

FAQ (Questions - Réponses)

Dans la présente rubrique, on s'efforcera d'apporter des réponses aux questions les plus fréquemment posées par les visiteurs de ce site (et par les proches de malades). Ces réponses seront aussi brèves et simples que possible. Lorsqu'une réponse plus détaillée et plus longue est déjà disponible, ailleurs sur le site (dans l'un ou l'autre dossier), un lien y renverra.

Q1	Handicap mental et Maladie mentale: quelle différence?
Q2	Un membre de ma famille était malade mental. Mes enfants courent-ils un risque?
Q3	Le tabac, l'alcool ou les drogues font-ils bon ménage avec la maladie mentale?
Q4	La dépression psychiatrique majeure et la maniaco-dépression (troubles bipolaires) ne sont que sommairement évoquées sur ce site. Pourquoi?
Q5	Qu'est-ce que "le modèle bio-psycho-social de la Santé Mentale"?
Q6	A quoi est due la prise de poids accrue souvent constatée à la suite d'un traitement par neuroleptiques? Qu'y faire?
Q7	Reconnaître le rôle de facteurs génétiques ne justifie-t-il pas le recours à l'eugénique?
Q8	Les malades schizophrènes peuvent-ils conduire un véhicule? Les compagnies d'assurances ne sont pas pressées d'assurer ces personnes-là...
Q9	La schizophrénie peut-elle "guérir" spontanément?
Q10	Les neuroleptiques permettent-ils aux malades de mener une vie pratiquement normale?
Q11	Peut-on prévenir la schizophrénie?
Q12	Trouble limite, troubles légers?
Q13	La prise de neuroleptiques pendant la grossesse n'est-elle pas dangereuse pour le développement du fœtus, pour l'enfant ou pour l'adulte qu'il deviendra?
Q14	Les neuroleptiques ont-ils une influence négative sur la capacité à se concentrer?
Q15	Les synapses d'un malade schizophrène sont-elles modifiées? Y a-t-il excédent de dopamine?
Q16	Comment se comporter avec un proche malade, comment lui parler de son affection, comment en éviter au mieux les exacerbations?

Si vous désirez poser une question, n'hésitez pas à prendre contact avec nous (info@mens-sana.be). Nous vous répondrons par courrier électronique.

Q1 - Handicap mental et Maladie mentale: quelle différence?

La différence entre "handicap mental" et "maladie mentale" n'est que rarement expliquée en termes simples, c'est pourquoi les représentations que s'en font les gens sont empoisonnées par les confusions inutilement entretenues grâce à un vocabulaire pseudo-scientifique volontairement abscons.

Les "**handicapés mentaux**" sont, dès la naissance ou très tôt dans l'enfance, affligés de déficits neurologiques (résultant de lésions cérébrales contractées pendant la gestation ou lors de l'accouchement). Ces déficits (qui peuvent comporter aussi des **composantes sensorielles et motrices**) interfèrent, soit *directement* avec la suite du développement psychomoteur, soit *indirectement* avec ce développement en faisant obstacle aux mécanismes de l'apprentissage nécessaire au développement "normal". Les mécanismes directs et indirects souvent coexistent et leurs effets s'additionnent.

Par conséquent, des déficits intellectuels et affectifs s'installent, qui sont apparents ("visibles") d'emblée ou très précocement, et qui ne seront jamais entièrement **récupérables** (car dès que le calendrier de développement précoce du cerveau est altéré, si peu que ce soit, les conséquences en sont toujours défavorables et irréversibles). Deux exemples bien connus sont l'autisme et le syndrome de Down (la trisomie 21), mais il y en a beaucoup d'autres.

Des méthodes spéciales d'éducation et d'enseignement, mises en oeuvre très tôt, peuvent permettre, non une récupération complète des aptitudes optimales, mais plutôt leur **compensation**, plus ou moins effective, par l'acquisition de mécanismes de substitution ("vicariants"), et permettent ainsi de limiter les dégâts liés à un déficit d'apprentissage qui, sinon, serait encore accentué par l'enseignement "standard" mal adapté à chacun de ces cas particuliers.

Les "**maladies mentales**", par contre, parce que leurs manifestations semblent n'apparaître que plus tardivement (*mais il y a des exceptions à cette règle!*), donnent l'illusion d'être provoquées par des événements extérieurs à la personne malade. Les gens s'imaginent qu'on "tombe malade" au moment où les signes et symptômes anormaux deviennent manifestes. C'est une illusion. En réalité, les anomalies de constitution de la "machinerie cérébrale" sont déjà présentes, le plus souvent sans doute déjà *in utero*, mais leurs conséquences, leurs manifestations visibles n'apparaîtront qu'après un temps plus ou moins long, qu'on pourrait comparer à une sorte de période d'incubation (*le temps nécessaire au développement complet des structures cérébrales abîmées ou de celles qui en dépendent*). Plus longue aura été cette période d'incubation, plus la personne considérée aura eu de temps et de chances (d'occasions) pour se développer personnellement: physiquement, mentalement, émotionnellement, professionnellement, et pour établir des relations sociales avec son environnement.

Cependant, en fonction de l'étendue et des localisations de territoires cérébraux atteints (c'est-à-dire aussi et **surtout en fonction de l'âge du fœtus** au moment de "l'accident" - qu'il soit d'origine génétique ou environnementale), des déficits plus ou moins importants, comme aussi des anomalies de la pensée, des fonctions cognitives, de l'humeur et de l'affectivité, feront ensuite leur apparition (se développeront), qui constitueront, en eux-mêmes, des **handicaps** pour la personne atteinte: des obstacles pour penser, pour gérer sa vie quotidienne, ses relations non seulement avec les autres, mais aussi avec soi-même (interpréter ses propres perceptions sensorielles, planifier ses activités et en évaluer les résultats, comprendre ses émotions et les contrôler). On ne fera pas aux visiteurs de ce site l'injure de les croire incapables d'imaginer les multiples conséquences de ces handicaps sur les plans individuel, professionnel, familial, social. La logique en est évidente et implacable, un peu de réflexion suffit pour s'en rendre compte.

Les confusions et erreurs à propos des "handicaps mentaux" et des "maladies mentales" perdurent parce que les parents et proches de malades mentaux s'accrochent désespérément, et c'est bien compréhensible, à l'idée que leur malade conserve, "cachées quelque part derrière la maladie", ses capacités fonctionnelles, mentales, intellectuelles et affectives "normales" d'origine, celles dont il avait fait preuve avant que la "maladie" ne se "déclare". Les psychiatres le leur laissent souvent croire, entretenant ainsi leur espoir d'une guérison (la réapparition de la personne "normale" disparue) grâce au traitement psychiatrique. Ils leur disent: "Votre enfant - ou parent, ou proche - est intelligent, sensible, etc., ce n'est pas un handicap mental, il y a toujours de l'espoir, les

choses peuvent s'arranger." Et il est vrai qu'avec "beaucoup de chance", une récupération, plus ou moins importante, des facultés mentales détériorées est possible, chez un certain nombre de malades mentaux soignés. Cette récupération, quoiqu'imprévisible chez un malade donné en particulier, est cependant *statistiquement* plus plausible que chez les handicapés mentaux. Pour ces derniers, il ne peut être question de "récupérer" des fonctions qui n'étaient jamais même parvenues à se développer. Il n'empêche que les maladies mentales sont toujours une détérioration des fonctions et capacités mentales de leurs victimes, et elles constituent par conséquent pour ceux qu'elles atteignent un **handicap** manifeste en comparaison de ce qu'ils auraient pu espérer s'ils avaient été en bonne santé.

En résumé, **la différence entre les handicapés mentaux** (*qu'autrefois on appelait aussi "arriérés" ou "débiles" mentaux, désignations devenues malsonnantes aujourd'hui*) **et les malades mentaux ne réside pas dans une différence de nature des "pathologies". Elle réside principalement dans le moment où "l'accident" causal survient**, elle est liée aussi à l'étendue et à la localisation des territoires cérébraux atteints, et elle dépend de la vitesse à laquelle les conséquences cérébrales de cet accident se développent. Les manifestations extérieures du "handicap mental" sont plus précocement visibles; elles-mêmes, tout comme leurs causes, ont des **conséquences néfastes sur le développement intellectuel et affectif encore inachevé**, conséquences qui sont immédiatement et intuitivement comprises par l'entourage, ce qui n'est pas le cas pour les "maladies mentales", dans lesquelles ce développement s'est d'abord, en apparence, bien effectué mais où, ensuite, la détérioration latente mais bien présente s'est manifestée, sans cause apparente encore connue.

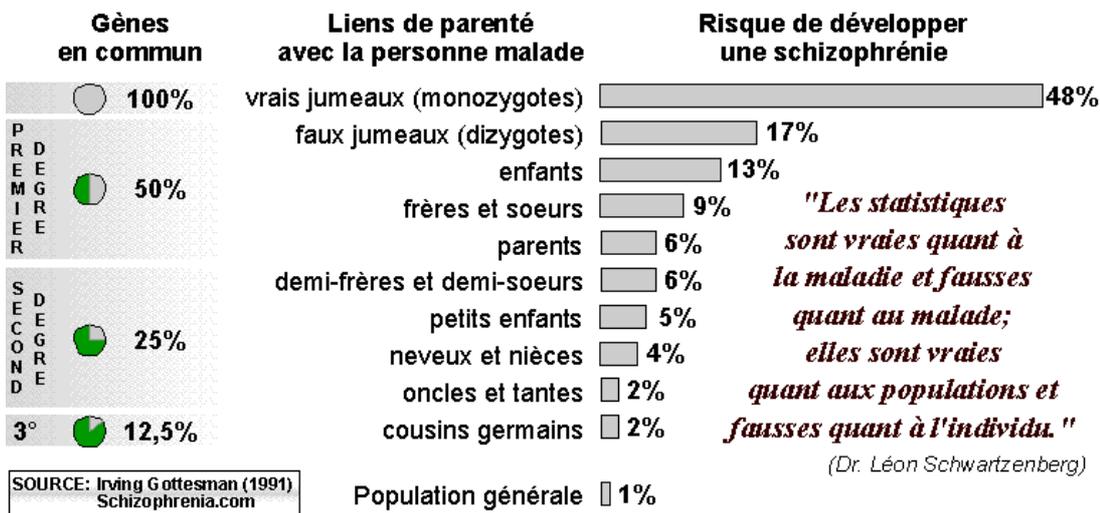
Q2 - Un membre de ma famille (ou de celle de mon mari), que je n'ai pas connu, était malade mental. Y a-t-il un risque pour l'un de mes enfants?

Des facteurs génétiques jouent effectivement un rôle dans la distribution de certaines maladies mentales dans la population. Par exemple, on sait depuis longtemps que certaines familles comptent plusieurs cas de malades mentaux, parfois répartis sur plusieurs générations (*l'influence de facteurs génétiques n'est pas une particularité propre aux affections mentales; elle vaut aussi pour de nombreuses autres affections, dont les troubles cardio-vasculaires, les diabètes, les excès pondéraux, etc., etc.*).

Le risque est estimé **approximativement** et de manière **statistique**. Pour "la" schizophrénie comme aussi pour les troubles bipolaires (maniaco-dépression), on l'évalue à 1% de la population générale (tout le monde), pour la dépression psychiatrique majeure le risque général serait de 3% . Les études sur les familles montrent que, chez les apparentés au premier degré avec un malade (enfants directs, frères et soeurs), ces risques généraux sont multipliés par 3 dans le cas de la dépression unipolaire, par 8 pour les troubles bipolaires, par 9 pour les frères et soeurs de schizophrènes, par 13 pour les enfants de schizophrènes (par 45 si les deux parents sont atteints de schizophrénie!)

Rappelons quand même que, prenant l'exemple de la schizophrénie, si on peut considérer qu'un risque de 9 % est effectivement élevé (9 fois celui relevé dans la population en général), la grande majorité des schizophrènes (91%!) n'ont cependant pas de parent au premier degré qui soit atteint. Pour une parenté plus éloignée, bien évidemment le risque diminue très rapidement.

Si vous hésitez à avoir des enfants par crainte des risques qu'ils encourraient peut-être du fait d'antécédents familiaux de maladie mentale chronique grave, vous pouvez **prendre conseil auprès d'un généticien**. Les grands services hospitaliers d'obstétrique et gynécologie, mais aussi la plupart des services de planning familial (dont les maternités, mais rarement les psychiatres individuellement!) sont en mesure de vous orienter vers des spécialistes compétents qui vous aideront à apprécier justement (à mesurer) les risques et à prendre une décision en toute connaissance de cause et avec sérénité.



Q3 - De nombreux parents s'inquiètent de l'influence possible des "drogues" sur l'apparition d'une maladie mentale ou sur son évolution. Que peut-on en dire?

On se limitera ici à l'essentiel, c'est-à-dire au bon sens accessible à tous, ce qui permettra aussi de rester bref.

En ce qui concerne les "drogues" socialement admises (tabac, alcool) ou plus ou moins en passe de le devenir (cannabis), nous savons tous que, en dépit des dénégations de certains, leur usage régulier et prolongé augmente les risques d'y développer une dépendance plus ou moins marquée, même chez les consommateurs au départ exempts de maladie mentale; nous savons aussi que cet usage prolongé augmente les risques de développer ou d'aggraver des affections physiques telles que cancers, diabète, troubles cardio-vasculaires et pulmonaires, etc.

En ce qui concerne les drogues plus "dures" (morphine, héroïne, cocaïne, crack, extasy, etc., etc.), on reconnaît généralement dénombrer, parmi leurs consommateurs, un nombre de personnes souffrant de troubles psychotiques plus élevé que dans le restant de la population.

Il est souvent difficile de décider "qui a commencé": si c'est la drogue qui a favorisé l'éclosion de la psychose, ou bien si c'est cette dernière qui a incité à la consommation de drogue. Dans la pratique, du point de vue des parents, des proches et des soignants, on pourrait considérer qu'il s'agit d'une question académique. En effet, ces drogues, déjà nocives pour des personnes bien portantes au départ, ne peuvent que compliquer les troubles mentaux des malades qui s'y adonnent. De plus, leurs effets et séquelles s'ajoutent à ces troubles mentaux et en contrarient souvent le traitement. Ils détournent aussi plus sûrement encore l'attention de tous pour l'hygiène et les soins médicaux, tant "somatiques" que "psychiatriques" que la maladie mentale fait déjà négliger par la plupart de ces malades.

Toutes ces substances devraient donc, en principe, être proscrites aux malades mentaux chroniques.

Bien que raisonnable, cette conclusion risque cependant fort de rester un vœu pieux: au nom des "Droits de l'Homme", qui oserait, par exemple, imposer et mettre en oeuvre un régime d'interdiction stricte du tabac, qui ne serait d'ailleurs réalisable qu'en hôpital psychiatrique devenu, cette fois, vraiment "carcéral"?

Depuis la première rédaction de cette réponse, une importante étude publiée en 2004 (Henquet, C. & al., BMJ, doi:10.1136/bmj.38267.664086.63) portant sur 2436 adolescents et jeunes adultes de 14 à 24 ans a montré que la consommation de cannabis accroît d'autant plus significativement les risques de développer ensuite une psychose que ces risques sont plus élevés au départ, mais cette influence se constate aussi chez ceux qui n'étaient aucunement prédisposés à développer une psychose. La sévérité de l'affection semble positivement corrélée avec la fréquence et l'importance des doses consommées.

D'autre part, la prédisposition à développer une psychose ne constituait pas, en elle-même, un risque de passer, plus tard, à la consommation de cannabis.

Une autre étude, plus récente encore, menée en Nouvelle Zélande, portant sur 1265 personnes (635 hommes, 630 femmes) depuis leur naissance jusqu'à 25 ans confirme ces observations et montre aussi que c'est la consommation de cannabis qui accroît les risques de développer une psychose, ce ne sont pas les symptômes de psychose qui inciteraient secondairement à la consommation de cannabis" (D.M. Ferguson & al., *Addiction* 100 (3), p.354, 2005).

Conclusion évidente: l'abstention est fortement recommandée; vous êtes prévenus.

Q4 - Dépression et troubles bipolaires (maniaco-dépression) ne sont abordés qu'incidemment sur ce site. Pourquoi?

Ce site est un site familial et ceux qui le gèrent ont le triste privilège d'avoir été et d'être encore confrontés avec la schizophrénie parce que cette calamité a frappé l'un des leurs.

Les troubles schizophréniques sont, en apparence, beaucoup plus multiformes que les "désordres de l'humeur" et semblent beaucoup plus incompréhensibles et mystérieux à tous, ce qui entraîne, à leur sujet, la prolifération d'explications toutes plus fumeuses et plus stupides les unes que les autres. Cela nous a encouragés à accorder plus de temps et d'espace à un ennemi qui nous paraissait plus proche.

Les troubles bipolaires paraissent plus "compréhensibles" aux profanes, leurs manifestations sont, en général, plus cohérentes et "structurées" que celles des troubles schizophréniques. On dit par conséquent peut-être un peu moins d'âneries à leur propos. Cela ne signifie aucunement que les victimes de troubles bipolaires souffriraient moins que les malades schizophrènes, bien au contraire. En effet, "l'humeur noire" est si envahissante dans tous les domaines que, souvent, elle ne peut être supportable. Mais on croit mieux comprendre ces personnes-là (ce dont, personnellement, je ne suis pas sûr: personne ne peut jamais vraiment se mettre à la place d'un autre, et encore moins quelqu'un de bien portant se mettre dans la peau d'un malade mental: c'est un non-sens).

Il faut cependant savoir que la distinction entre "troubles de l'humeur", c.à.d. "dépression psychiatrique unipolaire", "troubles bipolaires ou maniaco-dépression", d'une part, et "troubles de la pensée" comme "schizophrénie", "troubles borderline" et "troubles schizo-affectifs" d'autre part, est intuitive, arbitraire, contestable (et d'ailleurs source de disputes entre les psychiatres eux-mêmes) car basée uniquement sur la nosologie psychiatrique qui ne fournit aucun indice réellement fiable sur la validité de ses diagnostics (ceci est exposé en détail dans les notes du dossier sur "la" schizophrénie).

Tous les "degrés" de transition insensible existent entre les "troubles de l'humeur" et les "troubles de la pensée". Mais il faut aussi ne jamais oublier que le "déséquilibre" de l'humeur, qu'il se traduise par de la "manie" ou par de la "dépression", met toujours en grand péril les capacités de pensée (de raisonnement) et donc de décision "sensée". Tous les choix qu'on est amené à faire à chaque instant de sa vie, bien qu'on croie trop facilement qu'ils n'ont de base que rationnelle, sont toujours profondément enracinés dans nos humeurs (notre "affect"), ils en dépendent. C'est pourquoi "troubles de la pensée" et "désordres de l'humeur" sont bien plus liés que les classifications nosologiques psychiatriques ne pourront jamais en rendre compte.

Q5 - Qu'est-ce que le "modèle bio-psycho-social de la santé mentale"?

Ce vocable barbare revient souvent dans les exposés de psychiatres, les discours de sociologues et de socio-psychologues, et dans des déclarations ministérielles.

Certains s'en servent tout à la fois par ignorance (*parce qu'ils pensent que le mot a une résonance "scientifique"*), par opportunisme, ou par souci de "ratisser large", ou encore pour faire

étalage de leur "largeur" de vues. D'autres, au contraire, emploient ce terme composé pour en dénoncer avec violence les composantes qu'ils contestent.

Tenter, en quelques lignes seulement, de faire comprendre de quoi il retourne est peut-être risqué. Prenons ce risque. Dans plusieurs articles et dossiers sur ce site, on a insisté à de nombreuses reprises sur le fait que les causes des maladies mentales chroniques graves (les psychoses) sont inconnues, même encore aujourd'hui. Les troubles mentaux ont donc toujours suscité - et suscitent encore - la floraison de multiples théories [se voulant explicatives] dont les bases reflétaient - et reflètent encore - parfois les connaissances scientifiques, mais aussi l'ignorance inavouée et, surtout, les idées reçues de leur époque et même d'époques révolues.

Schématisons pour faire aussi bref que possible. Avant l'époque de la Révolution Française et depuis Descartes, on pensait que le corps et l'esprit (l'âme) sont deux choses distinctes, indépendantes l'une de l'autre et pouvant exister séparément. Les troubles mentaux étaient donc des "désordres de l'âme", résultats de la volonté divine, et on ne pouvait espérer s'en sortir que par la prière, en implorant la miséricorde divine.

Vers la fin du XIX^{me} siècle et le début du XX^{ème}, mais bien avant même qu'on n'entrevoie les rudiments de la structure du cerveau - car on n'en avait pas encore les moyens techniques -, les biologistes postulaient déjà que les fonctions cérébrales et mentales devaient résulter de l'activité du cerveau et proclamaient que les troubles mentaux devaient, nécessairement, provenir d'altérations de la structure de cet organe (*de lésions organiques*). Une image simpliste peut rendre compte de ce raisonnement irréfutable: **si, de deux machines de construction identique, aussi complexes qu'on voudra, placées dans les mêmes conditions, l'une fonctionne correctement tandis que l'autre ne parvient pas à remplir ses fonctions, la raison du mauvais fonctionnement ne peut se trouver que dans une défectuosité matérielle des composantes de la machine, ou dans l'assemblage incorrect de ses constituants** (si vous en doutez, demandez donc à votre horloger, votre garagiste, ou mieux encore, à des constructeurs d'ordinateurs...)

On dirait aujourd'hui que les fonctions mentales ont un support matériel **biologique**, et que les troubles mentaux résultent **d'altérations matérielles** (de "lésions") de ce support **biologique organique**. Voici donc l'origine du mot **bio-** dans le terme "bio-psycho-social".

Dès son apparition, cette "théorie biologique" a rencontré l'opposition de tous ceux qui, par conviction philosophique ou religieuse, s'accrochaient à la croyance en la dualité de l'esprit et du corps. Faire du couple cerveau-esprit une "machine biologique" leur paraissait une sorte de blasphème totalement inacceptable, un abaissement de l'esprit humain au niveau de l'automate "sans âme", et ils ressentaient cette vision des choses (*qu'ils qualifiaient de "matérialiste" et de "mécaniste"*) comme la négation absolue de l'esprit (de l'âme).

Malheureusement pour les tenants de la théorie biologique, les moyens techniques d'investigation du cerveau qui leur auraient permis de prouver la justesse de leurs vues n'étaient pas encore disponibles à l'époque (*il aura fallu plus d'un siècle pour en inventer et mettre au point ceux que nous avons aujourd'hui*). Les opposants à la théorie biologique avaient donc beau jeu pour la mettre en doute et la combattre, en ridiculisant ceux qui postulaient l'existence de "lésions" cérébrales pourtant toujours indétectables.

Pendant la majeure partie du XX^{ème} siècle, ils ont opposé à la théorie biologique des **explications et théories psychologiques** très diverses (*toujours invérifiées car invérifiables!*) de la genèse des troubles mentaux chroniques (Freud et Lacan sont parmi les exemples les plus connus de cette orientation, mais ils ont eu de nombreux émules et successeurs).

Nous avons ainsi l'origine du mot **psycho** dans le vocable "bio-psycho-social".

Aux théories et explications psychologiques sont venues s'ajouter, vers les années 1950 et 1960, les **théories sociologiques** (dont deux des représentants les plus notables sont le psychiatre américain T. S. Szasz et le socio-psycho-philosophe anglais R.D. Laing). En raccourci sans doute quelque peu caricatural, ces théories attribuent à l'inadéquation (*l'absurdité*) de l'environnement social ("sociétal") ou socio-culturel la responsabilité de la genèse et de la manifestation des troubles mentaux chroniques. Elles nient elles aussi l'origine "biologique" des troubles mentaux. Telle est la justification du mot **social** dans le mot composé "**bio-psycho-social**".

Les théories "psychogènes" ou "psychodynamiques" de la genèse des troubles mentaux chroniques n'ont jamais pu recevoir la moindre confirmation scientifique expérimentale. Il en va de même pour les théories sociologiques (*certains disent "sociogènes" et parlent, plus par amour des mots bien ronflants que par savoir, de "sociothérapie"!*). Ces théories sont d'ailleurs peu plausibles en regard de la permanence et de la constance des troubles mentaux chroniques depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, alors que les modèles de société ont été extrêmement divers, dans le temps, et géographiquement aujourd'hui encore.

Par contre, les arguments et indices (scientifiques expérimentaux) en faveur de la nature biologique ne cessent de s'accumuler grâce à nos moyens techniques plus perfectionnés. Mais la "machine cerveau" est infiniment plus compliquée que n'importe quel autre de nos organes; elle ne fonctionne pas comme chacun d'eux isolément, mais à la manière d'un ensemble complexe. Cet ensemble constitue, à lui seul, un véritable univers dont l'exploration vient à peine de commencer.

L'impatience de ceux et celles qui prétendent résoudre, dès maintenant, les problèmes des malades mentaux chroniques, est certes compréhensible. Mais elle les incite à ignorer la biologie dont les résultats leur semblent trop longs à attendre. Privilégiant le "**psycho-social**", ils délaissent la proie pour l'ombre, ils préfèrent le théâtre d'ombres chinoises d'hier à la médecine d'aujourd'hui et pour demain. Ils optent pour le rêve et rejettent le savoir. Malheureusement, tant qu'on se borne à rêver, le savoir ne progresse pas, et le rêve ne soigne guère: rêverie peut-être gratifiante pour les "soignants" qui s'en bercent, il est cauchemar pour les malades qui le subissent et pour ceux qui les aiment.

D'autres, se croyant plus prudents, mais n'ayant pas vraiment les connaissances requises pour étayer leurs opinions incertaines, préfèrent parler de "**modèle bio-psycho-social**" de la santé mentale. Ils pensent ainsi contenter tout le monde (*toutes les théories, ne pas risquer d'éventuellement jeter le bébé avec l'eau du bain*). Ils peuvent aussi, selon les circonstances, ne garder de ce mot que le composant qui leur convient sur le moment (*ou ignorer ceux qui dérangent*). Mélangeant et amalgamant tous les éléments de cet hybride, ils peuvent confondre, comme à plaisir, causes (*biologiques, p.ex.*) et conséquences (*psychologiques et sociales*), mais aussi les maux et les remèdes à y apporter.

En résumé, le "modèle bio-psycho-social de la santé mentale" permet, au choix, de faire ce qu'on veut: tout ce qu'il faudrait qu'on fasse, rien du tout, ou n'importe quoi.

Addendum pour plus de précisions:

En réalité, le "modèle" dit "bio-psycho-social" a été "inventé" par le psychiatre américain G.L. Engel :

- *A unified concept of health and disease.* Perspectives in Biology and Medicine 1960; 3:459-485.
- *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine.* Science 1977; 196:129-136.
- *The care of the patient: art or science?* Johns Hopkins Medical Journal 1977; 140:222-232.
- *The biopsychosocial model and the education of health professionals.* Annals of the New York Academy of Sciences 1978; 310: 169-181.
- *The clinical application of the biopsychosocial model.* American Journal of Psychiatry 1980; 137:535-544.

Ce "modèle" n'a jamais été vraiment clairement défini ni formalisé, ni par conséquent validé (pas plus que n'ont eux-mêmes pu être définis, sauf sur la seule base de leurs descriptions, les divers "troubles mentaux" dont le "modèle" prétendait expliquer les causes et justifier les traitements). L'auteur du "modèle" a repris, des différentes tentatives de théories "explicatives" de la schizophrénie, les éléments qui lui paraissaient plausibles dans chacune d'elles.

Comme l'a très bien fait remarquer le psychiatre australien N. McLaren (2005, v. futurepsychiatry.com), on ne construit pas une théorie psychiatrique - ni même un modèle - en amalgamant ensemble les fragments qui plaisent, choisis et extraits de théories contradictoires toutes estimées non satisfaisantes et controversées par ailleurs. Pareille démarche doit en réalité porter le nom d'**écléctisme**. Et l'écléctisme, s'il est valable en art - et peut-être en théologie? - n'a pas sa place

dans les sciences.

Depuis, de nombreux "psys" se sont appropriés de ce "modèle" ce qui leur semblait utile pour leur pratique. Ce faisant, ils ont mélangé sans précautions, du biologique, du psychologique et du social, aussi bien ce qu'ils croyaient être les causes de l'affection que ce dont on sait que ce ne sont que ses diverses conséquences. Je dirais que d'un éclectisme opportuniste on est ainsi passé à un véritable **syncrétisme métaphysique**, forcément tout à la fois impuissant à la prévention et stérilisant pour la recherche.

Q6 - A quoi est due la prise de poids accrue souvent constatée à la suite d'un traitement par neuroleptiques? Qu'y faire?

Cette question est plus fréquemment posée par les filles que par les garçons, on s'en serait douté ; ^), et c'est bien naturel. Cependant, l'accroissement pondéral excessif peut également se produire chez les hommes et aller parfois jusqu'à inspirer des inquiétudes, puisqu'une surcharge pondérale est, statistiquement, associée à diverses pathologies (maladies cardiovasculaires, diabète, etc.)

Les explications données de ce phénomène dans les milieux de la psychiatrie sont en général décevantes, n'expliquant en réalité rien du tout. Dans ces milieux, on semble oublier que **tous les neuroleptiques, à des degrés divers, interfèrent avec les récepteurs membranaires et synaptiques de la dopamine** (*on sait cela depuis l'introduction en thérapeutique des alcaloïdes extraits de Rauwolfia serpentina, dont la réserpine, commercialisée chez nous sous le nom de Serpasil pour le traitement de l'hypertension*).

On semble aussi avoir oublié que cette interférence favorise la libération, par la glande hypophyse antérieure, de l'hormone prolactine, souvent associée avec une libération accrue de l'hormone de croissance (*et ces effets hormonaux, mais aussi les effets psychotropes, sont contrecarrés par d'autres alcaloïdes spécifiques de ces récepteurs, comme ceux extraits de l'ergot*). La libération des hormones stimulant les glandes sexuelles est par contre diminuée dans ces circonstances. Plus d'hormone de croissance et de prolactine d'une part, moins de gonadostimulines d'autre part, sont des conditions favorisant la prise de poids et, à plus ou moins long terme, accroissent les risques de diabète et, par conséquent, les risques de complications cardiovasculaires.

Il est très vraisemblable que l'administration de neuroleptiques entraîne des modifications de l'équilibre des activités neuronales dans de nombreux circuits hypothalamiques dont dépendent, en fin de compte, les multiples fonctions hypophysaires: libération de prolactine, d'hormone de croissance, des hormones stimulant les glandes sexuelles, la corticotropine, etc., mais aussi la régulation de l'appétit et, par l'intermédiaire de la neurohypophyse, le contrôle de la soif et de l'équilibre hydrominéral. C'est ce qu'on savait déjà il y a quelque 30 ans. Ayant depuis longtemps cessé de me tenir personnellement au courant des acquisitions dans ce domaine particulier, je n'y suis plus compétent et ne désire pas m'y aventurer mais je suis sûr que de nombreux progrès doivent y avoir été faits. Il serait surprenant que, posant la question précise à des chercheurs neuroendocrinologues, ils ne soient pas capables d'y fournir une réponse claire.

Que faire en cas de prise de poids importante? Sans doute, avant toute autre chose, surveiller et adapter son régime alimentaire. **Il faut peser les inconvénients et les avantages de la médication neuroleptique. Ce sont les effets de cette dernière sur les manifestations de la psychose qui doivent primer sur tout le reste:** si le neuroleptique utilisé atténue bien les signes et symptômes de l'affection mentale, on hésitera certainement avant d'en changer pour passer à un nouveau médicament, car rien ne permet jamais de prédire si ce dernier sera plus ou moins efficace que l'ancien, ni s'il s'avèrera avoir moins d'effets secondaires. "Jouer" avec les neuroleptiques sans y être absolument obligé ne peut jamais être assez déconseillé. Si, par contre, en plus de l'effet d'accroissement pondéral, le neuroleptique n'a qu'une action médiocre sur la psychose, alors il peut être justifié d'essayer d'en changer. Il faut toutefois savoir qu'on s'engage ainsi, à nouveau, sur un chemin dont on ne peut prédire le parcours.

Q7 - Reconnaître le rôle de facteurs génétiques ne justifie-t-il pas le recours à l'eugénique?

Ceux qui se feraient les avocats de l'eugénique (ou de l'eugénisme) en croyant, par ce moyen, éradiquer à plus ou moins long terme les maladies mentales chroniques ont tort pour diverses raisons.

Tout d'abord, ils se trompent par ignorance des mécanismes génétiques. En effet, les copies altérées (ce qu'en jargon technique de généticien on appelle les allèles) de gènes impliqués dans la genèse de ces affections se reforment, périodiquement, ici et là dans l'ensemble de la population humaine, par mutations au sein de notre patrimoine génétique. Ceci est un processus tout à fait normal propre à toutes les espèces vivantes, dont l'espèce humaine n'est qu'un des exemples. C'est ce processus qui, avec la sélection naturelle, est responsable de l'évolution de toutes les espèces (*cette évolution n'est pas perceptible à l'échelle de temps de l'individu mais s'étale sur de très nombreuses générations*). Par conséquent, ceux qui supposent (à tort) que, par exemple, en empêchant les psychotiques de se reproduire, on arriverait à la longue à les faire disparaître de la surface du globe, comme de dangereux illuminés et fumeux idéologues politiques l'ont parfois imaginé à propos de certains groupes ethniques qui ne leur plaisaient pas, ceux-là se trompent lourdement (*un exemple de cette vérité, bien connu du grand public, est celui de l'hémophilie qui, jusqu'à il n'y a pas si longtemps, ne laissait pas ses victimes atteindre l'âge de procréation. Les hémophiles n'en sont pas disparus pour autant!*)

Ensuite, les gènes altérés pouvant être responsables de dysfonctionnements de notre système nerveux central sont multiples et non pas isolés, ce sont des combinaisons de gènes qui peuvent, de concert, influencer d'autres gènes et, ainsi, avoir des fonctions multiples dont celles qui sont néfastes sont l'exception, tandis que toutes les autres sont indispensables, ont leur utilité. Quoique bien éloignée de la réalité biologique, une comparaison simple peut faire comprendre ce que les eugénistes voudraient pouvoir faire: sous prétexte que la schizophrénie, par exemple, contient les lettres s, c, h, i, z, etc., ils imaginent supprimer ces lettres de l'alphabet. Ils oublient qu'ainsi, sans aucune utilité d'ailleurs, ils effaceraient un nombre incalculable de mots indispensables de notre vocabulaire, de notre dictionnaire génétique.

Les tenants de l'eugénique qui prétendent se baser sur des données scientifiques sont donc, en réalité, des fumistes qui ne sont dangereux que quand les politiques s'avisent de les prendre au sérieux.

Q8 - Les malades schizophrènes peuvent-ils conduire un véhicule? a) L'obtention du permis de conduire en Belgique; b) L'assurance automobile ...

Il n'est pas possible de répondre à ces questions d'une manière globale qui serait valable pour l'ensemble des cas pouvant survenir.

Ne sera envisagé ici que le permis de conduire catégorie A (de véhicules automobiles pour transport de personnes à usage personnel et privé). Nous rappellerons d'abord ce que la législation a prévu, et les problèmes posés par la mise en pratique de cette législation. Ensuite, nous parlerons "bon sens". Nous verrons que cela n'est pas exactement la même chose.

a) Un arrêté royal pris le 23 mars 1998 (entré en vigueur le 1er octobre 1998 - voir le Moniteur belge), dans son annexe n° 6, définit les normes minimales concernant "l'aptitude physique et psychique à la conduite d'un véhicule à moteur".

Dans son article 41, l'arrêté royal stipule que le candidat au permis de conduire signe, sur le formulaire de demande qui lui est présenté, une "déclaration sur l'honneur aux termes de laquelle il atteste qu'à sa connaissance, il n'est pas atteint d'un des défauts physiques ou d'une des affections mentionnés dans l'annexe 6, prévus pour le groupe 1. [...] Le candidat qui ne s'estime pas autorisé

à signer la partie de la déclaration relative à l'aptitude physique et psychique générale subit un examen effectué par un médecin **de son choix**. Le médecin demande, le cas échéant, le rapport d'un médecin spécialiste conformément aux dispositions de l'annexe 6 " (ce médecin demande l'avis d'un psychiatre à qui il a adressé le "candidat").

"La" schizophrénie est explicitement mentionnée dans cette annexe 6: "**Le candidat [au permis de conduire] atteint de schizophrénie** peut être déclaré apte à la conduite s'il n'a pas eu de récurrence depuis au moins deux ans, s'il est pleinement conscient de son affection et si la déficience est légère. La durée de validité de l'aptitude ne peut excéder trois ans".

Dans notre dossier sur la schizophrénie, comme aussi dans les autres articles de ce site, on a insisté sur plusieurs des caractéristiques des affections schizophréniques qui confèrent au texte de cette "annexe 6" de l'arrêté royal des accents quelque peu surréalistes (*totalelement irréalistes*). En effet, nous avons vu qu'une proportion importante des malades ne se considèrent pas comme tels. Par conséquent, pourquoi hésiteraient-ils à déclarer sur l'honneur être exempts de maladie mentale, puisqu'ils n'ont pas conscience de cette maladie, même si pareil diagnostic a été précédemment posé, parfois même sans qu'il ne soit communiqué au malade ni à ses proches? (*Comme cela arrive trop souvent, de nos jours encore*).

En supposant même qu'un malade s'adresse à un médecin généraliste, parce que, dans un moment de lucidité exceptionnelle, il ne "s'estimerait pas autorisé à signer la déclaration sur l'honneur...etc., etc.", et que ce médecin l'adresserait à un psychiatre, comment croire que ce dernier pourrait, en toutes circonstances et en quelques dizaines de minutes d'entretien, poser un diagnostic de schizophrénie ou l'exclure (*et, par-dessus le marché, lui, un psychiatre, évaluer l'aptitude à la conduite?*) alors que nous savons que, dans notre pays, pareil diagnostic n'est souvent posé qu'avec hésitation et beaucoup de réticence, parfois seulement après plusieurs années de consultations de multiples psychiatres, souvent évasifs ou, au contraire péremptoires mais d'opinions contradictoires?

De plus, le médecin auquel le candidat au permis de conduire s'adresserait se trouverait confronté à des problèmes éthiques et de déontologie fort épineux: il se trouverait tiraillé entre une fonction de médecin traitant - tenu au secret médical - et un rôle d'expert, mais à la demande de son "client"! Ceci serait à éviter absolument par tout médecin! Par conséquent, on peut prédire que tout malade schizophrène qui, "raisonnablement", s'adresserait à un "médecin de son choix" en lui disant "j'ai (eu) une schizophrénie", et voudrait se faire délivrer par lui une attestation d'aptitude "physique ou psychique" à la conduite, risquerait fort de se voir éconduire sous les prétextes les plus divers. On peut aussi prévoir que nombre d'entre eux finiraient alors par décider de se passer d'attestation et signeraient (*le plus souvent en toute bonne foi*) la "déclaration sur l'honneur".

La perplexité est grande aussi quand on s'interroge sur ce qu'on entend réellement par "**pas de récurrence depuis au moins deux ans**" (*qu'entend-on par récurrence?*), et quand on doit définir et quantifier la "**déficience légère**" (*!! Déficience de quoi, s.v.p.?*) Quant à "**être pleinement conscient de son affection**", croit-on que c'est l'**expert** psy (*extérieur, non traitant!*) qui va en donner l'assurance, la garantie écrite à la suite de son "examen"?

On peut donc dire que ceux qui ont participé et contribué à la rédaction de cet arrêté royal, s'ils s'attendaient à ce que les malades schizophrènes aillent d'eux-mêmes au devant de ses dispositions, c'est qu'ils ne devaient probablement pas avoir de notions bien précises sur les troubles schizophréniques, à moins qu'ils n'aient eu d'autre souci que de simplement réglementer pour paraître combler un vide juridique, possibilité que nous ne penserions même pas envisager... (*Dans cette même "annexe 6", dépression et maniaco-dépression entraînent l'inaptitude à la conduite automobile, sauf absence de "récurrence" depuis au moins six mois...*)

b) Supposons le permis de conduire obtenu. Reste encore l'assurance automobile...

Même lorsqu'elles y sont invitées, l'immense majorité des compagnies d'assurances présentes ou représentées dans notre pays ne témoignent en général d'aucun empressement à rencontrer les familles de malades mentaux pour s'expliquer devant elles sur les raisons de leur **habituel refus d'assurer les malades mentaux**.

A l'opposé, face aux familles de malades confrontées aux difficultés rencontrées pour assurer leur proche atteint de schizophrénie, certains juristes "sympathisants" se prétendent leurs "défenseurs" et peuvent alors adopter une attitude démagogique, leur laissant croire que les réticences des

assureurs sont injustifiées. En réalité, les choses ne sont pas aussi simples qu'il pourrait y paraître à première vue.

Tout d'abord, nous savons bien qu'il n'y a pas deux malades pareils quant à la mosaïque des signes et des symptômes dont ils sont affectés. Nous savons que leurs capacités d'attention (*ou leur distraction*), de vigilance (*ou leur somnolence*), de perception de la réalité (*ou leurs hallucinations*), de contrôle des émotions (*ou leur impulsivité*), sont extrêmement variables chez les uns et les autres, tant en intensité qu'en durée et en fréquence.

Sans vouloir choquer qui que ce soit, je serais tenté de suggérer aux proches d'un malade qu'ils se posent les questions suivantes: ***vous qui connaissez le mieux votre malade, seriez-vous prêts à le laisser prendre seul le volant*** pour reconduire chez elles des connaissances qui vous avaient rendu visite? Seriez-vous totalement rassurés à l'idée que votre parent malade se retrouve, seul derrière son volant ou accompagné de passagers dont il aurait la responsabilité, dans les encombrements de la circulation en ville?

Selon les cas, ces personnes s'interrogeant, après mûre réflexion et si elles sont honnêtes avec elles-mêmes et se répondent franchement, elles sauront si, oui ou non, il est raisonnable de laisser conduire leur malade. Il n'est guère nécessaire ni utile d'interroger des psychiatres sur une telle question en général: ils ne pourraient dire que des généralités basées sur des statistiques contestables, alors qu'il n'y a ici que des cas particuliers: telle ou telle personne individuelle, plus ou moins sérieusement atteinte par les troubles mentaux.

Pour ceux qui estimerait tout de même, après pareille réflexion, que leur malade serait capable, en toute sécurité, de conduire un véhicule motorisé, une étape pourrait être tentée: celle de l'épreuve du permis de conduire (théorie et pratique). Les résultats de cette épreuve pourraient, soit conforter la confiance des proches dans les capacités de leur malade à la conduite, soit, au contraire, les dissuader de se lancer dans l'aventure (*et, sans doute avec une certaine naïveté, ne pourrait-on pas imaginer que ce serait, en l'occurrence, un test d'aptitude peut-être aussi fiable que l'examen psychiatrique?*) Cependant, même si le permis était obtenu, cette obtention ne garantirait aucunement la possibilité d'ensuite s'assurer auprès de l'une ou l'autre compagnie d'assurances (ce qui, chez nous, est une obligation légale). Le plus souvent, les dépenses importantes déjà consenties (auto-école etc..) risqueraient fort d'avoir été engagées en pure perte.

Le deuxième obstacle à franchir est donc celui de l'**assurance automobile obligatoire**. La plupart des contrats d'assurance automobile prévoient que le preneur d'assurance déclare les affections médicales dont il est atteint, ceci afin d'éventuellement ajuster en conséquence le montant des primes (proportionnellement aux risques accrus statistiquement encourus - selon des tables actuarielles). Ces contrats comportent généralement aussi une clause de nullité s'il s'avère que l'assuré aurait omis de signaler les affections médicales dont il se serait su atteint.

La quasi-totalité des compagnies d'assurances refusent d'assurer les personnes qui reconnaissent souffrir d'une affection mentale chronique appelée, par exemple, "schizophrénie". Ceci explique la tentation, pour certains, de taire l'existence de leur affection dans les formulaires et questionnaires fournis par l'assureur. Nous ne pouvons évidemment que déconseiller formellement pareille pratique peu honnête qui, à plus ou moins brève échéance, ne peut que se retourner contre l'assuré. Mais les malades, eux, comme on l'a déjà dit dans les paragraphes précédents, ils ne reconnaissent pas nécessairement leur maladie, ***tout en étant de bonne foi!***

Certains proches imaginent que le psychiatre traitant de leur malade pourrait lui fournir une sorte "d'attestation" de capacité qui lui permettrait d'obtenir l'accord de l'assureur. Ceci n'est pas possible. Il y a deux raisons à cette impossibilité.

La **première raison** est officielle et de nature formelle. C'est celle qui est toujours donnée à l'exclusion de la seconde que nous évoquerons plus loin. Pour le psychiatre traitant, remettre pareil "certificat" constitue une violation inadmissible du secret médical concernant son patient. Même si, un instant, nous supposons possible la rédaction et la remise d'un tel document - parce qu'il ne divulguerait pas le diagnostic et se bornerait à déclarer estimer le patient apte à la conduite -, le simple fait que l'attestation soit rédigée par un psychiatre ne pourrait qu'amener celui qui en prendrait connaissance à se poser des questions et émettre des suppositions peut-être

"stigmatisantes" sur la nature de l'affection du candidat à l'assurance.

Une **deuxième raison** n'est en général pas évoquée car, tout à la fois, elle résulte des incertitudes dans lesquelles la psychiatrie baigne encore toujours, et en faire état pourrait éclairer la psychiatrie et les psychiatres d'un jour qu'ils croient peu favorable à l'image qu'ils veulent donner d'eux. Cette raison profonde est valable pour le psychiatre traitant, mais plus encore pour un expert que désignerait l'assureur. Elle peut se résumer par la question suivante: quel est donc le psychiatre qui se risquerait à affirmer et à garantir (certifier) que l'affection dont souffre son patient **ne sera pas** à l'origine d'un accident? Comment s'attendre à ce qu'un psychiatre prenne le risque de voir l'assureur (et l'assuré) lui intenter un procès au cas, nullement invraisemblable, où ses prédictions optimistes ne se vérifieraient pas?

Les compagnies d'assurances peuvent parfois désigner un expert médical pour examiner le candidat à l'assurance: ceci évite les conflits déontologiques et d'intérêt qui pourraient survenir si l'assureur s'adressait au médecin traitant. Cependant, pour cette tâche, les assureurs ne désignent pas de médecin psychiatre, car ils savent bien que ce dernier ne peut guère s'engager à donner un avis valable, favorable à un contrat, sur la base d'un simple et unique entretien ("examen") d'une durée limitée, au mieux, à moins d'une heure, qu'il aurait avec le candidat à l'assurance (*on peut, sans grand danger de se tromper, affirmer qu'il ne s'y risquerait pas!*).

Pour justifier leur refus d'assurer les conducteurs atteints de schizophrénie, les assureurs invoquent les risques trop élevés encourus du fait de la maladie.

Certains pourtant prétendent, statistiques à l'appui, qu'on ne recenserait pas plus (sinon peut-être moins!) d'accidents de roulage parmi les automobilistes schizophrènes que chez le restant des conducteurs. Comment expliquer cette discordance dans l'appréciation des risques?

Elle trouve probablement son origine dans la différence de fiabilité des statistiques selon qu'il s'agit de tables actuarielles d'affections dites "physiques" ou d'affections dites "mentales". La précision des statistiques pour ces dernières est obligatoirement bien moindre que pour les premières, entraînant ainsi un degré beaucoup plus important d'incertitude dont les psychiatres ne sont pas toujours avertis, mais dont les assureurs doivent évidemment tenir compte.

Une deuxième explication, qui n'exclut pas la première, est que les statistiques ont pris en compte les *schizophrènes déjà conducteurs*, c'est-à-dire les *"bons cas" sélectionnés rétrospectivement*. Les chiffres d'accidents obtenus dans ces conditions sont certainement inférieurs à ceux qu'on récolterait si, prenant un échantillon aléatoire de patients schizophrènes, on tentait d'en faire des automobilistes et si on dénombrerait ensuite leurs accidents. Or, c'est justement le cas de figure dans lequel se trouveraient nos compagnies d'assurances si elles changeaient d'attitude. Pourquoi iraient-elles au-devant de probabilités défavorables pour elles? (*si certains disent que, à nombres égaux de conducteurs atteints de schizophrénie et de bien-portants, on ne constate pas statistiquement plus d'accidents de roulage chez les premiers que chez les seconds, ils oublient néanmoins de signaler que, par contre, à nombres égaux de kilomètres parcourus, les accidents sont cependant significativement plus nombreux chez les malades, ce qui incite à la prudence!*)

Il n'y a, en Belgique, encore aucune solution satisfaisante au problème. Quoiqu'il y ait sans doute des "bons" cas qui devraient pouvoir conduire s'ils en éprouvent la nécessité - et donc devraient pouvoir s'assurer -, et des "mauvais" cas qui font mieux de s'abstenir, on ne s'est pas donné les moyens de faire le tri. A défaut, appliquant le fameux principe de précaution, les assureurs mettent tous les patients dans le "même sac".

Tout ce qui précède est évidemment valable pour ceux qui sont "tombés" malades avant même d'envisager la conduite automobile. Ce sont les plus nombreux, puisque la schizophrénie se déclare généralement tôt. Quant à ceux qui, déjà automobilistes, deviendraient malades ensuite, à eux mais surtout à leur entourage de juger s'il est sage de les laisser continuer.

Q9 - La schizophrénie peut-elle "guérir" spontanément?

A propos de la schizophrénie, j'ai lu, sur un "portail santé" d'Internet, que **"la maladie disparaît toute seule, vers les 45 ans, chez la moitié d'entre eux [les malades]. La schizophrénie est**

donc une maladie qui a tendance à s'améliorer toute seule, surtout si un traitement efficace (médicament et réadaptation) est suivi". N'y a-t-il pas là une contradiction?

Vous avez parfaitement raison, la contradiction est flagrante. En effet, s'il faut un traitement ("surtout!"), et efficace, encore bien! C'est que, précisément, cela ne s'arrange pas "tout seul". Par contre, si la maladie s'améliorait effectivement "toute seule", pourquoi un traitement serait-il nécessaire? La phrase que vous citez est donc assez étonnante...*(peut-être moins qu'il n'y paraît de prime abord, puisqu'elle émane d'un psychiatre ;^)...*

Oubliant, selon toute apparence, son expérience clinique personnelle en faveur d'une vulgarisation résolument simpliste et d'un optimisme forcé, l'auteur de l'affirmation que vous évoquez (mais qu'il est inutile de nommer ici) a probablement voulu se montrer "positif" à tous crins. Cela l'a conduit à proférer une absurdité.

Tout le monde sait bien, aujourd'hui, que "surtout" en l'absence d'un traitement efficace, la maladie a plutôt une fâcheuse tendance à empirer.

Beaucoup de cas de schizophrénie se caractérisent par une alternance d'épisodes dits "aigus" (agités) et de périodes plus calmes (de repli sur soi et de retrait de la vie sociale), donc par des fluctuations très contrastées du discours et du comportement. L'intensité et la fréquence des épisodes dits "aigus" (ou à symptômes "positifs", ceux qui mobilisent et donc dérangent le plus les soignants) peuvent effectivement paraître s'atténuer avec le temps, ce qui, pour des observateurs épisodiques et superficiels, donne l'illusion d'une "amélioration". L'atténuation des épisodes aigus est ce que les psychiatres souvent appellent la "stabilisation" (une diminution de l'amplitude des oscillations), mais le niveau des capacités (intellectuelles, etc.) correspondant à cette "stabilisation" est toujours bien plus bas que celui de départ, celui auquel le malade aurait pu prétendre (*avant le début apparent de la maladie*).

On trouve encore, dans une certaine littérature psychiatrique, l'affirmation selon laquelle, dans quelque 10% des cas, la schizophrénie ne se manifesterait que par un épisode unique, qui resterait sans lendemain, accréditant ainsi l'idée de "guérison spontanée". Pareille affirmation, qui est encore reprise par nombre de publications actuelles, ne peut que laisser rêveur. En effet, dans ces cas - d'ailleurs insuffisamment documentés - , qu'est-ce qui nous permet d'affirmer qu'il s'agissait bien de "schizophrénie", alors qu'on s'est mis d'accord, aujourd'hui, pour dire que l'affection doit persister pendant un minimum de temps, ou "récidiver", etc., etc., pour pouvoir poser le diagnostic de schizophrénie?

La réponse à votre question est donc **NON!** Le traitement médicamenteux est toujours indispensable. Il doit être pris de manière continue et définitive (sans interruptions: voyez les notes dans le dossier sur la schizophrénie). Il n'y a actuellement pas de guérison. Que les choses "s'améliorent" ou non n'est jamais qu'une constatation rétrospective, jamais une prédiction. Qui (*sauf peut-être un psy?*) prendrait le risque de choisir l'absence ou l'arrêt du traitement, qui miserait - **sa vie**, littéralement - sur pareil choix?

Q10 - Les neuroleptiques permettent-ils aux malades de mener une vie pratiquement normale?

C'est ce que j'ai lu sur un site français d'Internet consacré à la santé. Pourtant, mon frère, qui depuis plus de 10 ans, est soigné par des neuroleptiques, a dû arrêter ses études et n'a pu les reprendre. Il n'est pas non plus capable d'une activité professionnelle suivie, qu'elle soit rétribuée ou même bénévole. Quoique le neuroleptique qu'il prend actuellement améliore son état, on ne peut pas dire qu'il mène une vie normale. Est-ce parce qu'il ne recevrait pas le "bon" neuroleptique?

S'il vous donne l'impression d'avoir un effet favorable, n'en changez pas!

La sévérité des troubles schizophréniques, mais aussi l'efficacité de tel ou tel neuroleptique sur les signes et symptômes varient considérablement d'un malade à l'autre. Les affirmations générales sur un pareil sujet sont donc, forcément, toujours partiellement fausses.

Ce sont surtout les symptômes "positifs" qui, avant l'avènement des neuroleptiques, obligeaient à enfermer les malades, à les attacher, ou même éventuellement à les immobiliser (contention par "camisole de force"), à leur faire subir des "traitements" prétendant les "calmer", (douches glacées, etc.) mais visant surtout à les épuiser physiquement pour pouvoir les "gérer".

Une proportion importante de malades schizophrènes sont significativement aidés par les traitements neuroleptiques: ce sont surtout leurs symptômes "positifs" qui peuvent être atténués, plus ou moins bien, par ces médicaments. Les neuroleptiques ont ainsi permis de renoncer aux traitements barbares qui, faute d'autres thérapeutiques, étaient de mise avant les années 1950. Ils ont aussi permis de désencombrer les hôpitaux et instituts psychiatriques en envoyant "ailleurs" les malades ayant recouvré une partie suffisante de leur autonomie.

Les neuroleptiques ne sont pourtant pas également efficaces chez tous. Ils n'agissent pas sur l'anosognosie. Ils n'améliorent les fonctions cognitives que partiellement, de manière indirecte. Même les neuroleptiques les plus récents n'ont d'effets que controversés sur les signes "négatifs". Ceci signifie qu'une proportion importante de malades n'auront pas d'autonomie, ou une autonomie seulement partielle, et auront besoin aussi d'une assistance sinon continue, du moins périodiquement renouvelée et plus ou moins importante. Ceux qui se permettent d'appeler cela "mener une vie pratiquement normale" n'ont manifestement jamais eu à la mener eux-mêmes. S'ils essayaient, leur discours changerait peut-être.

Q11 - Peut-on prévenir la schizophrénie?

Il a déjà été répondu par la négative à cette question, à différentes reprises sur ce site. Ici, ne rappelons que brièvement les raisons de l'impossibilité de la prévention.

La prévention d'un phénomène, quel qu'il soit, n'est évidemment possible que:

- ***si on connaît (toutes) ses causes avec certitude et qu'on peut prévoir (détecter à l'avance) l'existence de ces causes;***
- ***si on peut se prémunir contre ces causes.***

Un exemple caractéristique de prévention est celui de la vaccination contre les maladies infectieuses dont sont connus à la fois l'agent infectieux responsable de la maladie et la probabilité de chacun de nous d'entrer en contact avec cet agent. C'est ce moyen de prévention qui a permis, en quelques décennies, d'éradiquer un certain nombre de maladies infectieuses graves dont, par exemple, la variole et la poliomyélite. Les règles d'hygiène, qui réduisent les risques d'entrer en contact, par exemple avec le bacille de Koch, sont un autre moyen de prévention. Elles ont permis de fortement diminuer la fréquence des cas de tuberculose dans de nombreux pays.

On ne connaît pas les causes exactes ni les mécanismes de production de "la" schizophrénie. Il n'est pas possible de se prémunir contre des causes inconnues.

L'augmentation de la fréquence, tout comme les prophéties alarmistes à propos des affections mentales telles que la dépression, claironnées par les responsables de santé publique emboîtant le pas à l'O.M.S., apportent un démenti éclatant aux assertions de ces mêmes "autorités" lorsqu'elles prétendent que le combat qu'elles disent mener contre les "facteurs de risques" (hypothétiques) s'appelle de la "prévention". Si c'était le cas, ces affections, depuis 1950, devraient être en forte régression!

(voir aussi les articles *Prévention, Les Fictions, Deux Ans*).

Q12 - Le diagnostic de "personnalité borderline" ou "personnalité limite" équivaudrait-il à "schizophrénie atténuée", s'appliquerait-il à quelqu'un qui serait, en quelque sorte, à la limite "entre la normalité et l'anomalie"?

En effet, cette dénomination fait souvent croire, à beaucoup de personnes dans le grand public, qu'il s'agit de troubles mineurs, ce qui, d'une certaine manière, se résumerait à penser que la personne atteinte serait plutôt bizarre mais pas vraiment très atteinte. Ceci est totalement faux.

Il s'agit d'un syndrome défini dans le DSM IV (n° 30183) sur base de 9 critères - comme toujours purement descriptifs - dont au moins 5 doivent coexister. Il serait plus fréquent chez les femmes (75%) que chez les hommes. On peut considérer que cette appellation de "limite" se justifie par le fait que l'affection qu'on tente ainsi d'individualiser, plus ou moins arbitrairement et intuitivement, se trouve en quelque sorte à la croisée des "troubles de l'humeur" (*troubles bipolaires, dépression majeure*) et des "troubles de la pensée" (*schizophrénie, troubles schizo-affectifs*), avec lesquels cette "entité" nosologique partage certaines de ses caractéristiques. Il n'est donc pas étonnant que, selon les cas, les circonstances du moment et la personnalité des psychiatres examinateurs successifs, le diagnostic puisse pencher tour à tour vers l'un ou l'autre de ces "diagnostics".

Ceci ne devrait cependant pas avoir de conséquences sur le traitement médicamenteux à instaurer et à suivre (*neuroleptiques, antidépresseurs, stabilisateurs de l'humeur, etc.*) qui peut, comme dans beaucoup d'autres troubles psychiatriques graves, donner lieu à nombreux tâtonnements préalables avant de trouver la formule la plus efficace. L'incertitude qui est le lot de toutes ces affections chroniques vaut aussi pour le pronostic.

Le terme de "limite" ne doit donc surtout pas être confondu avec "léger"!

Pour ceux qui désirent en savoir plus sur le sujet des "troubles borderline" ou "personnalité limite", ils peuvent visiter et consulter les sites francophones l'aapel ou TPL en projection.

Q13 - La prise de neuroleptiques pendant la grossesse n'est-elle pas dangereuse pour le développement du fœtus, ou pour l'enfant, ou encore pour l'adulte que celui-ci deviendra?

La réponse à cette question n'est pas simple. On ne devrait pas y répondre en faisant simplement abstraction du contexte plus large du problème de l'opportunité, pour une malade schizophrène (ou maniaco-dépressive), d'avoir une grossesse qui pourrait avoir une incidence sur l'évolution de son affection; on devrait aussi se soucier de savoir si cette personne a la capacité ("*mentale*") d'élever un enfant et si elle pourra subvenir aux besoins - *matériels et affectifs* - de cet enfant. Cette question ne peut donc pas être dissociée de multiples problèmes éthiques que je ne voudrais pas aborder ici, puisqu'ils ne peuvent recevoir de réponse générale valable en toutes circonstances, mais que leur solution doit tenir compte des conditions et circonstances particulières propres à chaque cas individuel: sévérité de l'affection, comparaison des risques peut-être encourus par la mère, d'une part, et des risques encourus par l'individu à naître, d'autre part, situation matérielle et de famille, etc.

Cependant, et pour s'en tenir strictement à la question posée, disons que les éventuels effets nocifs des médicaments neuroleptiques sur le développement foetal ne sont encore, actuellement, ni clairement établis ni totalement écartés. On ne dispose pas encore, ni d'un nombre suffisant de cas sur lesquels baser des statistiques, ni d'un recul suffisant dans le temps permettant d'observer les enfants "à risques" sortant de l'adolescence, au moment où les risques de développer l'affection sont les plus grands. Si on a déjà le recul nécessaire pour les neuroleptiques de première génération (dits "typiques"), il n'en va pas de même pour les neuroleptiques dits "atypiques" plus récents qui sont plutôt "à la mode" de nos jours, et il faut de plus ne pas oublier que la diversité de ces médicaments va croissant, ce qui ne peut que multiplier les risques potentiels qu'ils présentent et, partant, le nombre d'études à consacrer aux effets, à bref et à long termes, de chacune de ces

molécules.

Actuellement, il semble bien que la grande majorité de ces neuroleptiques, administrés à la dose minimum efficace pendant la grossesse, n'aient pas d'effet tératogène (*n'induisent pas de malformation décelable*) ni sur le cerveau ni sur d'autres organes de l'embryon, mais les diverses études entreprises sont dispersées et comportent chacune, encore trop souvent, de trop petits nombres de cas assez homogènes pour en tirer des conclusions indiscutables. Quant à d'éventuels effets sur les fonctions mentales des enfants de mères traitées par neuroleptiques pendant la gestation, le recul est non seulement insuffisant, mais les nombres de cas dont on dispose ne permettent pas encore de faire (*statistiquement*) la part de ce qui reviendrait à la maladie de la mère, d'une part, et à son traitement, d'autre part.

Selon moi, mais sans doute aussi pour ceux qui invoquent assez (trop) facilement le fameux "principe de précaution", compte tenu de notre ignorance actuelle, la prise de neuroleptiques, si elle s'avère indispensable, signifie *ipso facto* l'exclusion de la grossesse, c'est-à-dire qu'elle devrait s'accompagner de mesures contraceptives (*ceci n'est qu'une opinion personnelle que je revendique mais n'impose évidemment à personne!*)

Q14 - Les neuroleptiques ont-ils une influence négative sur la capacité à se concentrer?

Je l'ai lu sur un site français (<http://www.paris-normandie.fr/eure>) en date du 27.04.2004. Une responsable départementale de l'UNAFAM (de l'Eure) y rendait les médicaments responsables de difficultés de concentration qui compliqueraient l'accomplissement des tâches de la vie courante. Qu'en est-il en réalité?

C'est une légende totalement erronée, et il est fort regrettable qu'elle soit répandue et perpétuée par des responsables d'associations dont un des rôles principaux est précisément d'informer correctement les malades et leurs proches sur tout ce qui touche aux affections mentales et à leurs traitements.

De nombreuses études scientifiques rigoureusement conduites (en parallèle sur des malades et sur des volontaires non malades d'âges et de niveaux sociaux et d'éducation comparables) ont au contraire clairement montré que les neuroleptiques, (administrés à doses thérapeutiques correctes), amélioreraient significativement les capacités de concentration et d'attention des malades schizophrènes, et, par voie de conséquence, amélioreraient aussi les performances d'un grand nombre de tests où l'attention soutenue joue un rôle important.

Il est vrai que des neuroleptiques peuvent, surtout quand ils sont administrés à fortes doses (parfois excessives), entraîner, surtout en début de traitement, une sensation de fatigue et de la somnolence, mais ceci est en général passager et ne persiste pas, surtout si la posologie est adéquate.

Insistons à nouveau sur le fait que les déficits d'attention et de concentration rencontrés chez les malades schizophrènes sont le fait de la maladie, ils sont présents en l'absence de tout traitement, ils étaient déjà connus et signalés avant l'avènement des neuroleptiques.

Les neuroleptiques ne rétablissent que rarement **toutes** les capacités mentales à **leur niveau d'avant** l'apparition de l'affection. Des déficits persistent, atténués sans doute, mais dont les malades médiqués sont désormais mieux à même de les percevoir qu'en l'absence de médication. C'est alors que certaines personnes, croyant disposer d'une "explication" facile et voulant se montrer "charitables", croient rendre service en rendant, aux yeux des malades, la médication responsable de leurs difficultés résiduelles. Non seulement ces personnes se trompent, mais elles ne rendent pas service aux malades en leur faisant part de cette erreur, car elles les encouragent ainsi à interrompre, voire à abandonner leur traitement, ce qu'il faut absolument éviter.

**Q15 - Les synapses d'un malade schizophrène sont-elles modifiées?
En quoi consistent ces modifications? D'où provient l'excédent de dopamine
qu'il faut contrecarrer pour atténuer les signes de l'affection?**

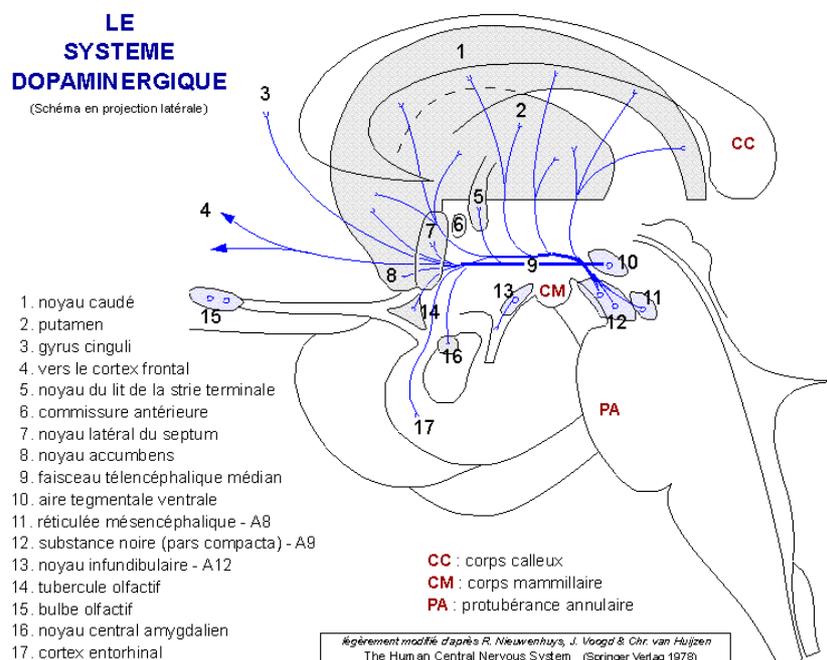
Ce ne sont pas toutes les synapses dans l'ensemble du cerveau qui sont modifiées, mais seulement certaines "populations" de synapses (une fraction des synapses à récepteurs D2). Des neurones fabriquant la dopamine sont localisés dans le "mésencéphale" (Groupements "A8, A9, A10") et dans l'hypothalamus ("A12"). Leurs projections axonales (se terminant par des synapses) en se dirigeant vers l'avant du cerveau, forment un large éventail se distribuant dans de nombreux territoires cérébraux (*le "striatum" constitué du noyau caudé et du putamen, parfois encore appelé "ganglions de la base", le cortex frontal, le "gyrus cinguli" [cortex médian] et différentes localisations de ce qu'on appelle le système limbique [septum, noyau accumbens, noyaux amygdaliens], voir schéma ci-dessous*). Le seuil de sensibilité à la dopamine d'au moins certaines de ces synapses est abaissé (dans le striatum), c'est-à-dire que les neurones postsynaptiques (cibles) deviennent (*anormalement*) hypersensibles au neurotransmetteur dopamine.

Il n'y a donc pas à proprement parler d'excédent de dopamine dans le cerveau chez les malades "psychotiques". Une analogie avec notre environnement courant permet au profane d'imaginer, à l'échelle visible, un équivalent mécanique de ce qui pourrait se passer à l'échelle ultramicroscopique: ce n'est pas le doigt qui appuie trop fort sur le bouton de sonnette, c'est ce dernier qui s'enfonce trop facilement (*ou encore: ce sont les clefs introduites dans les serrures qui tournent trop facilement*).

On ne connaît pas encore les altérations biochimiques postsynaptiques responsables de cette hypersensibilité (*pourquoi les boutons s'enfoncent trop facilement, ou pourquoi les clefs tourneraient trop aisément dans les serrures*). On ne sait pas non plus si seule la sensibilité de ces synapses est accrue, ou si leur nombre pourrait être lui-même augmenté.

Les neuroleptiques actuels se fixent sur toutes les synapses à récepteurs D2 et les "bloquent" *sans tenir compte* de leur sensibilité, qu'elle soit accrue ou non. C'est ce qui explique les effets "secondaires" qu'ils produisent: des synapses sont bloquées, là aussi où elles ne sont pas responsables des signes de l'affection: ce blocage est responsable des SEP (signes extrapyramidaux observés dans le "syndrome parkinsonien").

(*voyez aussi: Seeman, P. & al., PNAS 102 (9), 3513-3518, 2005, Open Access*)



Q16 - Comment se comporter avec son proche, malade schizophrène, comment lui parler de son affection, comment en éviter (*prévenir?*) au mieux les exacerbations?

Ces questions sont posées par tous ceux qui vivent avec un malade schizophrène. On peut y trouver des réponses sur différents sites et elles ont aussi été abordées dans notre dossier consacré à la schizophrénie (Chapitre VII et note 9, correspondant aux pages 104 à 123 du dossier au format pdf).

Sur le site de schizophrenia.com, par exemple, on trouve, destinées aux familles et très résumées afin d'être simples et claires, **sept** recommandations élémentaires principales auxquelles chacun peut souscrire **en général** (*en anglais, émises par les fratries, comme par les fils et filles adultes de malades membres du NAMI: "How to avoid relapse" - <http://www.schizophrenia.com/pdfs/avoidrelapse.pdf>*). Il est néanmoins utile de les commenter et de les nuancer, car leur mise en oeuvre **particulière** demande évidemment d'être **adaptée à chaque cas individuel**, dont on sait bien que le **degré de gravité** est extrêmement variable. Il faut aussi se rendre compte que l'attitude à adopter avec le malade peut n'être pas exactement la même selon qu'on se trouve **dans les débuts** de l'affection ou que celle-ci est **déjà installée** et traitée depuis un certain temps. Reprenons-les à peu près textuellement ci-après, telles qu'elles ont été énoncées dans les familles U.S. de malades.

1. Aménagez pour votre malade un environnement "structuré", de soutien, de tolérance, le moins "stressant" possible. Il faut se mettre clairement d'accord avec le/la malade sur ce qu'on attend de lui (d'elle) quant à son comportement, et en passer avec lui (elle) les différents éléments soigneusement en revue. Assignez à votre malade des tâches clairement définies, mais restez modeste dans vos attentes. Apprenez à vous attendre à certains écarts de comportement du malade par rapport à ce qui était convenu, et à les tolérer. Etablissez une routine bien réglée des activités de la maisonnée: les heures fixes pour les repas, les diverses tâches quotidiennes, les autres activités.

***Commentaire:** au début, c'est-à-dire aussi au retour de l'hôpital ou de la clinique, il faut s'attendre à ce que, inévitablement, des entorses aux horaires surviennent, et que les accords conclus entre les membres de la famille et le (la) malade ne soient pas toujours strictement respectés. Ces écarts doivent être relevés et signalés au malade, systématiquement mais sans harcèlement. Tout doit être dit avec le moins de coloration émotionnelle possible (avec "autant de sérénité que de fermeté bienveillantes") et sans jamais hausser le ton. La routine de la maisonnée doit être bien prévisible, quasi monotone: ceci afin que le/la malade puisse progressivement réacquiescer des automatismes (des réactions aux circonstances auxquelles il ne faut plus penser expressément) et soit, le moins possible, confronté(e) à des événements inattendus, imprévus. En effet, ceux-ci, s'ils peuvent paraître anodins à une personne en bonne santé, ils peuvent par contre, par la surprise qu'ils provoquent chez votre malade, entraîner chez lui (elle) des émotions qu'il (elle) risque de ne contrôler qu'à grand-peine et qui pourront à leur tour provoquer des réactions, par exemple d'angoisse et de fuite, ou de colère et d'affrontement difficiles à maîtriser.*

2. L'ambiance de la maison doit être aussi calme et paisible que possible. Chaque membre de la famille ne doit parler qu'en exprimant ses propres opinions et doit pouvoir aller au bout de ce qu'il a à dire sans être interrompu. N'essayez pas de dire à la place d'un autre membre de la famille ce que vous croyez qu'il pense ou qu'il éprouve. Permettez à chaque membre de la famille de communiquer avec les autres de la manière qu'il choisit. Ne déléguez pas à un frère ou à une sœur ce que vous auriez à dire à l'un ou l'autre, mais dites le vous-même à l'intéressé(e). Rappelez à tous cette règle générale.

***Commentaire:** Les règles édictées ci-dessus ont deux objectifs principaux. 1) Il faut éviter les discussions trop animées ou passionnées. Les émotions peuvent être mal interprétées par le*

malade, elles peuvent éveiller en lui des émotions excessives qui risquent de lui faire perdre le fil du contenu de la conversation et, ce qui peut-être est encore plus grave, perdre en même temps sa maîtrise de soi. 2) Il faut aussi éviter les interprétations approximatives, voire abusives des propos tenus par les autres (en d'autres temps, en dehors de la présence du malade), alors que le malade peut déjà, de lui-même, avoir tendance à interpréter erronément ce qu'on lui dit ou y voir des intentions "cachées". De plus, les discussions à plusieurs personnes (simultanément présentes) sont souvent difficiles à suivre pour un malade schizophrène et, par la suite, il peut avoir du mal à se souvenir de qui a dit quoi. Chacun doit s'efforcer de prendre l'habitude, avec la personne malade, de n'exprimer, très concrètement, que ses propres opinions sans tenter d'en attribuer d'imaginaires aux autres, fussent-elles vraisemblables ou plausibles (et, ce faisant, avoir recours à un langage involontairement émaillé de métaphores que le malade comprend souvent mal).

3. Évitez de vous laisser aller à des émotions trop manifestes avec votre malade. Laissez-lui "de la marge" psychologique et physique (p.ex. en n'imposant pas de conclusion immédiate à un entretien, mais en laissant le malade se retirer dans sa chambre ou en le laissant faire un tour pour y penser). Limitez à un strict minimum les critiques et les éloges exagérément enthousiastes. Ne soyez pas trop importun au sujet des pensées et des sentiments de votre malade, p.ex. en lui disant: "tu n'aimerais pas cette sorte de travail" ou "tu n'aimes vraiment pas ceci et cela". Attendez-vous à ce que votre malade éprouve le besoin, soit de beaucoup se reposer soit, au contraire, de marcher beaucoup de long en large et puisse se laisser aller à des comportements inusités mais anodins. Tolérez tout cela. Adoptez une attitude d'indifférence bienveillante et ne prêtez qu'une attention en apparence réduite aux détails du comportement de la personne malade (*prenez "de la distance"*).

Commentaire: *cette recommandation, à la manière de la précédente, vise à limiter les émotions trop vives que des affrontements ou des discussions trop passionnées pourraient susciter chez le/la malade. Pour toute décision ou choix qui se présente à lui (elle), il faut éviter qu'une décision immédiate lui paraisse imposée d'autorité; on doit lui donner le temps de la réflexion, plus long que chez une personne bien portante. Que le/la malade éprouve des joies ou des frustrations, il faut éviter que ces sentiments ne s'emballent et prennent des dimensions "cataclysmiques". Les manifestations d'émotion des interlocuteurs bien portants du (de la) malade ne font qu'exacerber ses réactions émotives, c'est pourquoi il faut absolument se contrôler pour en tempérer l'expression.*

4. Définissez les limites à ne pas dépasser par des comportements hostiles (agressifs) ou incongrus. Souvent, un comportement inadéquat ou des phrases reflétant un délire s'atténueront si on lui représente, sans émotion manifeste, qu'ils ne sont pas convenables, inadéquats. Si votre malade a des idées paranoïdes (p.ex. si il/elle croit être poursuivi(e) par des individus qui lui veulent du mal), ne tentez pas de l'en dissuader. Faites seulement preuve d'empathie, en disant combien vous comprenez à quel point de tels sentiments doivent être désagréables. Soyez très clair (e) mais calme (ferme) sur les conséquences (*néglatives*) qui résulteraient de la persistance d'un comportement perturbateur, hostile ou agressif.

Commentaire: *pareille recommandation va de soi. Toutefois, dans quelle mesure sera-t-elle toujours applicable? Tout ici dépendra de l'efficacité de la thérapie médicamenteuse qui rendra ou non le/la malade réceptif (réceptive) aux raisonnements et arguments qu'on lui fera valoir pour qu'il (elle) se conforme aux règles d'un comportement acceptable, et pour qu'il/elle s'en souvienne durablement. Il faudra par ailleurs tenter de déterminer quels sont les événements, les circonstances, les situations dans lesquelles les comportements inacceptables risquent habituellement de se développer, afin de pouvoir, autant que possible, les éviter et ainsi prévenir les incidents et accidents.*

5. Apportez votre aide aux efforts de socialisation et de traitement. Reconnaissez les changements qui se produisent chez le malade et qui indiquent qu'il est prêt à plus d'autonomie ou, au contraire, qu'il a besoin d'une aide accrue s'il va moins bien. Tenez les

médecins, les thérapeutes, etc., au courant de ces changements. L'encouragement à la socialisation ne doit pas s'accompagner de stress. Les visites, les sorties, etc., ne sont bonnes que si le/la malade s'y intéresse et peut y fonctionner de manière acceptable. Ceci s'évalue par essais et erreurs. Les familles peuvent aider à explorer les programmes d'activité mis en place par la communauté. Devenez un militant informé et agressif, et votre malade recevra de meilleurs soins et se portera mieux.

Commentaire: *ici, tout dépendra bien évidemment de l'état de la personne malade, de son degré d'autonomie et des lieux d'accueil (hôpitaux de jour, etc.) disponibles à proximité du domicile, dont le/la malade acceptera ou non de les fréquenter. Il n'est pas possible ici d'en présumer. Quant à une collaboration étroite entre la famille et les soignants professionnels, elle est, elle aussi, très dépendante des conditions locales et de la personnalité des professionnels présents sur le terrain...*

6. Prenez soin de vous-même. La famille doit prendre soin d'elle-même. Elle doit partager ses frustrations avec d'autres parents. Elle doit rejoindre des associations d'entraide (aux USA: AMI/ FAMI). Elles doit aussi sortir de chez elle, s'assurer que les besoins de tous ses membres sont rencontrés, et pas seulement ceux de la personne malade.

7. N'oubliez pas que personne ne peut prédire l'avenir. Vivez au présent. N'attendez pas l'impossible de l'avenir. N'en demandez pas non plus trop à la personne malade. Tâchez de trouver un compromis raisonnable entre le réalisme et l'espoir.

8. Certains parents se demandent aussi comment parler de sa maladie avec son fils ou sa fille malade de schizophrénie. *Chaque cas étant en quelque sorte unique, chaque famille étant particulière, il est impossible d'apporter ici une réponse, nécessairement générale, qui puisse s'appliquer de manière utile à chaque cas rencontré. Personnellement (mais je reconnais qu'il s'agit d'un sentiment qui m'est personnel, mon opinion ne vaut que ce qu'elle vaut...), je crois que les proches ne doivent parler sérieusement de son affection au malade que si celui-ci en prend l'initiative et en exprime le désir à son entourage. Dans ce cas, souvent mieux vaut laisser cette tâche au psychiatre traitant (en espérant qu'il veuille bien l'entreprendre). Si les proches abordent le sujet avec leur malade, ils doivent au préalable s'être bien documentés, ce qui est loin d'être facile, car j'estime que la littérature de vulgarisation psychiatrique par les professionnels de langue française n'est habituellement pas d'une grande aide pour un public non préparé. C'est dans les associations d'entraide de familles de malades qu'ils pourront acquérir le plus facilement l'information qui leur manque au début, et ils pourront y bénéficier de l'expérience d'autres parents confrontés depuis plus longtemps qu'eux à la schizophrénie d'un proche.*

*Je crois aussi que quand (si) les proches parlent avec le malade de son affection, ils doivent soigneusement éviter d'y chercher des "raisons" et d'en interpréter les manifestations par des "explications" de nature psychologique; pareilles "explications", toujours imaginaires et ne valant que pour les bien-portants, risquent fort d'être en désaccord avec celles du (de la) malade lui-(elle-) même et de provoquer chez lui (elle) des réactions de refus, de colère entraînant des disputes familiales parfaitement inutiles et même "contre-productives". Les proches doivent rester très concrets, voire terre-à-terre, ne dire que ce qu'ils observent et constatent, et laisser le malade donner lui-même, s'il le peut et le veut, ses propres explications et interprétations de ses actes, comportements, pensées et sentiments. De plus, les interprétations énoncées par les proches sont toujours, qu'ils le veuillent ou non, teintées de jugements (ou elles sont perçues comme telles), que ces jugements soient réprobateurs ou parfois même approuvateurs. Or, c'est cela qu'il faut absolument éviter. **Il ne faut surtout jamais juger le malade ni lui en donner l'impression!***

**Enfin, bien que non abordée ici, il faut rappeler la condition préalable essentielle à respecter impérativement pour que tout ce qui précède soit possible:
il faut qu'un traitement neuroleptique efficace ait été instauré
et qu'il soit scrupuleusement suivi sans interruption.
Ceci doit être attentivement surveillé.**