désespérées (jusqu'au suicide).

Un patient qui n'a jamais travaillé et n'a donc pu démontrer son aptitude à travailler ne peut bénéficier d'indemnités d'incapacité de travail. Les exclusions de personnes en incapacité de travail sur la base de la notion d'état antérieur sont en augmentation. De même que les recours devant les tribunaux du travail.

Les revenus de remplacement auxquels peuvent prétendre les personnes atteintes de troubles psychiques sont les allocations familiales majorées (pour les enfants handicapés âgés de 0 à 21 ans), l'allocation de remplacement, l'allocation d'intégration et le revenu d'intégration sociale.

Les allocations familiales majorées

L'élément central pour la détermination des montants est constitué par le degré d'investissement de la famille.

L'allocation de remplacement

L'allocation de remplacement de revenus est accordée à la personne handicapée âgée d'au moins 21 ans et de 65 ans au plus qui, suite à son handicap physique ou psychique, voit sa capacité de gain réduite à un tiers ou moins de ce qu'une personne valide est en mesure de gagner en exerçant une profession sur le marché de l'emploi (86, 90).

L'allocation d'intégration

L'allocation d'intégration est accordée à la personne handicapée âgée d'au moins 21 ans et de 65 ans au plus qui, en raison de son manque d'autonomie, doit supporter des frais supplémentaires pour s'intégrer dans la vie sociale (86, 90) et gérer son quotidien. L'Etat fédéral a rédigé un guide des six fonctions pour évaluer l'autonomie conduisant à l'établissement des «catégories» (voir *Neurone* 2010, Vol 15, N°9, Suppl.) (89).

L'allocation de remplacement des revenus et l'allocation d'intégration sont cumulables et évaluées séparément. Il se peut, en effet, que la capacité de gain d'une personne soit peu affectée par le handicap alors que la personne éprouve des problèmes sur le plan de son autonomie et inversément (86).

Revenu d'intégration sociale

De plus en plus de jeunes se retrouvent en institution psychiatrique à la suite de complications liées à leur psychose. Beaucoup ne sont plus capables de faire des études ou de travailler et vivent généralement d'un revenu d'intégration sociale octroyé par le CPAS. De nombreux CPAS envoient ensuite ces personnes au Ministère de la Prévoyance sociale pour qu'elles obtiennent une allocation de remplacement de revenus et une allocation d'intégration (91).

La réinsertion socio-professionnelle des personnes en incapacité de travail reste, en Belgique, un chantier «inachevé». Contrairement à des pays connaissant un système de sécurité sociale comparable, il n'existe pas, dans notre pays, une stratégie coordonnée visant à favoriser le maintien ou le retour à l'emploi des bénéficiaires de l'assurance indemnités. Pourtant, le cadre légal existe. La loi du 13/07/2006 et son arrêté d'exécution du 30/03/2009 définissent une procédure claire et pragmatique. Les possibilités qu'il offre restent cependant sous-exploitées. De plus, en tout, un montant de 10 millions d'euros a été inscrit au budget 2011 de l'assurance indemnités afin d'augmenter le nombre de parcours de réinsertion proposés aux assurés. A partir des objectifs et dans le respect de la philosophie de la loi du 13 juillet 2006 (l'entrée dans un parcours d'insertion reste une initiative commune du médecin conseil et de l'assuré), l'INAMI compte élaborer une stratégie globale de réadaptation professionnelle et de réintégration sur le marché du travail. Dans son contrat d'administration 2010-2012, l'INAMI a décidé de créer une *Task Force* "incapacité de travail" afin d'établir un plan d'approche relatif aux défis

Catégorie	Montant maximal d'allocation de remplacement par an (montants à partir du 1 ^{er} mai 2011)
A	6.043,68 euros
B	9.065,52 euros
C	12.087,36 euros
Catégorie	Montant maximal d'allocation d'intégration par an (montants à partir du 1 ^{er} mai 2011)
I	1.104,09 euros
II	3.762,33 euros
III	6.011,74 euros
IV	8.758,34 euros
V	9.935,79 euros

à relever en ce qui concerne le phénomène de l'incapacité de travail. Deux groupes de travail ont été créés au sein de la *Task Force* dont l'un à propos de la réinsertion socio-professionnelle. Le système belge actuel se concentre essentiellement sur l'indemnisation des individus en incapacité de travail. Selon l'INAMI, parallèlement à l'indemnisation, le système doit pouvoir offrir aux individus en incapacité de travail qui le souhaitent, la possibilité de se réinsérer sur le marché du travail. Un état social actif doit en effet promouvoir une politique d'insertion (aider les personnes avec des capacités restantes à se réinsérer, ou à ne pas se désinsérer socio-professionnellement) plutôt qu'une simple politique d'indemnisation. Dans la *Task Force* de l'INAMI, les personnes présentant des problèmes psychiques devront faire l'objet d'une attention particulière et un plan d'action spécifique sera élaboré à cet égard. Selon l'INAMI, la sensibilisation des psychiatres à la réintégration sur le marché du travail comme un aspect du traitement de leurs patients, doit être poursuivie. Pour des titulaires qui ne reprendront plus une place, même partielle, sur le marché du travail ordinaire, des pistes complémentaires à l'indemnisation de l'incapacité de travail devraient aussi être développées dans l'optique du maintien d'une certaine intégration sociale. Des projets pilotes pour une réinsertion dans le domaine de l'économie sociale devraient être développés pour permettre d'évaluer de telles possibilités (92).

4.2. Dans différents pays européens

Selon un rapport concernant la santé mentale publié par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, les dernières années ont été prolifiques en politiques et en législations. En effet, depuis 2005, 47% des pays (y compris la Belgique) ont adopté de nouvelles politiques relatives à la santé mentale ou actualisé les politiques existantes; 33% des pays ont une législation vieille de moins de 10 ans (93). Quatre pays (Estonie, Moldavie, Azerbaïdjan et Géorgie) seulement n'ont toujours pas de stratégie en la matière. Les données sur le pourcentage de personnes souffrant d'une incapacité imputable à des troubles mentaux, et recevant des allocations sociales ou une pension d'invalidité, étaient disponibles dans 17 des 42 pays couverts par le rapport, et montrent des différences oscillant de 44% au Danemark à 8% en Fédération de Russie (93). Cependant, les problèmes de santé mentale sont en train de devenir la principale cause d'accès aux prestations d'invalidité. 30 à 40% de l'ensemble des nouvelles demandes de prestations d'invalidité, au cours des 15 dernières années, étaient liées à un problème de santé mentale (94), la proportion atteignant 70% chez les personnes âgées de 20 à 34 ans (94, 95).

En Europe, le taux d'emploi reste très faible pour les patients psychiatriques (94) en général (voir **figure 2**) et en particulier chez les patients atteints de schizophrénie (96-98). Selon les données dis-

ponibles à ce jour, la (ré)insertion socioprofessionnelle concerne moins d'un tiers des patients atteints de schizophrénie dans l'ensemble (dans la plupart des pays les chiffres oscillent entre 10 et 30%) (94, 99-102), mais monte à 50% dans le groupe des premiers épisodes. La réinsertion socioprofessionnelle des patients psychiatriques est donc primordiale.

Les patients souffrant de maladies mentales représentent le premier groupe de nouveaux bénéficiaires de prestations d'invalidité.

Une des démarches mises en place actuellement en Europe s'inspire du modèle américain de soutien à l'emploi (*supported employment*), qui se fonde sur le principe: «placer d'abord, former ensuite». Concrètement, il s'agit de placer la personne le plus rapidement possible, afin d'éviter qu'il ne s'écoule trop de temps entre la fin d'une phase de maladie et la réinsertion. Selon le rapport de l'OMS, des mesures légales d'encouragement financier afin d'aider les employeurs à embaucher des patients psychiatriques selon le modèle du soutien à l'emploi ont déjà été implémentées dans 23 des 42 pays (55%) (93). Cependant, les représentations sociales de la schizophrénie, souvent très péjoratives, mais aussi les échecs des systèmes d'éducation, de santé et de protection sociale diminuent les possibilités d'insertion des patients atteints de schizophrénie dans un milieu professionnel compétitif (94, 103-105). De plus, certains aspects cliniques (e.g. l'abus de substance, la durée de la maladie...) sont également des facteurs qui sont associés à un taux d'emploi plus faible. La relation entre ces facteurs doit être mieux comprise pour entreprendre les réformes structurelles nécessaires dans ce domaine (94).

Pays scandinaves

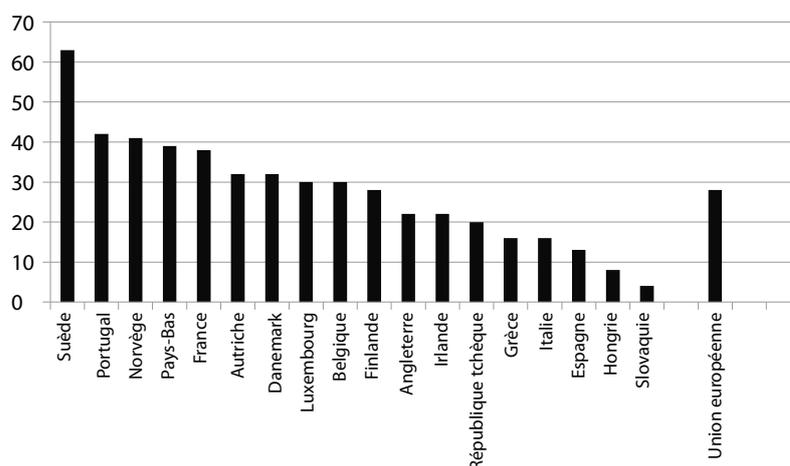
Les pays scandinaves se distinguent des autres pays européens par leur manière d'organiser et de financer la protection sociale des personnes

handicapées. Ils affectent une plus large part de leurs ressources que la majorité des autres pays européens à des programmes visant à favoriser le retour du salarié dans l'entreprise, afin d'éviter qu'il ne bascule trop facilement dans le régime de l'invalidité. Une façon de venir en aide aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale consiste à renforcer les incitations financières en faveur de l'activité. Un employeur qui embauche des personnes reconnues comme ayant une capacité de travail réduite (y compris des patients psychiatriques) peut recevoir une compensation financière. Le montant maximal de cette compensation ne peut excéder 80% de 16.700 SEK (1.841 euros) par mois⁴. Une entreprise d'Etat, Samhall, fournit en outre des emplois aux personnes qui ne peuvent trouver un emploi dans le milieu ordinaire, par exemple un emploi dans des ateliers protégés. De plus, Samhall a pour objectif d'assurer une transition de plus de 5% des sorties de secteur protégé vers le milieu compétitif de travail (106). Ce passage se fait grâce à des salaires subventionnés. Entre 30% et 40% des personnes qui ont tenté de travailler en milieu ordinaire retournent en fait au travail protégé, ce qui ramène à 2 à 3% seulement le taux réel de sortie du dispositif (107). Les services publics pour l'emploi peuvent aussi offrir un «soutien d'aide personnelle» aux personnes présentant des incapacités de travail et attribuer des aides techniques. Cette aide peut s'élever à 50.000 SEK par an (5.513 euros)⁵.

La stigmatisation et la discrimination sont des causes non négligeables des difficultés d'emploi chez les patients atteints de schizophrénie.

Les aides et services aux patients psychiatriques reposent essentiellement sur les communes. Pour la plupart des personnes handicapées, les communes garantissent notamment un logement adapté (aménagement du domicile ou résidences services), des services d'aide à domi-

Figure 2: Taux d'emploi des patients psychiatriques (102).



cile ou d'assistance personnelle ainsi qu'une participation à la vie sociale de la communauté (transport spécialisé, accompagnement, centres de jour) (108). En complément de ces dispositions générales, les personnes gravement handicapées (y compris les grands handicapés psychiques) bénéficient d'une législation spécifique (la Loi LSS, *Lagen om Stöd och Service*, Loi sur le soutien et les services aux personnes atteintes de certaines incapacités fonctionnelles), selon laquelle les communes doivent organiser 10 services et aides précisément définis^{6,7}. Il existe aussi des programmes spéciaux pour répondre aux besoins des patients psychiatriques, comme le droit pour ces personnes d'obtenir gratuitement une assistance personnelle visant à garantir une réintégration sociale et ne pas tomber dans l'isolement. Un autre élément important était la création d'un médiateur (ombudsman) pour les personnes handicapées. Ce médiateur est chargé de garantir les droits et de protéger les intérêts de ces personnes⁸. Mais ce médiateur est également chargé d'informer le gouvernement sur les domaines dans lesquels la législation apparaît insuffisante pour garantir la pleine participation des personnes handicapées (108). Enfin, la Sécurité sociale en Suède fonctionne sur le principe des forfaits annuels: chaque citoyen paie ses soins et ses médicaments jusqu'à un certain plafond par an (environ 100 euros pour les visites médicales et 200 euros pour les médicaments), à partir duquel ils deviennent gratuits⁹.

L'axe central de la politique suédoise est de favoriser autant que possible l'accès des personnes handicapées à un emploi en milieu ordinaire. Plusieurs dispositifs existent qui peuvent se superposer.

France

En favorisant l'accès des travailleurs handicapés à l'emploi en milieu ordinaire, les lois du 10 juillet 1987 et du 11 février 2005 obligent les entreprises de 20 salariés et plus, à employer des travailleurs handicapés à hauteur de 6% de leur masse salariale. Les employeurs de ces entreprises qui ne remplissent pas cette obligation doivent verser à l'AGEFIPH (Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées) une contribution «handicapés». De plus, la loi pour «l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées» du 11 février 2005 apporte des évolutions fondamentales pour répondre aux attentes de ces personnes¹⁰. Dans le cadre de cette loi, une Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) a été créée dans chaque département sous la Direction du Conseil Général. Chaque MDPH met en place une équipe pluridisciplinaire qui prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne. Cette équipe, composée entre autres de médecins, a pour mission d'évaluer le niveau du handicap, l'orientation professionnelle possible et l'orientation médicale. L'orientation médicale [obligatoire]

indiquera si la personne est apte à travailler soit en Etablissement et Services d'Aide par le Travail (ESAT), soit en entreprise adaptée, soit en milieu ordinaire. A l'issue de cette évaluation, la personne handicapée obtient une Reconnaissance Qualité Travailleur Handicapé (RQTH). Ce document RQTH devra être présenté à chaque employeur éventuel. L'emploi d'une personne handicapée psychique dans un milieu ordinaire doit être très encadré. La loi française impose un staff composé d'un médecin généraliste et d'un psychiatre (en entreprise ou intervenant extérieur), un soutien psychologique (en entreprise ou intervenant extérieur), une formation des salariés travaillant autour de ces travailleurs handicapés psychiques (afin d'éviter que ceux-ci aient des comportements inadaptés et de leur permettre de gérer les éventuelles situations à risque) et la présence d'un tuteur ou référent qui accompagnera la personne handicapée psychique (109).

5. Structures adaptées

Pour maintenir la personne dans un milieu naturel, éviter les rechutes, et favoriser la réadaptation du patient, toute une palette de structures adaptées existe en Belgique: centres psychothérapeutiques de jour ou de nuit (l'hôpital de nuit, l'hôpital de jour), les Initiatives d'Habitations Protégées (IHP), les Maisons de Soins Psychiatriques (MSP) et les communautés thérapeutiques.

Centres psychothérapeutiques de jour ou de nuit – Les hôpitaux psychiatriques de jour

Ces structures, qui se veulent intermédiaires entre hôpitaux psychiatriques et retour à une vie normale dans la société, ont pour objectif la réinsertion et le retour à l'autonomie des personnes atteintes de troubles psychiques au travers de programmes d'activités diverses, qu'elles soient culturelles, thérapeutiques ou orientées vers l'extérieur (110).

Hôpital de jour

Il s'agit d'un service situé préférentiellement à l'extérieur de l'hôpital, offrant en externe un programme regroupant des activités d'évaluation, de diagnostic et de traitement à une patientèle aux prises avec des problèmes d'ordre psychique. Son objectif est d'optimiser l'insertion des personnes dans leur milieu familial, scolaire ou professionnel (111).

Hôpital de nuit

L'hôpital de nuit organise une prise en charge thérapeutique de fin de journée, une surveillance médicale de nuit et, le cas échéant, de fin de semaine. La nuit peut représenter un moment de recrudescence de phénomènes anxieux, certains patients nécessitant une prise en charge la nuit et le week-end. Le personnel de ces structures est identique à celui d'une unité d'hospitalisation à temps complet (112).

Initiatives d'habitations protégées (IHP)

Les initiatives d'habitations protégées offrent une solution idéale pour de nombreux patients psychiatriques. Elles sont des lieux d'hébergement et d'accompagnement thérapeutique pour des projets d'autonomie. Elles leur donnent la possibilité de vivre hors du centre psychiatrique de manière individuelle et organisée, en bénéficiant d'un accompagnement psychosocial. Cet accompagnement s'articule généralement autour des axes suivants: accueil, écoute individuelle, autonomisation, insertion sociale (113). L'approche théorique est ici celle de la réhabilitation psychiatrique centrée sur le développement et tenant compte des possibilités et des limites du résident. La réintégration sociale et l'activation occupent une place centrale. Selon les dispositions légales, les IHP assurent «l'hébergement et l'accompagnement des personnes qui ne nécessitent pas un traitement continu en hôpital et qui, pour des raisons psychiatriques, doivent être aidées dans leur milieu de vie» (114). Ce sont des lieux de vie qui se présentent soit sous forme collective (3 à 10 personnes par maison) soit sous forme de studio individuel ou de suivi au domicile privé. En 2006, la Belgique comptait 3.680 places situées dans les IHP, dont 2.486 en Région flamande, 751 en Région wallonne et 443 en Région de Bruxelles-Capitale (115).

Communautés thérapeutiques

Les communautés thérapeutiques axent leurs programmes sur la réinsertion psycho-socio-professionnelle de la personne accueillie (suivi psycho-thérapeutique, activités communautaires, accompagnement de la vie quotidienne...). Certaines se sont spécialisées dans la prise en charge des assuétudes, ou celle des adultes ayant des difficultés d'ordre psychiatrique comme les patients atteints de schizophrénie. La vie quotidienne de patients psychiatriques se déroule dans un milieu qui leur donne toute liberté d'organiser leur vie personnelle, relationnelle, professionnelle, etc. La présence des thérapeutes est plus importante que dans les IHP.

Maison de Soins Psychiatriques (MSP)

La notion de Maison de Soins Psychiatriques (MSP) est apparue en 1990. Il s'agissait pour le législateur de raccourcir le séjour en service psychiatrique index «T» de longue durée et/ou de l'éviter. La MSP est donc destinée aux personnes qui présentent un trouble psychique chronique stabilisé, pour autant qu'elles ne requièrent pas de traitement hospitalier, qu'elles n'entrent pas en ligne de compte pour une admission en maison de repos et de soins ou en habitation protégée, et qu'elles ne nécessitent pas une surveillance psychiatrique continue. Par contre, elles doivent nécessiter un accompagnement continu. En vue des longues listes d'attente, on peut considérer qu'il y a une grande insuffisance de places.

6. Conclusion

La thérapie familiale et systémique a eu le mérite de se pencher sur le sens de la psychopathologie, d'insister sur la prise en compte du contexte social et familial, d'ouvrir de nouveaux horizons dans la prise en charge des patients atteints de schizophrénie, etc. Elle a également introduit, via Bateson, le concept du «double lien». Celui-ci nous paraît particulièrement opérant dans la clinique de la psychose, au terme de ces deux articles.

Sans parler d'isomorphisme, la clinique nous pousse à nous interroger sur les injonctions paradoxales dictées par la société et ses contingences idéologiques et économiques.

Comment, dans un contexte social, où l'adolescent a tendance à se refermer sur lui-même ou sur ses écrans, et vu l'âge et le mode d'apparition de la psychose, la diagnostiquer et réduire au maximum la DPNT? Il s'agit de surcroît d'éviter toute forme de stigmatisation, et de bannir tout faux positif, vu son impact potentiel.

Ce rapport à la stigmatisation ne va-t-il pas à l'encontre du traitement, dont la psycho-éducation nécessite comme préalable la connaissance du diagnostic par le patient et son entourage?

L'obligation de moyens qui peut s'avérer très stigmatisante ne constitue-t-elle pas une prescription légale? Comment appliquer la loi sur les droits du patient (22/08/2002) quand la pathologie dont il souffre est précisément celle de la liberté? Comment concilier ces droits et la volonté de la société d'être protégée, de tout maîtriser?

Si la société, dans ses dérives sécuritaires, doit à tout prix trouver un responsable à tout passage à l'acte, comment continuer à prendre en charge sereinement des pathologies lourdes et parfois imprévisibles? La loi du 26/06/1990 mériterait à cet égard plus qu'une relecture...

Promouvoir l'implication des familles ne constitue-t-il pas un non-sens dans une société qui évolue inexorablement vers toujours plus d'individualisme et toujours moins de famille?

Comment les interpeller, travailler avec les proches sans susciter chez eux une quelconque culpabilité?

Comment concilier une pression économique sur les soins toujours plus grande et une fragmentation des moyens liée à des enjeux linguistiques et/ou philosophiques? Comment réduire les durées d'hospitalisation, alors que les problématiques sociales s'avèrent toujours plus présentes et complexes?

Ne pourrions-nous pas nous inspirer de modèles sociaux étrangers qui proposent une prise en charge alternative, tant sur le plan du statut de la personne souffrant de schizophrénie, que sur celui des structures ou de la réhabilitation? En effet, dans notre système belge de sécurité sociale, les conditions de garantie au patient d'allocations d'intégration vont à l'encontre de son évolution vers toujours plus d'autonomie. Cette autonomie constitue d'ailleurs le but poursuivi par des initiatives telles que les habitations protégées, mais les conditions qui y sont

liées, ainsi que l'absence de priorité à l'obtention d'un logement social ont plutôt tendance à en faire des facteurs de chronification. Que dire des risques de la désinstitutionnalisation (projet 107) dans ce rapport à l'autonomie?

Le développement nécessaire de structures adaptées se heurte au phénomène NIMBY («*Not In My Back Yard*»), toujours plus présent.

Elles sont par ailleurs limitées en nombre, vu les restrictions budgétaires, alors qu'est observée sur le terrain une augmentation des problématiques sociales.

Tout qui prend en charge des patients atteints de schizophrénie s'inscrit donc dans une tension continue générée par une société (des familles) aux injonctions paradoxales multiples.

Notes

¹ Pirson O. Communication personnelle.

² Est reconnu incapable de travailler au sens de la présente loi coordonnée, le travailleur qui a cessé toute activité en conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels dont il est reconnu qu'ils entraînent une réduction de sa capacité de gain, à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail, dans le groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressé au moment où il est devenu incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'il a ou qu'il aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle.

³ Communication personnelle avec le service social de Kortenberg.

⁴ Pudas H (Johnson & Johnson). Communication personnelle.

⁵ Pudas H (Johnson & Johnson). Communication personnelle.

⁶ Pudas H (Johnson & Johnson). Communication personnelle.

⁷ Conseils et soutien individualisés, assistance personnelle, service d'accompagnement, personne de contact, suppléance familiale à domicile, brefs séjours hors du foyer, prise en charge de courte durée des écoliers de plus de 12 ans, familles d'accueil et logements à services spéciaux pour les enfants et les jeunes, logements adaptés aux besoins des handicapés adultes, activités quotidiennes.

⁸ Pudas H (Johnson & Johnson). Communication personnelle.

⁹ Pudas H (Johnson & Johnson). Communication personnelle

¹⁰ Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

Références

1. Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah HA. Schizophrenia, "Just the Facts": what we know in 2008 part 1: overview. *Schizophr Res* 2008;100(1-3):4-19.
2. Veling W, Susser E. Migration and psychotic disorders. *Expert Rev Neurother* 2011;11(1): 65-76.
3. Vandendriessche F, Lecompte D, De Hert M, et al. De rol van omgevingsfactoren bij het ontstaan van schizofrene psychose. *Neuron* 2010; 15(10) (Suppl).
4. Harrison G. Searching for the causes of schizophrenia: the role of migrant studies. *Schizophr Bull* 1990;16(4):663-71.
5. van Os J, Driessen G, Gunther N, Delespaul P. Neighbourhood variation in incidence of schizophrenia. Evidence for person-environment interaction. *Br J Psychiatry* 2000;176:243-8.
6. Selten JP, Veen N, Feller W, et al. Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to The Netherlands. *Br J Psychiatry* 2001;178:367-72.
7. Zolkowska K, Cantor-Graae E, McNeil TF. Increased rates of psychosis among immigrants to Sweden: is migration a risk factor for psychosis? *Psychol Med* 2001;31(4):669-78.
8. Cantor-Graae E, Zolkowska K, McNeil TF. Increased risk of psychotic disorder among immigrants in Malmö: a 3-year first-contact study. *Psychol Med* 2005;35(8):1155-63.
9. Leão TS, Sundquist J, Frank G, Johansson LM, Johansson SE, Sundquist K. Incidence of schizophrenia or other psychoses in first- and second-generation immigrants: a national cohort study. *J Nerv Ment Dis* 2006;194(1):27-33.
10. Mortensen PB, Cantor-Graae E, McNeil TF. Increased rates of schizophrenia among immigrants: some methodological concerns raised by Danish findings. *Psychol Med* 1997;27(4):813-20.
11. Fossion P, Ledoux Y, Valente F, et al. Psychiatric disorders and

social characteristics among second-generation Moroccan migrants in Belgium: an age- and gender-controlled study conducted in a psychiatric emergency department. *Eur Psychiatry* 2002;17(8):443-50.

12. Fossion P, Servais L, Rejas MC, Ledoux Y, Pelc I, Minner P. Psychosis, migration and social environment: an age- and gender-controlled study. *Eur Psychiatry* 2004;19(6):338-43.
13. Dealberto MJ. Ethnic origin and increased risk for schizophrenia in immigrants to countries of recent and longstanding immigration. *Acta Psychiatr Scand* 2010;121(5):325-39.
14. Coid JW, Kirkbride JB, Barker D, et al. Raised incidence rates of all psychoses among migrant groups: findings from the East London first episode psychosis study. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65(11):1250-8.
15. Fearon P, Kirkbride JB, Morgan C, et al; AESOP Study Group. Incidence of schizophrenia and other psychoses in ethnic minority groups: results from the MRC AESOP Study. *Psychol Med* 2006;36(11):1541-50.
16. Veling W, Selten JP, Veen N, Laan W, Blom JD, Hoek HW. Incidence of schizophrenia among ethnic minorities in the Netherlands: a four-year first-contact study. *Schizophr Res* 2006;86(1-3):189-93.
17. Smith GN, Boydell J, Murray RM, et al. The incidence of schizophrenia in European immigrants to Canada. *Schizophr Res* 2006;87(1-3):205-11.
18. Cantor-Graae E, Pedersen CB, McNeil TF, Mortensen PB. Migration as a risk factor for schizophrenia: a Danish population-based cohort study. *Br J Psychiatry* 2003;182:117-22.
19. Weiser M, Werbeloff N, Vishna T, et al. Elaboration on immigration and risk for schizophrenia. *Psychol Med* 2008;38(8):1113-9.
20. Corcoran C, Perrin M, Harlap S, et al. Incidence of schizophrenia among second-generation immigrants in the Jerusalem perinatal cohort. *Schizophr Bull* 2009;35(3):596-602.
21. Selten JP, Slaets JP, Kahn RS. Schizophrenia in Surinamese and Dutch Antillean immigrants to The Netherlands: evidence of an increased incidence. *Psychol Med* 1997;27(4):807-11.
22. Krabbendam L, van Os J. Schizophrenia and urbanicity: a major environmental influence—conditional on genetic risk. *Schizophr Bull* 2005;31(4):795-9.
23. Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am J Psychiatry* 2005;162(1):12-24.
24. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med* 2005;2(5): e141.
25. van Os J, Kenis G, Rutten BP. The environment and schizophrenia. *Nature* 2010;468(7321):203-12.
26. Selten JP, Cantor-Graae E, Slaets J, Kahn RS. Odegaard's selection hypothesis revisited: schizophrenia in Surinamese immigrants to The Netherlands. *Am J Psychiatry* 2002;159(4):669-71.
27. Morgan C, Charalambides M, Hutchinson G, Murray RM. Migration, ethnicity, and psychosis: toward a sociodevelopmental model. *Schizophr Bull* 2010;36(4):655-64.
28. Tortelli A, Kourio H, Ailam L, Skurnik N. Psychose et migration, une revue de la littérature. *Annales Médico-Psychologiques* 2009;167:459-63.
29. McGrath J, Eyles D, Mowry B, Yolken R, Buka S. Low maternal vitamin D as a risk factor for schizophrenia: a pilot study using banked sera. *Schizophr Res* 2003;63(1-2):73-8.
30. McGrath J. Hypothesis: is low prenatal vitamin D a risk-modifying factor for schizophrenia? *Schizophr Res* 1999;40(3):173-7.
31. Dealberto MJ. Why are immigrants at increased risk for psychosis? Vitamin D insufficiency, epigenetic mechanisms, or both? *Med Hypotheses* 2007;68(2):259-67.
32. Fahy TA, Jones PB, Sham PC, Murray RM. Schizophrenia in Afro-Caribbeans in the U.K. following prenatal exposure to the 1957 A2 influenza epidemic. *Schizophr Res* 1992;6:98-9.
33. Selten JP, Slaets J, Kahn R. Prenatal exposure to influenza and schizophrenia in Surinamese and Dutch Antillean immigrants to The Netherlands. *Schizophr Res* 1998;30(1):101-3.
34. Allardyce J, Boydell J. Review: the wider social environment and schizophrenia. *Schizophr Bull* 2006;32(4):592-8.
35. Kirkbride JB, Fearon P, Morgan C, et al. Heterogeneity in incidence rates of schizophrenia and other psychotic syndromes: findings from the 3-center AeSOP study. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(3):250-8.
36. Hjern A, Wicks S, Dalman C. Social adversity contributes to high morbidity in psychoses in immigrants—a national cohort study in two generations of Swedish residents. *Psychol Med* 2004;34(6):1025-33.
37. Morgan C, Kirkbride J, Hutchinson G, et al. Cumulative social disadvantage, ethnicity and first-episode psychosis: a case-control study. *Psychol Med* 2008;38(12):1701-15.
38. Karlsen S, Nazroo JY, McKenzie K, Bhui K, Weich S. Racism, psychosis and common mental disorder among ethnic minor-

- city groups in England. *Psychol Med* 2005;35(12):1795-803.
39. Veling W, Selten JP, Susser E, Laan W, Mackenbach JP, Hoek HW. Discrimination and the incidence and the incidence of psychotic disorders among ethnic minorities in The Netherlands. *Int J Epidemiol* 2007;36(4):761-8.
 40. Cooper C, Morgan C, Byrne M, et al. Perceptions of disadvantage, ethnicity and psychosis. *Br J Psychiatry* 2008;192(3):185-90.
 41. Mallett R, Leff J, Bhugra D, Pang D, Zhao JH. Social environment, ethnicity and schizophrenia. A case-control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37(7):329-35.
 42. Morgan C, Kirkbride J, Leff J, et al. Parental separation, loss and psychosis in different ethnic groups: a case-control study. *Psychol Med* 2007;37(4):495-503.
 43. Boydell J, van Os J, McKenzie K, et al. Incidence of schizophrenia in ethnic minorities in London: ecological study into interactions with environment. *BMJ* 2001;323(7325):1336-8.
 44. Veling W, Susser E, van Os J, Mackenbach JP, Selten JP, Hoek HW. Ethnic density of neighborhoods and incidence of psychotic disorders among immigrants. *Am J Psychiatry* 2008;165(1):66-73.
 45. Haasen C, Yagdiran O, Mass R. Differences between psychopathological evaluation in German and Turkish language of Turkish immigrants. *Nervenarzt* 2000;71(11):901-5.
 46. Haasen C, Yagdiran O, Mass R, Krausz M. Schizophrenic disorders among Turkish migrants in Germany. A controlled clinical study. *Psychopathology* 2001;34(4):203-8.
 47. Haasen C, Yagdiran O, Mass R, Krausz M. Potential for misdiagnosis among Turkish migrants with psychotic disorders: a clinical controlled study in Germany. *Acta Psychiatr Scand* 2000;101(2):125-9.
 48. Pedersen CB, Mortensen PB. Urbanization and traffic related exposures as risk factors for schizophrenia. *BMC Psychiatry* 2006;6:2.
 49. Lederbogen F, Kirsch P, Haddad L, et al. City living and urban upbringing affect neural social stress processing in humans. *Nature* 2011;474(7352):498-501.
 50. Dragt S, Nieman DH, Veltman D, et al. Environmental factors and social adjustment as predictors of a first psychosis in subjects at ultra high risk. *Schizophr Res* 2011;125(1):69-76.
 51. Kelly BD, O'Callaghan E, Waddington JL, et al. Schizophrenia and the city: A review of literature and prospective study of psychosis and urbanicity in Ireland. *Schizophr Res* 2010;116(1):75-89.
 52. Pedersen CB, Mortensen PB. Evidence of a dose-response relationship between urbanicity during upbringing and schizophrenia risk. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58(11):1039-46.
 53. Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah HA. Schizophrenia, "just the facts" what we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology. *Schizophr Res* 2008;102(1-3):1-18.
 54. Krabbendam L, van Os J. Schizophrenia and urbanicity: a major environmental influence – conditional on genetic risk. *Schizophr Bull* 2005;31:795-9.
 55. Mortensen P, Pedersen C, Westergaard T, et al. Effects of family history and place and season of birth on the risk of schizophrenia. *New Engl J Med* 1999;340:603-8.
 56. Sundquist K, Frank G, Sundquist J. Urbanisation and incidence of psychosis and depression. *Br J Psychiatry* 2004;184:293-8.
 57. Boydell J, van Os J, McKenzie K, Murray RM. The association of inequality with the incidence of schizophrenia – an ecological study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39(8):597-9.
 58. Eaton WW. Epidemiology of schizophrenia. *Epidemiol Rev* 1985;7:105-26.
 59. Croudace TJ, Kayne R, Jones PB, Harrison GL. Non-linear relationship between an index of social deprivation, psychiatric admission prevalence and the incidence of psychosis. *Psychol Med* 2000;30(1):177-85.
 60. Saxena S, Jané-Llopis E, Hosman C. Prevention of mental and behavioural disorders: implications for policy and practice. *World Psychiatry* 2006;5(1):5-14.
 61. Mortensen P, Agerbo E, Eriksson T, Westergaard-Nielsen N. Parental education and socioeconomic variables as predictors of schizophrenia in their offspring. Abstract presented at the 10th biennial winter workshop on schizophrenia. *Schizophr Res* 2000;41:73.
 62. Corcoran C, Perrin M, Harlap S, et al. Effect of socioeconomic status and parents' education at birth on risk of schizophrenia in offspring. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009;44(4):265-71.
 63. Werner S, Malaspina D, Rabinowitz J. Socioeconomic status at birth is associated with risk of schizophrenia: population-based multilevel study. *Schizophr Bull* 2007;33(6):1373-8.
 64. Mäkiyö T, Isohanni M, Moring J, et al. Is a child's risk of early onset schizophrenia increased in the highest social class? *Schizophr Res* 1997;23(3):245-52.
 65. Dohrenwend BP, Levav I, Shrout PE, et al. Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue. *Science* 1992;255(5047):946-52.
 66. De Haan L. Thème II: Le premier épisode aigu de la schizophrénie. Quel abord institutionnel du premier épisode aigu de schizophrénie ? (pp. 159-170). In: De Clercq M, Peuskens J (Eds.)(2000). Les troubles schizophréniques. De Boeck Université, Bruxelles.
 67. Van Veldhuizen JR. Thème II: Le premier épisode aigu de la schizophrénie. Quel abord institutionnel du premier épisode aigu de schizophrénie ? (pp. 171-199). In: De Clercq M, Peuskens J (Eds.)(2000). Les troubles schizophréniques. De Boeck Université, Bruxelles.
 68. Hochmann J (1994). La consolation. Odile Jacob, Paris.
 69. Rihoux F. Vers la mise en place de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et réseaux de soins. *Similes* 2010(61):18-23.
 70. Benoit G (Ed.). (2011). La protection de la personne des malades mentaux. Ethique, médecine et justice. La Chartre, Bruxelles.
 71. Burton L, Joiret E, De Terwangne A, Servais L. La loi du 26 juin 1990: une mesure de protection parmi d'autres, pour le mineur, son médecin et le juge de la jeunesse (pp. 151-182). In: Benoit G (Ed.) (2011). La protection de la personne des malades mentaux. Ethique, médecine et justice. La Chartre, Bruxelles.
 72. De Clercq M, Hoyois Ph. Collocation et nouvelle loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des patients psychiatriques. *Acta Psychiatr Belg* 1992;92:5-32.
 73. De Clercq M, Hoyois Ph. La nouvelle loi du 26 juin 1990: des mesures de collocation aux espoirs que le monde psychiatrique place dans son application. In Benoit G, Brandon I, Gillardin J. Patients psychiatriques et incapables majeurs 41-59, Fac. Univ. Saint-Louis, Bruxelles, 1994.
 74. De Clercq M, Troch S, Herbaux S, Hoyois Ph. Loi de protection de la personne du malade mental à Bruxelles. Caractéristiques des patients et devenir des procédures. *Acta Psychiatr Belg* 1997;97:192-224.
 75. De Clercq M, Ector F, Troch S, Herbaux S, Hoyois Ph. Les limites du concept de dangerosité. *Cah Psychol Clin* 1995; 5: 251-276. La transgression, De Boeck Editeurs.
 76. La Fédération Similes Francophone ASBL. Enquête sur les répercussions de la loi de 1990. *Similes* 2010 (60): 4-10.
 77. Tortolani I, Gayetot D, Duquesne P, Donneau AF, Boxho P, Anseau M. L'augmentation des hospitalisations contraintes: un constat préoccupant. *Acta Psychiatrica Belgica* 2008;108(4):11-9.
 78. Caspar P, Constant H, Lamote M, et al. Cinq ans d'application de la loi du 26 juin 1990 dans l'arrondissement judiciaire de Bruxelles-Halle-Vilvorde. Quelques données quantitatives (pp. 313-328). In: Benoit G (Ed.) (2011). La protection de la personne des malades mentaux. Ethique, médecine et justice. La Chartre, Bruxelles.
 79. Pitchot W, Pinto E, Adam E, et al. Réunion de consensus sur la procédure de mise en observation en urgence. *Acta Psychiatrica Belgica* 2011;111(1):50-4.
 80. De Vleeschouwer D. Enquête exploratoire auprès des familles de patients schizophrènes sur les répercussions de la loi de 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux (pp. 213-249). In: Benoit G (Ed.) (2011). La protection de la personne des malades mentaux. Ethique, médecine et justice. La Chartre, Bruxelles.
 81. Grassart J. Le point de vue des familles sur l'application de la loi. Priorité à l'alliance thérapeutique précoce (pp. 203-212). In: Benoit G (Ed.) (2011). La protection de la personne des malades mentaux. Ethique, médecine et justice. La Chartre, Bruxelles.
 82. "La loi du 26 juin 1990 relative à la protection des malades mentaux" - Commentaires et réflexions du groupe de travail "Mise en observation-Intervention" - décembre 2000-Plateforme de concertation pour la santé mentale en région de Bruxelles-Capitale.
 83. Raboch J, Kalisová L, Nawka A, et al. Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries. *Psychiatr Serv* 2010;61(10):1012-7.
 84. Sheehan KA. Compulsory treatment in psychiatry. *Curr Opin Psychiatry* 2009;22(6):582-6.
 85. Kallert TW, Glöckner M, Schützwohl M. Involuntary vs. voluntary hospital admission. A systematic literature review on outcome diversity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2008;258(4):195-209.
 86. Verbod van Verzorgingsinstellingen vzw. Betaalbaarheid & toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg in België. Knelpunten en voorstellen. 17 september 2008.
 87. Tandon R, Nasrallah HA, Keshavan MS. Schizophrenia, "just the facts" 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophr Res* 2009;110(1-3):1-23.
 88. Quand la loi exclut assurés sociaux. *Social* 21 mai 2009.
 89. Mallet L, Masson A, Delatte B, et al. L'autonomie et son évaluation dans les troubles schizophréniques. *Neurone* 2010; 15(0)(Suppl.).
 90. http://www.belgium.be/nl/gezondheid/handicap/inkomensvervangende_uitkering/
 91. Demande d'explications de Mme Lieve Van Ermen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et à la secrétaire d'Etat aux Personnes handicapées sur "le coût de la toxicomanie pour les autorités fédérales" (Sénat de Belgique, Annales n° 4-776).
 92. VBO. Verbond van Belgische Ondernemingen. Vermeersch C. RIZIV – Task Force Arbeidsongeschiktheid. 28 april 2011.
 93. World Health Organization (2008). Policies and practices for mental health in Europe – meeting the challenges.
 94. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2010). Mental health, disability and work. Issues for discussion. OECD Expert Meeting, Paris, 26-28 April 2010.
 95. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2010). *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers: A Synthesis of Findings across OECD Countries*, OECD Publishing.
 96. Marwaha S, Johnson S, Bebbington P, et al. Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany. *Br J Psychiatry* 2007;191:30-7.
 97. Cougnard A, Goumilloux R, Monello F, Verdoux H. Characteristics associated with duration of employment of persons with schizophrenia after first contact with psychiatric services. *Work* 2009;34(3):365-71.
 98. Killackey EJ, Jackson HJ, Gleeson J, Hickie IB, McGorry PD. Exciting career opportunity beckons! Early intervention and vocational rehabilitation in first-episode psychosis: employing cautious optimism. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40(11-12):951-62.
 99. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment - a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39(5):337-49.
 100. Catty J, Lissouba P, White S, et al; EQOLISE Group. Predictors of employment for people with severe mental illness: results of an international six-centre randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2008;192(3):224-31.
 101. Burns T, Catty J, White S, et al; EQOLISE Group. The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: results of an international study of individual placement and support. *Schizophr Bull* 2009;35(5):949-58.
 102. European Labour Force Survey (2002). Ad-hoc module on employment of people with disability.
 103. Cechnicki A, Angermeyer MC, Biela ska A. Anticipated and experienced stigma among people with schizophrenia: its nature and correlates. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011;46(7):643-50.
 104. Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry* 2000;177:4-7.
 105. Schulze B, Angermeyer MC. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Soc Sci Med* 2003;56(2):299-312.
 106. <http://www.samhall.se/In-English/History-of-the-company/>
 107. Cohu S, Lequet-Slama D, Velche D. La Suède et la prise en charge sociale du handicap, ambitions et limites. *RFAS* 2003;4:461-83.
 108. Noury D. La compensation du handicap en Suède. Rapport n°2003 052, Avril 2003.
 109. Janssen Pharmaceutical Companies. Review of schizophrenia policy project. Pôle SNC-VIH, Anne Anceau, 15 novembre 2011.
 110. <http://www.similes.org/fr/M3.php>
 111. Bibliothèques Psy (2004). <http://www.bibliothques-psy.com/sommaire.php/spip.php?article920>.
 112. Kratz P (2004). Les structures de soins psychiatriques. www.cadredesante.com.
 113. <http://www.guidesocial.be/infos/initiatives-d-habitations-protégées.html>.
 114. Dupont Y, Bosmans M, Van Rompaey. Les initiatives d'habitats protégés. Contact: la revue de l'aide et des soins à domicile 2009 ; 29(119) : 3-4.
 115. Bulletin 3-90. SESSION DE 2006-2007. Questions posées par les Sénateurs et réponses données par les Ministres (Art. 70 du règlement du Sénat).

The work of the Belgian Discussion Board on AntiPsychotic Treatment is performed in scientific collaboration with the Janssen Academy.

