

Dr Jean Desclin

# LA SCHIZOPHRENIE

Ce que  
les familles et  
les proches des malades  
devraient savoir

*Information et réflexions  
à l'intention des familles,  
des proches de malades,  
des profanes.*



*Texte remanié et  
mis à jour en 2006  
à partir d'une première  
version parue en 1997*

*“Dire la vérité est utile à celui à qui on la dit  
mais désavantageux à ceux qui la disent,  
parce qu'ils se font haïr.” (Pascal)*

De tous ceux qu'on pourrait rassembler sous l'appellation générale de "psycholâtres", on devrait souvent dire, comme cela a été fort bien dit autrefois de certains pédagogues:

*“Ces maîtres icy, comme Platon dit des sophistes, leurs germains, sont de tous les hommes ceux qui promettent d’être les plus utiles aux hommes, et seuls entre tous les hommes, qui non seulement n’amendent point ce qu’on leur commet, comme fait un charpentier et un masson, mais l’empirent et se font payer de l’avoir empiré.”*

Montaigne, Essais, Livre 1, chap. XXV

mais n’oublions pas non plus que:

*“The soul breathes through the body, and suffering, whether it starts in the skin or in a mental image, happens in the flesh.”*

*(L’âme respire par le corps, et la souffrance, qu’elle naisse dans la peau ou dans une représentation mentale, réside dans la chair.)*

Antonio R. Damasio (Descartes’ Error)

et reconnaissons que:

*“Many explanations of behavior have an airy-fairy feel to them because they explain psychological phenomena in terms of other, equally mysterious psychological phenomena. [...] These explanations are scams.”*

*“De nombreuses explications du comportement ont comme un petit air imaginaire et fantaisiste, parce qu’elles expliquent les phénomènes psychologiques par d’autres phénomènes psychologiques tout aussi mystérieux. [...] Ces explications sont des arnaques.”*

Steven Pinker (How the Mind works)

et souvenons-nous aussi que:

*“Quand on veut examiner de sang-froid les opinions des hommes, on est tout surpris de trouver que, dans celles mêmes qu’ils regardent comme les plus essentielles, rien n’est plus rare que de leur voir faire usage du bon sens, c’est-à-dire de cette portion de jugement suffisante pour connaître les vérités les plus simples, pour rejeter les absurdités les plus frappantes, pour être choqué de contradictions palpables.”*

Paul Henri Dietrich, Baron d’Holbach (Le Bons Sens)

## TABLE DES MATIERES

Préface de l'édition 2006

### **Chapitre I - Introduction**

Introduction et avertissements

### **Chapitre II - Qu'est-ce que la schizophrénie?**

II - 1. Caractéristiques

II - 2. La schizophrénie est-elle fréquente?

II - 3. Retombées psychosociales

### **Chapitre III - Comment se manifeste-t-elle?**

III - 1. Signes et symptômes de la schizophrénie

III - 2. Début de la maladie. Signes et symptômes précoces

III - 3. Cours de la maladie (son évolution)

III - 4. Différentes formes (modalités des manifestations)

### **Chapitre IV - Les causes de la schizophrénie**

### **Chapitre V - Le traitement de la schizophrénie**

V - 1. Les médicaments

V - 2. Traitement hospitalier, post-cure, réinsertion

V - 3. L'aide à la famille, associations d'entraide

V - 4. A la sortie de l'hôpital

V - 5. Les psychothérapies

### **Chapitre VI - Le rôle des familles dans les soins**

### **Chapitre VII - Comment se comporter avec le malade**

VII - 1. Quelques conseils

VII - 2. En cas de crise

VII - 3. Discrimination

### **Chapitre VIII - La recherche**

Conclusion provisoire

## Préface pour l'édition de 2006

*Du temps où j'enseignais (l'histologie aux étudiants de l'ancienne "Candidature en Médecine" à l'U.L.B.), j'avais constaté qu'environ un cinquième du cours donné aux étudiants aurait pu - ou dû - être remis à jour chaque année, de nombreux passages, voire des chapitres entiers risquant en effet d'être périmés par les apports nouveaux publiés, parfois chaque mois, dans la littérature scientifique internationale. Pour diverses raisons pratiques évidentes (dont les surcharges de secrétariat et d'édition par les Presses de l'Université etc.), pareille réédition annuelle n'était pas possible: j'avais donc opté pour une sorte de demi-mesure consistant à rédiger au fur et à mesure des ajouts et ne les donner à l'impression que lors d'une nouvelle "édition" complète, tous les cinq ans.*

*Le texte qui suit - qu'on se rassure! - n'est, bien sûr, pas un cours pour des étudiants universitaires, mais seulement une modeste et imparfaite tentative d'information et de vulgarisation à l'intention des parents et proches de malades schizophrènes. Bien que je n'aie plus aujourd'hui, pour me tenir au courant des "nouveauautés", les facilités que j'avais au temps où j'arpentais les couloirs de ma Faculté, j'ai pourtant pu me rendre personnellement compte que, bien évidemment et fort heureusement, les neurosciences ne se sont pas figées quand j'ai pris ma retraite. Aujourd'hui, tout comme lorsque j'enseignais (quoique alors dans une discipline en apparence fort éloignée de la psychiatrie), un texte, même s'il parle des schizophrénies et de ses victimes, doit, lui aussi, être sérieusement rafraîchi, même si cinq ans seulement se sont écoulés depuis sa précédente rédaction, à défaut de quoi il risquerait de ne plus répondre aux attentes et aux besoins des lecteurs.*

*Les neurosciences et nos connaissances sur la structure, le développement et le fonctionnement du cerveau ont fait en quelques années des progrès considérables qui ne peuvent qu'avoir, sur la compréhension des mécanismes des schizophrénies et sur la mise en oeuvre des thérapeutiques destinées à en atténuer les méfaits, des "retombées" importantes. Les malades et leurs proches sont en droit d'en être informés au moins autant que les professionnels chargés d'apporter les soins aux personnes atteintes de ces affections.*

*Dans la version "papier" précédente (août 2000), des explications complémentaires et des notes, destinées à donner au lecteur les éléments*

*éventuellement nécessaires à une meilleure compréhension des sujets abordés, avaient été rassemblées à la fin du texte principal. Plutôt que de conserver cette disposition, peut-être peu pratique compte tenu des nombreux ajouts survenus en quelques années, j'ai préféré rapprocher ces notes de la première mention de leur sujet, sans toutefois en saupoudrer le texte principal, dont elles se distinguent immédiatement à l'oeil du lecteur par l'emploi d'une police de caractères distincte (caractères italiques).*

*Ces explications et commentaires reflètent les connaissances, l'expérience, les lectures et les opinions du médecin, chercheur, enseignant, biologiste et neuromorphologiste de métier que j'ai été. Partisan inconditionnel des neurosciences, convaincu de l'absolue nécessité d'y intégrer la psychiatrie, parent de malade par surcroît, l'auteur a lui-même appris, "sur le tas" et en quelque sorte "à son corps défendant", que l'information du public sur les sujets abordés est indispensable pour secouer l'inertie de nos praticiens de la psychiatrie - en particulier en région francophone - pour que cette discipline progresse. Les "usagers" doivent forcer la réconciliation de notre psychiatrie avec la médecine moderne dont, depuis longtemps et pour de multiples raisons, elle s'est insensiblement mais quasi complètement détachée et dont, retour malheureux mais logique des choses, elle s'est fait oublier. Une meilleure connaissance, chez les proches des malades, de ce que sont, réellement, les "maladies mentales", est un préalable obligé de cette réconciliation: il faut que les proches des malades deviennent, face aux psychiatres, des interlocuteurs éclairés, responsables et forçant le respect, non plus des suppliants naïfs, passifs, pitoyables et crédules. Ceci n'est, évidemment, qu'une opinion personnelle. Je la revendique pleinement mais jamais l'idée ne me viendrait d'obliger qui que ce soit à la partager, cela va de soi.*

*Les progrès des neurosciences et de nos connaissances sur les mécanismes responsables de la manifestation des troubles mentaux ne peuvent qu'être bien trop lents encore au goût des malades et des leurs. C'est pourquoi ce qui était dit déjà dans l'introduction de 1997 et 2000 reste, à peu de chose près, valable: mes motivations et mes justifications sont restées inchangées, même si la reconnaissance de la nature biologique et fort concrète des affections schizophréniques a heureusement commencé à faire son chemin dans les consciences en général.*

J.D.

Bruxelles, été 2005

# I. INTRODUCTION

*Une première version de cette brochure avait déjà été rédigée, en 1997, à l'intention des familles de malades psychotiques (principalement des schizophrènes) rassemblés au sein d'une association belge d'entraide. Son impression devait bénéficier du soutien d'une firme pharmaceutique, ce qui aurait facilité sa diffusion auprès d'un plus grand nombre d'intéressés, et aussi chez les psychiatres belges qui auraient pu la distribuer à l'entourage de leurs patients. L'existence de cette brochure aurait ainsi épargné aux psychiatres la tâche, fastidieuse pour eux puisque toujours à recommencer, de donner à leur patientèle les longues explications que, bien souvent, ils n'ont pas le temps de lui fournir oralement. L'auteur s'étant retiré de cette association de parents, l'impression du texte ne s'est pas faite. La présente version, revue, remaniée et fortement augmentée, s'inspire encore largement de différentes sources, parmi lesquelles des associations d'entraide:*

- 1) "Schizophrenia: Information for Families" (WHO/MNH/MND/92.8);
- 2) "Schizophrenie: Diagnose - Bewältigung. Eine Information für Angehörige und Laien (Vask - Bern);
- 3) Diverses Newsletters de la Schizophrenia Association of Great Britain.

*Mais elle tient compte aussi d'autres sources qui seront indiquées sous forme de notes bibliographiques et commentaires. Ce texte se propose de donner aux familles de malades résidant en Belgique francophone, (mais aussi, pourquoi pas, au grand public belge francophone?), une information simple, concrète et correcte sur la schizophrénie. On ne se bat bien que contre un ennemi qu'on connaît et qu'on comprend. Une meilleure connaissance, dans le public, des caractéristiques propres à la schizophrénie devrait permettre de mieux comprendre les obstacles qui se dressent et s'opposent aux efforts entrepris pour dominer et maîtriser la maladie et ses conséquences. Parmi ces caractéristiques de la maladie, insistons particulièrement sur la difficulté de poser un diagnostic incertain, la labilité du comportement, l'incapacité du malade à affronter les exigences quotidiennes de la vie et, surtout, l'incapacité du malade à prendre conscience de son état, ce qui a pour conséquence très fréquente son refus du traitement.*

*A la différence de ce qui se passe pour la plupart des autres maladies, dans lesquelles la présence de signes physiques ou biologiques mesurables*

*(examens cliniques, analyses de laboratoire, p.ex.) concourt au diagnostic, le diagnostic de la schizophrénie ne repose que sur l'observation, par le médecin, les parents, la famille, les proches, les familiers, du discours et du comportement du patient. Les débuts de la maladie peuvent s'installer et progresser de manière à ce point insidieuse qu'il faille longtemps avant que les changements subis par le malade ne soient remarqués par son entourage. Puis, en apparence soudainement, il s'effondre ou, au contraire, il semble exploser et montre des signes alarmants.*

*Souvent, le malade lui-même n'est pas conscient des changements survenus en lui, il ne se considère pas malade et n'éprouve pas le besoin de se faire soigner. D'ailleurs, - même si cette comparaison "psychologique" est sans réelle valeur explicative - qui d'entre nous admettrait de s'imaginer comme étant mentalement malade? Si, après bien des efforts de son entourage, le malade finit par accepter de rencontrer un psychiatre, il pourra se faire, par hasard, qu'il parvienne à se maîtriser suffisamment, pour que le médecin qui ne prêterait pas attention à la famille et ne croirait que ce qu'il voit et entend lui-même sur le moment, soit incapable de diagnostiquer la maladie et n'envisage pas l'opportunité d'un traitement. La labilité extrême des symptômes et du comportement, tant d'un patient à l'autre que chez le même malade au cours du temps, repousse souvent d'année en année le diagnostic et la mise en oeuvre des soins.*

*Les particularités de cette affection provoquent presque inexorablement des tensions et des malentendus entre patient, membres de sa famille, médecins, soignants et autres personnes côtoyées par le malade. Tantôt, ce dernier entre en conflit avec ses proches, tantôt avec les soignants. Parfois ceux-ci se liguent avec le malade contre la famille, puis cette alliance se renverse, et puis on recommence... jusqu'au moment où on réalise enfin que, dans l'intérêt du patient, tout le monde doit coopérer pour l'aider.*

*La méconnaissance générale (et l'incompréhension) des difficultés inhérentes aux particularités propres à la maladie a amené certains journalistes, médias et défenseurs des droits de l'Homme (et parfois même des psychiatres!) à considérer le malade, en toute bonne foi, comme la victime des médecins, des médicaments, des familles ou de la société, et ils accusent les familles, les employeurs, les médecins et les hôpitaux psychiatriques de tous les maux subis par les malades. Ces préjugés et ces accusations ne disparaîtront que si toutes les personnes concernées par la maladie prennent conscience qu'elles doivent être solidaires et que seule une collaboration sans préjugés moralisateurs et sans accusations réprobatrices pourra aider le malade. Le jour où la schizophrénie sera reconnue sans*

*réerves comme la conséquence d'un trouble fonctionnel de cet organe bien biologique qu'est le cerveau, tous sauront que ce dysfonctionnement doit être soigné médicalement aussi (et pas seulement par des discours), quand on admettra qu'il n'existe aucune affection ni "somatique" ni "mentale" taboue dont on doive "avoir honte", on admettra, enfin! que le patient doit être entouré avec humanité, et de nombreuses difficultés actuelles finiront par disparaître en même temps que la discrimination des malades, de leurs proches et des institutions psychiatriques.*

*La rédaction du présent document en français - excluant, autant que possible, le jargon technique - a été entreprise pour tenter d'apporter un peu d'information de "vulgarisation" correcte, jusqu'à présent assez maigre dans notre langue. L'auteur a voulu donner à cette information une forme tout à la fois simple et pratique, aisée d'accès, si possible dans un langage accessible à un public normalement peu familiarisé avec celui que les professionnels de la psychologie et de la psychiatrie habituellement semblent affectionner dans nos pays francophones.*

*Le sujet traité touche chez nous, potentiellement (d'après l'O.M.S. ... ) et directement quelque 40.000 personnes, mais indirectement bien plus encore, si l'on songe aux familles et aux proches des malades.*

**Trois avertissements s'imposent:**  *tout d'abord, ce texte ne s'adresse pas directement, en principe, aux malades eux-mêmes, quoi que certains psychologues bien intentionnés aient parfois pu s'imaginer. En effet, il ne peut être question d'exposer un sujet aussi délicat, comportant une lourde charge émotionnelle, dans les mêmes termes aux parents bien portants et aux malades. Si on estime néanmoins devoir (pouvoir) laisser cette brochure entre les mains de certains malades, ce ne peut être qu'en s'assurant qu'ils en tireront une interprétation correcte: on ne pourra parvenir à cette dernière que par la "lecture dirigée", le commentaire explicatif et prudent, la discussion patiente, sereine entre malade et thérapeute.*

*Ensuite, rappelons fermement que généraliser ce qu'on sait - et ce qu'on ne sait pas - des manifestations de "la" schizophrénie n'est jamais qu'un leurre. En effet, on devrait plutôt dire que chaque cas individuel est unique et constitue un tableau en soi. Par conséquent, n'étant elles aussi que des résumés simplifiés, les descriptions qu'éventuellement on pourra trouver dans cette brochure ne correspondront presque jamais trait pour trait à tel ou tel cas de l'un ou l'autre malade, peut-être proche du lecteur. Il faut s'en souvenir.*



*Enfin, soulignons le fait que ces pages sont de la plume, certes d'un médecin, enseignant et chercheur universitaire, mais aussi et d'abord parent de malade, n'ayant avec la psychiatrie belge et ses institutions, ses traditions et ses pratiques, que des rapports "d'usager contraint et forcé" même s'ils peuvent paraître, du fait de la formation de l'auteur, privilégiés et "éclairés" par comparaison avec ceux des autres parents n'ayant aucune formation médicale. Cette position expliquera sans doute que quelques lecteurs puissent prendre certains passages pour une critique parfois trop acerbe, sur un ton assurément inhabituel dans les textes visant des buts équivalents, mais rédigés cette fois par les "professionnels" de la psychiatrie. Ma distance à la psychiatrie et ma situation de "client" de cette dernière m'autorisent à m'abstenir de complaisance à son égard. Elles me dispensent de ménager le "confort" intellectuel satisfait mais illusoire de nombre de ses praticiens. Cette satisfaction, si elle peut parfois paraître excusable chez certains, les faits en général ne me semblent pourtant jamais ni aucunement la justifier.*

Prof. Dr. Jean Desclin

Bruxelles, mars 1997 - aout 2000

---

## II. QU'EST-CE QUE LA SCHIZOPHRENIE ?

*“Il semblerait que la schizophrénie est une maladie qui n’a pas de symptômes particuliers, qui n’a pas de pronostic propre, et qui ne répond pas à un traitement particulier.”*

Richard Bentall

Why there will never be a theory of schizophrenia.

In: Steven Rose (édit): From Brains to Consciousness? p.122.

Penguin Books, London 1999

### 1. Caractéristiques

Sous le nom de SCHIZOPHRENIE, on regroupe un nombre indéterminé de “**maladies**” ayant en commun des “**symptômes**” mentaux psychiatriques <sup>1</sup> “La” schizophrénie est donc ce que les médecins appellent un “**syndrome**” plutôt qu’une maladie. Le nombre et la gravité variables des symptômes, ainsi que la personnalité du malade peuvent le handicaper plus ou moins fortement.

C’est le psychiatre suisse Eugen Bleuler qui, en 1911, inventa le nom de l’affection d’après les racines grecques de “schizo” (coupure) et “phrénie” (du crâne, donc de l’esprit qui y est contenu): il voulait indiquer ainsi que la maladie se caractérise par une rupture de l’esprit du patient d’avec la réalité. De nos jours, il serait préférable de dire que les différents processus de pensée, de raisonnement, de perception sensorielle et de représentation intuitive de soi-même, d’association des idées entre elles et avec les sentiments qu’elles peuvent inspirer sont désarticulés, décousus, hachés, comme coupés les uns des autres, ce qui justifie de conserver le nom de schizophrénie, même si sa signification a quelque peu changé par rapport à la définition d’origine. La majorité des professionnels désormais s’accordent à reconnaître que cette définition et l’appellation de “schizophrénie” correspondent à des concepts beaucoup moins précis qu’on ne se les représentait à l’origine, si bien que l’utilité, tant clinique que théorique de ce “diagnostic” fait l’objet, entre psychiatres, de discussions interminables.

La schizophrénie est une affection dont l’origine et les mécanismes sont encore inconnus. Elle affecte l’organisation, la structure, la composition biochimique et le fonctionnement du cerveau. On pense qu’elle est répandue à peu près **uniformément** <sup>2</sup> dans le monde entier, toutes les ethnies, cultures et couches sociales.

Contrairement à ce que parfois l'usage courant du langage laisserait croire, le malade schizophrène n'a pas de dédoublement de la personnalité; ce n'est ni un débile mental, ni un attardé mental, ni une personne mentalement (moralement) "**mauvaise**" <sup>3</sup>, il n'est pas plus violent que la moyenne des gens de la société dans laquelle il vit.

Les malades atteints de schizophrénie sont des personnes qui, avant l'apparition de la maladie, passent le plus souvent à peu près inaperçues (c.à. d. que rien ne les distingue habituellement des autres) et qui sont dotées, tout comme le restant de la population, d'intelligence et de talents divers à des degrés variables, comme vous et moi, pourrait-on dire. La maladie les frappe de manière imprévisible, modifiant alors leurs comportements et leur infligeant de multiples handicaps dans de très nombreux domaines.

## 2. La schizophrénie est-elle fréquente?

On estime à **environ 1%** de la population <sup>4</sup> le nombre de personnes qui, à un moment ou à un autre de leur vie, présenteront des manifestations de schizophrénie. Mais il faut aussi se rendre compte que, pour chaque malade directement atteint, il y a en outre plusieurs membres de la famille et les proches qui subissent les contrecoups de la maladie: par conséquent, on peut porter à 5% la proportion de la population dont la qualité de vie sera, à un moment ou à un autre, dégradée par la maladie.

S'il est certes tragique d'être victime, par exemple d'un cancer encore incurable, dans la majorité des cas il ne survient que relativement tard dans la vie (il n'interfère pas avec le développement personnel) et ne dure pas longtemps. Par contre, les manifestations de la schizophrénie débutent entre 15 et 40 ans et persistent presque toujours la vie durant. Chez 3/4 des malades, l'affection survient entre 16 et 25 ans. C'est, par conséquent, la maladie qui, survenant chez les gens jeunes, compromet le plus gravement l'épanouissement personnel et le développement professionnel (et par conséquent aussi, l'insertion sociale). Les hommes et les femmes sont atteints avec la même fréquence, mais la maladie apparaît en général plus précocement chez les hommes que chez les femmes: il y a plus d'hommes atteints dans le groupe d'âge de 16 à 20 ans, plus de femmes atteintes dans le groupe d'âge de 25 à 40 ans. Ce décalage des âges explique qu'on rencontre plus d'hommes que de femmes malades restés célibataires et sans enfants car, statistiquement, les femmes tombant malades plus tard, elles ont eu plus d'occasions de se marier avant que l'affection ne devienne manifeste.

### 3. Retombées psychosociales de la schizophrénie

Les conséquences psychosociales défavorables de la schizophrénie sont plus sévères que pour n'importe quelle autre maladie. Le nombre de lits dans les hôpitaux, occupés par les malades schizophrènes, dépasse celui des malades de n'importe quelle autre maladie. Les frais qu'entraînent l'hospitalisation, la perte des emplois et des salaires ou d'autres rentrées d'argent, les programmes de "réadaptation", les allocations d'incapacité, d'invalidité ou de "remplacement" sont plus élevés que pour toutes les autres maladies. La schizophrénie pèse plus lourd que toute autre maladie par la diminution: des prestations scolaires, et/ou professionnelles, et du rendement des activités, par la perte de l'emploi, par le rejet et l'isolement de la personne malade; cette affection constitue pour la famille un fardeau bien plus écrasant que celui dû à n'importe quelle autre maladie. Malgré cette situation, les moyens mis chez nous à la disposition des hôpitaux psychiatriques et engagés dans la recherche scientifique dans le domaine de la schizophrénie sont très inférieurs, voire dérisoires, si on les compare aux investissements consentis pour d'autres maladies de moindre durée et aux conséquences marquant et éprouvant moins leurs victimes.

---

**1** *En médecine "somatique" (du corps), on appelle "**maladies**" des affections bien individualisées que l'on identifie par leur(s) cause(s) et par la cascade des mécanismes conduisant à la manifestation de leurs signes et symptômes morbides (et dont l'histoire, le déroulement, le pronostic présentent des caractéristiques se retrouvant et se répétant de manière prévisible chez les différents malades).*

*Ni les causes ni les mécanismes des affections mentales que les psychiatres appellent psychoses ou troubles psychotiques n'étant connus à ce jour (fin 2005), "la" schizophrénie n'est donc que ce que les médecins appellent un "**syndrome**", c'est-à-dire le regroupement, plus ou moins arbitraire, dans un même tableau descriptif "clinique", de symptômes et de signes observés chez un malade. La définition de "la" schizophrénie se base donc uniquement sur la nosologie psychiatrique, c'est-à-dire sur une classification arbitraire, intuitive, un catalogue fait de critères purement descriptifs d'observation. Les dénominations différentes attribuées aux multiples syndromes psychiatriques chroniques ne permettent pas de présumer de leurs causes ni de leurs mécanismes. Elles permettent moins encore de décider si causes et mécanismes, toujours hypothétiques, seraient distincts d'un syndrome à l'autre. Elles n'autorisent jamais à affirmer qu'il s'agit de maladies toutes*

*différentes les unes des autres. Inversement et sauf pétition de principe, elles ne permettent pas non plus d'affirmer avec certitude que deux malades différents présentant le même syndrome psychiatrique seraient bien atteints d'une même maladie. Par conséquent, ces affections qu'on appelle les "maladies mentales" pourraient bien n'être en fait que des ré-assemblages artificiels et aléatoires de signes et symptômes. Personne aujourd'hui ne sait si les mosaïques ainsi recomposées ont une réelle existence unitaire, une "identité", ou s'il s'agit seulement de ce que les biologistes pourraient plus correctement désigner du terme technique mais combien évocateur et pertinent de chimères psycho-biologiques.*

*En médecine dite "somatique", la nosologie est aujourd'hui quasi totalement abandonnée. Elle ne joue plus qu'un rôle minime, limité à l'élaboration d'une sorte de catalogue de pathologies regroupées d'après des critères descriptifs intuitifs, arbitraires, souvent obsolètes ou même réfutés. Un tel catalogue n'a pour utilité que de guider le clinicien praticien dans les choix de diagnostics possibles parmi toutes les pistes plausibles s'offrant à lui (faire le diagnostic différentiel). Le diagnostic choisi sera ensuite confirmé ou infirmé par les résultats d'examens "matériels" (analyses de laboratoire, imagerie médicale, etc.)*

*Pareils examens "matériels", jusqu'il y a peu n'existaient pas, qui auraient permis de préciser les diagnostics des affections psychiatriques. Quoiqu'ils apparaissent peu à peu aujourd'hui, nos praticiens n'ont pas encore pris l'habitude d'y recourir. Nombre d'entre eux semblent répugner à s'en servir, apparemment nostalgiques d'une nosographie plus philosophique et littéraire que scientifique.*

#### **4** ...environ 1%...

*La **prévalence à vie** signifie la proportion de ceux et celles qui, parmi les personnes actuellement en vie dans la population, ont été ou seront un jour victimes d'un ou plusieurs épisodes de schizophrénie.*

*La **fréquence** statistique est la proportion de cas rencontrés dans la population au moment où on procède au dénombrement.*

*La **incidence** (annuelle) est la proportion de nouveaux cas, de personnes tombées malades (pendant l'année).*

*Les estimations de la prévalence ont varié selon les époques, les auteurs, et avec les nationalités des chercheurs et organisations qui les ont publiées. Sans doute ces variations s'expliquent-elles, au moins en partie, par les variations survenues au cours du temps dans la nosologie, qui a également fortement varié de part et d'autre de l'atlantique. Il faut aussi tenir compte du recul indispensable pour obtenir des cohortes (des ensembles de sujets) suffisantes en nombres de patients; ce recul fait que les critères diagnostiques souvent aient pu changer au fil des années nécessaires à*

*l'accumulation des observations et à leur dénombrement, ce qui diminue fortement la précision des recensements et statistiques disponibles.*

**2...uniformément** dans le monde entier, toutes les ethnies, cultures et couches sociales: ceci résulte d'études commanditées par l'O.M.S., qui sont déjà assez anciennes, et elles demandent un commentaire. Certains psychiatres voient, (*Andreasen, N. Understanding the causes of schizophrenia. NEJM 1999, 340/8, 645-647*) dans la constance de la prévalence à vie de la schizophrénie de par le monde, un argument en faveur de facteurs génétiques pour partie à l'origine de cette "maladie". D'autres arguments étayant cette thèse, au moins aussi convaincants, existent aussi. On aura l'occasion d'y revenir. Mais comme la concordance entre jumeaux vrais n'est que de 40-50% et non de 100% - mais néanmoins bien plus élevée que la fréquence dans la population générale, ce qui suffit à prouver l'influence évidente du génome - , l'existence d'autres facteurs s'impose aussi à nous; ils sont présents cette fois dans le milieu: ce sont les facteurs environnementaux.

*Des études épidémiologiques et des méta-analyses (c.à.d. reprenant et regroupant des études précédentes faites par d'autres), rassemblant des cas collationnés depuis 1935 jusqu'à nos jours, pour certains suggéreraient que la saison de naissance, la naissance en milieu urbain, etc., constitueraient des facteurs supplémentaires de risques. La signification statistique de pareilles études devrait être sérieusement contrôlée, les limites de sa fiabilité (ses "intervalles de confiance") devraient être mieux explicitées. Il est certes normal que, pour pouvoir disposer d'un nombre aussi élevé que possible de cas sur lesquels solidement asseoir une étude statistique, on soit tenté de rassembler en une seule masse le plus grand nombre possible d'études distinctes publiées de par le monde. Cela incite à y inclure toutes sortes d'études: d'une part déjà anciennes (depuis 1935), d'autre part venant d'horizons médicaux ou philosophiques disparates. Par ailleurs, nous savons (même si certains préfèrent l'oublier) que le diagnostic de schizophrénie ne repose, aujourd'hui encore, essentiellement que sur la nosologie psychiatrique. Cette dernière a énormément et fréquemment varié, tant au cours du temps que selon les modes ou les fantasmes (la fantaisie) de ses utilisateurs! C'est dire qu'en plus des incertitudes introduites par l'emploi de méta-analyses (il n'est malheureusement pas possible d'entrer ici dans des considérations de technique statistique), l'homogénéité statistique des observations ainsi rassemblées peut fort bien être illusoire, alimentant de perpétuelles polémiques entre professionnels à propos de la "vraie" fréquence de la schizophrénie ici ou là dans le monde. Autrement dit, l'apparente autorité conférée aux études épidémiologiques par les grands nombres de cas (plusieurs milliers, mais sur plus de 40 ans) risque d'être ébranlée par la variabilité statistique (la variance, l'hétérogénéité)*

*incontrôlable - et impossible à évaluer - introduite dans les échantillons étudiés: justement à cause de l'ampleur, de la durée, et de la diversité au sein d'un échantillonnage non planifié scientifiquement - et, est-il besoin de le rappeler, quasi impossible à planifier de façon indiscutable.*

*Comment, alors, réconcilier ces notions d'uniformité et de constance de la prévalence à vie de la schizophrénie qu'on affirme bien haut, avec l'influence qu'en même temps certains veulent attribuer à l'urbanisation, à l'exposition à divers toxiques du système nerveux, au régime alimentaire (sans parler des habitudes "culturelles"...) ? Tous ces facteurs-là, sont-ils donc, depuis toujours, et même aujourd'hui encore, aussi parfaitement et uniformément répartis sur la surface de la planète toute entière?*

*En réalité, ces facteurs-là, comme aussi celui des grossesses hivernales (qui donneraient naissance à une proportion anormalement élevée de futurs schizophrènes), nous avons l'intuition qu'ils devraient être défavorables: ils ne nous plaisent pas, ils nous sont intuitivement suspects. Comme tels, ils méritent que nous les surveillions plus attentivement. Mais leur culpabilité effective est loin d'être établie. Par conséquent, si d'office et sans preuves nous les déclarions coupables, nous devrions craindre que d'autres suspects, peut-être enfin les vrais coupables, pourraient nous échapper dès lors que nous ne les rechercherions plus...*

**3** *...une personne mentalement mauvaise...: comme parfois on se le représente d'après ce qui est dit (par exemple dans la presse) des "psychopathes", des "personnalités asociales" et des "pervers", ou encore des délinquants sexuels.*

*Dans le grand public, un diagnostic de maladie mentale implique presque toujours un jugement moralisateur, ce qui accrédite abusivement l'idée d'une stigmatisation systématique et généralisée. On verra plus loin qu'il s'agit d'un amalgame simpliste.*

*Une des caractéristiques attribuées aux "psychopathes" (ou "personnalités asociales") est l'absence de tout sens moral, même s'ils en comprennent "intellectuellement" la signification comme vous et moi - mais, pour eux, si la signification est comprise, les émotions qui l'accompagnent ne sont pas perçues normalement. Les structures cérébrales qui associent, chez vous et moi, les émotions avec le raisonnement (le cortex préfrontal et, en gros, ce qu'on appelait naguère le "rhinencéphale") sont, chez ces individus, comme déconnectées les unes des autres, de telle sorte qu'ils n'éprouvent pas les mêmes sentiments que vous et moi pour des actions que nous condamnerions, et qu'ils n'hésitent pas à les commettre et à manipuler les autres sans ressentir les remords que nous-mêmes éprouverions si nous nous comportions de la même manière.*

*Ce qu'on vient de dire pour les "psychopathes" et autres malades "asociaux" ne s'applique absolument pas aux schizophrènes. Mais une autre réaction fréquente des profanes confrontés aux malades schizophrènes va, apparemment en sens opposé; elle est tout aussi moralisatrice et défavorable que les usuelles appréciations ouvertement réprobatrices: elle consiste à banaliser ou minimiser les choses pour mieux les faire accepter, en disant: "ne faites pas attention, ce n'est rien, il n'a rien, c'est dans sa tête que cela se passe". On semble suggérer ainsi que les affections du cerveau, celles "qui se passent dans la tête", cela n'est pas sérieux", c'est "de la comédie", c'est imaginaire, à la limite il ne s'agit que de troubles amusants ou risibles qui ne valent pas la peine qu'on s'en préoccupe (par opposition aux autres maladies, dites "sérieuses", elles). Pareille attitude se rencontre, malheureusement, parfois même dans le corps médical.*

*Ce sont les jugements moralisateurs qui alimentent la stigmatisation et la discrimination dont on affirme généralement (y compris les associations de défense des malades!) que les malades psychotiques seraient les victimes. Dans tous les pays, les associations de parents de malades proclament qu'il faut lutter contre la stigmatisation et la discrimination des schizophrènes.*

*Mais peut-on réellement parler de discrimination (et de stigmatisation) des malades schizophrènes comme on parlerait de racisme ou d'antisémitisme? Pour ma part, je prendrai le risque de contester cette croyance, ou au moins de la nuancer. Je suis persuadé que les malades mentaux sont tout simplement ignorés. Leurs handicaps les empêchent de s'adapter et de s'intégrer à une société qui, de son côté, ne dispose pas de moyens assez efficaces pour les soigner réellement, parce que pareils moyens sont, en effet, encore inconnus. La société préfère ignorer les malades mentaux qu'elle ne rejette pas expressément, mais qu'elle n'accueille pas non plus. Elle n'a pas prévu de leur réserver des espaces de vie décente tenant compte de leurs handicaps. Cette ignorance et cette imprévoyance ne sont pas pour étonner: par exemple, l'aménagement des lieux et bâtiments publics pour les invalides, handicapés physiques et moteurs, dont les handicaps sont pourtant immédiatement visibles à tous (bien mieux que ceux des malades mentaux qui ne se voient qu'à travers leurs conséquences!), cet aménagement-là n'a commencé que timidement et depuis peu!*

*La véritable discrimination, la stigmatisation, elles sont le fait des familles de malades elles-mêmes, de l'attitude habituelle de nombreux psychiatres envers les proches des malades, et elles sont le résultat inévitable de notre éducation à tous. Dès la toute petite enfance en effet, nous apprenons les gestes et les comportements de mise dans notre société, et on nous serine à tout bout de champ: cela, c'est bien, cela se fait; tandis que cette autre chose-là, cela ne se fait pas, c'est mal, c'est honteux, celui qui enfreint telle ou telle*



*règle est un vilain, un malpropre, un mal élevé, quelqu'un qui manque d'éducation, quelqu'un d'infréquentable. Comment s'étonner alors de la réprobation automatique éprouvée et exprimée par chacun lorsqu'il est témoin d'un comportement dont on lui a inculqué qu'il n'est pas "convenable", voire répréhensible? Bien sûr, si on savait que le comportement réprouvé est la conséquence, la manifestation d'une maladie, le jugement porté sur son auteur pourrait être différent. Mais cela, cela ne se voit ni ne se sait. Et comment le savoir et le faire savoir? Affubler le malade d'un signe distinctif? Voilà qui serait effectivement de la discrimination et du racisme!*

*Les parents et proches d'un malade schizophrène, même lorsqu'ils sont devenus des vétérans aguerris et avertis des caractéristiques de la maladie de leur proche, n'ont pas oublié comment eux-mêmes auraient réagi aux manifestations de la maladie (chez un étranger mais aussi chez leur proche!) quand ils n'en connaissaient encore rien. Ils sentent le regard des autres sur leur malade et sur eux-mêmes, ils prêtent aux autres la réprobation qu'ils auraient eue eux-mêmes et, le plus souvent, ils ne se trompent probablement pas. Ils se sentent jugés et, en quelque sorte fautifs, même s'ils savent, au fond d'eux-mêmes, qu'il n'ont commis aucune faute. C'est spontanément qu'ils s'éloignent puis s'excluent progressivement de leur milieu social.*

*L'expérience récente (Canada, Australie) a montré que les campagnes de "sensibilisation" en faveur d'une "déstigmatisation" des malades mentaux et de leurs affections auprès du grand public n'atteignent pas leur but et sont un simple gaspillage des ressources déjà bien trop faibles face à l'ampleur des problèmes que posent ces affections. En réalité, ce sont les proches des malades, les malades eux-mêmes et les professionnels de la psychiatrie (et leurs enseignants en premier) qu'il faudrait "sensibiliser" et mieux former et informer.*

---

### III. Comment la schizophrénie se manifeste-t-elle? Comment cela commence-t-il?

#### 1. Les signes et symptômes de la schizophrénie

Comme pour toutes les maladies, on reconnaît la schizophrénie aux “**signes**” et aux “**symptômes**” <sup>1</sup> par lesquels elle se manifeste. Cependant, une des particularités distinctives de cette affection, c’est la variabilité des signes et symptômes d’un patient à l’autre (en réalité, cette variabilité se retrouve dans une certaine mesure, pour pas mal de “troubles mentaux chroniques” autres que “la” schizophrénie).

Les signes et symptômes peuvent aussi varier chez le même malade d’une semaine à l’autre, ou d’un jour à l’autre, ou même d’une heure à l’autre, ou encore en fonction des circonstances dans lesquelles le malade se trouve. Cette variabilité rend le diagnostic très difficile à établir lors d’un premier “examen psychiatrique” de durée habituellement brève (en une heure, par exemple). Le besoin effectif, réel d’un traitement est très difficile à évaluer, le choix du traitement le mieux approprié est, lui aussi, très malaisé.

En effet, la consultation chez le médecin a lieu sur rendez-vous. Le temps de consultation que le praticien peut consacrer à l’entretien avec son patient est forcément limité et, pendant ce temps, le comportement du malade présumé peut ne plus présenter aucune anomalie immédiatement apparente, contrastant éventuellement du tout au tout avec le comportement manifesté l’heure précédente à domicile.

#### Altérations du comportement et de l’humeur

Le malade se désintéresse de tout et perd toute motivation, il évite le contact avec les autres, se replie sur soi-même, s’isole dans sa chambre où il s’enferme.

La nuit, il peut être insomniaque et exagérément actif, tandis que le jour il reste couché, se cache sous les couvertures et ne bouge plus. Ses réactions affectives sont incongrues. Il peut se comporter avec froideur et insensibilité. Il peut rire dans des situations ou circonstances tristes, ou encore pleurer quand on plaisante. Il peut être excessivement irritable et crier, être déprimé, abattu et même parler de suicide, ou au contraire déborder d’une activité extrême, mais désordonnée, inadéquate et improductive.

Souvent, le malade se fait remarquer par une arrogance inhabituelle, une ergoterie revendicatrice, un comportement puéril, d'une vulgarité ou d'une grossièreté qu'on ne lui connaissait pas (auparavant). Il peut se mettre à dépenser sans rime ni raison et sans compter; il peut négliger son hygiène corporelle et son habillement. Il peut se montrer agressif et accusateur envers les membres de sa famille.

La très grande versatilité des attitudes et du comportement, l'**incapacité d'adaptation** du comportement aux situations même graves ou d'urgence (c'est-à-dire ces situations où, d'habitude, chacun doit prendre sur soi, se dominer, admettre d'éventuellement postposer ce qu'on s'apprêtait à faire ou se raviser, où chacun tente de faire de son mieux pour parer au plus pressé du moment: c'est-à-dire, en bref: quand chacun établit des priorités), ce sont là des traits parmi les plus caractéristiques de la maladie.

**On ne peut tenir rigueur au malade de ses sautes d'humeur, de son comportement inadéquat aux situations et aux circonstances, de son apathie ou de sa négligence pour l'hygiène, les horaires, etc.: ce sont les signes de sa maladie, indépendants de sa volonté.**

## Troubles du raisonnement, idées délirantes

Les pensées semblent ne plus parvenir à s'enchaîner logiquement et le raisonnement peut devenir tout à fait confus et incompréhensible. Il peut être ralenti ou procéder par bonds en sautant des étapes, il peut complètement "dérailler". Les relations logiques (du bon sens commun) disparaissent. Le malade peut avoir des idées fixes, des convictions fausses, éventuellement tout à fait aberrantes ou absurdes, auxquelles il s'accroche avec un entêtement inébranlable, même face à l'évidence, résistant à toute argumentation rationnelle (type de raisonnement parfois qualifié d' "autiste"): ce sont les **idées et convictions délirantes** <sup>2</sup>.

Le malade peut être persuadé qu'on le persécute, qu'on l'épie, qu'il est suivi, qu'on l'espionne, qu'il est la victime ou l'objet d'un complot (paranoïa). Il perd alors toute confiance dans les soignants et même en ses proches et parents, il peut devenir excessivement méfiant et soupçonneux envers tous. Il peut se prendre pour un personnage tout-puissant, invincible, à qui rien n'est impossible. Ou alors il peut aussi se prendre pour un émissaire divin, se croire investi d'une mission divine ou prophétique.

Des sentiments de culpabilité peuvent aussi habiter et obséder le malade, sentiments dont, le plus souvent, il n'est pas capable d'indiquer l'origine qu'il leur attribuerait.

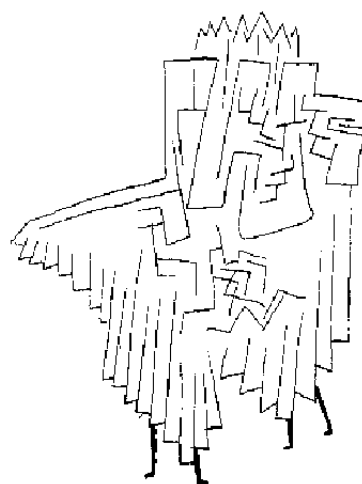
Dans de nombreux cas, il est cependant possible de prouver que, masqué par le trouble de la pensée, un processus sain de raisonnement peut encore exister et se poursuivre (ceci peut se constater surtout quand les conversations avec le malade ne portent que sur des sujets “neutres” ou indifférents au malade, quand ces sujets ne s’associent pas pour lui à ses idées et convictions délirantes ou n’éveillent pas des émotions fortes).

Il faut savoir que les idées délirantes sont une manifestation de la maladie et non pas, malgré les apparences, le résultat d’un entêtement volontaire et borné. Les essais de dissuasion entrepris par des personnes pleines de bonne volonté mais non prévenues sont toujours voués à l’échec et il faut les éviter. Malgré la frustration éventuelle que cette obstination du malade peut provoquer chez ses interlocuteurs, ces derniers ne doivent pas lui en tenir rigueur ni lui en faire reproche: il n’en est pas responsable.

## Hallucinations, angoisses, terreurs, panique

Surtout pendant les épisodes aigus de la maladie, c’est-à-dire pendant ce que certains appellent les “crises” - tandis que d’autres parlent, mais à tort, de “rechutes”, le fonctionnement cérébral altéré fait que les perceptions visuelles, auditives, olfactives, gustatives, tactiles et cutanées (et, parfois aussi, celles qui nous renseignent sur l’état de notre corps: celle de la sensibilité dite “proprioceptive”), peuvent être faussement interprétées par le cerveau. Le malade peut entendre, voir, sentir, éprouver, de manière parfaitement réaliste, des choses qui en réalité n’existent pas; il peut entendre des voix qui lui donnent des ordres ou se moquent de lui, qui conversent entre elles à son sujet.

Ce sont en effet les **hallucinations** <sup>3</sup> auditives qui sont les plus fréquentes, mais il peut aussi voir des personnages étranges ou des monstres grimaçants et menaçants; il peut percevoir des insectes qui lui courent dessus, trouver un goût étrange à la nourriture, percevoir des odeurs ou des parfums qui passent inaperçus aux autres, ne plus délimiter son corps, penser que ses mains (ou n’importe quelle[s] autre[s] partie[s] de son corps) sont mortes ou ne lui appartiennent plus.



... des voix qui se moquent...

Le malade peut ne plus parvenir à interpréter correctement les expressions des physionomies (et les mimiques): des étrangers lui sembleront familiers (ou l’inverse), des expressions amicales du

visage lui sembleront au contraire menaçantes ou moqueuses, il croira qu'un signe s'adresse à lui alors qu'en fait la personne qu'il fixe baillait en regardant ailleurs, par exemple.

Le fonctionnement cérébral défectueux provoque le mélange et la confusion des perceptions sensorielles que le malade ne parvient plus à trier, à associer correctement entre elles ni à interpréter, donc à identifier correctement. Ceci engendre chez lui, et on peut aisément se l'imaginer, une angoisse qui est l'élément passant au premier plan pendant les périodes de crise. Comme le malade n'est plus en mesure d'identifier ni d'interpréter ses perceptions sensorielles et, par conséquent d'évaluer les situations auxquelles il est confronté, il est submergé par une angoisse qui devient ensuite terreur pouvant se transformer en panique: il voit, entend et pressent des dangers, des ennemis qui le cernent: il est traqué, il ne peut échapper, prisonnier d'un monde qu'il ne comprend plus. A ces moments-là, le malade peut avoir les yeux grands ouverts et le regard "d'un animal traqué". Il essaie souvent de cacher ses hallucinations, il évite les gens qui pourraient se rendre compte qu'il en a, il fuit les situations dont il craint qu'elles pourraient les provoquer et les révéler.

Quand il est dans cet état terrible, le malade a surtout besoin de compréhension, de patience ("d'indulgence"). Il ne faut pas tenter de lui imposer une présence qu'il ne recherche pas ou que même il rejette. Mais on doit s'efforcer d'être disponible s'il le réclame.

Par dessus tout, le malade doit recevoir l'assurance qu'on ne lui fera jamais défaut.

## Absence de conscience de la maladie

De nombreux malades (jusqu'à 65-70% d'entre eux) semblent croire et sont même persuadés qu'ils se portent bien et qu'ils n'ont besoin d'aucun traitement. Ceci correspond à ce qu'on appelle "**l'anosognosie**" <sup>4</sup>, terme "savant" signifiant que la maladie rend celui qui en est atteint incapable d'en prendre conscience. Ce phénomène, très déroutant et irritant pour ceux qui, côtoyant le malade, n'en sont pas avertis, est connu depuis longtemps des neurologues ayant parmi leurs patients des personnes souffrant de paralysie du côté gauche à la suite d'un accident vasculaire cérébral ayant provoqué des destructions dans leur cortex cérébral [moteur et] somatosensible droit (hémiplégié): certains de ces patients-là sont inconscients de leur paralysie gauche, ils ne la reconnaissent pas et peuvent même la nier obstinément malgré l'évidence flagrante pour tous.

On s'est pendant longtemps représenté et on a affirmé que le "déli" de

l'affection par les malades schizophrènes était de nature “psychologique”, qu’il s’agissait d’un “refus” de reconnaître la présence de la maladie. Ce n’est que depuis relativement peu de temps que les psychiatres admettent de parler d’anosognosie chez les malades schizophrènes et reconnaissent qu’elle est la conséquence d’altérations de la structure du cortex cérébral (principalement préfrontal). La sévérité de ces altérations - et, par suite, de l’anosognosie - est variable d’un malade à l’autre, et c’est une des caractéristiques morbides des plus importantes à évaluer: c’est elle, bien plus que tous les “facteurs sociaux” régulièrement incriminés par certains “socio-psychologues”, qui oppose aux traitements les obstacles les plus difficiles à surmonter: qui, en effet accepterait de se laisser hospitaliser et traiter alors qu’il serait persuadé de n’être aucunement malade? Qui accepterait de continuer à prendre des médicaments alors qu’il serait intimement convaincu de n’en avoir aucun besoin?

---

**4** *Le lecteur profane pourra lire avec profit, à propos de l’**anosognosie** et de l’association des sentiments, des humeurs, des émotions avec le raisonnement logique et la pensée, les deux livres du Docteur Antonio R. Damasio:*

*L’erreur de Descartes, chez Odile Jacob, Paris 1997 (ISBN 2-73810-303-0), et*

*Le sentiment même de soi, même éditeur, 1999 (ISBN 2-73810-738-9)*

**1** *Les “**signes**” d’une maladie: ce sont les anomalies “physiques” ou “concrètes” que le médecin observe, constate et peut éventuellement mesurer chez son patient: quelques exemples parmi une multitude d’autres possibles: l’amaigrissement exagéré ou la prise de poids excessive, la pression sanguine trop élevée ou trop basse, le rythme cardiaque anormal, tel ou tel organe trop gros ou de consistance anormale, etc., etc.*

*Les “**symptômes**” d’une maladie: ce sont les manifestations de la maladie que le patient ressent, dont il se plaint et pour lesquelles, habituellement, il se rend chez un médecin et le consulte. Quelques exemples parmi une infinité de possibilités: douleurs diverses, faiblesses diverses, perte d’appétit, essoufflement, vertiges, fatigue exagérée, etc., etc., et que sais-je encore...*

*Ce sont là les définitions de deux termes médicaux que les futurs médecins apprennent au cours de leurs études. On se rend alors compte de deux particularités propres aux affections mentales chroniques comme la schizophrénie: elles ne se manifestent pas véritablement par des symptômes, car la plupart des malades mentaux “psychotiques” en général n’attribuent pas les inconvénients, ressentis du fait de leur affection, à leur propre “état*

*de santé mentale”, ils ne se rendent pas de leur propre initiative chez le médecin ou chez le psychiatre. Ils croient éventuellement plus volontiers que ce sont les autres qui leur font des misères et leur créent des problèmes (“je ne suis pas fou, ce sont les autres qui le prétendent et sans doute le sont-ils eux-mêmes”).*

*Parler des symptômes de la schizophrénie est donc inadéquat, même si c’est devenu une habitude dans le grand public et même chez de nombreux psychiatres.*

*Quant aux signes que le médecin et l’entourage peuvent observer chez un malade psychotique, ils ne sont pas physiques ni concrets. Ce sont les bizarreries, les incohérences du discours, des raisonnements, des croyances, du comportement, inadéquats aux circonstances, aux situations, aux buts prétendument poursuivis, de même que l’inadéquation de l’humeur ou des émotions aux circonstances vécues.*

*Les “**signes**” et “**symptômes**” rassemblés au sein du “**syndrome**” défini par cet assemblage sont “psychologiques”, c’est-à-dire qu’ils portent sur les attitudes, le discours (rendant compte de la pensée), l’humeur, les émotions, le comportement. Ce ne sont donc pas des grandeurs physiques aisément mesurables par rapport à une grandeur étalon strictement définie et bien connue de tous. Leur degré d’“anomalie”, leur sévérité, peut par conséquent n’être pas évidente à l’observateur occasionnel, fût-il professionnel. Le caractère “anormal” d’un trait psychologique d’un individu dit “malade” ne peut évidemment s’apprécier exactement que par comparaison avec ce trait chez la même personne quand elle semblait encore bien portante. C’est la nature et la “grandeur” du changement intervenu qui sont significatives. Le psychiatre examinateur n’est que très exceptionnellement le témoin direct de ce changement: très nécessairement et logiquement, et tout comme certains carabiniers d’opérette, il ne peut arriver qu’après ce changement, donc forcément trop tard (pour comparer après à avant).*

**3** *Pour le malade, les **hallucinations** sont aussi réelles que si elles correspondaient à la réalité vécue: les techniques d’imagerie cérébrale montrent en effet, pendant les hallucinations, l’existence d’une activité corticale (dans les aires cérébrales responsables de la vision et de l’audition, p.ex.) semblable à celle observée lors de stimulations sensorielles réelles. On n’a donc pas le droit de parler de phénomènes “imaginaires” au sens de “fantaisistes” pour en blâmer ou pour moquer le malade.*

**2** *Les “**idées délirantes**” et les “**convictions aberrantes**” entretenues et exprimées par les malades schizophrènes sont réfractaires au raisonnement et résistent même aux démonstrations matérielles, concrètes, par lesquelles l’entourage tente d’en prouver l’inanité au malade. Il ne faut donc pas*

*s'obstiner à tenter de convaincre le malade de la fausseté de ses croyances, cela ne conduit qu'à des disputes stériles et des colères inutiles.*

*Certains malades, pendant l'une ou l'autre accalmie de leurs troubles, parviennent à prendre conscience de l'incohérence de leurs affirmations et parfois nous en parlent (ceci est plutôt rare): d'une part, conduits par un raisonnement éventuellement logique, correct et sans faille, ils parviennent à une certaine conclusion "intellectuelle" et "raisonnable" ou "plausible" mais, d'autre part, ils admettent conserver, en quelque sorte malgré eux, la conviction opposée, en contradiction absolue avec la première et avec la réalité. La conviction absurde est inébranlable et, de manière qui nous paraît extraordinaire, inconcevable et incompréhensible, elle coexiste dans l'esprit du malade avec la notion raisonnable (pendant les moins mauvaises phases de l'affection), voire l'y supplante complètement (lors des "crises").*

*Tout extraordinaire et difficile à imaginer qu'il paraisse à la plupart d'entre nous, ce phénomène existe pourtant fréquemment chez les enfants mais aussi chez de nombreux adultes en parfaite santé, (mais oui!), que nous côtoyons tous les jours, mais chez qui il ne prend habituellement, et bien sûr heureusement, qu'une forme bien plus atténuée, bénigne et moins invalidante que chez les malades. C'est ce que les anglo-saxons appellent le magical thinking, littéralement la "pensée magique". Comme, par exemple, cet étudiant qui, se rendant à un examen, pense en chemin quelque chose du genre "si je croise trois autos rouges sur mon trajet, je suis sûr que je réussirai à l'oral".*

*Intellectuellement, "rationnellement", il sait que cette pensée est "idiote". Néanmoins, il peut y "croire un peu", et cette croyance sera encore renforcée si, fortuitement, il lui arrive effectivement de croiser les trois voitures rouges (maintenant d'autant plus vivement souhaitées qu'il est moins assuré de ses connaissances sur les matières de son examen imminent).*

*Les superstitions individuelles de ce type, plus ou moins passagères (qui nous "traversent l'esprit"), sont diverses à l'infini, et bien plus répandues que nous ne l'imaginons. Quel est celui d'entre nous qui, enfant, n'a pas eu des idées analogues (se manifestant par exemple sous la forme de rituels infantiles plus ou moins "propitiatoires")? Toutefois, en prenant de l'âge et grâce à l'éducation, la logique et la raison ont, en principe, pris le dessus chez 99% d'entre nous... peut-être un peu moins de 99% quand même, car combien de joueurs, de parieurs, ne tirent-ils pas de "raisonnements" infantiles comparables - et dont pourtant, quand on les interroge, ils admettent la nature irrationnelle! - d'improbables raisons d'espérer en la chance? Mais ils sont en général capables de reconnaître ces convictions pour ce qu'elles sont: des superstitions dont on sourit avec indulgence, tout en haussant les épaules. N'y a-t-il pas aussi des superstitions collectives,*



*beaucoup plus répandues, indéracinables, et pourtant reconnues par tous comme étant sans fondements, y compris par ceux-là même qui y croient?*

*Ces sortes de superstitions, ces croyances sans fondements sont d'autant plus tenaces qu'elles sont entretenues soit par des espoirs, soit par des craintes, par des rancunes ou des répugnances, c'est-à-dire des sentiments. De quelqu'un qu'on n'aime pas (pour des raisons obscures et indéfinissables) et dont un jour on a cru, à tort, par exemple qu'il vous aurait dérobé un objet (retrouvé depuis), combien d'entre nous s'obstinent-ils ensuite à le soupçonner encore d'être un voleur, malgré qu'ils reconnaissent n'avoir pour cela aucune raison valable? Dans ce cas, les gens raisonnables reconnaissent habituellement que leur méfiance ne se fonde pas sur des faits avérés ni sur la raison, mais sur une antipathie qu'ils admettent mais ne cherchent pas à justifier.*

*Mais les malades schizophrènes, eux, ont perdu les circuits neuronaux, le support biologique de la capacité d'évaluation critique, celle qui permet de reconnaître la nature irrationnelle des superstitions. Ils sont incapables, soit d'évaluer l'aspect "idiot" ou puéril de l'idée d'une influence des trois autos rouges, soit de conserver cette évaluation en mémoire.*

*Chez ces malades, tout se passe un peu comme si, pour les sujets ("de pensée") auxquels sont associés des sentiments et des émotions (craintes, aversions, espoirs, etc.), ceux-ci empêchaient de faire la part de ce qui est réel et de ce qui est imaginaire, en faussant prioritairement le raisonnement et la logique. Par contre, les sujets "neutres", c'est-à-dire ceux qui ne sont pas chargés d'émotions ni de sentiments restent le plus souvent, même chez les malades, susceptibles d'un raisonnement logique cohérent.*

*La tendance à se laisser "aveugler" ou "emporter" par ses sentiments et par ses émotions est, à l'origine, présente sans doute chez chacun de nous, mais nous l'avons habituellement maîtrisée en avançant en âge: l'immense majorité d'entre nous ne prenons plus les objets de nos désirs ni de toutes nos craintes ou de nos aversions pour des réalités avérées sans les soumettre, presque automatiquement, à vérification. Les circuits neuronaux assurant cette évaluation critique permanente de la "coloration émotionnelle" de nos pensées et de nos croyances sont déséquilibrés chez les malades schizophrènes (le cortex frontal et préfrontal d'une part, l'hippocampe, le cortex amygdalien et le cortex temporal d'autre part).*

---

### III. Comment la schizophrénie se manifeste-t-elle?

#### 2. Début de la maladie: signes et “symptômes” précoces

Le plus souvent et en apparence, la maladie se déclare en quelques semaines, ce qui se marque par des altérations sensibles du comportement, accompagnées d'une baisse de rendement des prestations du malade, par le dérangement du raisonnement, par des attitudes grossières, le repli sur soi et le maintien à distance de ses amis et de la famille, l'apparition d'idées délirantes et d'hallucinations qui finissent alors par imposer le traitement médical.

L'affection peut débuter insidieusement. Dans ce cas, le plus souvent **le diagnostic n'est pas posé précocement** <sup>5</sup>, car le malade vivant en permanence avec ses proches, ceux-ci n'ont pas, au départ, leur attention spécialement attirée par des bizarreries ou petits changements graduels de discours ou de comportement pouvant passer inaperçus ou être pris comme étant anodins. Les signes dits “**chroniques**”, ou “**résiduels**”, ou “**négatifs**” <sup>6</sup>, comme l'inactivité, la froideur des sentiments, l'apathie ou l'apparente indifférence pour des sujets ou des activités qui auraient auparavant intéressé le malade, peuvent soit précéder soit suivre une phase aiguë, ou bien même n'être jamais entrecoupés de crises aiguës.



*... l'esprit de la tempête plane ...*

**Rétrospectivement**, les parents d'enfants schizophrènes peuvent parfois se souvenir que leur enfant, encore petit et à l'âge de l'école, était déjà différent de ses frères et soeurs: peut-être plus malhabile, gauche, exagérément distrait, ayant moins de sens pratique.


C'était peut-être un enfant qu'on voulait un peu “gâter”, car requérant plus de soins que ses frères et soeurs. Cela pouvait encore être un enfant qui, très précocement, surprenait souvent par ses remarques ou ses réactions inattendues pouvant passer pour “géniales” ou pour un humour déconcertant, mais qui surprenait plus encore par son obstination à ne rien accepter de faire qu' “à son idée”, et par son indifférence tant aux récompenses qu'aux punitions de l'institutrice.

**Pour un malade donné, certains signes avant-coureurs de la maladie sont remarqués par les proches, même si, pris chacun isolément, ils peuvent encore sembler correspondre à une réaction “normale” aux circonstances; ils permettent cependant de repérer le début manifeste de la maladie - mais cela, malheureusement, rétrospectivement, c’est-à-dire seulement après que, par leur répétition, on ait appris à les reconnaître . Ce sont en effet les mêmes signes et “symptômes” qui ont tendance à se reproduire chez la même personne et qui peuvent avertir les proches prévenus de l’imminence d’une [nouvelle] “rechute” d’une maladie déjà installée.**

Les manifestations précoces suivantes peuvent précéder l’apparition de la maladie:

- l’altération subite du comportement;
- la négligence de l’hygiène et des soins corporels, de l’alimentation et de l’habillement;
- l’abattement marqué et persistant (souvent présenté comme de la fatigue);
- les insomnies, l’activité nocturne accrue, le repli sur soi diurne et l’isolement dans la chambre (ce qu’on appelle l’inversion du rythme nyctéméral);
- les accès de fureur, de rage destructrice (d’objets, du mobilier, etc.), de hargne et de méchanceté envers les membres de la famille;
- la prise de distance d’avec les autres ou, au contraire, une familiarité exagérée avec les tiers ou des inconnus;
- des accès de religiosité, de mysticisme, d’occultisme;
- la chute du rendement scolaire, aux études, au travail; la non fiabilité;
- la consommation d’alcool et/ou de drogues (souvent, le tabagisme accru);
- les accès d’activité fébrile, l’affairement avec ostentation mais improductif;
- la rage d’achats inutiles, les dépenses et gaspillages manifestes; les pertes d’objets précieux (perdus, donnés, échangés pour des bricoles);
- la perte de poids spectaculaire et rapide;
- des fugues en auto-stop, train, avion, voire à pied; les longues marches au hasard;
- les crises d’hilarité intempestives, excessives, non appropriées au contexte;
- les discussions irrationnelles, obstinées, revendicatrices, l’ergoterie, le dogmatisme;
- se raser la tête ou n’importe quelle partie du corps, s’infliger des mutilations, tenter de se suicider;
- le regard inhabituel: exagérément fixe, ou sans expression, ou farouche, ou agressif, ou fuyant.


Bien sûr, ces signes avant-coureurs - isolés ou multiples - ne donnent a priori aucune certitude quant à la prochaine, c.-à-d. la **première** apparition d'une schizophrénie; ils peuvent simplement n'être que la manifestation d'une imagination passagèrement surmenée ou la réaction à une situation exceptionnellement éprouvante: perte d'un emploi, deuil d'un parent, par exemple. Ce sont néanmoins des signaux d'alarme auxquels il faut prêter attention (ce qu'on ne peut faire, bien entendu, que si on est **prévenu**, c'est-à-dire s'il ne s'agit pas d'un **premier** épisode).

A chaque "**crise**", la répétition des mêmes signes chez la même personne permet habituellement aux proches, s'ils ont bien observé ces signes et les reconnaissent, de pressentir la survenue de la prochaine exacerbation de l'affection (la prochaine "**crise**" ou "**rechute**" .

Les "rechutes" s'annoncent le plus souvent par:

- la réapparition des insomnies plusieurs nuits d'affilée;
- la perte de poids manifeste;
- l'irritabilité et les discutailleries;
- les accès de colère, l'hostilité et la hargne à l'égard de la famille toute entière ou de préférence envers certains de ses membres;
- la fuite des repas pris en commun;
- le retrait et l'isolement, l'inaction, la diminution du rendement, la fuite;
- le comportement grossier et les attitudes vulgaires (qu'on pourrait parfois prendre pour une sorte de défi ou une provocation délibérée)

### III - 3. Cours de la maladie ( son évolution )

**Chaque cas est unique, non seulement dans ses manifestations, mais aussi dans son évolution** . Par conséquent, contrairement à nombre d'affections dites "somatiques", **un pronostic sûr n'est pas possible**. Même après de nombreuses années de maladie et dans des situations en apparence désespérées, on peut pourtant garder l'espoir d'une amélioration, et des cas de rémission spectaculaire, parfois tardive, ont été rapportés (il faut toutefois reconnaître qu'ils sont rares et que "rémission" ne signifie pas guérison).

Les manifestations de l'affection peuvent changer en peu de temps, s'accroître ou s'atténuer, sembler disparaître complètement ou être remplacées par d'autres. Cependant, la plupart des psychiatres semblent s'accorder sur un pronostic généralement moins optimiste dans les cas les plus précoces et ceux où prédominent les signes dits "négatifs".

### **On affirme généralement** que:

20-25% des malades, après une ou plusieurs “crises”, récupèrent assez pour être capables d'affronter la vie de manière autonome.

20-25% des malades requièrent un encadrement qui, dépassant les capacités des familles et des habitations protégées, n'est possible qu'en milieu hospitalier (quelles que soient, selon les pays, les modalités et les appellations des institutions hospitalières chargées d'accueillir ces malades-là).

**On affirme** que 60% des malades peuvent, la plupart du temps, se passer de l'aide de l'hôpital. Leurs handicaps divers les obligent néanmoins à recourir périodiquement à une aide leur permettant de faire face aux contingences de la vie quotidienne.

Pour les raisons évidentes que sont les conséquences directes de leur affection, mais qu'une majorité de responsables mal motivés (irresponsables) et de prétendus professionnels (peu lucides ou peu compétents ?) préfèrent (par ignorance ou par opportunisme ?) faire passer pour de la discrimination et de la stigmatisation, ces malades rencontrent d'énormes difficultés pour trouver un emploi stable, qu'il soit permanent, temporaire ou seulement intermittent. Ils ont du mal à se faire des amis et à les garder. Ils ont besoin d'assistance à leur domicile et sur leur lieu de travail; les structures offrant ce genre de services sont encore extrêmement rares et, bien souvent, celles qui existent ne répondent pas aux besoins réels des malades. Le plus souvent, ce sont encore la famille et les amis qui restent leur soutien le plus fidèle.

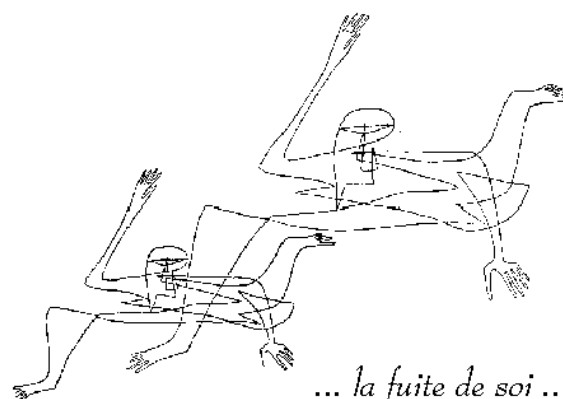
L'intensité des signes “**positifs**” des schizophrénies s'émousse avec l'âge. De nombreux professionnels de la psychiatrie croient pouvoir affirmer que, grâce à un meilleur traitement et de meilleures possibilités de réinsertion, la (les) schizophrénie(s) aurai(en)t aujourd'hui un pronostic plus favorable qu'il y a une cinquantaine d'années. Cette opinion est cependant controversée, de nombreuses études montrant au contraire que **l'évolution et l'aboutissement de la maladie elle-même ne se seraient guère améliorés, même depuis l'avènement des neuroleptiques**. D'après l'expérience des proches, la (les) schizophrénie(s) reste(nt), aujourd'hui encore, une des maladies pesant le plus lourd, tant sur le malade que sur sa famille, parce que les possibilités de traitements vraiment efficaces sont très insuffisantes. Même si les signes “positifs” s'atténuent avec le temps et que l'état du malade se stabilise quelque peu, on ne peut ignorer le handicap social permanent qui persiste, avec souvent d'autres déficits plus ou moins nombreux. **Ce ne sont pas les crises spectaculaires, celles qui effraient les profanes, celles que certains souvent appellent erronément des “récidives” ou des “rechutes”, qui constituent le**

**plus grave problème de la schizophrénie: c'est l'invalidité permanente et durable qui, chez une grande majorité des malades, résulte de leurs capacités diminuées, donc de leur état de dépendance à autrui, et aussi la carence des contacts sociaux <sup>9</sup>, toutes conséquences directes de la maladie.**

La majorité des malades de schizophrénie ont besoin d'être assistés activement, car ils sont très dépendants, manquent d'initiative, ne sont que partiellement capables ou même sont totalement incapables de travailler; en outre, ils ne sont très souvent pas capables de gérer eux-mêmes leurs affaires personnelles ni même d'organiser seuls leurs activités les plus élémentaires (les banales mais indispensables tâches quotidiennes, p.ex.).

### III - 4. Différentes formes (modalités des manifestations)

Les psychiatres distinguent plusieurs formes de schizophrénie. Ici, seule une brève énumération simplifiée en est donnée. (Pour le profane, ces distinctions, purement descriptives, n'ont qu'un intérêt très limité. Elles sont d'ailleurs controversées, même entre professionnels. Il n'en est fait état ici que pour éviter aux profanes de se perdre dans le labyrinthe du jargon psychiatrique que les professionnels affectionnent et qu'habituellement ils utilisent chacun à sa manière, qui n'est pas nécessairement toujours superposable à celle des autres.)



#### 1. **Schizophrénie paranoïde.**

Se caractérise par la prédominance des idées délirantes de persécution, le délire interprétatif, les convictions d'être l'objet d'un complot ou de se trouver au centre d'une intrigue malveillante, la surestimation de soi (les idées de "grandeur", voire de "mission planétaire"), l'anxiété, l'envie ou la jalousie, un esprit contestataire, revendicateur et belliqueux.

#### 2. **L'Hébéphrénie ou désorganisation de la personnalité.**

Se caractérise par l'hyperactivité, le manque de concentration, la confusion dans les idées et le discours, le manque de tact et l'excès de familiarité, le comportement inepte et l'indifférence des sentiments.

### 3. La catatonie.

Le malade se fige obstinément dans l'immobilité et le mutisme et ne réagit pas aux tentatives entreprises pour l'en sortir. Les efforts faits par les proches pour sortir le malade de ses attitudes ou positions bizarrement figées (paralyse "cireuse") peuvent leur donner l'impression que le malade est comme "paralysé". Cet état peut toutefois être entrecoupé d'épisodes d'activité physique excessive et désordonnée. Cette forme est moins souvent signalée de nos jours, sans qu'on sache à quoi attribuer cette moindre fréquence.

### 4. Schizophrénie avec prépondérance de signes "négatifs".

Après un ou deux épisodes aigus (c.à.d. avec "signes positifs"), ce sont ensuite, avec peu ou pas de "signes positifs", le repli sur soi, l'absence de volonté et de motivation ("l'aboulie") et l'indécision, le comportement excentrique, la confusion des pensées, la pauvreté du discours et son incohérence, **l'anhédonie** <sup>10</sup>, l'apathie et la passivité qui semblent passer à l'avant-plan (certains parlent de "syndrome désorganisé").

### 5. Formes mixtes.

Ce sont les formes inclassables du fait qu'on y retrouve un mélange des éléments propres aux autres formes. Il faut signaler aussi qu'un même malade peut paraître présenter successivement plusieurs de ces formes au fil du temps.

---

**5** *Le diagnostic ne peut presque jamais être posé immédiatement, au cours d'un entretien, même long d'une heure, avec le psychiatre. En effet, pour être admis et reconnu "officiellement", le syndrome schizophrénie doit rassembler un certain nombre de signes et symptômes dont aucun, isolément, n'est caractéristique (pathognomonique): c'est leur coexistence qui, éventuellement, peut l'être.*

*Toutefois, ces signes et symptômes fluctuent au cours du temps, si bien que l'observateur épisodique peut très bien n'être pas témoin de leur simultanéité, ni même de l'existence isolée, intermittente de certains d'entre eux.*

*Par conséquent, le diagnostic de schizophrénie exige le plus souvent de longues périodes d'observation. Les proches ne doivent donc pas s'étonner si le diagnostic leur semble tarder à venir.*

*Ils doivent aussi rejeter les clichés ineptes, de mise dans les médias mais juste bons pour les mauvais romans, où on affecte d'imaginer que le psychiatre est capable de poser un diagnostic sur un malade qu'il n'a vu qu'une seule fois pendant quelques dizaines de minutes, ou, plus fort encore, sur un malade jamais rencontré, mais qu'il prétend "analyser" d'après ce que la presse en rapporte. Pareilles performances sont du domaine des*

*divertissements de music-hall, pas de la médecine. Aucun psychiatre "sérieux" ne se prête à cela ni ne pose un diagnostic de schizophrénie dans pareilles conditions.*

**6** Les "**signes chroniques**", ou "**signes résiduels**", ou encore "**signes négatifs**", sont des dénominations souvent équivalentes employées pour désigner les signes de l'affection qui persistent entre les épisodes dits "aigus" où les "signes positifs" monopolisent l'attention.

*Ces dénominations puisent leurs origines dans d'anciennes descriptions psychiatriques et trahissent les conditions dans lesquelles elles avaient été obtenues: par des observateurs intermittents, ayant des a priori et en tirant des interprétations hâtives, voire prématurées. En effet, on ne faisait de préférence appel aux professionnels qu'au moment des crises "aiguës" - et cette tendance est toujours d'actualité - puis, une fois ces crises passées, les signes aigus laissaient la place à d'autres signes, forcément "résiduels" auxquels on attribuait la qualité de "chroniques", puisqu'ils persistaient longtemps, en fait d'une "crise" à la suivante.*

*En réalité, "**signes aigus ou positifs**" et "**signes chroniques ou négatifs**" ou encore "**résiduels**" souvent coexistent, les signes dits "résiduels" sont déjà présents pendant les "crises" mais peuvent alors passer inaperçus. Signes "positifs" et "négatifs" sont des appellations purement descriptives devant être prises dans un sens métaphorique qui n'a rien d'une appréciation morale; **ici, positif ne signifie pas "bon", négatif ne prend pas le sens de "mauvais"**: les signes positifs sont ceux qu'on ressent intuitivement comme "l'exagération excessive" - si on peut s'exprimer ainsi - de traits normaux, ou encore l'apparition de phénomènes nouveaux (qui viennent "en plus"): agitation, idées délirantes, hallucinations, p.ex.*

*Les "**signes négatifs**" sont ceux qui sont intuitivement interprétés comme une "diminution", un affaiblissement de traits psychologiques "normaux": l'apathie, l'indifférence, le manque de volonté, l'inactivité, etc. Cette dénomination est quelque peu malheureuse, puisque, au signe "négatif", elle associe le jugement du manque d'une qualité souhaitable et, par conséquent elle tend à justifier le préjugé défavorable que les gens ont, par exemple pour l'apathie et l'inactivité qui, pour eux, deviennent facilement de l'indolence ou de la paresse, l'indifférence apparente qui passe pour l'absence de sentiments, etc.*

*Quand ils sont présents, les signes "**positifs**" sont évidents d'emblée aux familiers des malades. Ils masquent les signes négatifs, ceux qui, se distribuant sur un continuum, ne seront reconnus que par les proches, seuls à même d'en juger par comparaison avec l'état antérieur du malade. C'est pourquoi les "signes négatifs" ont été longtemps oubliés ou même ignorés, même par les professionnels: quand les parents de malades s'en plaignaient, le neuroleptique était incriminé. Beaucoup de nos psychiatres ont ainsi*



*confondu “signes négatifs” de la schizophrénie et effets secondaires des neuroleptiques. C’est aussi pourquoi, une fois les seuls signes “positifs” étouffés par des doses initiales excessives de neuroleptiques, on prétendait souvent avoir soigné avec succès un épisode de la maladie, et le malade étant dès lors considéré comme “stabilisé” (mais en réalité souvent plutôt “assommé”) - jusqu’au prochain épisode “aigu” - il devait sortir de l’hôpital. Les signes négatifs réapparaissant passaient alors pour un corollaire malheureux du traitement. N’étant désormais plus occultés par la présence des signes “positifs” spectaculaires (s’accompagnant d’agitation et souvent d’exaltation), les signes “négatifs”, bien plus discrets mais plus durables, mais aussi les plus invalidants sur le long terme, redeviennent évidents mais ne s’imposent qu’à l’entourage, dont, trop souvent, les observations sont négligées ou ignorées par une majorité de nos psychiatres (qui, encore aujourd’hui, bien souvent s’estiment trop occupés pour pouvoir prendre le temps de rencontrer les familles, écouter leurs descriptions et doléances, leur parler et leur expliquer ce dont souffre leur malade, et ne se rendent que très exceptionnellement au domicile du malade ou de la famille). (Ce sont principalement les travaux de la psychiatre américaine Nancy Andreasen qui, dès les années 1970, ont ré-attiré l’attention sur les signes “négatifs” qui ont fini par “retraverser” l’Atlantique).*

▣ Les “**crises**” et les “**rechutes**” sont en général des épisodes où prédominent les signes dits “positifs”, c’est-à-dire des épisodes “agités” (et incohérents) interrompant des périodes en apparence plus calmes. Pendant les périodes “calmes”, les familles ont très souvent le sentiment que “les choses vont mieux”, et vont même jusqu’à croire à une réelle “atténuation” de la maladie, peut-être même à sa guérison. C’est d’ailleurs ce que les proches sont implicitement encouragés à croire, puisque ce n’est que pendant les périodes dites “florides” ou “productives”, c’est-à-dire agitées, qu’on “ne peut plus faire autrement” que de faire appel aux “psys” et que ceux-ci admettent alors, sans trop de difficultés, la nécessité d’hospitaliser les patients.

C’est aussi ce que laissent penser les habitudes prises par la terminologie psychiatrique: les professionnels appellent souvent “épisodes psychotiques” les périodes où les signes “positifs” prédominent, comme si la “psychose” n’existait que pendant ces épisodes et s’arrêtait en dehors d’eux. De nombreux professionnels, répugnant peut-être à détromper les proches, les laissent aussi dans l’illusion d’une amélioration dont témoignerait l’absence de signes “positifs” manifestes. Pourtant, il faut savoir que les périodes “calmes” ne correspondent nullement à une “rémission” de l’affection, mais seulement à une diminution de ses manifestations habituellement les plus spectaculaires. Les signes plus discrets (négatifs) subsistent néanmoins, ne sont pas moins invalidants et témoignent de la persistance de l’affection.

**10** L'**anhédonie** est l'incapacité à prendre et à éprouver du plaisir, de la satisfaction à des occupations et des loisirs que le malade aimait auparavant. Elle peut aussi s'accompagner d'un émoussement apparent des émotions et, très logiquement aussi en apparence, d'un désintérêt pour nombre d'activités auxquelles le malade s'adonnait avant que la schizophrénie ne devienne manifeste. Ceci contribue à l'oisiveté et à l'apathie du malade, à son indifférence, traits qui sont incompris, très souvent fort mal ressentis et jugés par la famille qui ne sait comment faire pour occuper son malade et l'avoir, de temps en temps, "hors des pieds" pour souffler un peu.

**9** La **carence des contacts sociaux** se constate chez une proportion élevée de malades schizophrènes. Ses causes sont souvent diversement interprétées selon les personnes qu'on interroge à ce sujet. Pendant longtemps, on a prétendu que l'isolement des malades schizophrènes était dû à leur **stigmatisation** par la société. Ceci est une interprétation générale, facile et simpliste ne correspondant pas à la réalité, beaucoup plus complexe.

En fait, le malade éprouve, pour interpréter de façon plausible, compréhensible pour lui, les attitudes, les physionomies et les mimiques (les expressions faciales) des personnes qu'il côtoie ou à qui il s'adresse, d'importantes difficultés dont on ne se rend compte que si on l'interroge expressément pour se faire préciser ces interprétations. Il en va de même pour les mots et les phrases que ses interlocuteurs lui adressent, et aussi pour les intentions et les buts poursuivis par ceux qui l'entourent, qu'il ne déduit pas toujours correctement des attitudes, des activités en cours ni des circonstances où il se trouve.

Ces difficultés sont d'autant plus grandes que les stimuli sensoriels qui, dans l'instant, lui parviennent simultanément de diverses sources sont plus nombreux et divers, ou que les conversations sont engagées autour de lui et avec lui par plus d'interlocuteurs simultanément, ou encore que plusieurs tâches, même automatiques, simples ou répétitives, se déroulent en même temps, qui n'empêchent pas les gens autour de lui de converser, mais qui, toutes ensemble, constituent pour lui des événements qu'il ne parvient pas à séparer les uns des autres ni à sérier et qui le submergent.

Nous oublions habituellement qu'en permanence, quand nous fixons notre attention sur une tâche éventuellement délicate en cours, nous parvenons à "ne plus entendre" le "bruit ambiant" qu'en quelque sorte nous repoussons à l'arrière plan de nos préoccupations, tout en restant pourtant conscients de notre environnement. Il semble bien que ce soit là une tâche devenue extrêmement difficile à accomplir et à maintenir pour les personnes atteintes d'une schizophrénie. Focaliser son attention, c'est-à-dire "occulter" tout ce qui est secondaire pour se concentrer sur la tâche ou la réflexion en cours, devient pour eux une opération très fatigante et ils finissent par éviter plus

*ou moins systématiquement les situations où ils devraient s’y livrer.*

*Il est possible de faire entrevoir aux bien-portants cette difficulté et la fatigue qu’elle entraîne en la comparant à une expérience à laquelle chaque personne bien portante peut facilement se livrer. Il peut arriver à chacun de nous d’être entouré d’une foule serrée formée de divers groupes au sein desquels de multiples conversations sont menées, distinctes les unes des autres selon les groupes (dans le métro, par exemple, ou au foyer d’une salle de spectacle pendant l’entracte, ou en attendant l’ouverture d’un grand magasin au moment des soldes, etc.). Entendues sans y prêter attention, les diverses conversations nous parviennent sous forme d’un brouhaha confus dont seuls quelques mots, sans signification précise parce que séparés de leur contexte, nous atteignent. Si les conversations se passent dans notre langue maternelle, nous parvenons souvent, en y prêtant attention, à en isoler une de toutes les autres et à la suivre, peut-être quelque peu indiscretement. Mais si la foule parle une langue que nous comprenons mais que nous ne maîtrisons pas aussi bien que notre langue maternelle (à l’étranger, par exemple), c’est le brouhaha qui reprend le dessus et nous éprouvons les plus grandes difficultés à isoler une conversation parmi toutes les autres, et nous nous retrouvons seuls, perdus au milieu d’étrangers perçus et ressentis comme bruyants et incompréhensibles.*

*Chez beaucoup de malades schizophrènes, la multiplicité des sollicitations sensorielles de toutes sortes (et pas seulement des conversations!) auxquelles chacun de nous est, très normalement, soumis en permanence, devient pour eux un “brouhaha” dont il leur faut péniblement décrypter et interpréter séparément et successivement toutes les composantes, ce qui est fort lent et demande, par conséquent et entre autres, une bonne mémoire de travail pour ne pas perdre toutes les données de ses perceptions ni le fil de ses pensées. Or, on sait que chez ces malades, la mémoire de travail est significativement affaiblie.*

*Il n’est donc pas surprenant qu’ils se trompent fréquemment dans leurs interprétations, qu’ils oublient ou négligent certaines de leurs perceptions, qu’ils soient ralentis et fatigués en permanence et qu’ils aient tendance à s’isoler pour fuir les situations qui constituent pour eux un effort, un “stress” insurmontable.*

*Dans les conditions économiques qui prévalent actuellement dans la majorité des pays industrialisés, il est aisément compréhensible que d’éventuels employeurs recrutent de préférence des personnes en bonne santé mentale, plutôt que des malades peu prévisibles, au rendement faible et qui, très souvent, ont en plus besoin, pour remplir efficacement leurs tâches, d’être étroitement encadrés par d’autres personnes bien formées et entraînés à les accompagner pour leur éviter les “erreurs” (c’est-à-dire un “personnel supplémentaire” n’ayant pas d’intérêt direct pour l’entreprise,*

*mais qui risque de lui coûter).*

*Il s'ensuit qu'une sorte de sélection naturelle des travailleurs les plus aptes s'installe spontanément au détriment des moins aptes et moins fiables, à laquelle on donne erronément le nom de "**discrimination**" et qui résulte des contraintes économiques et de sécurité auxquelles le fonctionnement de la société est inévitablement soumis.*

*On aura encore l'occasion de revenir sur cette **discrimination** et de montrer que si elle existe, elle n'est pas exactement ce qu'on croit, ni là où on veut nous la montrer.*

**8** *L'évolution des cas de schizophrénie(s) est individuellement impossible à prédire. Selon une affirmation de Nancy Andreasen, la schizophrénie n'implique aucunement la persistance d'un "processus morbide" et n'évolue habituellement pas vers la démence (comme ce serait le cas, par exemple, dans la maladie d'Alzheimer). La psychiatre U.S. nous dit: "...après un début fulminant qui peut toutefois durer plusieurs années, le degré de détérioration se stabilise, après quoi on peut même assister à une certaine amélioration des fonctions cognitives" (**Understanding the causes of schizophrenia. NEJM 1999, 340/8, 645-647**).*

*Mais c'est cette même psychiatre qui nous dit aussi: "Des altérations du cerveau de patients schizophrènes surviennent pendant les premières années qui suivent le diagnostic, alors même qu'un traitement antipsychotique est en cours." (**Arch.Gen.Psychiatry 2003, 60, 585-594**).*

*Et en juin 2003, Mme Nancy Andreasen déclarait à une journaliste belge qui l'interviewait (**La Libre Belgique, 10 juin 2003**) qu'il fallait traiter précocement les enfants présentant des "signes négatifs", pour éviter que leur cerveau ne soit endommagé.*

*Comment comprendre ces apparentes contradictions à quatre ans d'intervalle, et dont Mme Andreasen ne nous donne pas l'explication?*

*En réalité, les manifestations de la schizophrénie ne résultent très vraisemblablement pas de l'existence, dans le cerveau, d'un "agent pathogène" à la manière d'un microbe ou d'un virus. Il ne s'agit pas non plus d'anomalies enzymatiques entraînant, dans les neurones, l'accumulation de protéines "indigestes" qui finissent par étouffer leurs hôtes, comme c'est le cas dans la maladie d'Alzheimer. On ne peut donc, en effet, pas parler d'un "processus morbide" à la manière d'une maladie infectieuse ou dégénérative qui continuerait ses ravages à bas bruit.*

*Bien plus probablement, certaines protéines indispensables à l'une ou l'autre étape du développement cérébral sont, au cours de ce développement pendant la vie in utero, synthétisées de manière défectueuse. Il en résulte, au cours de la multiplication initiale des neurones, pendant leurs migrations pour atteindre leurs emplacements définitifs et établir leurs relations topographiques, des erreurs: de mise en place sur leur emplacements finaux,*

*dans leurs “choix” (par “tâtonnements”) de leurs interconnexions lors de leurs bourgeonnements, etc. Les neurobiologistes savent depuis longtemps que les neurones qui “se trompent d’emplacement” et ne reçoivent pas les bonnes connexions (les connexions “normalement prévues”) ne fonctionnent pas normalement. On sait aussi qu’ils finissent par dégénérer et par disparaître (dégénérescences “transsynaptiques antérogrades et rétrogrades”), parfois après des temps “d’agonie” fort longs. (Contrairement à ce que croient certains psys qui, pour la première fois entendent parler de plasticité “cérébrale” ou de “plasticité synaptique” et croient la découvrir aujourd’hui, cette “plasticité” est très limitée, elle n’est pas ce qu’ils imaginent et ne peut être que très peu influencée par les “thérapies par la parole”).*

*Les manifestations visibles de la maladie n’apparaîtront donc qu’avec une certaine latence: quand un nombre assez grand de neurones auront disparu ou seront devenus totalement non fonctionnels. Vu “de l’extérieur”, si on peut s’exprimer ainsi, ce décalage dans le temps entre le dysfonctionnement neuronal et l’apparition des “symptômes” donnerait à coup sûr l’impression que la maladie pourrait avoir été déclenchée par n’importe quel événement fortuit contemporain des premiers signes ou “symptômes” constatés. De là les explications par des “facteurs déclenchants”, ces facteurs qu’on finit toujours par trouver puisqu’on les cherche rétrospectivement et qu’on est persuadé a priori de leur existence. Mais, le plus souvent, ils ne sont qu’imaginaires, inventés: ce sont des explications “post hoc, propter hoc”, servant à satisfaire superficiellement le besoin d’explication.*

---

## IV. LES CAUSES de la SCHIZOPHRENIE

On dit actuellement de la schizophrénie que c'est une "affection multifactorielle". C'est une manière, parmi d'autres possibles, de quelque peu masquer notre ignorance et, tout simplement, de ne pas avouer que ces causes nous sont en réalité encore inconnues (printemps 2006).

De nos jours, une très large majorité de professionnels orientent leurs hypothèses les plus plausibles et probables, à la fois vers des **causes génétiques** et des causes **développementales** <sup>1</sup> qui, d'ailleurs, peuvent être liées. Elles peuvent provoquer des altérations biochimiques et structurelles dans l'ensemble de notre organisme, et nous commençons seulement à détecter quelques unes de ces altérations. Celles-ci, à leur tour, entraînent des anomalies du développement à la fois structurel et fonctionnel de notre cerveau, qui se manifesteront par des troubles du fonctionnement de celui-ci.

Les altérations fonctionnelles du cerveau ne se manifestent que par des troubles des perceptions sensorielles dont les patients parfois (mais pas toujours) se plaignent, ou encore par des troubles de la pensée, de l'humeur et du comportement, mais ne produisent pas de "signes" **matériels** directement observables ni mesurables, comme on pourrait les observer à la suite d'altérations de n'importe lequel de nos autres organes.

Par conséquent, faute de disposer des moyens techniques d'investigation qui auraient permis "d'aller voir" ce qui se passe sous notre crâne quand nous percevons, éprouvons, pensons, agissons, etc., la psychiatrie, à ses débuts et pendant encore longtemps ensuite, en a été réduite à construire des concepts purement hypothétiques tentant d'expliquer nos fonctions mentales tout aussi bien "normales" que "pathologiques". Ce manque de moyens semblait autoriser et encourageait les psychiatres de tendance "spiritualiste" (ceux qui font du cerveau et de l'esprit des entités, des "choses" distinctes) à ne voir dans les "maladies" mentales que des "désordres de l'âme" ou des "troubles de l'esprit" dépourvus de tout support matériel, et à récuser obstinément toute possibilité d'anomalies cérébrales matérielles (dites "organiques") à l'origine de ces troubles. Pareille attitude est encore largement répandue, non seulement dans le grand public des profanes, mais aussi chez de nombreux professionnels de la "santé mentale".

Une des difficultés auxquelles on se heurte pour identifier les gènes responsables, c'est que d'une part ils sont multiples, d'autre part "la" schizophrénie n'est pas une maladie mais un syndrome, c'est-à-dire une construction artificielle à partir de pièces détachées regroupées plus ou moins arbitrairement (les signes et les symptômes), on ne sait jamais si "la"

schizophrénie observée chez un malade donné est bien la même que celle observée chez un autre. Schizophrénie: une seule maladie? Une psychose distincte des autres, aux gènes toujours les mêmes, eux aussi, et distincts? D'éminents psychiatres ont admis le côté aléatoire des distinctions entre psychoses décrétées différentes. En effet, ces distinctions ne sont basées que sur l'intuition généralement répandue, qui voudrait que des altérations de l'humeur, comme par exemple la maniaque-dépression (les troubles bipolaires), soient d'origine très différente de celles des "altérations de la pensée" telle la schizophrénie: parce que, en effet, ces affections se manifestent à nous de manières que nous ressentons comme différentes. N'oublions surtout jamais que les différences observées sont subjectives, elles ne portent en fait que sur les manifestations apparentes, extérieures, finales pourrait-on dire, celles qui nous sont accessibles. Rien de tangible, rien d'objectif ne peut en être sérieusement déduit quant aux origines véritables et à la nature des troubles mentaux constatés. Rappelons ici ce que disaient des dysfonctionnements cérébraux les psychologues U.S. Sally P. Springer et Georg Deutsch: «To assume that similar symptoms always result from the same cause is to grossly oversimplify the intricacies of human brain-behavior relationships.» ("Left Brain, Right Brain", W.H. Freeman & Co, New York 1998, p. 288. ISBN 07167-3110-X): "Croire que des symptômes semblables ont toujours pour origine les mêmes causes est une simplification excessive des relations entre le cerveau humain et le comportement". Autrement dit, il n'est pas encore possible aujourd'hui de remonter à coup sûr des troubles observés (de pensée, d'humeur, de comportement, etc.) aux défauts biologiques cérébraux qui leur ont donné naissance.

Sans se lancer dans des considérations philosophiques ou métaphysiques, on peut dire aujourd'hui que les altérations du fonctionnement du cerveau des malades schizophrènes sont un fait scientifiquement bien établi et bien documenté grâce aux techniques actuelles, parmi lesquelles l'imagerie médicale et les techniques sophistiquées d'électroencéphalographie par potentiels évoqués (électroencéphalographie assistée par ordinateur). On sait aussi que ces troubles fonctionnels s'accompagnent d'anomalies cérébrales bien matérielles, c'est-à-dire concrètes, qui touchent de préférence certains territoires du cortex cérébral.

**Il est bien établi à présent et on peut donc affirmer avec force que, contrairement à ce qui a été soutenu pendant près d'un siècle, la maladie n'est due ni à des mauvais traitements pendant l'enfance, ni à une mère "schizophrénogène", trop permissive ou, au contraire, trop autoritaire, ni à l'absence du père ou, au contraire, à son autorité excessive. Des conflits psychologiques, parentaux ou autres, au sein de la famille ne sont pas non plus responsables de la maladie. Rien n'autorise donc à accuser les parents d'un comportement fautif prétendument responsable de la maladie.**

Des lésions cérébrales, les amphétamines, le LSD, le cannabis et d'autres substances chimiques peuvent provoquer l'apparition de signes et symptômes dont certains se retrouvent dans la schizophrénie. On devrait rappeler aussi qu'à l'époque de la mode "psychédélique" aux U.S.A. dans les années 1950 et 1960, une drogue chimique y a connu une certaine vogue: c'était la phéncyclidine ou "angel dust" ("poussière d'ange"), qui conduisait à un syndrome rappelant, par beaucoup d'aspects, certaines formes de schizophrénie. Ces observations démontrent à suffisance l'importance des influences matérielles (pas "psychologiques"), toxiques et biochimiques sur le fonctionnement de notre cerveau et donc sur nos fonctions mentales. De même, on sait qu'on retrouve, en moyenne, 5 fois plus de malades schizophrènes parmi les consommateurs chroniques de doses importantes de cannabis que dans le restant de la population (et deux études récentes, l'une anglaise, [Henquet, C. & al., *BMJ.*, doi:101136/bmj.38267.664086.63], l'autre néo-zélandaise [D.M. Ferguson & al., *Addiction* 100 (3), p.354, 2005]., ont bien démontré le rôle favorisant de la consommation de cannabis sur l'apparition ultérieure d'une schizophrénie).

Certains "professionnels" nous présentent aujourd'hui ce qu'ils appellent une "théorie nouvelle" qui donnerait les "causes" et expliquerait la schizophrénie: c'est ce qu'ils dénomment pompeusement le modèle "**vulnérabilité-stress**" <sup>2</sup>. Ce ne sont en réalité que deux mots accolés qui n'apprennent rien à personne.

Aucune des nombreuses "**théories psychologiques**" <sup>3</sup> élaborées jusqu'à présent pour "expliquer" la schizophrénie n'a jamais abouti à un traitement couronné de succès et n'a jamais pu recevoir ne fut-ce qu'un début de confirmation scientifique. Par contre, beaucoup de ces théories ont d'abord fait naître de faux espoirs chez les malades et leurs proches, à qui il a fallu ensuite déchanter. Parmi ces théories, d'autres ont encore aggravé les détresses qu'elles prétendaient soulager, en voulant à toute force trouver des responsables ("coupables") au sein des familles.

Nous disposons de preuves scientifiques irréfutables que la schizophrénie comporte des causes en partie génétiques :

- alors que la prévalence à vie (la fréquence) de la schizophrénie dans la population générale est de l'ordre de 1%, par contre lorsqu'un parent au premier degré est atteint de la maladie (père, mère, frère, soeur), le **risque** <sup>4</sup> pour les autres frères et soeurs monte à 10%;
- Lorsque les deux parents sont malades, le **risque** encouru par leurs enfants est de 40 à 45%;
- Lorsqu'un faux jumeau est atteint de la maladie, l'autre jumeau encourt un **risque** de 10 à 15%;
- Quand une tante, un oncle, un neveu ou une nièce est atteint, le **risque** pour les autres membres de la famille n'est plus que de 3%;



- Quand un jumeau vrai (univitellin) est malade, l'autre encourt un **risque** qui monte à 30-50% (ce qu'on appelle la concordance). Le fait que ce risque ne se transforme pas, dans ce cas, en certitude (n'est pas de 100%) montre que le facteur génétique, s'il est bien nécessaire pour que la maladie se manifeste, ne constitue pourtant pas à lui seul une cause suffisante de maladie. La constitution génique n'est pas un facteur déterminant rigide et inéluctable. D'autres facteurs, environnementaux ceux-ci, devront être présents également pour que, sur ce terrain génétiquement prédisposé, la maladie puisse apparaître.

Les mêmes valeurs statistiques ont été retrouvées dans les études où les jumeaux vrais (issus d'un même ovule) ou bien les frères et soeurs, tant atteints que sains, issus de parents malades étaient séparés et élevés dans des familles d'adoption (en bonne santé mentale, cela va de soi), montrant ainsi que l'influence des facteurs psychologiques familiaux sur la fréquence de la maladie était négligeable et qu'ils ne pouvaient être tenus pour une cause de la maladie.

---

❏ *Pour se faire une représentation des **causes génétiques**, on pourrait comparer la formation et le développement du cerveau avec le chantier résultant des plans d'un architecte ou d'un ingénieur: ce sont les indications qui figurent dans notre code génétique (les plans) qui seront suivies pour le développement du cerveau (la construction du bâtiment ou de la machine). Les facteurs ou causes génétiques "fautifs" correspondent en quelque sorte aux "coquilles" d'imprimerie qui se seraient glissées dans les plans. Les **causes développementales**, si nous gardons la même comparaison du chantier de construction, seraient, cette fois, l'équivalent non pas d'erreurs dans les plans eux-mêmes, mais d'erreurs de lecture ou d'interprétation lors de la réalisation des plans par les "exécutants sur le chantier" (le développement et la maturation du cerveau): les équivalents de la pluie sur les lunettes de l'ingénieur ou de l'architecte, de l'emploi, en cours de construction, d'un matériau de moins bonne qualité, etc. Causes génétiques et développementales ne sont pas mutuellement exclusives mais se combinent, s'influencent mutuellement (elles sont interdépendantes).*

*Les causes développementales sont celles qui interviennent, par exemple, pendant la vie in utero, pendant la grossesse. Certains, se basant sur le calendrier du développement embryonnaire du cerveau, imaginent qu'elles surviendraient dès le 4ème mois de la vie foetale, mais pourraient se poursuivre encore pendant l'enfance et l'adolescence jusqu'à 20 ans passés. En fait, ces causes pourraient être encore bien plus précoces, comme l'ont bien montré les observations très probantes (bien qu'habituellement passées sous silence par les tenants de la "psychogénèse") de l'embryologiste américaine P.*

*M. Rodier et ses collaborateurs, sur le rôle de la thalidomide (le Softénon) dans l'incidence de l'autisme (Rodier, P.M. & al., J.Comp. Neurol. 370 (2), 247-261, 1996. voyez aussi Sci. Am. 282 (2), 38-45, février 2000). La précocité des atteintes dans le cas de l'autisme prouve que la possibilité de pareilles lésions (du tronc cérébral), qui nécessairement retentissent sur le développement ultérieur du cortex, n'est pas non plus à exclure dans le développement consécutif et "tardif" d'anomalies corticales (dans les schizophrénies), par exemple dans les lobes préfrontaux et temporaux.*

*Les facteurs génétiques sont parfois encore (mais de plus en plus rarement) mis en doute par quelques obstinés qui, en dépit des preuves contraires, veulent absolument croire, **par idéologie** bien plus que par savoir, aux influences néfastes de la culture, de l'éducation et de la "société", et qui contestent la validité des diagnostics sur lesquels les statistiques ont été établies pour déterminer les fréquences observées de cas de schizophrénies. Mais l'influence génétique bien réelle est encore plus visible dans des études (portant sur la population islandaise, p. ex. ) regroupant tous les troubles psychotiques en faisant abstraction des distinctions habituelles entre psychoses (qui ne sont basées, rappelons-le, que très arbitrairement sur leurs manifestations apparentes, non sur leurs causes ni sur leurs mécanismes!) (Horrobin, D.F.: **Schizophrenia: The illness that made us human. Med. Hypotheses 1998, 50,269-288).***

*A la différence des indications et instructions sur plans que nous fournissons à nos architectes et à nos ingénieurs, celles que notre code génétique dicte pour la construction du cerveau comportent une certaine part "d'imprécision", c'est-à-dire que du "jeu" est permis dans l'exécution, qui explique une certaine variabilité, dans des limites assez étroites, il est vrai, en fonction des conditions "ambiantes" dans lesquelles la construction progresse. Ce "jeu", ou ce qu'on pourrait appeler ces "tolérances" par rapport aux spécifications du plan de construction, expliquent que même des jumeaux vrais, qui ont donc le même génome, puissent néanmoins, au terme de leur développement, d'abord in utero puis néonatal et infantile, présenter de discrètes différences dans leurs architectures cérébrales fines; des jumeaux vrais, qui ont des génomes identiques, ne sont donc pas parfaitement identiques entre eux, comme souvent on aurait tendance à le croire (même des clones, même soumis à des conditions "extérieures" ou "ambiantes" aussi proches que possible ne seraient pas nécessairement parfaitement identiques). Cette possibilité de variation montre bien aussi que, contrairement aux idées habituellement reçues, génétique n'est nullement synonyme de prédestination.*

***"Les gènes, ce n'est pas la destinée. Les effets des gènes représentent des tendances probabilistes et non pas une programmation préétablie."** (PLOMIN, R. & al. : Behavioral Genetics, p. 278. 3ème édition. W.H. Freeman &Co., New York 1997, ISBN 07167-2624-9).*

*De nombreuses personnes se récrient pourtant encore quand on leur dit que*

*“la” schizophrénie est en partie d’origine génétique. Pour elles, qui traduisent cela erronément en l’affirmation que “la schizophrénie est une tare héréditaire transmise aux enfants par l’un ou l’autre parent”, cela signifie que ce parent serait et devrait se sentir porteur caché mais responsable, voire coupable de l’affection de son enfant, et que lui-même s’imaginerait alors qu’il devrait, en toute justice, être montré du doigt comme propagateur d’une tare honteuse. Pareille croyance devrait être fermement dénoncée par tous les professionnels.*

*Il faut savoir que les schizophrénies ne dépendent pas d’un seul gène, mais de constellations de multiples gènes dont certaines copies “altérées” sont réparties au hasard dans la population générale, et dont les copies “saines” peuvent, elles aussi, de temps en temps s’altérer spontanément, par mutations survenant au hasard (c’est ainsi que toutes les espèces, tant animales que végétales, évoluent naturellement au fil des générations et des millénaires). L’identification des différents gènes pouvant jouer un rôle dans la susceptibilité aux schizophrénies est encore loin d’aboutir, mais elle ne cesse de progresser.*

*Il faut aussi se rendre compte que tous nos gènes, à chacun de nous, font partie du patrimoine héréditaire de l’humanité entière, qu’ils se distribuent et se “mélangent” les uns aux autres au hasard des mariages et des naissances, à la manière d’une sorte de donne constamment recommencée d’un jeu de cartes où les cartes, au lieu de ne comporter que les habituelles 52 dénominations différentes, se comptent par milliers. C’est donc le hasard de la donne qui décide de qui héritera d’un jeu de gènes plus ou moins favorable ou défavorable, et aucun de nous ne peut être tenu pour responsable du jeu de gènes dont il est le porteur involontaire et innocent.*

*Depuis longtemps déjà, on aurait pu (ou dû?) s’interroger sur les différences marquées de personnalité et de comportement qu’on peut observer chez les différents membres (**non jumeaux**) des fratries au sein des familles. Ces différences surviennent chez des personnes aux patrimoines génétiques différents, **malgré** des conditions communes de milieu, d’éducation, de mode de vie. Inversement, des ressemblances surprenantes des caractéristiques psychologiques s’observent chez les jumeaux vrais, au patrimoine génétique identique, **même lorsqu’ils ont été séparés** dès leur naissance pour être élevés dans des familles d’adoption distinctes.*

*Les programmes actuels d’études poursuivies à l’échelle mondiale sur les jumeaux et les adoptions nous fournissent des statistiques permettant enfin de séparer, dans les influences sur nos traits psychologiques, ce qui revient à l’environnement (au milieu et à l’éducation) de ce qui est dû à nos gènes. On peut s’étonner que ce soient les mêmes personnes qui, tout en repoussant l’idée de l’influence génétique sur notre personnalité, ne récusent pourtant pas et ne s’offusquent guère du rôle que nos gènes jouent sur de nombreuses de nos autres caractéristiques, parmi lesquelles la taille, p.ex. Cette dernière est manifestement déterminée, elle aussi par de **multiples gènes et par des facteurs du milieu.***

*Sans doute, ce seront également les études génétiques qui devraient permettre d'identifier tant les facteurs du milieu que les facteurs génétiques responsables des manifestations de la schizophrénie, et ce dans un avenir moins improbable que certains psychiatres pessimistes l'imaginent, dont M. DE HERT & al., ("Si loin, si proche.", p.22 EPO, Bruxelles 1999. ISBN 2-87262-1644), "il existe d'ailleurs peu de chances de le trouver [le code génétique de la schizophrénie], car la schizophrénie naît d'un phénomène fort complexe où différents facteurs et autres entrent en jeu."*

*Cette opinion ne tient pas compte de l'accélération exponentielle des neurosciences, de la génétique, de la progression des moyens de calcul, d'analyse et de synthèse des données. L'important n'est d'ailleurs pas de trouver "le code génétique de la schizophrénie", qui sans doute n'existe pas comme tel. L'important est de commencer par identifier quelques allèles de gènes influençant tel ou tel trait "psychologique" ou "fonction cognitive" parmi ceux altérés par la psychose. Une fois saisi ce premier bout de fil, toute la pelote des facteurs, tant génétiques que du milieu, se dévidera de plus en plus vite. Je suis persuadé qu'on en est moins loin que certains ne le croient.*

*Les internautes désireux d'en savoir plus sur les relations de la génétique avec les schizophrénies, et qui ne sont pas intimidés par une lecture comportant parfois des aspects un peu techniques pourront compléter leur information en consultant:*

*F. THIBAUT, T. D'AMATO, D. CAMPION: "Génétique de la schizophrénie."*

*publié chez John Libbey Eurotext, Paris 2003. ISBN 27420-0430-0*

*et*

*P. ROUBERTOUX: "Existe-t-il des gènes du comportement?"*

*publié chez Odile Jacob, Paris 2004. ISBN 2-7381-1545-4*

**2** *Le mot "**vulnérabilité-stress**" est un vocable composé, parfait exemple de ces mots dont Claude Bernard déjà nous disait qu'ils ne sont rien par eux-mêmes, car nous les employons pour décrire des phénomènes dont nous ne connaissons pas les causes.*

*La **vulnérabilité**, c'est un mot "compliqué" pour dire la fragilité; et ici, le **stress** signifie l'ensemble des sollicitations diverses de la vie quotidienne auxquelles chacun de nous est soumis et doit s'adapter. Le "modèle vulnérabilité-stress", c'est donc tout simplement la fragilité excessive de quelqu'un aux sollicitations du milieu dans lequel il vit. Il faut bien se rendre compte que ces mots ne nous disent rien sur l'origine de la fragilité, ni sur ce en quoi elle consiste, pas plus que sur la nature des sollicitations supposées excessives.*

*Cette dénomination fait irrésistiblement songer à cet autre terme savant de "diathèse" - utilisé entre autres pour l'asthme et l'allergie (mais aussi pour les rhumatismes, etc., etc.) - que la médecine employait du temps où causes et mécanismes de ces affections étaient encore mystérieux. L'usage de ce mot de "diathèse" n'était qu'un aveu d'ignorance déguisé derrière un nom savant.*

*Utiliser pareilles définitions ne nous fournit donc aucune hypothèse nouvelle qui soit ou vérifiable, ou réfutable. Autrement dit: ces mots ne sont qu'un simple constat descriptif sans la moindre valeur réelle explicative ni thérapeutique.*

❸ Les **“théories psychologiques explicatives”** de la schizophrénie n’ont jamais pu recevoir la moindre confirmation scientifique. Elles n’ont jamais été que le reflet, des croyances, des préjugés, des superstitions et des idées reçues prévalant du temps de leurs auteurs, et elles s’amplifiaient encore grâce à la crédulité d’autres individus ne demandant qu’à s’y conformer en croyant ainsi **“être dans le vent”**. **Ceux qui ont imaginé ces théories ont confondu, sans comprendre leur erreur, les causes biologiques inconnues des dysfonctionnements cérébraux avec leurs propres raisons imaginaires, “psychologiques”, “d’éducation”, “sociales” et “culturelles” pouvant, selon eux, “expliquer” les anomalies de pensée et d’affect des malades. Ils semblent n’avoir toujours pas compris, même aujourd’hui encore, la distinction fondamentale, nécessaire, entre causes et raisons.**

Les **raisons** sont des arguments, des “explications” superficielles et psychologiques pouvant éventuellement décrire des “difficultés” psychologiques (appelées naguère “névroses”) remédiables par l’éducation et des interventions “psychologiques”. Les **causes** biologiques ne sont pas des “raisons” psychologiques que nous imaginons d’après notre logique du raisonnement “normal”; elles sont les **causes matérielles** profondes à l’origine des défauts de notre logique, donc à l’origine des affections mentales (dont les psychoses); notre logique ne peut donc en rendre compte; ces défauts ne peuvent être améliorés que par des thérapeutiques biologiques et doivent, en plus, être accompagnés d’une aide pratique individualisée, c’est-à-dire adaptée à chaque cas.

Les bases des théories psychologiques des maladies mentales ne sont qu’imaginaires et calquées, par des analogies, sur une représentation intuitive et superficielle de notre fonctionnement psychologique “normal”. En fonction des époques, ces théories, (ou plutôt ces rêveries) en apparence plus ou moins élaborées, ont invoqué des conflits psychologiques, ouverts ou latents, entre enfants et parents, entre époux, à l’intérieur des familles, conflits engendrés soit par des mauvais traitements infligés pendant l’enfance, soit par la contradiction entre les instincts et les besoins supposés de l’individu et les conventions admises par la société, etc.

Citons, p.ex. le psychologue U.S. **S.Pinker**, dans son livre **How the Mind Works** (W.W.Norton 1997, ou London Penguin Books Ltd, 1998, p.48), qui nous rappelle très justement: **“Pendant une majeure partie de ce siècle, les mères coupables ont enduré des théories ineptes les réprouvant pour tout trouble ou toute différence survenant chez leurs enfants (les messages contradictoires provoquent la schizophrénie, la froideur entraîne l’autisme, la domination entraîne l’homosexualité,**

*l'absence de limites conduit à l'anorexie, pas assez de babil[lage] maternel bêtifiant engendre des troubles du langage). Les dysménorrhées, les nausées de la grossesse et les douleurs de l'accouchement ont été considérées comme des réactions [d'aversion] des femmes aux conventions culturelles, plutôt que d'être traitées comme de légitimes problèmes de santé".*

*Ces théories n'ont souvent rien fait de plus que reprendre à leur compte, amalgamés aux mythes de nos religions monothéistes plus récentes, les thèmes de la tragédie grecque antique tout en les compliquant de jargon pour leur donner plus de poids grâce à une apparence savante, ce qui conférait aussi à leurs auteurs une réputation d'érudition et de culture passant pour de la science auprès des profanes et des futurs "clients". A la manière des théoriciens du moyen-âge et des scolastiques, les champions et adeptes de ces théories ont confondu étalage d'érudition artistique ou littéraire et rigueur scientifique.*

*D'autres encore, envieux peut-être de la célébrité, par exemple d'un Dostoïevski ou d'un Marcel Proust, ces admirables "explorateurs" de l'âme humaine, ont à leur tour voulu s'illustrer dans ce domaine, sans toutefois avoir le talent requis pour acquérir la célébrité en littérature. Ils avaient encore moins les connaissances scientifiques, ni médicales ni de psychologie, ni l'expérience pratique indispensables qui les auraient autorisés à se mêler de soigner les malades mentaux, ce à quoi ni Dostoïevski ni Proust, bien plus raisonnables, n'avaient jamais songé; mais qu'importait à ces "penseurs-rêveurs-autodidactes": en "santé mentale", les croyances, opinions et idéologies concoctées par quelques intellectuels ou artistes réunis en cénacle - pompeusement baptisé depuis, par exemple Ecole de Palo Alto - étaient d'autant plus séduisantes et crédibles qu'elles étaient enrobées d'un vocabulaire d'apparence plus "philosophique" ou provocateur. De plus, tout citoyen a, aujourd'hui encore, dans les domaines de l'éducation et de la morale qu'il associe trop facilement au comportement et au "mental", la conviction qu'il sait tout sur ces sujets et qu'il est sûr de ne pouvoir se tromper dès lors qu'on lui dit qu'il s'agirait du "Bien" et du "Mal".*

*En fait, toutes les théories "psychogènes" des psychoses ignorent, même encore dans leurs survivances actuelles, délibérément et avec l'arrogante certitude conférée par l'ignorance et la suffisance, les caractéristiques matérielles et fonctionnelles (l'anatomie, la neuroanatomie, la neurohistologie, la neurocytologie, l'embryologie et l'organogenèse, la biochimie, la physiologie, la neurophysiologie) de cette machine merveilleuse et extraordinairement complexe qu'est le cerveau. Certains en ont justement dit, de façon lapidaire, qu'elles sont de la psychiatrie sans cerveau.*

*En d'autres termes, sous couvert d'une phrase, d'une affirmation péremptoire et non fondée, apparemment belle mais dépourvue de sens véritable car purement dogmatique et erronément exclusive de toute autre, disant que "l'être*

*humain n'est pas une machine", ces théories prétendent expliquer les dysfonctionnements de la machine biologique que nous sommes (en dépit de tout ce qu'ils disent et de leur ignorance) avant même (sans essayer ni attendre) d'en connaître les mécanismes et d'en comprendre le fonctionnement. Ne nous étonnons donc pas de leur inefficacité ni, souvent même, de leur nocivité.*

*Inventée par S. Freud (neurologue au départ, mais rapidement brouillé par la suite avec la neurologie encore limitée de son temps), la théorie psychanalytique - dont les aspects provocateurs ont séduit tant de personnes crédules, et aux apparentes facilités de laquelle malheureusement tant de psychiatres se sont laissé prendre - , entre pour une bonne part dans toutes les "théories" et explications "psychogènes" des psychoses. Elle est aux neurosciences ce que l'astrologie est à l'astronautique, et ne peut pas plus soigner les psychotiques que l'astrologie ne peut envoyer des cosmonautes sur la lune. Ce n'est pas ici la place d'une vaine polémique sur ce sujet. On ne peut cependant assez répéter qu'**aucune** de ces théories n'a jamais été étayée scientifiquement (elles ne le peuvent pas), n'a jamais apporté aucun soulagement réel des psychoses, et qu'un certain nombre d'entre celles qui prétendaient expliquer la schizophrénie ont été réfutées.*

*L'impuissance et la nocivité de la psychanalyse pour le traitement des psychotiques sont actuellement reconnues de la plupart des psychiatres bien au fait de la schizophrénie, dans le monde entier. Les techniques psychanalytiques ne font qu'enfoncer les malades plus profondément dans leurs délires, et elles y entraînent, de surcroît, leur entourage.*

*Les adeptes de la psychanalyse en psychiatrie attribuent une grande importance et une signification profonde au contenu des rêves. Dans le cas des malades schizophrènes, ils vont même plus loin et étendent cette "théorie" au **contenu** du délire dont ils vont jusqu'à soutenir qu'il est à l'origine du **phénomène** délire et qu'il l'entretient. L'idée viendrait-elle à l'esprit de nos contemporains civilisés et éduqués d'appeler le psychiatre psychanalyste au chevet de leur enfant fiévreux et délirant, pour soigner sa pneumonie ou sa méningite, sous prétexte qu'il délire?*

*Le délire des psychotiques a de nombreux points communs avec le rêve, mais, surtout, c'est un rêve éveillé dont le malade ne parvient pas à sortir ("Ce qui est étonnant, ce n'est pas que la folie soit tellement répandue, c'est qu'il y en ait si peu! La folie et la raison sont les deux faces d'une pièce de monnaie: face, vous n'êtes fou que pendant votre sommeil, et pile, vous êtes fou aussi quand vous veillez." HOBSON, J.A., *Consciousness*, p. 205. W.H. Freeman & Co., New York 1999. ISBN 07167-5078-3).*

*La question n'est pas de savoir quel est le contenu du rêve (ni son absurdité ni son étrangeté ne dérangent en général aucun individu bien portant qui rêve*

*pendant son sommeil, même si elles font la fortune des oniromanciens exploitant la crédulité de leurs clients). La vraie, la bonne question est de découvrir comment il se fait qu'un malade ne peut ni s'empêcher ni s'arrêter de rêver malgré qu'il soit à l'état de veille. Cette incapacité lui fait en permanence mélanger la réalité extérieure, ambiante, avec le rêve intérieur, le terrifie et le prive de tout esprit critique qui lui permettrait de séparer ces deux mondes et de ne pas les subir passivement l'un et l'autre à la manière d'une marionnette.*

*Les raisonnements tenus par ceux qui prétendent trouver, soit dans le contenu des rêves, soit dans le contenu des délires, une indication sur la cause des troubles psychiatriques, pourraient se comparer, pour les besoins de l'explication, au raisonnement qu'on prêterait à d'imaginaires cheminots superstitieux qui attribueraient le déraillement d'un train à la personnalité des voyageurs transportés dans ce train et refuseraient d'envisager que l'état de la voie ferrée ou celui du matériel roulant puisse être mis en cause.*

**4** *Les “risques” de développer une schizophrénie, tels qu'on les a exprimés ici conformément au langage communément employé, sont une absurdité. Que signifie, en effet, l'affirmation: “vous avez autant de % de risques” de faire telle maladie?*

*Il faut comprendre que cette expression doit s'entendre comme suit: “si on regroupait 100 personnes se trouvant dans les mêmes circonstances familiales que vous (avec les mêmes antécédents psychiatriques familiaux), il est vraisemblable qu'on pourrait y trouver tel nombre (pour cent) qui développeraient l'affection”.*

---



## V. Le TRAITEMENT de la SCHIZOPHRÉNIE

Tant que les causes de la maladie ne seront pas connues, nous n'aurons aucun moyen sûr de prévenir (v. **prévention** <sup>1</sup>) l'apparition de la maladie ni de la guérir réellement.

**Il ne faut pas non plus se laisser aller à croire que, si dans 10% des cas comme le prétendent certains, la maladie n'aura jamais qu'un épisode aigu unique** <sup>2</sup>, ou encore que, puisque **les symptômes aigus s'atténuent avec l'âge** <sup>3</sup>, la maladie serait déjà effectivement guérissable.

Plus exactement, en fait, **la vie du patient et celle de ses proches ne peut être que rendue moins insupportable: par l'emploi adéquat des médicaments, par les "soins" adaptés à chaque cas et par une assistance et un encadrement prodigués à bon escient.**

Les "symptômes" psychotiques aigus qui assaillent le malade et l'effrayent, lui et son entourage, ne se laissent influencer que par des médicaments. Il faut fournir l'information correcte au patient, à sa famille, aux familiers et aux autres personnes proches, au sujet de la maladie, de ses manifestations, de son traitement, des médicaments, des attitudes à adopter - ou à éviter - par et avec le malade: **c'est la seule aide valable qu'aujourd'hui on puisse, mais aussi qu'on doive leur apporter** pour leur permettre d'affronter une maladie pour le moment incurable. C'est seulement ainsi qu'on peut espérer réduire quelque peu la fréquence des séjours à l'hôpital et en raccourcir la durée.

On dispose à ce jour des moyens suivants:

### V - 1. Médicaments

Les neuroleptiques, même les plus récents, semblent n'influencer significativement la manifestation que des "symptômes" survenant pendant les crises (les "symptômes" dits "**positifs**"), tels l'angoisse, l'agitation, les hallucinations et les idées délirantes. Les "symptômes" dits "**résiduels**" ou "**négatifs**", c-à-d. ceux qui, éventuellement, persistent entre les "crises florides" ou "crises productives", soit donc l'**apathie**, l'**indifférence**, le **manque de motivation**, la **passivité**, le **manque d'initiative**, la **froider des sentiments**, l'**indécision**, le **repli sur soi** et le **retrait social** semblent beaucoup plus rebelles à la plupart des médicaments disponibles aujourd'hui. La **médication** doit être **individuellement adaptée à chaque cas** <sup>4</sup>, tant en ce qui concerne le type de médicament

que pour la posologie (la quantité, la dose). Ceci requiert donc des essais préalables, qui peuvent s'avérer plus ou moins nombreux et longs.

Autrement dit:

**Il n'est jamais possible de prédire si, chez un malade donné, tel ou tel médicament sera efficace. Il faut d'abord l'essayer.**

Beaucoup de temps et de patience peuvent donc être nécessaires avant de trouver la médication efficace, et pour la doser convenablement. L'efficacité du traitement médicamenteux dépend en grande partie des connaissances approfondies en neuropharmacologie du médecin traitant et de son expérience pratique. Elle dépend aussi de la coopération du patient qui doit accepter de prendre son médicament, et de la vigilance des soignants qui doivent constamment veiller à ce qu'il le prenne malgré sa répugnance éventuelle.

Les médicaments "**neuroleptiques**" <sup>5</sup> disponibles actuellement sur le marché belge sont multiples. La majorité d'entre eux, sinon tous, ont, en plus de leurs effets favorables sur les "signes" et "symptômes" de la maladie, des effets dits "secondaires" (c.-à-d. parasites, non recherchés ou indésirables) gênants ou désagréables.

De manière très simplifiée et schématique, on distingue deux grandes catégories de médicaments neuroleptiques: d'une part les neuroleptiques dits "**typiques**", et d'autre part les neuroleptiques dits "**atypiques**" <sup>6</sup>.

Les premiers ("typiques") sont les plus anciens (parfois dits "de première génération"). Parmi leurs caractéristiques notons que, dans les cas où ils s'avèrent efficaces, ils influencent surtout la manifestation des "symptômes **positifs**" et n'ont que peu ou pas d'effets sur les signes "**négatifs**" de la maladie. Par ailleurs, un de leurs effets secondaires très gênant est l'apparition de signes neurologiques "extrapyramidaux" (SEP) pour des doses de médicament parfois trop proches des doses efficaces.

Ces "SEP", dont l'ampleur varie individuellement selon les cas, sont la rigidité musculaire, les tremblements plus ou moins marqués des membres, le ralentissement moteur, l'aspect figé de la face, la sensation que le malade éprouve de ne pouvoir rester en place (l'acathisie [ou akathisie], c.-à-d. une sorte de gêne dans les jambes - des "fourmis" - forçant le malade à se déplacer en permanence ou à faire trembler ses jambes, rappelant un peu la manière des joueurs de tennis de se relaxer sur leur chaise pendant la pause entre deux jeux). La plupart de ces signes rappellent ceux qu'on peut observer dans la maladie de Parkinson, c'est pourquoi les médecins parlent parfois, à ce propos, de "syndrome parkinsonien".

On essaye d'éviter les "SEP" en se limitant à la dose minimale de médicament encore efficace pour atténuer les symptômes de l'affection. Parfois, cependant, l'efficacité du médicament ne se manifeste qu'aux doses

où apparaissent les “SEP”. Dans d’autres cas encore, ces signes parkinsoniens se développent avant même qu’un effet favorable de la médication sur les symptômes de la schizophrénie ne soit constaté. Dès lors, plutôt que d’augmenter les doses de ce neuroleptique - qu’il soit “**typique**” ou “**atypique**”, d’ailleurs - dans l’espoir de quand même voir apparaître un hypothétique effet favorable, il ne faut pas s’entêter, mais plutôt tenter de changer de médicament, sous peine de prendre le risque de séquelles neurologiques tardives encore plus difficiles à maîtriser.

Il faut aussi éviter de prescrire plusieurs neuroleptiques différents sous le fallacieux prétexte qu’ainsi leurs effets secondaires se dilueraient tandis que leurs effets “principaux” s’additionneraient: **la règle doit être ce que les médecins appellent la “monothérapie” (un neuroleptique unique)** (mais l’expérience, en Belgique, montre que bien peu de nos psychiatres en ont compris la justification pharmacologique et fonctionnelle et s’y tiennent!) Si les neuroleptiques typiques sont inefficaces ou s’ils provoquent des effets secondaires trop importants, on s’adressera aux neuroleptiques plus récents, ceux qu’on appelle “**atypiques**” parce qu’ils ne provoqueraient pas ou peu de “SEP”. Ces nouveaux neuroleptiques, dont le nombre s’accroît heureusement sans cesse, sont plus maniabiles que les plus anciens puisqu’ils n’entraînent pas de “SEP” (ou certains seulement à doses plus élevées). Ils ne sont pourtant pas la panacée: pas plus que pour les neuroleptiques typiques il n’est actuellement possible de prédire si, dans le cas particulier de votre parent ou de votre proche malade, tel plutôt que tel autre neuroleptique atypique sera efficace. De nouveau, seul l’essai permettra d’en décider.

D’autres **effets secondaires** ▣ que les “SEP” résultent des traitements par les neuroleptiques, tant les “typiques” que les “atypiques”. Parmi ces effets secondaires (qui ne sont pas nécessairement tous ni toujours présents simultanément), citons: la bouche sèche ou, au contraire, la salivation exagérée, les nausées, la somnolence, la difficulté d’accommodation visuelle, la diminution de la libido, une prise de poids plus ou moins importante, l’irrégularité ou même l’absence des règles chez les femmes. Ces effets secondaires représentent des inconvénients qu’on peut, à la rigueur, considérer comme mineurs si on les compare aux signes et symptômes de la schizophrénie elle-même. Cependant, malgré les actuelles possibilités élargies de choix parmi les neuroleptiques, il faut savoir qu’il subsiste toujours une proportion non négligeable de cas de schizophrénie ne réagissant que de manière décevante ou même nulle à toutes les tentatives de médication entreprises.

Dans ces cas où les autres neuroleptiques ont échoué, il est alors justifié de recourir à un neuroleptique atypique spécifique, en général essayé seulement en dernier recours (la clozapine - nom de marque Leponex en Europe, Clozaril aux U.S.A.) parce que présentant potentiellement un risque d’effet secondaire plus grave (sur la fabrication des globules blancs par la moelle

osseuse). Ce risque, dont la prise est justifiée par la gravité des signes et symptômes schizophréniques et par leur résistance aux autres neuroleptiques, semble d'ailleurs diminuer au cours du temps (en début de traitement, on le prévient par des contrôles hématologiques réguliers qui pourront ensuite s'espacer graduellement).

De nos jours, peu de nos psychiatres pourraient encore se permettre de s'opposer à la prescription d'une médication neuroleptique que, désormais, tous savent indispensable au traitement des schizophrénies, pour lui préférer une thérapeutique de seule "psychothérapie". En effet, ce serait renoncer, sur la base de théories psychiatriques ou autres idéologies totalement hypothétiques et non vérifiées, au traitement médicamenteux reconnu par tous comme indispensable pour les "psychoses", et ce serait un choix barbare contraire à l'éthique médicale.

On rencontre pourtant encore trop souvent des personnes ayant pouvoir de décision sur le sort des malades mentaux (des juges, des avocats, etc., mais parfois même des "pys") qui dénigrent les traitements médicamenteux qui leur sont prescrits, et qui parlent, à leur propos, de "**camisole chimique** <sup>8</sup>", ce qui n'est qu'une formule purement verbale, peut-être imagée mais fautive, dont ils ne comprennent pas eux-même l'absurdité.

On dispose aujourd'hui de suffisamment d'indices concordants tendant à montrer qu'un traitement médicamenteux rationnel et approprié diminuerait sensiblement le nombre de "rechutes" nécessitant la ré-hospitalisation.


Enfin, en plus des traitements médicamenteux, il faut encore mentionner, quasi pour mémoire, les traitements par **électrochocs** ("électroconvulsivothérapie", ou ECT). Ils ne sont plus pratiqués que très exceptionnellement. Pourtant, ils peuvent encore être indiqués et se montrer efficaces dans les cas avec signes de dépression profonde où tous les autres traitements ont échoué (et où les risques de suicide paraissent suffisamment élevés pour devoir recourir à ce traitement exceptionnel). Leur mise en oeuvre, de nos jours, se fait sous anesthésie générale (et curarisation comme pour d'autres interventions, chirurgicales générales, p.ex.), de manière beaucoup plus brève, douce et mieux contrôlée qu'autrefois. Les récits d'horreur que pourtant on en fait encore sont de sinistres fictions, bonnes tout au plus pour les films d'épouvante (série "Z") et les mauvais romans.

**D'autres traitements** "biologiques" sont actuellement expérimentés un peu partout dans le monde (pas tellement chez nous en Belgique) mais, pour la plupart ils n'en sont encore qu'aux stades de la recherche. Cela signifie que, même s'ils ont déjà donné lieu à publications scientifiques faisant état de résultats prometteurs, leur confirmation - ou leur réfutation - prennent des temps forts longs pour obtenir et réunir des résultats portant sur des nombres suffisants de malades. Tant le public que les praticiens de terrain n'en sont

guère tenus au courant et nos “psys” ne semblent pas non plus s’en soucier outre mesure, ce qui n’est malheureusement pas fait pour encourager ni soutenir - moralement et matériellement - les chercheurs. Ceux qui, médecins ou proches de patients, en ont entendu parler ne savent le plus souvent pas où s’adresser pour s’informer si leur malade pourrait en bénéficier, ou même s’il pourrait, pourquoi pas? proposer sa participation à la recherche pour en accélérer les progrès (c’est pourtant pratique courante aux U.S.A., mais les U.S.A. n’ont pas bonne presse chez la plupart de nos “psys” francophones).

A notre époque où un déluge d’informations de toutes sortes et souvent de peu d’intérêt risque de nous submerger, ce désintérêt général pour les progrès véritables des thérapeutiques en psychiatrie (qui sont enfin en marche!), contrastant avec les multiples effets d’annonce de nos responsables politiques clamant leur souci de ce qu’ils appellent la “santé mentale”, constitue un paradoxe qui ne peut que nous plonger, au mieux dans une grande perplexité, au pire dans une profonde colère.

Ces nouveaux traitements, dont on peut espérer que nos malades pourront bénéficier dans un avenir pas trop lointain, reposent, par exemple sur de nouvelles techniques: la stimulation par des micro-électrodes implantées à demeure dans certains territoires cérébraux (p.ex. à la manière des électrodes déjà mises en oeuvre avec succès pour le traitement de la maladie de Parkinson), la stimulation magnétique transcranienne (SMT, parfaitement non invasive), par exemple du cortex cérébral temporo-pariétal gauche permettant d’atténuer ou même de supprimer, au moins pendant des périodes relativement longues, les hallucinations auditives résistant aux traitements par neuroleptiques.

**D’autres pistes sont également explorées**  : l’adjonction, aux traitements neuroleptiques, d’une supplémentation, soit par la **DHEA** (la déhydro-épiandrostérone, stéroïde métabolite naturel de notre métabolisme normal, un temps préconisé en France par le Professeur Beaulieu comme traitement de confort du vieillissement) soit par l’administration, à très faibles doses (moindres que dans la “pilule” contraceptive), d’hormones sexuelles **oestrogènes** qui pourraient améliorer l’efficacité des neuroleptiques (mais ne semblent pas prolonger cette efficacité dans le temps, c.-à-d. qu’elles ne paraissent pas retarder la survenue éventuelle d’une nouvelle crise).

D’autres traitements adjuvants des neuroleptiques s’annoncent: certains acides aminés (les précurseurs obligés de nos protéines) parfaitement naturels et inoffensifs qu’on pourrait donc qualifier de “bio”, comme la **sérine** et le **glycocolle** (glycin), dont nous savons qu’ils interviennent dans le fonctionnement de certains récepteurs neuronaux synaptiques (les récepteurs NMDA) eux-mêmes importants pour le bon fonctionnement d’autres récepteurs synaptiques.

Aux deux acides aminés précédents, ajoutons encore les acides gras essentiels dont nous avons aujourd'hui tous entendu parler, ces "**oméga-3**" dont certains se préoccupaient déjà depuis quelques années et qui sont importants pour le maintien de l'intégrité des membranes cellulaires mais dont la vogue ne nous a atteints que récemment (sans doute plutôt grâce à des motivations au départ plus commerciales que thérapeutiques). (les omega-3 sont des acides gras essentiels, ce qui veut dire qu'ils nous sont indispensables, mais que notre machinerie biochimique n'est pas capable de les synthétiser; nous devons donc les trouver tout faits dans notre alimentation).

---

**1** *La **prévention** des maladies mentales est un de ces buts qui, pour les scientifiques, n'est qu'une utopie et est encore hors d'atteinte, mais dont les politiques et responsables tant officiels qu'auto-proclamés de la "santé mentale" proclament à grand bruit qu'ils le poursuivent de toutes leurs forces.*

*Tous ces "responsables" nous offrent ainsi un bel exemple, soit de "langue de bois" politicienne, soit d'ignorance du sujet (restons toutefois poli). En effet, à qui peut-on faire croire qu'il serait possible de prévenir quelque événement ou phénomène que ce soit, tant qu'on n'a pas la moindre idée de sa ou de ses causes? Une fois qu'on a pris conscience de cette évidence élémentaire, une question plutôt embarrassante risque de se poser à son tour: à quoi s'occupent-ils donc en réalité, les responsables chargés officiellement de cette prévention aujourd'hui encore impossible, et pour quelle tâche probablement très absorbante - sinon ingrate? - sont-ils rémunérés?*

*Même l'O.M.S. a fini par reconnaître qu'il n'est actuellement pas possible de prévenir ("la") les schizophrénies. Mais qu'à cela ne tienne; nos experts en santé publique (dont l'O.M.S.!) distinguent à présent différentes "sortes" de prévention: p. ex. la **prévention primaire** (exemple pour d'autres affections: les vaccinations), qui évite ou prévient la première apparition d'une affection morbide, et la **prévention secondaire**, qui s'efforce de retarder ou d'empêcher les récurrences de cette affection déjà présente ou en limiterait la propagation (?).*

*Cette distinction, pour autant qu'on oublie d'employer les qualificatifs de "primaire" et, surtout, de "secondaire", que ce soit par "inadvertance" plus ou moins calculée ou par "facilité de langage" bien commode, permet de prétendre, mais à tort, qu'on fait de la prévention de la schizophrénie. Pourtant, on ne peut tout au plus que se borner à en atténuer ou à en retarder quelque peu les épisodes aigus. Mais ceux-ci sont précisément ceux qui placent les "professionnels" devant leurs obligations d'intervenir pour des raisons évidentes et élémentaires, cette fois plus d'ordre public et de*

*sécurité que de thérapeutique, et peut-être certains croient-ils dès lors possible, dans ces circonstances toujours dramatiques, d'omettre de reconnaître qu'on ne prévient pas une affection déjà déclarée et installée.*

**2** *Un épisode aigu unique* est, par définition (des psychiatres) et par convention, considéré comme distinct d'une schizophrénie. Diverses dénominations ont été données à ce type de "phénomène psychiatrique" limité dans le temps. Les énumérer ici ne présente aucun intérêt. L'utilité pratique de cette distinction de l'épisode unique, d'un point de vue thérapeutique (qui, à mon humble avis, est le seul qui importe vraiment - car tout le reste n'est que littérature -), est pour le moins contestable, et a donné lieu à de nombreuses discussions et polémiques entre professionnels, portant sur la question de savoir s'il faut en traiter les cas par neuroleptiques ou non. Pareilles polémiques ne pouvant être résolues ni dans un sens ni dans un autre, elles sont régulièrement reprises à l'occasion de "rencontres, colloques et journées d'étude psychiatriques" dont les conclusions, quoique très verbeuses, sont nécessairement non concluantes.

*En effet, au moment où il éclate pour la première fois, rien ne permet de prédire si un "épisode psychotique" sera unique ou, au contraire se répétera (ce qui, par définition, constituerait une bonne raison de l'appeler schizophrénie). On ne pourrait en décider que rétrospectivement, après avoir attendu un temps dont personne ne peut d'avance connaître la durée (au bout de laquelle l'épisode se serait - ou non - reproduit!)*

*Par conséquent si, pour respecter le "principe de précaution" si cher à certains mais dans d'autres domaines, on choisit d'administrer une médication neuroleptique dans l'hypothèse d'un premier (?) "épisode unique" et pour peut-être en prévenir un second, peut-on se permettre d'interrompre ou d'arrêter la médication, et au bout de combien de temps?*

*Tant que nous n'aurons aucun critère biologique nous permettant de distinguer à l'avance un épisode unique sans lendemain d'une affection chronique à épisodes aigus récurrents, cette question ne sera pas résolue et chaque praticien ne pourra y répondre qu'en fonction de ses croyances plutôt que de son savoir: il lui faudra parier. Osera-t-il faire franchement part à son patient de cette incertitude et du pari qu'il fait?*

*J'irai même plus loin: tant que, chez nous (ni peut-être ailleurs), on ne s'efforcera pas sérieusement de rechercher ces critères biologiques, il y aura très peu de chances qu'on les trouve et que la question soit tranchée; mais on pourra bien sûr continuer de se réunir "pour y réfléchir", indéfiniment.*

**3** *Que les symptômes et signes aigus s'atténuent avec l'âge* ne signifie nullement que la schizophrénie serait "une maladie qui a tendance à s'améliorer toute seule" (sic) comme parfois certains psychiatres canadiens francophones sembleraient le croire et vouloir nous en persuader (en guise de consolation?).

*Une autre interprétation me paraît plus plausible. La liaison étroite des*

*sentiments et des émotions avec les raisonnements et la logique (la pensée) semblerait se relâcher à la longue chez les malades: soit que ces émotions effectivement perdraient en intensité avec l'âge - comme cela se peut se produire chez de nombreuses personnes âgées (on dit qu'elles "s'assagissent") - , soit que les connexions neuronales entre d'une part l'hippocampe, l'amygdale, le septum (le "rhinencéphale") et d'autre part le cortex préfrontal (et temporal) se raréfient progressivement (raréfaction constatée, et par ailleurs accélérée par l'affection). Une disparition accrue de neurones dans différents territoires corticaux a été observée par imagerie et pourrait rendre compte d'une accentuation graduelle des signes négatifs de certaines schizophrénies, tandis que les signes "positifs", par contre, montreraient, par contraste, une relative atténuation corrélée avec un affaiblissement de l'affect (mais ceci n'est qu'une hypothèse qui m'est personnelle). Avec l'âge, les malades schizophrènes deviendraient "plus calmes", c.-à.-d. que leurs crises seraient moins spectaculaires, moins agitées et mobilisant (dérangeant) moins les "soignants" devant prendre les malades en charge. Cependant, appeler cela une amélioration spontanée de l'affection me paraît plutôt trahir la volonté de prendre ses désirs pour la réalité; ou, peut-être encore, l'expression du soulagement éprouvé par certains thérapeutes heureux d'être désormais moins sollicités par des patients vieillissants.*

**4** ***La médication individuellement adaptée à chaque cas**, c'est celle qui, chez un malade donné, donne les meilleurs (ou, si on préfère, les moins mauvais ) résultats. Elle comprend toujours **un** neuroleptique. Les neuroleptiques (que certains psychiatres préfèrent appeler antipsychotiques) sont des molécules dont la structure chimique ressemble à celle de nos médiateurs synaptiques naturels, ces substances fabriquées par nos cellules nerveuses et émises par leurs extrémités (les signaux au niveau des synapses ou points de contact d'un neurone au suivant) pour communiquer entre elles. Cette ressemblance est suffisamment proche pour que les neuroleptiques administrés soient confondus par l'organisme avec les médiateurs synaptiques correspondants qu'ils imitent et dont ils prennent la place. Etant toutefois inactifs, ils s'opposent ainsi à l'action des médiateurs physiologiques dont ils usurpent les emplacements qui leur sont normalement réservés. On a souvent comparé ces molécules neuroleptiques à des sortes de clefs passe-partout défectueuses qui, une fois introduites dans la serrure qu'elles sont censées ouvrir, au contraire s'y coincent et la bloquent, empêchant la clef légitime (le médiateur physiologique) de s'y placer.*

*Les profanes que sont le grand public et la famille, ont en général beaucoup de mal à comprendre pourquoi il semble si difficile et si long de trouver "le bon" médicament, et pourquoi tant de temps est parfois nécessaire pour en déterminer la dose adéquate. Dans leur désarroi, ils en arrivent parfois à*



*croire que le nombre des tentatives médicamenteuses plus ou moins heureuses serait inversement proportionnel à la compétence des psychiatres et soignants (ce n'est heureusement pas la règle générale!)*

*Rappelons à nouveau une vérité élémentaire bien connue des neurophysiologistes et des neuropharmacologues, mais trop souvent oubliée de nos cliniciens: **les médicaments agissent sur des neurones, c.-à-d. des cellules nerveuses bien précises (ou, plus exactement, sur certaines connexions nerveuses entre neurones), ils n'agissent pas directement sur les symptômes eux-mêmes.***

*On ne connaît pas encore assez bien quels sont, dans le cerveau des malades, les ensembles (les réseaux, les circuits) de cellules nerveuses qui participent à la genèse des signes et symptômes. Pour compliquer encore les choses, l'étendue des anomalies neuronales donnant naissance aux manifestations des schizophrénies varie certainement fort d'un malade à l'autre. D'autre part, si on sait très exactement avec quels médiateurs chimiques synaptiques (les signaux chimiques émis par les cellules nerveuses) les médicaments psychotropes (neuroleptiques) interfèrent directement, on n'a des connaissances que très fragmentaires encore sur les détours extrêmement nombreux et complexes par lesquels les conséquences de ces interférences provoquées se propagent ensuite et se répercutent dans l'immense labyrinthe des connexions neuronales de notre cerveau.*

*Ce qui précède explique qu'il faut, le plus souvent, tâtonner avant de choisir, dans la panoplie chaque jour plus large de médicaments neuroleptiques disponibles, celui qui s'avérera, à l'essai, le plus favorable.*

*Mais cela explique aussi que, malheureusement, **pour choisir un neuroleptique de préférence à un autre pour un patient donné, on ne puisse nullement se baser sur une prévision de ses effets** et, contrairement à ce que suggèrent encore de faire certains psychiatres suisses (Calanca, A. et al., : **"Vade-Mecum de thérapeutique psychiatrique"**, Editions Médecine et Hygiène S. A., Genève, Suisse, 2002. ISBN 2-88049-154-1) **on ne peut pas se baser pour cela sur une classification de ces neuroleptiques établie d'après leurs propriétés cliniques supposées.** Ces classifications (et représentations graphiques parfois appelées par certains "étoiles de Liège") sont sans valeur réelle: elles ont été construites sur base de critères bien trop subjectifs mal mesurables, et surtout sans tenir compte de l'hétérogénéité des schizophrénies, tout en oubliant ce que je disais plus haut: **les médicaments neuroleptiques n'agissent pas sur les symptômes des schizophrénies (qui, insistons-y, ne sont pas des "objets" ni des "choses" qu'on puisse modifier directement, en tant que tels), ils agissent sur des neurones, ces "maillons" ou "chaînon" dispersés au sein de réseaux de neurones (des chaînes de mécanismes).** Les rôles exacts de ces chaînon et leurs parts respectives dans la genèse des multiples symptômes ne sont pas encore précisés (cette critique est connue depuis longtemps: **Ellenbroek, B.A., Pharmac. Ther., 57, 1-78, 1993).***

*Mais il ne suffit pas non plus de trouver, par essais et erreurs, “le bon” médicament. Il faut encore n’en donner que “juste assez” pour qu’il atténue les signes et symptômes, sans toutefois entraîner l’apparition d’autres symptômes plus gênants encore que ceux qu’il est censé atténuer. C’est là que, souvent, les cliniciens commettent un deuxième oubli: celui de la latence avec laquelle l’activité dans les circuits neuronaux se remanie à la suite des traitements psychotropes. Cette latence s’explique. En effet, même si les neuroleptiques administrés vont très rapidement occuper et “bloquer” les sites récepteurs des médiateurs synaptiques des neurones (les “passe-partout”), il faudra néanmoins un temps nettement plus long à ces neurones - et à tous ceux qu’ils influencent à leur tour - pour adopter une nouvelle “vitesse de croisière” propre, c.-à-d. un nouveau rythme d’activité spontanée (et pour adapter la machinerie métabolique de leur noyau cellulaire à cette activité).*

*L’inertie apparente de la réponse aux neuroleptiques a souvent été cause d’une réaction instinctive inadéquate des cliniciens, qu’ils partagent souvent avec la plupart d’entre nous. Cette réaction est profondément enracinée dans nos habitudes: quand nous frappons à la porte de quelqu’un qui tarde à nous ouvrir, nous avons tendance à tambouriner de plus en plus fort sur cette porte, imaginant qu’on ne nous entend pas, alors qu’en fait celui que nous appelons ne peut pas, plus vite qu’il ne le fait déjà, dévaler les escaliers à notre rencontre sans risquer de se rompre les os et, à cause de notre propre impatience irréfléchie, de ne jamais atteindre la porte...*

*De la même façon, puisque la réponse à la médication semble tarder à venir, on tend à augmenter inconsidérément les doses, éventuellement à un rythme accéléré. Ceci conduit alors, obligatoirement, à des doses excessives (“overshoot”), entraînant des effets secondaires gênants (malades assommés ou hébétés, signes extrapyramidaux), et empêche de juger correctement des effets obtenus, qu’ils soient potentiellement favorables, défavorables ou encore, nuls.*

*C’est la même réaction instinctive et irréfléchie qui est responsable, dans un grand nombre de cas aujourd’hui encore, des méthodes thérapeutiques erronées auxquelles on recourt dans certains services d’accueil ou de garde de nombreux hôpitaux: confrontés à un nouvel arrivant qu’ils ne connaissent pas, qui présente un impressionnant tableau clinique d’urgence comportant de l’agitation, de l’incohérence, voire de la violence nécessitant la contention par des infirmiers “balèzes”, de nombreux “psys” de garde ( qui, notons-le en passant, sont plutôt choisis parmi les novices apprenant leur métier) ont fâcheusement tendance à lui administrer des doses massives, excessives de l’un ou l’autre neuroleptique, sans doute parce qu’ils imaginent que plus la dose est élevée, plus rapidement et mieux elle agira. C’est une erreur. En pratiquant ainsi, on ne parvient qu’à assommer le malade, ce qui effectivement peut donner l’impression qu’on l’a “calmé”,*

*mais il faudra ensuite attendre, pour qu'il "retrouve ses esprits" et qu'il réponde de manière cohérente aux questions du médecin, bien plus longtemps que si on lui avait administré un sédatif classique. De plus, à la suite de doses d'emblée élevées de neuroleptique, on ne pourra pas, avant longtemps, évaluer correctement si la molécule choisie est bien la mieux adaptée au cas particulier du malade.*

*La méconnaissance, chez nombre de nos praticiens de la psychiatrie, de la pharmacologie des neuroleptiques, de leur mode d'action et de la meilleure manière de les prescrire, les porte à confondre le mode d'action de ces substances avec celui qu'ils avaient appris, au cours de leurs études, à propos d'autres médicaments employés cette fois en médecine dite "somatique". Leur erreur résulte de ce qu'ils ignorent délibérément (ou décident d'oublier?) les différences fondamentales de structure, de fonctionnement et des manifestations de ce fonctionnement qui distinguent le cerveau de nos autres organes. Ces différences, je crains fort que, dans la plupart de nos Ecoles de Médecine, nos Facultés et nos Universités, on n'y accorde pas assez d'importance, on n'y insiste pas assez, on n'y consacre pas un temps suffisant avec les futurs psychiatres.*

*Si bien que, dans l'esprit d'un certain nombre de nos praticiens, le cerveau malade pourrait n'être jamais qu'un organe parmi et comme les autres, mais carencé en ceci ou en cela, ou au contraire présentant un excès de telle ou telle autre substance, et qu'il suffirait, par des apports médicamenteux, de corriger globalement ces excès ou ces carences pour que tout rentre dans l'ordre (à la manière de: "si une mécanique émet des grincements anormaux venus d'on ne sait où à l'intérieur d'elle, on pourrait croire qu'une aspersion de lubrifiant sur l'ensemble de ses rouages devrait faire l'affaire?"). Pareille représentation est bien évidemment, non pas simplement caricaturale, mais débilement simpliste et dangereusement fautive. C'est pourtant une représentation encore très répandue parmi nos professionnels.*

*La méconnaissance très répandue de la pharmacologie des neuroleptiques d'une part, et d'autre part "l'impasse" que beaucoup de "professionnels" de la "santé mentale" font sur la complexité structurale de notre cerveau leur font encore toujours croire - et dire! - que les neuroleptiques "augmentent" les signes négatifs de la schizophrénie, alors qu'en fait, des doses excessives administrées en progression croissante trop rapide - par impatience et/ou ignorance - entraînent des effets secondaires supplémentaires **distincts** des signes négatifs auxquels ils s'ajoutent sans les supprimer ni même les atténuer, mais avec lesquels ils ne doivent surtout pas être confondus. Les profanes font évidemment confiance à ces professionnels et répètent religieusement leurs explications erronées.*

*L'inertie apparente (la latence) des effets du traitement neuroleptique sur les manifestations des schizophrénies, de même que l'impossibilité où l'on est*

*encore aujourd'hui de prédire, lors d'un premier traitement, si, pour un malade en particulier, on a choisi "la bonne" molécule, imposent des précautions particulièrement strictes lors de l'instauration du traitement. La médication ne devrait jamais être mise au point qu'en milieu hospitalier, (surtout pas en "ambulatoire" comme certains s'y risquent encore), en commençant par des doses faibles d'un neuroleptique dont le psychiatre traitant a déjà une expérience clinique assez longue. Les doses ne seront augmentées que lentement et graduellement, jusqu'au moment où un effet sera observé, qu'il soit favorable ou même défavorable. En cas d'effets défavorables, au lieu d'arrêter brutalement la médication pour en essayer immédiatement une autre, on diminuera progressivement la posologie jusqu'à arrêter totalement le médicament pendant quelque temps (deux semaines en moyenne, souvent même bien plus). Après ce sevrage (le "wash-out" ou "rinçage complet" du médicament, auquel beaucoup répugnent, parce qu'ils redoutent une recrudescence des signes aigus), on recommencera avec un autre neuroleptique, en observant les mêmes précautions que lors du premier essai. Cette façon de procéder permet de choisir le neuroleptique le plus adéquat en limitant, autant que possible, le nombre des essais infructueux. Elle a aussi fortement réduit la fréquence des effets secondaires gênants qu'on déplorait dans les débuts de l'avènement des neuroleptiques. Le revers de la médaille de cette politique, malheureusement inévitable, est la durée relativement longue de l'hospitalisation pour diagnostic et mise au point du traitement. Mais n'est-ce pas préférable à des hospitalisations trop brèves, toujours répétées, chaotiques, consécutives à des traitements à chaque fois inadaptés et les réitérant, ne faisant ainsi que différer encore le retour à un certain mieux-être?*

*Souvent, l'impatience des proches inquiets de l'état de santé de leur malade les incite à faire écourter la durée de l'hospitalisation. On ne leur explique pas toujours les raisons de la longue durée de celle-ci. Ils exigent alors la sortie de l'hôpital qui, rétrospectivement, s'avère souvent prématurée. Il faut les comprendre: cette hâte, pour intempestive qu'elle peut parfois paraître, a de bonnes excuses. C'est à l'hôpital, en service psychiatrique, que les proches ont, pour la première fois, la possibilité de côtoyer simultanément un grand nombre d'autres malades atteints de troubles psychiatriques et, par le spectacle du rassemblement de misères individuelles que ceux-ci offrent aux visiteurs, ils prennent alors pleinement conscience du sort qui, peut-être, guette aussi leur propre enfant. Ils éprouvent dès lors le besoin irrépressible et très naturel de le sortir de cette vision d'enfer au plus vite.*

*De même, les impératifs économiques et de "rentabilité" voulus par une politique budgétaire de santé visant à limiter le plus possible les dépenses immédiates (mais ce qui accroît encore bien plus celles à long terme) se traduisent souvent par des directives forçant à écourter exagérément les*

*séjours à l'hôpital, et à laisser sortir trop tôt des patients dont on ne sait pourtant pas si leur traitement continuera de leur convenir une fois qu'ils seront rentrés chez eux.*

**5** Les médicaments “**neuroleptiques**” ont fait leur apparition dans les années 1950. A cette époque, ils constituaient une révolution en psychiatrie, parce que, pour la première fois dans l'Histoire de notre médecine, ils représentaient des médicaments montrant une réelle efficacité pour le traitement des affections mentales psychotiques chroniques. On semble avoir aujourd'hui oublié qu'avant l'avènement de ces neuroleptiques, on ne disposait d'aucun moyen thérapeutique ayant fait preuve d'efficacité! De nos jours, par contre, et quoi que certaines firmes pharmaceutiques parfois tentent de faire croire au public, la multiplication et la diversification actuelle de ces molécules n'est plus une révolution, mais une nécessaire, longue et lente recherche pharmacologique et clinique par tâtonnements, explorant et exploitant des pistes dont on se doute qu'elles ne peuvent, vraisemblablement, mener qu'à des solutions très partiellement palliatives.

**6** Les “**neuroleptiques typiques**” sont ceux de la “première génération” et sont apparus vers 1952. Tous interfèrent principalement avec certains récepteurs synaptiques pour le neurotransmetteur dopamine (les récepteurs dits D1 et D2). Administrés en doses trop élevées (comme on le fait parfois encore), ils entraînent des signes neurologiques dits “secondaires”, ou signes extrapyramidaux (les “SEP” déjà signalés), consistant en tremblements, raideur, ralentissement moteur, attitude et expression figées, etc., (ce que les proches décrivent parfois encore aujourd'hui en disant que leur malade est transformé en “zombie”). Les psychiatres pionniers qui, les premiers ont utilisé ces médicaments ont cru, à tort, que les effets thérapeutiques favorables n'étaient obtenus qu'à partir du moment où ces manifestations secondaires caractéristiques ou “typiques” devenaient apparentes; d'où l'appellation de “**neuroleptiques typiques**”. Depuis l'apparition des neuroleptiques plus récents, agissant sur un spectre plus large de récepteurs, et qui sont souvent efficaces déjà à plus faibles doses et, par conséquent, provoquent en apparence moins de “SEP” - d'où l'appellation de “**neuroleptiques atypiques**” -, on s'est rendu compte qu'il n'était nullement nécessaire de provoquer les “SEP”, même par les neuroleptiques de première génération, pour obtenir des effets thérapeutiques (d'où, aussi, la diminution actuelle des doses préconisées).

**7** Les **effets secondaires** des neuroleptiques résultent de leur absence de spécificité sur les “symptômes”, malgré tout ce qui en est dit habituellement, par facilité, aussi bien dans les notices d'emploi fournies par les firmes pharmaceutiques, que par les thérapeutes cliniciens qui prescrivent ces médicaments.

*Rappelons que les neuroleptiques ont pour cibles des récepteurs synaptiques pour certains médiateurs, principalement la dopamine, mais aussi la sérotonine, le glutamate, l'aspartate, l'acide gamma aminobutyrique, etc., etc. Les médicaments administrés interfèrent avec leurs cibles partout où ces dernières sont présentes dans le cerveau, même si toutes n'interviennent pas obligatoirement dans la genèse des troubles mentaux.*

*Pour reprendre l'analogie un peu simpliste déjà utilisée plus haut, en aspergeant de l'huile sur l'ensemble de la machine, on peut en effet espérer supprimer les grincements qui en sortent, mais on risque aussi de faire patiner des rouages qui, à l'origine, fonctionnaient bien. C'est là une conséquence actuellement inévitable de nos ignorances encore trop nombreuses sur les mécanismes donnant naissance aux troubles mentaux.*

*La plupart des effets secondaires gênants des neuroleptiques ont été énumérés plus haut. Ce sont les "SEP", ou signes extrapyramidaux, que, de nos jours, on s'efforce d'éviter ou de limiter à un minimum, grâce aux neuroleptiques atypiques. Parfois, cependant, ils apparaissent malgré tout. On leur adjoint alors l'un ou l'autre médicament **anticholinergique** (anti acétylcholine) pour limiter les tremblements. D'après moi, la prescription de ces anticholinergiques ne fait que trahir la posologie déjà trop élevée en inhibiteurs de dopamine (les cocktails de neuroleptiques divers).*

*Certains des effets néanmoins peuvent être plus sérieux, voire dangereux, et imposent alors de changer la médication. On a déjà signalé la possibilité d'**agranulocytose** (par aplasie de la moëlle osseuse) provoquée à la suite d'administration mal contrôlée, dans les débuts de son introduction, de la clozapine (Clozaril, Léponex).*

*Un autre effet secondaire est ce qu'on appelle la **dyskinésie tardive**, qui se traduit par des mouvements involontaires et des tics faciaux disgracieux. Cet effet secondaire résulterait de doses élevées de neuroleptiques "typiques" entraînant une hypersensibilité à la médication. Le traitement en est assez malaisé.*

*Enfin, et heureusement rare (de l'ordre de 1% des traitements par neuroleptique), il faut encore signaler le "**syndrome neuroleptique malin**", phénomène grave imposant l'arrêt de la médication et l'hospitalisation d'urgence en service de réanimation et de soins intensifs. Il se caractérise par la rigidité, une forte fièvre souvent accompagnée de délire. Il est précédé de sudations et de tachycardie (le coeur qui bat trop vite), signes qui donnent l'alarme. En principe, les médecins sont aujourd'hui familiarisés avec cette pathologie et en connaissent le traitement, si bien que les cas évoluant vers une issue fatale ont nettement diminué.*

**8** La “*camisole chimique*” est une expression employée par des personnes profanes peu au fait des psychoses et encore moins des mécanismes cérébraux, qui reprennent à leur compte, sans y avoir réellement réfléchi, les belles formules et métaphores que certains “psys” affectionnent et dont ils parsèment libéralement leurs discours. Cette expression se réfère, par analogie mal comprise, aux moyens de contention physique, ce qu’on appelait la “camisole de force”, ce vêtement sans manches qu’on imposait autrefois aux malades mentaux pour les immobiliser lorsqu’ils étaient agités et violents au point d’en devenir dangereux pour l’entourage et pour eux-mêmes. Avant 1952, faute de médicaments disponibles, la contention physique s’avérait parfois nécessaire en attendant que le malade se “calme enfin d’épuisement”.

Ceux qui, aujourd’hui, comparent la médication neuroleptique à cette camisole de force et s’ils pensent au sens des mots qu’ils emploient (mais on peut sérieusement en douter!), se représentent sans doute, à l’intérieur de l’enveloppe corporelle physique du malade, “l’esprit entravé” par le neuroleptique sous la forme d’une sorte “d’homunculus” intérieur (selon la représentation de Descartes) grimaçant, grinçant des dents et agrippé à des barreaux symbolisant le médicament et le maintenant dans sa prison... N’a-t-on pas là, chez certains membres de nos élites éclairées, l’illustration de la survivance à notre époque d’une forme de chamanisme digne de l’âge de la pierre?

**9** *DHEA, oestrogènes, glycoColle (glycine, sérine et sarcosine), acides gras essentiels omega 3*: sont tous des adjuvants aux traitements par neuroleptiques, prometteurs mais qui n’ont malheureusement pas encore été “testés” sur des nombres suffisants de patients pour qu’on puisse en garantir avec certitude l’efficacité pour toutes les “formes” de schizophrénie. On peut néanmoins regretter que ces adjuvants, dont la plupart sont très “anodins”, attirent si peu l’attention et l’intérêt de nos thérapeutes européens francophones. On oublie en effet que ce n’est qu’en multipliant le nombre de patients traités qu’on pourra finalement le mieux juger de quels sont les meilleurs traitements.

## V - 2. Traitement hospitalier, “post-cure”, réinsertion

En phase aiguë de la maladie (lors d’une “crise”, que ce soit la première ou qu’il s’agisse d’une “récidive”), on est le plus souvent forcé, même si cela ne plaît habituellement à personne, de recourir à l’hospitalisation: en effet, généralement l’exacerbation des manifestations de l’affection ne s’atténue pas instantanément (ni même en une heure ou deux) grâce au traitement que l’on tenterait de mettre en place, ou grâce à une modification de ce traitement. En attendant que la médication (ou, peut-être, la nouvelle médication, ou la nouvelle dose) fasse son effet et qu’on puisse en juger, le séjour à l’hôpital ou en clinique s’impose.

Bien que ceci soit très souvent perçu, surtout par le malade lui-même bien plus encore que par les proches, comme une contrainte difficilement acceptable, on doit comprendre que l’indispensable surveillance professionnelle constante (médicale, psychiatrique et de soins infirmiers) du malade et de ses réactions aux modifications du traitement n’est pas praticable à domicile. Pendant les périodes “de crise”, les proches habituellement ont attendu le plus longtemps possible, jusqu’à ne plus pouvoir “faire face” aux manifestations de l’affection de leur malade et alors devoir enfin se résigner à son hospitalisation. Ils sont alors épuisés physiquement et nerveusement, et vont peut-être pouvoir enfin bénéficier d’une période de répit.

Si, même pendant les “crises”, le malade ne constitue que rarement un danger pour les autres (ce que, dans certains hôpitaux, certains psychiatres semblent parfois considérer comme un argument suffisant pour ne **pas** hospitaliser), l’hospitalisation constitue cependant une assurance contre les risques encourus par le malade lui-même, tels que, par exemple, la tentative de suicide ou les auto-mutilations (qui ne sont pas rares et qui, le plus souvent et quoi que certains en disent, ne sont pas vraiment prévisibles).

Les “rechutes” ou épisodes aigus sont les raisons les plus fréquentes de faire appel (en Belgique) aux services médicaux d’urgence les plus proches du domicile de la famille du malade ou encore, si celui-ci habite seul, à proximité de chez lui; ou encore, à défaut de place disponible dans l’hôpital le plus proche, on l’enverra là où on finira par trouver de la place. Il est donc fréquent que le malade soit amené à l’accueil ou à la garde d’un hôpital où personne ne connaît ses “antécédents psychiatriques” et ne dispose d’aucun renseignement sur le traitement qu’il suit ou qu’il devrait suivre (mais a abandonné). Si le malade est accompagné d’un des membres de sa famille qui est au courant de l’anamnèse et du traitement, ceci peut ne pas porter à conséquence, pour **autant que l’équipe médicale psychiatrique locale veuille bien écouter ce que la famille lui dit, ce qui,**



**malheureusement, est loin d'être systématiquement le cas.**

(ceci peut dépendre, entre autres impondérables, de l'âge et de l'expérience du "psy" de garde, voire de son humeur du moment et de l'heure du jour ou de la nuit...)

Jusqu'à présent, dans notre pays pourtant peu étendu géographiquement, la coordination des soins et de leur suivi entre institutions psychiatriques différentes qu'un malade aurait déjà successivement fréquentées ne semble pas avoir fait l'objet d'efforts très convaincants. Il peut donc arriver que les ré-hospitalisations de malades s'accompagnent d'interruptions ou de modifications intempestives de leurs traitements parfois longues et difficiles à faire corriger par la suite. A l'ère des "autoroutes de l'information", des "bases de données" électroniques et de la multiplication de fichiers électroniques de toutes sortes, alors qu'aussi nos "responsables" se targuent de vouloir mettre en place des "réseaux de soins", (dont ils ne semblent toutefois pas comprendre les impératifs ni, par conséquent, connaître les moyens nécessaires à leur mise en oeuvre), pareils accrocs à une bonne pratique thérapeutique sont inacceptables et doivent être vigoureusement dénoncés.

Une fois la "crise psychotique schizophrénique" apaisée en apparence et le traitement médicamenteux étant considéré comme **"au point"** <sup>1</sup> (les psychiatres parlent alors de **"stabilisation"** <sup>2</sup>), les psychiatres de l'hôpital doivent, paraît-il, proposer au malade tout un éventail de "thérapies occupationnelles" (souvent regroupées sous l'appellation d'ergothérapie) censées le préparer à se réintégrer dans la vie à l'extérieur de l'hôpital. **L'assistance à l'extérieur**, la question du **logement** et, éventuellement celle d'un **travail**, doivent avoir été évaluées quant à leur disponibilité, leurs modalités et quant à la capacité du malade à s'y conformer et à s'y adapter (estimer ses capacités d'autonomie). Ces questions "pratiques" très importantes doivent avoir été réglées **avant** la sortie de l'hôpital (sinon, bien évidemment, on ne fait que "relâcher" dans la nature quelqu'un dont, d'avance, on devrait savoir qu'il court de grands risques de ne pouvoir s'y débrouiller et que, fragile et laissé à lui-même, il va rechuter très vite et s'exclure encore plus de la société). Ces aspects pratiques supposent évidemment une collaboration étroite entre les psychiatres traitants, le service social de l'hôpital (infirmières sociales spécialisées), les éventuels "soignants", fournisseurs et responsables d'hébergement qui prendront, à la suite de l'hôpital, le relais de la "prise en charge" à l'extérieur de l'hôpital ("extra muros" [sic]). Malgré les affirmations idéologiquement optimistes qu'on entend d'habitude à ce sujet (**"the empowerment"** <sup>3</sup> ou **"appropriation de ses droits"** par le malade considéré comme **"capable de se prendre en charge"**), on ne doit pas trop compter sur une collaboration active, spontanée et cohérente du malade lui-même.

L'ensemble de ces aspects constitue ce qu'on appelle le "**suivi des soins** <sup>4</sup>", plus ou moins étroit selon le cas de chaque malade, et ce suivi, malgré son caractère **absolument indispensable**, semble ce qui, dans beaucoup de pays dont le notre, est le plus difficile à mettre en place de manière effective et durable.

Certains parlent, aujourd'hui encore, de "**post-cure**". C'est un terme qu'on employait surtout il y a quelques années, exprimant un vœu pieux qui résultait des représentations fausses que les professionnels de la "santé mentale" se faisaient des malades mentaux psychotiques et des traitements qu'ils devaient suivre (ou peut-être, c'étaient les idées rassurantes que, par une sorte de charité ou d'optimisme forcé, ils s'efforçaient de répandre et dont ils finissaient peut-être par se persuader eux-mêmes.)

En réalité, beaucoup pensaient (ou voulaient se persuader, ou laissaient croire?) que seuls les épisodes "aigus", c.-à-d. à signes "positifs", devaient être soignés "intensivement" (si on trouve encore cette affirmation et cet adjectif ou son adverbe stupidement employés sous la plume de nos administratifs et dans la bouche de nos politiques, n'oublions cependant pas que ces "décideurs" sont conseillés par nos psychiatres!), tandis qu'une fois que ces signes positifs étaient prétendument "jugulés", le traitement "intensif" pouvait faire place à un traitement d'entretien [sans doute] moins "intensif" (on peut se demander ce qu'on se représentait par là) et on pouvait préparer le malade, désormais présenté comme convalescent, à reprendre une vie et des activités aussi "normales" que celles de tout un chacun.

Cette préparation des soi-disant "convalescents" était présentée comme une **transition** <sup>5</sup> obligée entre, d'une part la maladie - "intensivement" soignée et "maîtrisée" (?) par traitement "intensif" à l'hôpital - et d'autre part la guérison (supposée?) et, à demi-mot, on faisait miroiter le retour à la vie "normale" qui devait suivre cette "post-cure".

Ce qui précède montre bien que nos experts en "santé mentale", qu'ils soient psychiatres ou "responsables" de santé publique, ignoraient, délibérément ou non, la persistance des signes négatifs des schizophrénies (et cette attitude persiste toujours, elle aussi). Or, ce sont précisément ces signes-là qui, avec l'anosognosie, constituent l'obstacle le plus important à la plupart des tentatives de "réinsertion", de "re-socialisation", de "réhabilitation" (sic), de "rééducation", qu'on prétendait mettre en œuvre pendant cette "post-cure": dans des centres et hôpitaux de jour et autres lieux d'accueil et de "formation".

Les "lieux d'accueil" intermédiaires entre l'hôpital et la "vie normale" ont souvent été **imaginés** pour des patients théoriques et par des théoriciens plutôt dogmatiques éloignés des réalités, bien plus que **pensés** pour les malades tels qu'ils sont au sortir de l'hôpital, et ils sont de toutes façons

restés bien trop rares chez nous. De plus, aucune des institutions qui existent ne dispose ni des moyens matériels, ni du personnel en nombre suffisant, hautement spécialisé et bien formé qui serait nécessaire pour, d'une part évaluer les déficits cognitifs et autres de chaque malade individuellement et, d'autre part, pour mettre en oeuvre des méthodes psychopédagogiques permettant de peut-être les pallier de la seule façon qui ait un sens et, peut-être, une utilité: **au cas par cas**.

“Post-cure” et réinsertion, si on veut y croire, si on veut se donner une chance d'en réussir au moins quelques unes, doivent évidemment être entreprises et menées de telle sorte qu'elles soient, au moins en fait et pas seulement en principe ou en apparence, effectives et ne se bornent pas à des effets d'annonce (c.-à-d. qu'elles ne soient pas que virtuelles ou seulement de vagues intentions). Les conditions pratiques de leur réussite éventuelle sont, principalement, un encadrement véritable des malades, plus ou moins permanent, plus ou moins “étroit” tenant compte de la gravité variable des déficits résiduels de chacun, par des “soignants” au rôle à la fois de tuteur, d'infirmier, d'accompagnateur, d'éducateur et enseignant spécialisé.

Cet encadrement d'accompagnement devrait avoir pour but d'aider les malades à s'adapter progressivement, “en douceur”, aux contraintes de la vie dans la société, en leur **évitant de commettre les multiples erreurs** - petites ou grandes - **que notre société ne pardonne pas** longtemps aux personnes, qu'elles soient “malades” ou non, mais que les malades, eux, ne peuvent s'empêcher de commettre très involontairement ou “inconsciemment”. Ceci correspond à un apprentissage analogue à des “travaux dirigés” qui, compte tenu des handicaps dûs à la maladie, **peut durer fort longtemps, voire ne jamais aboutir**. C'est-à-dire que, même si les tâches à accomplir semblent être obtenues quand l'accompagnateur est présent (apprentissage apparemment réussi), en l'absence de “moniteur” permanent, le côté éphémère de cet apprentissage se révèle assez rapidement.

On doit aussi rappeler ici ce que nos “professionnels de la santé mentale” préfèrent habituellement oublier et ignorer: quoiqu'ils proclament très généralement s'y employer, **PERSONNE** (et eux non plus!) **ne sait encore comment combattre et surmonter, d'abord l'anosognosie** (l'absence de conscience d'être “malade”) **des malades schizophrènes, ensuite leur apparent déficit de motivation durable pour un objectif lointain, c.-à-d. qui ne serait pas immédiatement accessible** (souvent, si les différentes étapes d'un processus à apprendre et à suivre pour atteindre un objectif désiré sont trop nombreuses et de prime abord éloignées du but final, soit ils tentent de sauter les étapes et ne peuvent alors qu'échouer, soit ils oublient l'objectif “en cours de route”).

Les conditions requises pour qu'une "post-cure" et une réinsertion réussies soient possibles ne font pas, chez nous, de la part de nos autorités et responsables politiques, l'objet de tentatives sérieuses pour les remplir, vraisemblablement parce que personne n'est prêt à consentir les importants efforts budgétaires que, de toute évidence, ces conditions impliquent. Par conséquent, la sortie de l'hôpital est très souvent suivie, à plus ou moins brève échéance, d'une nouvelle hospitalisation obligée qui ne fait que compromettre un peu plus les possibilités de future "réinsertion" <sup>6</sup>.

---

**1** La "*mise au point*" du traitement ne peut se faire qu'à l'hôpital. En effet, lors d'une première "crise", il faudra d'abord tâtonner avant de savoir quelle molécule médicamenteuse administrer. Une fois celle-ci déterminée, il faudra établir quelle est la dose minimum montrant la meilleure efficacité. Ceci risque de prendre du temps.

S'il s'agit d'une "rechute", habituellement on revoit la posologie médicamenteuse à la hausse. Parfois, ceci n'est pas suivi d'une amélioration sensible de l'état du malade, et il faut alors envisager de passer à un autre neuroleptique. Ceci suppose le sevrage du premier neuroleptique avant de passer au second, ce qui allonge sérieusement la durée du séjour à l'hôpital.

Peut-être pour écourter ce séjour - et pour se conformer à des directives des autorités officielles tenant compte d'impératifs budgétaires - souvent et dans de nombreux hôpitaux, le sevrage du premier neuroleptique n'est entrepris que bien après avoir déjà commencé l'administration du deuxième. Il y a donc une période plus ou moins longue (d'au moins deux à trois semaines) pendant laquelle le malade reçoit un mélange d'au moins deux neuroleptiques différents (et parfois plus!)

La justification plus ou moins avouée de cette *faute* est la crainte éprouvée par les soignants à la perspective de laisser le malade pendant un temps sans aucun traitement neuroleptique et donc de devoir alors le surveiller plus étroitement, à cause des risques supposés d'exacerbation possible de l'agitation motrice et des signes "positifs".

Cette manière de procéder est néanmoins une erreur, car elle ne permet pas d'apprécier correctement les effets du second neuroleptique alors que le premier n'est pas encore éliminé, ni d'évaluer à son juste niveau sa meilleure posologie quand il sera administré seul (les mélanges ou cocktails de neuroleptiques différents présentant bien plus d'inconvénients et de risques de surdosage que l'administration d'un seul, sans pour autant présenter d'avantages avérés, il faut les proscrire: la mono-thérapie est la règle).

*Tant que le meilleur traitement n'est pas défini, les signes et symptômes risquent de ne pas s'atténuer, si bien qu'une surveillance étroite s'avère toujours nécessaire, tant pour éviter les surdosages que pour prévenir les accidents liés à une mauvaise maîtrise des signes et symptômes. La mise au point du traitement ne peut se faire en “ambulatoire” et encore moins “à domicile”. Ceci n'est pas toujours compris.*

*Dans la pratique courante, le traitement médicamenteux le mieux adapté à la personne malade semble trouvé quand la plupart des signes positifs paraissent soit avoir disparu, soit s'être fortement atténués, ou quand ils semblent ne plus trop fluctuer en intensité au cours du temps (mais à partir de combien de temps écoulé décide-t-on avoir attendu assez longtemps pour en être assuré?). On ne tient guère compte des signes “négatifs”.*

**2** *Les psychiatres parlent alors de “stabilisation” de l'affection et du malade.*

*Il est très important que les familles et les proches des malades soient bien avertis que cette “stabilisation” n'est pas synonyme de “guérison” ni même de “rémission” de l'affection. Stabilisation ne signifie pas non plus retour à l'état antérieur ayant précédé les premières manifestations des troubles mentaux. Comme déjà dit plus haut, stabilisation veut en réalité dire atténuation et maîtrise des “signes positifs” de l'affection et, si possible, prévention de leur réapparition (ce qui, de la part des professionnels prétendant être capables d'en donner l'assurance, suppose qu'ils sont doués de prescience... Le sont-ils vraiment ou, plus simplement, s'en persuadent-ils d'abord pour mieux nous en convaincre à notre tour? En réalité, il s'agit de constatations statistiques a posteriori, établies sur l'ensemble des malades et valables “en moyenne” et “en général”. Face à un individu en particulier, rien n'est jamais vraiment prévisible, il faut avoir l'humilité de le reconnaître.)*

*Il faut de plus prendre conscience de ce que la “stabilisation”, c'est le rétablissement, grâce à la médication, d'un **fragile équilibre** entre les sentiments et les émotions du malade, d'une part, et ses processus de pensée et ses capacités de raisonnement d'autre part (on pourrait dire aussi, entre sa cognition et ses émotions).*

*Cet équilibre est d'abord obtenu en milieu hospitalier où, en plus de la médication, on s'efforce de contrôler l'environnement de manière à favoriser la routine et à minimiser les imprévus (certains, dans le jargon idéologique un peu simpliste de la santé mentale, disent que “le malade se recrée des repères”, ce qui n'est qu'une illusion: en fait, on le place dans un monde dont les routines sont prévisibles pour lui, c'est-à-dire qu'on recrée pour lui un monde où on lui épargne les surprises et où, en principe, il ne risque pas d'être confronté à quoi que ce soit d'inquiétant ni qu'il croirait menaçant). Ce contrôle de l'environnement permet aussi aux soignants de juger plus*

*rapidement et avec plus de certitude des effets, favorables ou non, dûs à la médication sans devoir tenir compte d'influences extérieures éventuellement déstabilisantes, toujours difficiles à identifier et à quantifier, donc à prévoir.*

*Mais il est toutefois indispensable de ne jamais perdre de vue les conséquences obligées de cette façon d'obtenir la "stabilisation": l'équilibre ainsi réalisé en milieu hospitalier contrôlé et "protégé", comment croire qu'il sera nécessairement toujours conservé à l'extérieur, alors que le malade y sera soumis, quoiqu'on fasse, à une multitude de nouvelles sollicitations et stimulations inconnues, imprévisibles et incontrôlées dont rien ne permet de prédire s'il pourra ou non y faire face? (Et il n'est aucunement fait allusion ici à des comportements "pathogènes" de tiers ou de membres de la famille, comme certains continuent à le croire et parfois même à l'insinuer).*

**5** *La "post-cure", si on la considère comme une **transition** entre le séjour hospitalier et un retour "à domicile" (pourvu qu'on se soit assuré qu'il y en a un!), voire la "**réinsertion**" dans les "circuits normaux" du travail (selon nos politiques!) n'est donc pas, ni a priori ni dans son principe théorique, une mauvaise idée. Encore devrait-elle ne pas se réduire à une belle formule creuse. Elle devrait théoriquement consister en une période où, progressivement, le malade serait confronté à des situations et des tâches d'abord fort simples devenant ensuite graduellement plus complexes, tout en bénéficiant d'un accompagnement, d'un encadrement quasi permanent de personnes **capables** à la fois **de l'aider pratiquement, de le soutenir moralement** en atténuant l'impact émotionnel de ses inévitables erreurs, **capables d'évaluer ses réelles capacités d'autonomie relative et de veiller à ce qu'il respecte bien le traitement médicamenteux prescrit.***

*Cette sorte de rééducation et de "convalescence dirigée" ou "accompagnée", telle qu'elle est parfois évoquée et peut-être sporadiquement ébauchée chez nous, mais assez rarement, timidement et sommairement (de façon velléitaire), il faut bien le reconnaître, est le plus souvent fort mal perçue, aussi bien par les malades eux-mêmes que par leurs familles et proches.*

*En effet, les tâches "éducatives" ou "formatrices" qu'on prétend proposer aux malades, d'ailleurs bien trop peu diversifiées, ne présentent presque jamais d'intérêt pour des personnes dont la motivation est pathologiquement détériorée. Le plus souvent, leur rapport, même lointain, avec une quelconque activité à utilité sociale est très peu évident, et elles ne présentent pas non plus le moindre attrait ludique qui serait susceptible d'encourager les malades à s'y "accrocher".*

*Les "activités" ainsi proposées (et, de fait, imposées) dans certains "centres" de jour et les circonstances qui les entourent sont donc perçues*

*comme des contraintes, voire des vexations injustifiées et insupportables visant des objectifs que les malades n'arrivent pas à se représenter. On n'attrape pas les mouches avec du vinaigre, et encore moins les malades schizophrènes.*

*De plus, faute de moyens matériels et de personnel qualifié (faute d'une volonté politique?) mais aussi à cause d'une carence totale de tradition de pédagogie spécialement adaptée aux besoins spécifiques de ces malades particuliers, les maigres résultats obtenus (les rares "**réinsertions**") n'encouragent guère les politiques à soutenir activement, quoiqu'ils en disent, les tentatives de préparation à la réinsertion qu'ils trouvent trop onéreuses.*

**4** *Le **suivi des soins** est rendu indispensable par:*

- > l'incertitude où on est du **maintien de la stabilisation** de l'affection une fois que le malade se retrouvera hors de l'hôpital;*
- > l'**anosognosie** d'un grand nombre de malades, qui leur fera négliger de continuer à prendre leur médication;*
- > l'**anosognosie** qui les empêchera de demander d'eux-mêmes l'aide dont ils auraient besoin;*
- > leur autonomie insuffisante entraînant leur clochardisation fréquente et la **dégradation de leur état physique** et de leur **état général de santé**.*

*Malheureusement, même en ce qui concerne les malades schizophrènes, l'indispensable habitude d'aller vers eux sans attendre qu'ils se présentent aux soignants ne s'est pas encore développée. **Ce ne sont jamais les malades de cette sorte qui prendront d'eux-mêmes les initiatives nécessaires à leurs soins.** Le suivi des soins s'en ressent, et ceci n'est qu'un euphémisme par litote.*

**3** *"**The empowerment**", ce qui signifie "**le pouvoir d'exercer ses droits**" ou la "**ré-appropriation de ses droits**" ou encore "**le pouvoir de se prendre soi-même en charge**" par les malades schizophrènes est un slogan lancé par des associations de défense des malades mentaux (nationales et internationales) et des associations de défense "des libertés".*

*On peut se demander, tout à la fois si les responsables de ces organisations et leurs porte-parole "savent de quoi ils parlent", s'ils connaissent effectivement et "pratiquement" les malades qu'ils prétendent aider, (si, parfois ils en comptent parmi leur propre famille ou celles de leurs militants), ce qui devrait alors - peut-être? - leur permettre de s'inspirer de leurs cas. Enfin, on pourrait aussi avoir des doutes sur leurs capacités à penser logiquement et rationnellement eux-mêmes.*

*En effet, le handicap majeur dû à l'affection des malades mentaux psychotiques tels que les schizophrènes, c'est, précisément, de fort souvent*

*ne pas pouvoir soi-même se prendre en charge, c'est de ne pas savoir comment exercer ces droits qui, certes et en principe, sont autant les leurs qu'ils sont les nôtres à tous, mais eux-mêmes, on oublie qu'ils sont "différents" (certains "militants de la Santé Mentale", pourtant, croyant ainsi les aider, parlent bien "d'accepter leur(s) différence(s)"! mais cela, c'est ce qu'ils disent dans des discours distincts de ceux qu'ils tiennent sur "l'empowerment"!).*

*Ces malades **ne savent pas** comment user de leurs droits à bon escient et comment ne pas en abuser, comment ne pas enfreindre ceux des autres . Beaucoup d'entre eux ne sont pas conscients de n'être pas en mesure de "se prendre en charge" (et tous ces constats ne constituent en rien une stigmatisation de la part de ceux qui en font état!)*

*Ceux qui, alors, se contentent de prôner la ré-appropriation de leurs droits par les malades mentaux, **sans toutefois nous dire comment ils imaginent les en rendre d'abord capables** en leur assurant les traitements indispensables et les soins nécessaires, quelle est donc l'aide réelle qu'ils croient apporter à ces malades?*

*En réalité, je soupçonne fortement que recommander d'accepter "la différence" des malades mentaux psychotiques n'est sans doute pas très éloigné de dire qu'il faut s'efforcer d'y rester indifférent - donc, implicitement, de s'en désintéresser. Et dans ce contexte, proclamer que ces malades doivent se ré-approprier leurs **droits**, mais tout en oubliant que cela suppose, de la part de ceux qui le disent et de la société, le **devoir de leur rendre ces droits accessibles et de les rendre capables de les exercer**, alors qu'on néglige aussi de faire ce qu'il faudrait pour cela, ce n'est faire preuve que de lâcheté et d'hypocrisie.*

**6** *De la même façon, la "**ré-insertion**", puisqu'implicitement, on la comprend habituellement chez nous comme la "remise au travail" dans le "circuit normal", est elle-même un mot creux: comme elle devrait s'assortir, au moins dans les débuts (pour des périodes de durées à la fois variables et imprévisibles), de l'accompagnement, de l'encadrement et de la surveillance compétente et presque constante, même sur les lieux de travail, des malades "stabilisés", il n'est pas difficile de comprendre que les structures, l'organisation et les exigences de notre "monde du travail compétitif et rentable" ne sont à présent pas compatibles avec pareil objectif.*

*Tout au plus peut-on espérer que les cas légers puissent être, parfois, intégrés au travail dans de petites entreprises indépendantes, en milieu familial averti, bien motivé et préparé aux problèmes et conséquences entraînées par l'affection mentale. Mais reconnaissons que pareilles possibilités auxquelles on peut tout au plus rêver ne représenteraient jamais qu'une goutte d'eau dans l'océan.*



### V - 3. L'aide à la famille - Associations d'entraide

Quand il est question de l'aide à apporter à la famille d'un (ou d'une) malade schizophrène, on entend encore trop souvent parler de "thérapie familiale", et cela même par des membres du corps médical.

Il ne faut surtout pas confondre cette notion de "**thérapie familiale**" (heureusement [presque] généralement abandonnée aujourd'hui) avec **l'aide** qu'il faut absolument apporter à la famille pour lui permettre de surmonter les énormes problèmes entraînés par la schizophrénie survenant chez l'un des siens.

Depuis la fable de La Fontaine "Le charretier embourbé", tout le monde connaît l'adage "Aide-toi, le ciel t'aidera". Les familles de malades, s'inspirant de ce conseil, doivent se regrouper en associations au sein desquelles elles pourront mieux s'épauler, s'entraider, s'informer et s'instruire sur tout ce qui touche aux affections mentales dont leurs proches sont atteints. Regroupées, elles pourront aussi mieux se faire entendre des professionnels de la "santé mentale", des responsables des services publics, et peut-être faire plus efficacement pression sur les décideurs politiques pour faire aboutir leurs revendications en faveur des malades schizophrènes.

Les possibilités de traitement ambulatoire (c.-à-d. quand les malades se rendent de chez eux à l'institution où l'on reçoit des "soins") se sont, paraît-il, développées, mais cette affirmation n'est, chez nous et le plus souvent, qu'une publicité résolument optimiste à la limite du pieux mensonge. Ce développement tout à fait insuffisant pour les réels besoins des malades mentaux chroniques, obtenu en partie aux dépens des budgets dont devraient disposer les institutions psychiatriques hospitalières, a en fait reporté sur les familles la charge du rôle principal dans le soutien de leurs malades et les a transformées en soignants et "gardiens" permanents, sans toutefois officialiser le fait ni, par conséquent, donner à ces familles les moyens de s'acquitter de **ces tâches venant en sus de toutes les autres**. Pourtant, d'habitude, ces tâches de soignants, on les imaginerait plutôt réservées à des professionnels spécialement formés qui s'y consacraient à plein temps.

Aucune famille n'est normalement préparée ni formée aux rôles d'infirmiers ou infirmières psychiatriques, cela va de soi. Dans leur immense majorité, les familles ne comptent pas non plus, parmi leurs membres, des psychiatres ni des psychologues, ni des travailleurs sociaux. Surtout, ne l'oublions pas, comme toutes les familles, elles doivent, quelles que soient les circonstances, assurer la subsistance matérielle et une "qualité de vie" acceptable pour tous leurs membres. Ces multiples tâches et obligations familiales, professionnelles

voire scolaires, remplissent déjà bien à elles seules les journées de n'importe quelle famille banale à revenus moyens dont tous les membres sont en bonne santé.

Comment alors imaginer que toutes les personnes formant une famille soient capables, sans dommages pour leur équilibre psychologique, pour leur santé et pour la cohésion du groupe familial, d'ajouter aux habituels soucis quotidiens les soins et la surveillance permanente d'une personne malade mentale dont, bien souvent, une des caractéristiques est que son discours est peu compréhensible tout comme ses changements inopinés d'humeur, alors que son comportement est encore moins contrôlable et moins prévisible que celui d'un petit enfant qu'on ne peut laisser seul à aucun instant?

C'est pourquoi, sachant cela, professionnels et politiques devraient aussi savoir que **la collaboration <sup>2</sup> étroite et suivie entre patients, familles et professionnels de la psychiatrie est devenue un impératif que plus personne ne devrait aujourd'hui oser ouvertement ignorer. Pourtant, dans les faits, cette collaboration se limite encore bien souvent à une affirmation théorique, un discours plein de bonnes intentions, une sorte de concession oratoire annoncée plus que consentie, et est encore moins une pratique réellement mise en oeuvre.**

**Par collaboration, il faudrait entendre accompagnement et aide aux familles, instruction de ces familles qui, à leur tour (en retour), devraient instruire tous les "intervenants" de la "Santé mentale" et de la psychiatrie sur les aspects pratiques et toutes les conséquences des schizophrénies, aspects dont aujourd'hui beaucoup de ces "intervenants" n'ont qu'une représentation surtout "théorique" et plutôt imaginaire fort éloignée des réalités** (et que les systèmes actuels d'enseignement, supérieur ou universitaire et autres tels qu'ils sont organisés en Belgique, ne peuvent leur enseigner).

#### V - 4. L'alimentation, le sommeil, l'exercice physique (à la sortie de l'hôpital)

Une fois qu'il (elle) est de retour dans sa famille après un séjour à l'hôpital rendu nécessaire pour maîtriser un épisode aigu de schizophrénie, on conseille de se mettre d'accord avec le (la) malade sur les horaires et une routine bien et strictement réglés pour, dès le départ, obtenir de lui (d'elle) son assentiment, une sorte de promesse de se conformer à une espèce de "règlement d'ordre intérieur" valable pour toute la maisonnée (et, au moins dans les débuts, il ne faut pas s'attendre à ce que le malade se souvienne

toujours de cette promesse et la respecte.)

Ceci ne doit nullement être interprété comme une discipline vexatoire ou stupide (le règlement pour le plaisir du règlement) ou comme une technique prétendument thérapeutique. En réalité, c'est le seul moyen pratique pour tous, malade comme cohabitants "soignants" d'installer des routines utiles, voire indispensables (c'est ce que certains psychiatres, parfois, et par amour des belles phrases cache-misère, appellent vivre dans un "environnement structurant". Quant à moi, je dirais plutôt qu'on tente de recréer des automatismes chez un malade qui les a perdus et ne s'en rend pas compte).

Il faut en effet surtout ne pas oublier que, de son côté, le malade schizophrène **vit en permanence dans l'instant** (que ce soit l'instant dans ses rêveries ou l'instant de l'action du moment dans la vie réelle, qu'il oublie presque immédiatement après, à la moindre distraction ou interruption); il ne prévoit donc pas les événements dans leur chronologie (et, souvent, il prévoit encore moins l'enchaînement de leurs conséquences). Sa perception du temps qui passe n'est souvent plus la même que celle des personnes qui l'entourent. Tant que, par exemple, il ne ressentira pas une sensation suffisamment intense de faim pour penser à la satisfaire, l'idée de participer au repas en commun risque bien de ne pas l'effleurer; mais alors, il aura faim à un autre moment de la journée ou de la nuit et risque de s'alimenter n'importe comment, "au petit bonheur" de ce qu'il pourra trouver ici ou là (et, p.ex., de dévaliser le réfrigérateur pendant la nuit, sans prévenir...). De même, s'il n'éprouve pas une sensation de sommeil ou de fatigue malgré l'heure tardive, il ne pensera peut-être pas à aller se coucher, et le réveil du lendemain matin sera sans doute pénible pour lui et laborieux pour ceux qui tenteront de l'extraire de son lit. Par contre, il risque de passer la majeure partie de ses journées à dormir, selon ses sensations immédiates de besoin de sommeil. De manière plus générale, on peut dire qu'il ne parvient plus à planifier ses tâches, qu'elles soient à court ou à long terme.

Les horaires à respecter pour les "activités essentielles", c.-à-d. le lever, la toilette et l'hygiène, les repas etc., sont donc un moyen de recréer petit à petit, dans l'esprit du malade, des repères temporels - des habitudes - lui permettant de réintégrer progressivement une vie relationnelle et sociale plus ou moins régulière. Ces activités "essentielles" ou "de base" constituent un minimum sur lequel, dès le départ, tous s'étant mis "officiellement" d'accord avec le malade, celui-ci est prévenu qu'on ne transigera pas (mais les oublis et les entorses à l'horaire - inévitables au début quoiqu'involontaires - ne doivent pas faire l'objet de disputes sans fin!).

Par contre, il me paraît illusoire et "contre-productif" de vouloir imposer, sous prétexte de le sortir de son oisiveté ou de le distraire, quelque activité que ce soit à un malade qui ne manifeste pour elle aucun signe d'intérêt ou peut-être

d'envie - ne parlons même pas d'enthousiasme. Tout au plus peut-on lui suggérer l'une ou l'autre activité simple (une sortie, une balade ou une promenade si possible accompagnée, ou bien lui suggérer de se rendre utile en participant et en aidant à l'une ou l'autre tâche simple, etc.) sans toutefois trop insister: l'apathie, l'indécision, le manque de motivation sont des signes de la maladie, il ne sert à rien de tenter de les combattre par des injonctions répétées: si ces signes peuvent et doivent s'atténuer, on peut espérer qu'ils le feront probablement d'eux-mêmes, mais on doit savoir qu'il y faudra pas mal de temps et, très certainement, beaucoup de patience, mais surtout il faut éviter, autant que possible, tout ce que le malade pourrait interpréter comme étant du harcèlement.

Il ne faut pas non plus s'engager prématurément dans des tentatives d'autonomie ou d'indépendance complète sans avoir, au préalable, procédé par étapes prudentes et progressives destinées à évaluer les capacités du malade à s'adapter aux changements d'ambiances et de situations: il faut voir s'il parvient à les prévoir à peu près et à prendre les [bonnes] décisions qui, à ces moments-là, sont dictées par les circonstances. Parfois, des circonstances qui nous paraîtraient "neutres" et anodines éveillent chez le malade des émotions difficiles à contrôler et qui dépassent ses capacités d'adaptation de comportement et de raisonnement logique (qui "prennent ces capacités de vitesse") et qui, dès lors, peuvent précipiter un accès psychotique (une "rechute").

La prise consciencieuse du (des) médicament(s) aux dates et heures prévues doit être surveillée, discrètement mais avec vigilance. La poursuite de la médication est en effet essentielle pour le bon pronostic de l'évolution de l'affection. Quelle que soit l'opinion des proches sur le neuroleptique administré et sur les effets qu'ils lui attribuent, ils ne doivent surtout pas en médire en présence du malade. Bien au contraire, il faut lui en faire l'éloge s'il manifeste de la répugnance à suivre ce traitement, il faut lui en faire apprécier les avantages (et relativiser les éventuels inconvénients) en lui rappelant tout ce qu'il est à nouveau capable de faire depuis qu'il le prend, par comparaison avec ce dont il n'était plus capable avant qu'on le lui prescrive. Ceci est extrêmement important: un grand nombre de malades, persuadés au fond d'eux-mêmes qu'ils ne sont pas malades, refusent de prendre leur médication (c'est la conséquence de l'anosognosie), ils imaginent parfois que c'est le médicament qui est la source de leurs difficultés mentales, vont même parfois jusqu'à imaginer que ce sont les autres qui, par malveillance, s'ingénient à les empoisonner par le médicament. Ils s'arrêtent alors de le prendre, ce dont ils se cachent et se défendent, souvent avec une ingéniosité surprenante qui prend la surveillance de tous les proches en défaut malgré eux.

L'arrêt de la médication écourte les périodes "calmes" intercalées entre les épisodes aigus (à signes positifs) successifs et, ensuite, à chaque interruption puis reprise du neuroleptique, l'efficacité de celui-ci diminue progressivement, plus ou moins rapidement, si bien que la "stabilisation" du malade devient de plus en plus difficile à obtenir. Sauf intolérance grave au médicament (effets secondaires sérieux), il ne faut donc surtout pas interrompre l'administration.

## V - 5. Les psychothérapies

"Bei allen Krankheiten, die in ihrer Ursache nicht geklärt sind und für die es keine heilende Behandlung und keine Verhütung gibt, entstehen Theorien, Schuldzuweisungen und irrationale Behandlungsversuche."

Dr. Med. Max Geiser, Schweiz.Med. Wochenschr. 1994, 129:529-538  
"Die Schizophrenie aus der Sicht von Familienangehörigen"

(Toutes les maladies dont les causes n'ont pas été établies et pour lesquelles ni traitement curatif ni prévention ne sont disponibles, font naître des théories, des imputations de fautes, et des tentatives thérapeutiques irrationnelles.)

Encore aujourd'hui, une grande majorité de psychiatres francophones insistent sur la très grande importance qu'ils veulent accorder aux traitements "psychothérapeutiques" dont ils disent qu'ils doivent absolument accompagner les traitements médicamenteux pour en augmenter l'efficacité. Le lecteur ne comprendrait donc pas qu'à aucun endroit de la présente brochure il ne soit fait mention des "**psychothérapies**" <sup>3</sup>. L'opinion de l'auteur au sujet de leur utilité pour le traitement des psychoses schizophréniques est "globalement peu favorable". Ces "psychothérapies", du moins telles qu'elles sont conçues et [le plus souvent non ou mal] mises en pratique la plupart du temps, ne me semblent mériter que scepticisme et considérations fort critiques. C'est pourquoi ce sujet ne sera abordé qu'après le chapitre consacré au rôle des familles dans les soins aux malades schizophrènes (la partie en italique pp. 86 à 104).

## VI. Le rôle des familles dans les soins aux malades schizophrènes

L'apport des familles au soutien et à la réinsertion de leurs malades schizophrènes a toujours été fort important. Cependant, les désastreuses théories de "la mère schizophrénogène" (de Frieda Fromm-Reichmann) et du "milieu familial schizophrénogène", ou encore celle du "**double lien**" <sup>1</sup> (de Gregory Bateson) qui conduisaient à prôner l'éloignement du malade de sa famille ("couper le cordon ombilical"!) et donc à le condamner à très rapidement devenir SDF et clochard, de même que le dénigrement global et sans nuances des cliniques psychiatriques par les médias leur ont rendu la tâche plus difficile encore qu'elle ne l'était déjà.

Depuis l'avènement des neuroleptiques, la charge de ce qu'on appelle les "**soins psychiatriques**" <sup>2</sup> a été en grande partie transférée du secteur hospitalier vers celui des familles, qui sont mises d'autant plus lourdement à contribution: souvent 24 heures par jour, 365 jours l'an.

Quand un membre de la famille devient schizophrène, la famille est littéralement écrasée par un fardeau rendant presque impossible toute vie familiale normale. Il n'y a guère d'autre maladie qui rende les bonnes relations avec le malade aussi difficiles à établir et à entretenir. L'effet destructeur de la schizophrénie d'un des membres de la famille sur la vie de famille ne peut être vraiment apprécié que par celui-là même qui aurait assisté à l'éclosion de la maladie chez l'un de ses proches parents. Le comportement incompréhensible et imprévisible du malade, la négation de la maladie par le malade lui-même comme parfois aussi par les proches, le caractère énigmatique de l'affection, les sentiments de honte, voire de culpabilité des membres de la famille, tous ces éléments concourent à figer la famille dans son ensemble dans le repli sur soi, le mutisme, l'isolement et l'immobilisme. L'attitude négative et critique (les jugements moralisateurs) de la parentèle et des amis, qui ne fait que refléter l'incompréhension générale et les préjugés du public (eux-mêmes dûs au manque général d'information du public), accentue encore leur solitude.

Comme c'est le cas pour d'autres maladies ou accidents graves, les proches sont accablés, choqués, tristes et souvent désespérés quand, après des semaines, voire des mois d'inquiétude, d'angoisses, d'incompréhension, le diagnostic de schizophrénie est enfin envisagé. Aucune maladie n'est plus lourde à porter que la schizophrénie qui se déclare. La première étude sur les effets de cette maladie sur la famille a été publiée aux U.S.A. en 1955. Depuis lors, les enquêtes poursuivies principalement dans les pays anglo-

saxons (mais ensuite également dans les pays du continent européen) et les expériences vécues et rapportées par les associations de familles ont montré que:

**1.** Quand un membre de la famille devient malade, cela engendre chez les autres membres de la famille des sentiments de: **crainte, honte, culpabilité, amertume, abattement**, et une coupure d'avec le milieu social: entourage, familiers, connaissances, relations, collègues de travail. Souvent, la maladie est niée ou présentée comme une péripétie mineure. Ou, au contraire, il arrive que la maladie, par son caractère obsédant, devienne le seul sujet de conversation encore abordé dans la famille; les proches se font mutuellement des reproches, les frères et soeurs du malade se sentent délaissés; les époux se chamaillent, allant parfois jusqu'à se séparer et entraînant famille et belle-famille dans les disputes et les accusations réciproques.

Quand un conjoint est malade mental, le nombre des divorces et des séparations est de trois à quatre fois plus élevé que dans le restant de la population. Les maris quittent leur femme schizophrène bien plus souvent que la femme ne se sépare du mari schizophrène (ceci étant peut-être dû, au moins en partie, au fait qu'il y a moins d'hommes schizophrènes mariés, car la maladie se déclare plus tôt chez les hommes que chez les femmes). Souvent, ce n'est que par des efforts et une patience parfois surhumains, que beaucoup d'épouses parviennent à maintenir à flot pendant des décennies un mari rendu tyrannique et insupportable par la schizophrénie. La charge permanente, presque intolérable, est source d'insomnies et de rupture sociale, de consommation accrue d'alcool et de tranquillisants. Les perspectives de la famille s'assombrissent. Souvent, les sentiments éprouvés pour le malade fluctuent, passant de l'amour et la préoccupation à la colère, à la haine et au rejet: ceci surtout quand sa maladie rend le patient agressif, grossier, vulgaire, méchant, et que, même devant des tierces personnes qu'il peut prendre à témoin et ainsi embarrasser, voire les faire fuir, il accuse ses proches de le rendre malade.

**2.** Les membres de la famille redoutent particulièrement les signes "positifs" ("florides", "productifs") qui se manifestent pendant les "crises" de la maladie, notamment le comportement agressif (même si, en général il est surtout verbal, les actes violents étant plus rares), les idées délirantes et les hallucinations. Ils ont peur des dangers qui guettent le malade ou qu'il fait encourir aux autres à cause des situations qu'il provoque bien malgré lui ou sans s'en rendre compte.

Leurs nuits sont perturbées, ils ont des difficultés avec le voisinage. Ils supportent mal les "signes négatifs" tels qu'isolement, mutisme, indifférence, inaction et oisiveté, désintérêt, lenteur, indécision et ambivalence, manque

de volonté et de motivation, négligence vestimentaire et de l'hygiène, non fiabilité.

Bien souvent, mal informés au début, les membres de la famille ne reconnaissent pas ces manifestations comme des signes de la maladie; ils accusent - à tort - le malade de paresse, d'égoïsme, voire de méchanceté, d'être sale, négligent, "mal soigné", bon à rien, non fiable. Redoutant les jugements, par exemple des voisins (ces jugements dont on pense qu'ils ne peuvent être, bien sûr, que réprobateurs comme ceux que, dans les débuts et malgré soi, on se surprend parfois à émettre soi-même), on essaye de cacher le malade à leurs regards. Les membres de la famille s'accommodent mal de ces "signes négatifs" et ont du mal à trouver "la bonne manière" dans leur relation avec le patient. Le climat familial s'en détériore d'autant plus.

**3.** La schizophrénie d'un membre de la famille est souvent cause de pertes financières considérables et peut même plonger la famille dans la pauvreté si c'est justement le principal pourvoyeur financier qui se trouve atteint.

**4.** De nombreux parents supportent sans se plaindre les charges et les sacrifices consentis pour s'occuper de leur malade. Ils essayent d'éviter l'hospitalisation autant que possible. Ils ne reçoivent malheureusement pas toujours toute l'aide qu'ils seraient en droit d'attendre des professionnels: en particulier quand ces derniers semblent ne se préoccuper que du patient hors de tout contexte de vie, et que, paradoxalement et sur base de **théories psychanalytiques arbitraires, fantaisistes et dépourvues de tout fondement** <sup>3</sup>, ils estiment pourtant nécessaire d'éloigner le fils ou la fille de son milieu familial (qu'ils accusent de causer la maladie); ou bien, quand l'époux étant atteint de schizophrénie, ils prétendent le protéger de son épouse en l'en séparant.

Les expériences des familles révèlent que la mise en place et la prise en charge, par les communautés, des "**soins ambulatoires de proximité**" correspond au voeu pieux d'un idéal n'existant souvent que sur le papier ou dans l'imagination de quelques-uns, et qui n'est presque jamais accessible dans la pratique. La multiplication des soins ambulatoires est donc loin d'avoir réduit la charge des familles. Bien au contraire, les familles sont devenues le nouveau personnel soignant à temps plein (**24h** par jour par la même "équipe"!), elles qui pourtant mériteraient d'être aidées, soutenues, d'avoir de temps à autre un répit, plutôt que d'être critiquées et accusées de fautes imaginaires.

Les tentatives pour contraindre le malade à rompre avec sa famille et s'en éloigner (ce qu'aujourd'hui encore certains "professionnels" plutôt irresponsables suggèrent de faire en proposant de "couper le cordon ombilical"!)) sont presque toujours vouées à l'échec et se terminent



lamentablement ou en catastrophe, car le malade schizophrène n'est, le plus souvent, pas capable de relever seul les multiples défis de la vie quotidienne; il a besoin, pour survivre, d'une assistance vigilante, et il faut même fréquemment s'assurer qu'il continue à prendre son indispensable médication aux dates et aux doses prescrites, faute de quoi son état de santé, inéluctablement, se détériorera encore un peu plus.

---

1 La "**thérapie familiale**" considérait que "toute la famille était malade" sans que cela soit apparent (sauf, paraît-il, aux yeux perçants des thérapeutes), et que le membre schizophrène de la famille constituait "le symptôme visible" de la maladie cachée, la partie émergée de l'iceberg, pour ainsi dire. La "**thérapie systémique**" n'était qu'une variante prétendument "améliorée" de la thérapie familiale. Toutes deux postulent l'origine "psychogène" de la psychose, c'est-à-dire des "fautes" ou des "accidents" psychologiques qui seraient responsables du développement de la schizophrénie (fautes généralement attribuées au climat familial, à des "événements" ou à l'éducation familiale). Il fallait donc entreprendre une "psychothérapie" à laquelle la famille entière devait participer. D'après de nombreux témoignages de familles de malades (et d'après mon expérience personnelle que j'admets avoir pourtant volontairement limitée), rien de tel pour créer la névrose chez les membres des familles que d'entreprendre et de participer à ces prétendues "thérapies familiales", ces sortes de psychodrames du malheur, ces minables parodies de "jeux de société" plutôt infantiles où les "meneurs de jeu" cultivent délibérément une culpabilisation injustifiée et parfois même imaginaire des proches pour ensuite se donner le beau (?) rôle de les en "débarrasser"; ou parfois encore ces véritables séances de cirque rassemblant familles, malades, animateurs "thérapeutes" se livrant à d'arbitraires jeux d'improvisation, tout cela sans pour autant soulager les souffrances des entourages ni des malades, ni atténuer les signes de l'affection de ces derniers.

La théorie du "**double lien**" a été émise par Bateson et al. [Bateson, G., et al. 1956, *Behavioral Sci.*, 1, 251-264] et a servi de justification à la "**thérapie systémique**". La théorie du double lien affirme l'existence de relations conflictuelles entre le malade psychotique et son entourage, le dernier donnant au premier des ordres absurdes et impossibles à exécuter (en résumé caricatural: je te donne l'ordre de me désobéir, sinon...)

Ces ordres impossibles à respecter étant, forcément, toujours suivis de sanctions, ils entraîneraient ainsi l'apparition de la psychose. La théorie a été controuvée depuis [Mischler, E.G., Waxler, N.E. 1968a: *Family processes and schizophrenia: Theory and selected experimental studies*. New York: Science House et 1968b: *Interaction in families: an experimental study of family processes and schizophrenia*.

*New York. Wiley].*

*Les psychothérapeutes systémiques organisent des réunions où sont présents et conversent le malade psychotique et sa famille, son entourage. Sans prendre eux-mêmes part aux échanges, ces thérapeutes observent les participants, ils décryptent et interprètent à leur manière les paroles, les mimiques et les attitudes des protagonistes auxquels, ensuite, sûrs de leur sagacité infaillible, ils attribuent leurs propres interprétations. Que font-ils donc ainsi, sinon s'arroger les pouvoirs du romancier et de l'auteur dramatique sur leurs personnages de fiction, n'ignorant rien des pensées, des sentiments ni des aspirations de leurs créatures fictives, puisqu'ils en sont justement les créateurs? Dans la vie réelle, par contre, n'est-ce pas en effet se prendre pour la divinité que de procéder ainsi?*

**2** *La “collaboration” véritable entre les patients, les familles, les professionnels de la psychiatrie, les enseignants de la psychiatrie, les “intervenants” de la “santé mentale” n'en est encore qu'au stade du rêve et des espoirs de quelques-uns. Pourtant, selon moi, elle est, chez nous, le seul moyen de faire progresser, aussi bien la connaissance que la pratique de la psychiatrie elle-même, que le sort et le bien-être des malades et de ceux qui les entourent. Mais cette collaboration doit être bien mieux pensée et soigneusement organisée qu'on ne semble s'en être rendu compte jusqu'à aujourd'hui, pas seulement chez nous en Belgique, mais sans doute dans le monde entier.*

*Les malades, leurs familles, les proches n'ont, au départ, pas plus de connaissance ni plus d'expérience de la maladie mentale que ne peut en avoir le grand public, et c'est bien naturel: personne jamais n'est supposé vivre en se préparant délibérément et en permanence à un malheur imprévisible quoique possible, mais dont personne non plus ne sait comment se prémunir. C'est quand il survient qu'alors seulement on le découvre, et on ne le comprend enfin qu'en étant forcé de le subir et le vivre soi-même.*

*D'autre part, certaines bonnes âmes imaginent instruire et informer le public sur les “maladies mentales” en général et sur “la” schizophrénie en particulier, alors qu'elles n'ont de ces affections, au mieux qu'une représentation théorique ou livresque (voire romanesque), au pire des préjugés et idées reçues qui sont à des années lumière de la réalité vécue quotidiennement par les malades et ceux qui les entourent ou les côtoient. Ceux qui ne vivent pas avec les malades n'ont toujours pas compris que, pour connaître vraiment les malades et les problèmes qu'ils affrontent, il faut vivre avec eux. Ils ne savent pas que la schizophrénie, cela ne s'enseigne pas ex cathedra; ils ne savent pas que les descriptions qu'ils ont lues dans les livres (ou dans des manuels) et qu'ils répètent ensuite au sujet de ces affections et de leurs victimes ne sont qu'un pâle et schématique reflet d'une réalité dans*

*laquelle on doit s'immerger complètement pour en saisir et mesurer tous les aspects, une réalité qu'on doit vivre à longueur d'années, à la fois pour apprendre à la connaître un peu soi-même d'abord, ensuite pour être capable de peut-être en enseigner certains aspects à d'autres (ce que ni nos enseignants ni nos étudiants jamais ne font donc vraiment: ils n'en ont pas l'occasion, ils ne peuvent pas non plus en prendre le temps).*

*Pourtant, ce sont ces mêmes bons mais ignorants apôtres qui, grâce à des campagnes de "sensibilisation" qu'ils élaborent à partir de ce que seulement ils imaginent savoir des malades mentaux, croient préparer et aider les familles et leurs malades prospectifs ou potentiels à se confronter à la maladie. Ils se croient capables de changer le regard porté par le public sur les malades, alors qu'eux-mêmes ne les connaissent pas vraiment (car ils ne les fréquentent pas vraiment non plus). Pareille attitude n'est pas seulement **irréaliste**, mais j'avoue hésiter à lui donner ici le nom pour le moins désobligeant qu'elle mériterait de porter. Ce qui est plus grave encore, c'est qu'elle va à l'encontre du but annoncé.*

*En effet, de récentes enquêtes d'opinion (canadienne et australienne) viennent confirmer mon scepticisme en montrant que les campagnes de presse censées combattre la "stigmatisation" n'ont en réalité qu'un impact négligeable sur les attitudes d'indifférence, de désintérêt, voire de méfiance des populations envers les malades.*

*Récemment encore et plus près de chez nous, une étude d'universitaires allemands a montré que si, au cours des dernières années, l'information correcte sur les origines et la nature biologiques des schizophrénies s'était effectivement mieux répandue dans le public à la suite de campagnes dites "de sensibilisation", pourtant et contrairement aux attentes, cette meilleure connaissance ne s'était accompagnée que d'une "prise de distance" encore accrue de la population envers les malades.*

***Comment d'ailleurs s'étonner de ces résultats**, de cette attitude de réserve, dite "négative" de la part du public envers les malades mentaux psychotiques chroniques? Quoiqu'on explique longuement, urbi et orbi (dans des articles de journaux, lors de campagnes de "sensibilisation", sous prétexte de vulgarisation, etc., etc.), qu'ils ne sont, en moyenne, pas plus agressifs ni plus violents que le restant de la population en général, ce qui est vrai, on rappelle en même temps que nombre d'entre eux nous sont difficilement compréhensibles et que, réciproquement, eux-mêmes ne nous comprennent pas bien, que leurs actions et réactions nous sont souvent imprévisibles. Pourquoi par conséquent le grand public choisirait-il de fréquenter de telles personnes plutôt que de les éviter, comment ceux qui ne les connaissent pas depuis toujours ("depuis tout petits") éviteraient-ils d'éprouver, à leur égard, une certaine méfiance, qu'est-ce qui inciterait les gens à faire la connaissance et à rechercher la compagnie d'étrangers, d'**inconnus** a priori et spontanément*

*peu engageants ou d'un abord difficile (et qui, comme on dit, souvent "ne savent pas comment se conduire"), dont on vous prévient qu'ils ne sont pas méchants, mais qu'on ne sait jamais "ce qui pourrait leur passer par la tête"?*

*Toutes les explications sur les schizophrénies, c'est d'abord aux parents qu'on peut et qu'on **doit** les donner, ainsi qu'aux familles et proches de malades, et ensuite à ceux qui font profession de les encadrer. Tous ceux-là ont ou devraient avoir de bonnes raisons d'être motivés pour **aider** les malades. Mais il ne sert à rien de faire des "campagnes de sensibilisation" destinées à un grand public qui, passez-moi l'expression, n'en a rien à faire, car le grand public s'intéresse bien plus et a beaucoup moins de mal à s'imaginer les détresses de foules qu'on lui montre abondamment en images dans les médias, qu'il n'éprouve un besoin pressant de se représenter celles, plus nombreuses qu'on ne croit mais plus individuelles, plus discrètes: celles des vrais malades mentaux chroniques et de leurs proches.*

*Ces dernières, on ne fait que lui en parler, fort mal d'ailleurs, dans des articles de journaux, et cela surtout quand l'actualité nationale et internationale se ralentit et que les faits divers de la "santé mentale" viennent alors opportunément au secours des pisseurs de copie en manque de sensation(s) et en panne de copie.*

*Les familles et proches de malades doivent se regrouper en associations d'entraide et d'information (des sortes d'"universités populaires" spécialisées). Ces associations devraient conclure, avec les Universités, les CHU, les Facultés de Médecine, les Ecoles qui forment les psychologues cliniciens, celles qui forment les travailleurs sociaux, des accords de coopération pour, en s'instruisant mutuellement, mettre en commun leurs expertises et expériences respectives dans toutes les matières qui touchent aux malades mentaux et à leurs conditions de vie. Ces expertises existent bien, mais sous forme fragmentaire et, dispersées, elles ne sont presque jamais mises en commun par les différents groupes qui, au moins en principe, s'occupent des malades mentaux (ou affectent de s'en préoccuper). Chacun de ces groupes n'a, aujourd'hui, des problèmes soulevés par les maladies mentales, qu'une vision très parcellaire ne permettant pas de s'en faire une représentation globale réaliste et ne peut donc valablement proposer à ces problèmes des solutions réellement et généralement utiles.*

*A mon avis, **ce sont les familles, avec leurs malades, qui possèdent la plus grande part d'expérience vécue et qui sont le mieux à même de mesurer l'ampleur des difficultés pratiques à surmonter.** C'est donc, me semble-t-il, à elles de prendre l'initiative de pareille mise en commun - et de création - des ressources, des moyens, des connaissances - **mais aussi et tout autant de nos incertitudes et de nos ignorances qu'il est ridicule et nuisible de chercher à dissimuler, car, en (se) les cachant on ne peut que les faire persister sans***

***jamais en rien les réduire.***

*Cessons enfin de piétiner sur place dans nos approches de la situation des malades mentaux. Contrairement à ce qu'on laisse croire et à ce qu'on prétend faire dans de nombreux pays - dont le nôtre -, la haute main sur pareille tâche d'**organisation** et de **collaboration** entre tous les "intervenants", qu'ils soient impliqués de près ou de loin, ne peut surtout pas être confiée aux seules administrations gouvernementales qui n'ont, des maladies mentales et de la "santé mentale", comme ils disent, qu'une vision purement bureaucratique et budgétaire parfaitement et faussement irréaliste (imaginaire, fantaisiste) et déshumanisée.*

**2** *En quoi donc consistent concrètement, dans la grande majorité des institutions psychiatriques de la partie francophone de notre pays, ce qu'on appelle d'un bel euphémisme: les "**soins psychiatriques**" (qui devraient viser à "soigner")?*

*Conformément aux connaissances scientifiques et techniques actuelles de nos psychiatres sur les causes et mécanismes des psychoses, les "soins" ne peuvent être, forcément, que de nature plutôt "platonique" (on ne peut que le déplorer, pas le reprocher). Ils se bornent généralement à la distribution des médicaments (neuroleptiques, anxiolytiques, antidépresseurs, etc.), à s'assurer de l'hygiène corporelle, de la régularité des horaires quotidiens: de l'alimentation plus ou moins correcte, des heures de repos et de sommeil. Somme toute, la plupart des "soignants psychiatriques" n'ont qu'un rôle de surveillance, ce sont en quelque sorte des gardes-malades au rabais. Ceux que n'effraient pas les jeux de mots douteux pourraient dire que nombre de ces "soignants" ne sont pas mieux considérés que de simples garde-fous, des surveillants chargés du maintien de l'ordre et de veiller au respect des règlements (comme les matons dans les prisons).*

*Pourquoi s'étonner alors qu'on ne puisse (ou ne veuille?) recruter comme personnel soignant psychiatrique que des infirmières et infirmiers psychiatriques certes de bonne volonté au départ, mais en nombre insuffisant et d'un niveau de formation loin de correspondre aux exigences qu'impliquent les objectifs annoncés de revalidation?*

*Les "soignants psychiatriques" ne peuvent à juste titre être que modérément motivés par la nature des "soins" et des "activités ergothérapeutiques et éducatives" d'une remarquable indigence d'imagination, ainsi que par les résultats décevants auxquels ces méthodes aboutissent.*

*On doit simplement ne jamais faire l'amalgame, à cause du nom, des "soins psychiatriques" et des "soins médicaux". Ils n'ont rien en commun. On a trop tendance à gommer cette distinction et à l'oublier. Peut-être faudrait-il plutôt s'habituer à dire que les soignants psychiatriques s'efforcent de "prendre soin", comme ils peuvent, des malades qu'ils doivent accompagner.*

### 3 *La (les) “psychothérapie(s)” et la schizophrénie*

*“The great trouble with religion - any religion - is that a religionist, having accepted certain propositions by faith, cannot thereafter judge those propositions by evidence. One may bask at the warm fire of faith or choose to live in the bleak uncertainty of reason - but one cannot have both.”*

*Robert A. Heinlein: Friday, p. 306.*

*NEL 1982/1983 ISBN 0-450-05549-3.*

*(“Le gros problème avec la religion - quelle qu’elle soit - est que tout adepte, dès qu’il a accepté certaines de ses vérités sur base de sa foi, ne peut ensuite plus en juger sur la base de preuves objectives. On peut jouir de la chaleur réconfortante de la foi, ou bien choisir de vivre dans la morne incertitude de la raison, mais on ne peut avoir les deux”.)*

*Jusqu’il y a peu, beaucoup de nos psychiatres n’admettaient qu’avec de grandes réticences, sinon avec une répugnance manifeste, la nécessité de recourir aux médicaments pour soigner les malades schizophrènes. Ils disaient que ces médicaments sont les “béquilles” auxquelles il faut bien se résoudre pour s’en aider comme adjuvant de la psychothérapie, cette dernière étant, selon eux, l’élément déterminant du “traitement”. Et, même si elles ne se proclament plus aussi catégoriquement qu’auparavant, les réticences des “pys” n’ont pas disparu pour autant. Comme il s’agit ici du traitement de “psychoses” plutôt que de celui de “névroses”, on peut se demander sur quelles bases factuelles ces opinions reposent. Le crédit que chacun leur accordera dépendra sans doute de la forme et du contenu que chacun prêtera aux psychothérapies car, depuis longtemps, ce vocable passe-partout a été mis à toutes les sauces.*

*Quand on tente de définir le mot psychothérapie, soit grâce au dictionnaire, soit en se référant à des ouvrages spécialisés (mais destinés au grand public), on s’aperçoit que les définitions proposées sont fort imprécises. Ceux qui, chez nous en Belgique, désireraient s’affubler du titre de “psychothérapeute” ont eu jusqu’à présent toute latitude pour le faire, et ce n’est que depuis peu que nos gouvernements successifs ont tenté de réglementer l’accès à cette profession, ce qui ne signifie pas nécessairement qu’ils soient parvenus à un résultat cohérent ni satisfaisant pour les usagers qui, en fonction de leur cas particulier, individuel, auront à choisir parmi ces “professionnels” aux compétences, en principe, désormais très officiellement étendues.*

*Les “psychothérapies” et les “théories psychanalytiques” sur lesquelles de nombreuses pratiques “psychothérapeutiques” prétendent se baser ou auxquelles elles empruntent n’ont, selon moi, aucune valeur ni aucun intérêt pour le traitement des schizophrénies, et je répète ici cette affirmation avec*

*insistance, sans m’embarrasser de nuances inutiles, même si elle doit très vraisemblablement provoquer les protestations véhémentes de nombreux “intervenants de la santé mentale”.*

*J’aurais donc tendance à conseiller aux membres des familles la plus grande circonspection envers les propositions qu’on pourrait leur faire de suivre, avec et pour leur malade schizophrène, une soi-disant psychothérapie. Ils devraient à tout le moins se faire expliquer au préalable et en détails en quoi la psychothérapie projetée consisterait et quelles en seraient les justifications théoriques. Ainsi prévenus de ce à quoi ils s’engageraient éventuellement, ils pourraient alors prendre leur décision (pour ou contre) en connaissance de cause.*

*Les “psychothérapies” de dénominations les plus diverses sont en effet devenues la raison sociale et le fonds de commerce d’un grand nombre de personnes certes débordant de bons sentiments, mais aux qualifications intellectuelles et professionnelles les plus variées et variables (tout comme leur connaissance des psychotiques - ne parlons surtout pas de “compréhension” des psychoses). Beaucoup d’entre ces personnes, sous le prétexte affiché de ce que j’appellerais, faute de mieux, “bienfaisance paramédicale” et “humanitarisme social”, exploitent, quoique d’abord à leur profit personnel (au profit de l’image qu’elles croient ainsi donner d’elles-mêmes, plus que par souci de l’intérêt véritable des malades), la crédulité et le malheur des malades et de leurs proches.*

*Je veux bien croire que, se donnant ainsi bonne conscience, sans doute la majorité d’entre elles sont-elles de bonne foi et persuadées de l’utilité de l’action qu’elles croient mener en faveur des malades. Mais aussi, malgré des résultats thérapeutiques très maigres que peut-être elles s’imaginent obtenir, et en dépit des années qui s’écoulent, elles me semblent en général fort peu soucieuses de jamais procéder au **bilan** de leurs activités en adoptant **le point de vue de l’intérêt des malades eux-mêmes (l’amélioration effective de leur état mental et de leurs conditions de vie)**, et elles ne me paraissent pas jamais remettre en question leur réelle efficacité pour atteindre les objectifs qu’elles disent poursuivre.*

*Les définitions du mot **psychothérapie** qu’on peut trouver dans les dictionnaires de la langue française, ou dans des ouvrages spécialisés, ou encore sur les sites Internet de notre gouvernement fédéral belge (santé publique) ou de nos associations professionnelles de “psys” sont de magnifiques exemples d’accumulations de tautologies et de pétitions de principes mises bout à bout. Permettez-moi de vous les épargner. Résumons-les plutôt le plus possible: telles qu’elles sont comprises par une majorité de nos psychothérapeutes, les psychothérapies mises en oeuvre dans les soins qu’on prétend donner chez nous aux schizophrènes, c’est, très généralement, la thérapie par la parole. C’est aussi, selon quelques ténors fort médiatisés de*

*certaine psychiatrie universitaire française et plus généralement francophone, ce que parfois ils appellent “l’échange intersubjectif par la parole” qui seul permettrait le soulagement de la “souffrance psychique”.*

*Thérapie par la magie de la parole, la psychothérapie ainsi comprise puise ses origines dans la psychanalyse (Freud, Lacan, et leurs multiples successeurs, héritiers, émules et imitateurs) qui privilégie plus particulièrement l’introspection des patients, l’interprétation dirigée et sollicitée (“l’herméneutique” fantaisiste et arbitraire, à géométrie variable toujours individuellement adaptée à “la tête du client” telle que la voit le thérapeute): de leurs rêves, délires, et de ce qu’on prétend être les manifestations de leur “inconscient” réprimé ou “refoulé” (sous-entendu: “freudien”). Paradoxalement de la part de ces héritiers de Freud, de nombreux pysy actuels semblent s’obstiner à oublier que Freud lui-même avait renoncé à soigner les malades psychotiques et déconseillait la psychanalyse pour le traitement de ceux qu’aujourd’hui on appelle les malades schizophrènes.*

***“Obscurity is the refuge of incompetence”***

*Robert A. Heinlein: Stranger in a Strange Land.*

*p. 309. Avon Books, New York 1961*

***“Mit der Dummheit kämpfen Götter selbst vergebens.”***

*Friedrich Schiller: La Pucelle d’Orléans*

*(“Même des dieux combattent en vain la bêtise.”)*

*Toutes les psychothérapies destinées aux malades psychotiques, et aux malades schizophrènes en particulier, reposent sur une remarquable accumulation de contradictions de logique dont la plupart de nos “experts” en “santé mentale” semblent incapables de prendre conscience et que, par conséquent, ils s’obstinent à ignorer encore aujourd’hui.*

*Posons-nous la question: Pourquoi fait-on appel aux psychiatres et aux psychothérapeutes quand une personne donne des signes d’affection mentale? La raison en semble évidente à tous:*

- les malades schizophrènes ne paraissent plus capables de fonctionner mentalement comme les bien portants: leurs perceptions sensorielles et l’encodage cérébral de celles-ci, leurs fonctions dites “cognitives” (la mémoire, le raisonnement logique, le langage, etc., bref “la pensée”) sont altérés, mais aussi leurs émotions, leurs sentiments, leurs humeurs ne s’y relient (ne s’y associent) plus normalement, au point qu’ils ne reconnaissent plus la réalité, ni du monde physique qui les entoure, ni des sensations et sentiments de leur propre monde intérieur. Ils ne se comprennent plus, ils ne nous comprennent pas non plus;*



- *on veut **soigner** les malades schizophrènes, leur rendre une certaine “qualité de vie” en rétablissant, autant que possible, leurs fonctions mentales cognitives détériorées pour leur permettre de “fonctionner” à nouveau en famille, en société. On confie alors les malades aux “professionnels”. Ceux-ci prétendent et imaginent, par différentes techniques, verbales et de mise en situation, leur envoyer des messages censés leur réapprendre les étapes à suivre pour satisfaire leurs besoins, leurs désirs, mais aussi pour se comporter, en compagnie des autres, de manière à ne pas les incommoder; cela suppose aussi, bien que cela soit moins souvent évoqué, que ces professionnels s’assurent **à tout moment** que les malades comprennent bien ce que ces autres leur disent;*
- *on **oublie** pourtant que ce sont précisément ces fonctions mentales détériorées qu’on veut rétablir dans leur intégrité, puisque c’est à elles encore que, sans le dire et sans y penser, on fait appel comme si elles étaient intactes, pour que les messages qu’on leur adresse soient entendus et compris; ainsi, de très nombreux thérapeutes se comportent avec les malades schizophrènes, comme ils le feraient sans doute avec des aveugles de naissance s’ils voulaient, en la leur décrivant sans relâche, leur faire voir et “comprendre” la lumière;*
- *on attribue aux malades psychotiques les mêmes besoins, désirs et aspirations que ceux des bien portants (ceux des thérapeutes), “puisque ils sont des êtres humains comme vous et moi, avec les mêmes droits” (en réalité et si on y réfléchit tant soit peu, on s’aperçoit que c’est là un argument “non sequitur”), ce qui permet aux “soignants” de décider à la place de leurs patients des efforts que ces derniers devraient fournir pour satisfaire ces besoins, exaucer ces désirs, rencontrer ces aspirations. Autrement dit, les psychothérapeutes croient pouvoir se mettre “dans la tête” des malades. Mais cette hypothèse est-elle plausible, si on veut bien se souvenir que la machine, à l’intérieur du crâne des uns et des autres, ne suit pas exactement les mêmes schémas et n’est pas organisée assez précisément d’après les mêmes plans de construction chez les uns et les autres, et ne fonctionne par conséquent pas suivant les mêmes mécanismes chez les bien portants et chez les malades?*
- *Constatant que, par moments, les malades schizophrènes paraissent plus réceptifs au discours des thérapeutes, ces derniers semblent croire que ce discours serait durablement entendu et compris et préviendrait les futurs “accès psychotiques”, ou que ce discours, se rappelant au souvenir des malades, **même et surtout** pendant les exacerbations **à venir** de leur affection, serait alors capable d’en atténuer la sévérité. Ceci équivaut à en revenir aux explications “psychologiques” de la schizophrénie, explications dont l’inanité est reconnue. On reconnaît en effet aujourd’hui que la “mauvaise éducation” (le discours peu orthodoxe) au sein des familles n’a jamais provoqué ni déclenché la schizophrénie d’un enfant tout en épargnant ses*

*frères ou soeurs. Inversement, la “bonne” éducation (le discours “correct” ou “convenable” en accord avec les idées reçues du moment et les “habitudes ethno-culturelles”) n’a jamais empêché la schizophrénie de se déclarer chez ceux des frères et soeurs qui y étaient prédisposés. On continue pourtant de dire que “les traitements de psychothérapie soignent les malades schizophrènes”. Cultiver les sophismes et les non-sens pour “soigner” les psychoses, comment nommer et qualifier pareilles thérapeutiques?*

***En réalité, les psychothérapies remplissent bien, chez nous, un rôle très réel: elles occupent l’entourage bien portant mais malheureux des malades et tentent de le distraire de ses angoisses en les organisant et en les canalisant. Elles donnent ainsi à de nombreux professionnels de la psychiatrie, mais surtout à des psychothérapeutes souvent plus ou moins autodidactes et imaginatifs, plus ou moins désintéressés ou dévoués ou bienveillants, l’illusion de ne pas rester passifs malgré leur impuissance de fait face à la maladie mentale. Ils peuvent alors garder bonne conscience en s’imaginant être, malgré tout, d’une [in]certaine utilité.***

*Les accumulations de contradictions que j’ai relevées plus haut résultent des habitudes de pensée à ce point enracinées dans l’esprit des gens, qu’ils soient simples soignants de terrain ou “distingués psychiatres, universitaires ou non”, qu’ils ne parviennent pas, dans leur grande majorité, à voir l’erreur de raisonnement qu’ils commettent quand ils prétendent comprendre les malades et même les “soigner” surtout par l’écoute et la parole .*

*Cette erreur, universellement répandue mais qui semble généralement passer inaperçue, est très innocemment révélée par deux mots d’une phrase figurant en 4ème de couverture d’un petit livre témoignage paru récemment, récit d’un malade (“Moi, Martin Bélanger, 34 ans, Schizophrène”, 2005, Les Editions de l’Homme, Québec, Canada. ISBN 2-7619-1993-9). Cette phrase non signée (de l’éditeur ou du psychiatre préfacier?) nous dit: “**Dans ses mots, l’auteur explique les mécanismes psychiques sous-jacents à la maladie [...]**” (je souligne “sous-jacents”).*

***Mais les “mécanismes psychiques” anormaux qui seraient ici “expliqués”, justement, ils ne sont pas “sous-jacents” à la maladie (au sens qu’ils “l’expliqueraient” ou qu’ils en seraient la “cause”). Bien au contraire et plus exactement, ils font partie de la maladie, ils sont la maladie et ils en sont aussi une partie de la manifestation observable.***

*Les “mécanismes psychiques” ne sont pas non plus vraiment “expliqués”, mais seulement observés et peut-être décrits - par les malades d’après ce qu’ils s’en imaginent ou croient en avoir retenu sur la foi - rétrospective! - de leur introspection. Les résultats de cette introspection, ils se les disent à soi-même et les expriment pour les autres dans un langage qui leur est propre,*

*dont nous ne savons pas s'il est aussi le nôtre ou ne fait que l'imiter superficiellement, ni même dans quelle mesure il reflète assez fidèlement l'introspection elle-même. Comme c'est le cas pour nous tous, ce sont aussi ces seuls "mécanismes psychiques", mais cette fois-ci anormaux, dont les malades disposent et doivent se servir s'il veulent se remémorer ce dont ils nous parlent.*

*Nous avons là un nouvel exemple de l'erreur habituelle de nombre de nos "psys": l'inversion de l'ordre des causes et des conséquences, la confusion des "raisons" psychologiques avec les "causes" biologiques (ce sont ces dernières qui sont véritablement "sous-jacentes", pourquoi vouloir toujours les oublier?)*

*Les "raisons psychologiques" d'une personne bien portante, vous et moi qui sommes bien portants, nous pouvons en effet les imaginer avec quelque vraisemblance pour "expliquer" son discours et son comportement. Car, en cas de doute, nous sommes capables, cette personne bien portante et nous, de vérifier ensemble que nous accordons bien aux mots et aux phrases échangés le même sens (nous nous assurons du consensus, de notre accord sur les conventions qui régissent le dialogue), nous pouvons mutuellement nous assurer que notre interprétation (notre traduction personnelle) du discours et du comportement de notre interlocuteur est correcte: il nous suffit pour cela de la lui soumettre pour accord ou pour rectification.*

*(Soit dit en passant, comment les "psys" peuvent-ils prétendre se fier à l'introspection d'un malade mental chronique alors que, même chez les bien-portants et depuis Descartes déjà, on en connaît et on en a dénoncé les faiblesses et les pièges?)*

*A fortiori, comment oser affirmer la validité de cette introspection chez un malade psychotique alors que, précisément les "mécanismes psychologiques" de l'introspection sont, chez lui et de toute évidence, eux aussi parmi ceux qui sont altérés, c'est-à-dire que leur organisation, l'articulation entre eux des différents "mécanismes psychologiques" d'un malade nous est étrangère - non superposable à la nôtre - et donc incompréhensible car s'exprimant dans un langage qui n'est pas (ou qui n'est plus) le nôtre et que nous n'avons aucun moyen d'apprendre?)*

*Je n'ai rappelé tout ce qui précède que pour montrer que les psychothérapies, basées essentiellement sur l'écoute et la parole du malade et du thérapeute supposées réciproquement comprises ("l'échange intersubjectif"!), pourtant ne peuvent être, la plupart du temps, que des dialogues de sourds ou prêter à malentendus.*

*Une majorité de nos thérapeutes et psychiatres s'obstinent néanmoins à préconiser ces psychothérapies et beaucoup d'entre eux s'y adonnent avec complaisance, même quand ils prétendent soigner les malades de*

*schizophrénie. Peut-être se disent-ils: “que pourrions-nous bien faire d’autre”?*

*A leur décharge, reconnaissons que, bien souvent, la schizophrénie fluctuant au fil du temps et ses manifestations pouvant par moments sembler s’atténuer, lors d’un examen superficiel ou peu attentif elle pourrait parfois passer pour une névrose, c’est-à-dire ce qu’on pourrait aussi appeler des “difficultés psychologiques”. Ces dernières peuvent répondre aux psychothérapies, parce qu’elles ne résultent pas d’altérations biologiques irréversibles de la machine cérébrale. Par contre, il n’en va pas du tout de même pour les troubles schizophréniques, mais dans le doute, peut-être les thérapeutes se disent-ils “pourquoi ne pas essayer quand même?”*

*On pense que les psychoses résultent d’altérations cérébrales qu’on aurait jadis appelées “innées” (aujourd’hui dites génétiques, et/ou apparues in utero: développementales), c’est-à-dire très précoces et profondes des structures cérébrales, qui entraînent des anomalies du câblage de nombreux circuits et réseaux étendus de neurones (aujourd’hui, ces anomalies sont confirmées, elles ne sont plus de simples “hypothèses”).*

*Les névroses, au contraire, seraient la conséquence “d’erreurs d’apprentissage” (commises pendant l’enfance, l’adolescence et même à l’âge adulte) nettement plus tardives. Ces erreurs tardives d’apprentissage n’entraînent que des altérations superficielles et **réversibles** ou **modifiables** des neurones de notre écorce cérébrale (au niveau des contacts synaptiques dans ce qu’on appelle le “neuropile”) sans toucher aux longs circuits et réseaux déjà constitués au cours du développement. Ces altérations plus “localisées” sont susceptibles de “corrections” grâce à un apprentissage correcteur approprié (p. ex. les psychothérapies “cognitivo-comportementales”).*

*Ces “corrections” des névroses (et de phobies, p.ex.) sont possibles grâce à ce qu’on appelle la “plasticité synaptique”. Par exemple, les techniques actuelles d’imagerie cérébrale nous permettent d’observer que, chez un musicien exécutant ayant accidentellement perdu un doigt ou en ayant subi l’amputation, grâce à l’entraînement (l’exercice, la rééducation), la surface corticale cérébrale réservée à la sensibilité des doigts voisins du doigt amputé s’étend et en quelque sorte vient empiéter (coloniser) sur les territoires contigus réservés auparavant à la sensibilité du doigt disparu. Des remaniements de même nature surviennent dans les aires cérébrales corticales hébergeant les cellules motrices qui étaient le point de départ de la commande volontaire des mouvements du doigt manquant.*

*De même, la stimulation répétée, c’est à dire l’entraînement, par exemple de la vision, de l’audition, surtout dans le jeune âge, **chez des individus bien***

**portants** (c.-à-d. à vision et audition “normales”), peut s’accompagner d’une multiplication et d’un accroissement du nombre et de la surface active des contacts synaptiques des neurones qu’on pourrait appeler “de première et de seconde lignes” (mais le nombre des neurones eux-mêmes n’en est pas augmenté pour autant). Ceci conduit à un développement de certaines aires corticales cérébrales chez des musiciens virtuoses, par exemple, plus important que chez le commun des auditeurs simplement mélomanes ou musiciens amateurs plus occasionnels. La plasticité synaptique, c’est donc la modification structurale de nos neurones sous l’influence des sollicitations sensorielles leur parvenant de “l’environnement”, qu’il s’agisse d’apprentissage délibéré ou des stimulations spontanément plus ou moins nombreuses selon le milieu dans lequel nous évoluons (on pourrait aussi citer l’exemple de la sensibilité tactile très accrue chez les non-voyants ayant appris la lecture Braille).

Le remodelage - et la multiplication - des connexions synaptiques entre neurones, conduisant à une communication fonctionnelle entre eux est possible dans la mesure où les cibles neuronales disponibles existent bien, et si les terminaisons axonales bourgeonnant et partant à leur recherche ne sont pas trop éloignées de leurs cibles (ces remaniements-là sont ce qu’on appelle la “plasticité neuronale” et non plus la “plasticité synaptique”). Mais encore faut-il, en plus de la proximité, voire de la contiguïté des structures devant entrer en contact les unes avec les autres, que les nouvelles synapses qui se créeraient ainsi soient “compatibles” entre elles du point de vue des médiateurs et des récepteurs synaptiques impliqués de part et d’autre de ces nouveaux contacts.

Quoique la comparaison ne soit qu’une analogie simpliste, songeons p.ex. aux conditions à respecter quand nous voulons intercaler un câble de rallonge entre la prise électrique murale et un appareil ménager trop distant: nous devons veiller à choisir correctement fiches “mâles” et prises “femelles” aux extrémités des conducteurs, le nombre et la disposition des broches et des orifices de raccordement doivent correspondre exactement et on doit s’assurer que les caractéristiques de courant soient correctes de part et d’autre.

On peut même pousser l’analogie plus loin: si, par exemple, une dizaine de fiches étaient disponibles, appartenant à des appareils électriques distincts mais non visibles parce que trop éloignés, raccorder la rallonge à la première fiche accessible n’aurait qu’une chance sur dix d’aboutir au résultat désiré (p. ex. alimenter en courant un appareil précis parmi les dix). Rappelons que, dans l’immense enchevêtrement labyrinthique du cortex cérébral, les possibilités de raccordement sont infiniment plus nombreuses encore que cette pauvre dizaine prise ici pour l’exemple. Par conséquent, la probabilité d’un résultat fonctionnel (utile) consécutif à des migrations neuronales et axonales tardives (prenant place de manière anachronique par rapport au

développement chronologiquement normal) devient très faible, fort peu vraisemblable.

Les apprentissages correcteurs (ce qu'on pourrait appeler la "pédagogie de psychothérapie") sont possibles dans les "névroses", car toute l'infrastructure neuronale qui leur sert de support indispensable est présente au préalable, et les remaniements synaptiques nécessaires s'effectuent sur des distances très courtes.

Dans le cas des maladies psychotiques chroniques, par contre, les atteintes pathologiques portent sur des réseaux et circuits à multiples relais de cellules nerveuses et les faisceaux d'axones des neurones qui s'y projettent proviennent de cellules nerveuses souvent situées à bien plus grande distance. De plus, au sein de ces réseaux, certains maillons sont manquants ou défectueux, privant ainsi de leurs cibles les neurones situés "en amont" - et de stimuli normaux les neurones situés "en aval". Des tentatives de remaniement et de "remodelage" des connexions synaptiques pourront sans doute s'y produire, sous l'influence de stimulations sensorielles, par exemple, mais elles ne pourront pas aboutir à des résultats fonctionnels, les terminaisons axonales ne rencontrant pas, soit des cibles libres, soit des cibles compatibles quant aux médiateurs et aux récepteurs synaptiques qui s'y trouveront en présence les uns des autres.

Le Dr Peter Medawar, prix Nobel de médecine en 1960, rangeait, parmi ceux qu'il condamnait sans appel et qui, selon lui, devraient hanter les enfers de sa "République de Pluton", les thérapeutes qui traitent par psychothérapie les patients atteints d'affections organiques du système nerveux (**Peter Medawar: "Pluto's Republic", p. 1, Oxford University Press, Oxford, New York 1982, reprinted 1983 ISBN 0-19-217726-5**).

En effet, bien des psychiatres et de nombreux "thérapeutes" s'obstinent encore toujours à refuser de comprendre et d'admettre que les troubles schizophréniques sont la conséquence d'altérations cérébrales organiques (c. à-d. matérielles). Ces altérations qu'ils nient ou veulent ignorer, on a aujourd'hui de multiples preuves de leur existence. Le refus de les reconnaître et d'en tenir compte constitue le principal obstacle à une aide efficace et vraiment utile aux malades, et il empêche de progresser dans notre compréhension des maladies mentales.

Chez les tenants du pur esprit considéré comme une chose existant en soi et distincte de la matière, (ils disent: "l'homme n'est pas une machine, même biologique!", sans toutefois dire ce que, selon eux, il serait), l'affirmation de l'organicité des troubles mentaux semble le plus souvent ressentie comme une sorte d'insulte, affreux blasphème ou obscénité insupportable, irrecevable.

Cette conception de "l'esprit" amène nos "psys" à confondre les erreurs de croyances, les erreurs de raisonnement et les déséquilibres émotionnels "de

*l'esprit" dus aux conditions de vie défavorables, non compensés ni corrigés, voire éventuellement aggravés par une éducation inadéquate (les névroses), avec les croyances aberrantes et les incapacités de raisonnement résultant de défauts matériels dans l'organe donnant naissance à "l'esprit" (les psychoses). Pareille confusion est de surcroît encouragée par l'abandon des "névroses" dans le catalogue nosologique U.S. des affections mentales (et ce D.S.M.IV est par ailleurs, mais pour d'autres raisons, fortement décrié par de nombreux de nos "psys" non anglophones).*

*La confusion dénoncée ici est à la base des psychothérapies par la parole. Premier exemple: les psychanalystes, à la suite de Freud, pensent soigner les malades en leur faisant prendre conscience, grâce à une introspection dirigée et orientée, d'événements présumés traumatisants soi-disant vécus dans leur enfance et depuis refoulés dans un hypothétique inconscient (freudien), événements qui seraient à l'origine de leurs problèmes mentaux. Deuxième exemple: les thérapeutes cognitivo-comportementaux imaginent revalider les malades schizophrènes en les rééduquant, par diverses méthodes d'apprentissage: mises en situation, jeux de rôles, etc., etc.*

*Dans l'un comme l'autre de ces exemples, nos thérapeutes se comportent avec les malades schizophrènes comme s'il s'agissait d'enfants "incultes" ou "mal éduqués" ou "dévoyés", dont "l'organe cerveau", parfaitement sain, serait susceptible de répondre très normalement aux "manipulations psychologiques" ou "pédagogiques" (ces dernières assimilables aux conditionnements classique et opérant). Ils ne semblent pas comprendre la différence fondamentale qu'il y a entre le cerveau bien construit mais "mal éduqué et mal entraîné" d'un ignorant ou d'un névrosé et le cerveau "malade et endommagé" d'un malade psychotique.*

*Le premier type de cerveau peut, toutes proportions gardées, être rééduqué par des méthodes "habituelles" d'enseignement apparentées à celles qu'on mettrait en oeuvre pour éduquer un "primitif" ou un "sauvage" entrant pour la première fois en contact avec une de nos sociétés dites "évoluées".*

*Nos "psys" devraient se rendre compte que, par contre, face à un cerveau "abîmé" de malade psychotique, seules des méthodes originales apportant une aide pratique, continue et concrète et non plus abstraite (pas simplement épisodique et contemplative), spécialement adaptée à chaque pathologie individuelle, permettraient à ces malades de parvenir à plus ou moins bien se débrouiller parmi nous. Mais on semble s'obstiner à parler aux malades sans en être compris, et à affecter de les écouter sans réellement les comprendre bien qu'on le prétende: on se rend ainsi intéressant à un certain public et sans doute à soi-même, mais ce n'est pas de cette façon qu'on aide réellement les malades.*

*Aujourd'hui, les successeurs de Freud entendent enfin parler de la "plasticité*

*du cerveau” et, par peur sans doute de paraître dépassés par les neurosciences qu’ils ont toujours méprisées et ignorées, ils prétendent les récupérer. Certains d’entre eux vont même jusqu’à essayer de faire croire que “les neurosciences démontrent la psychanalyse”(!!), que “l’esprit modélise le corps” (??), que “le système nerveux grandit à la demande”, que “la gymnastique ... entraîne surtout un accroissement du nombre des cellules [nerveuses]...”, etc., etc., tout cela et autres fantaisies du même tonneau à coups de références à des lectures mal digérées ou peut-être même lues seulement par procuration, et à coups de citations délibérément mal interprétées et détournées de leur sens premier. Tout cela pour tenter d’étayer tant bien que mal (et plutôt fort mal!) leur mythologie en perte de vitesse et qui s’effondre. Leurs discours dépourvus de sens montrent bien qu’ils n’ont encore pas compris grand-chose aux neurosciences, mais sans doute n’est-ce pas là ce qui les a jamais intéressés vraiment, pas plus aujourd’hui que depuis plus d’un siècle.*

*Les “psychothérapies” consistant en “écoute”, par le “thérapeute” de la “parole” des malades schizophrènes ne sont que des simulacres de rituels dont les effets se limitent à l’adoption et à l’emploi par les malades, à la longue et à force de répétition, d’un vocabulaire et d’une phraséologie creuse, psittacisme vide manifestement emprunté à leurs thérapeutes. Quelle que soit la durée de cette sorte de “thérapie”, elle n’améliore aucunement l’état mental des malades schizophrènes et ne leur apporte, en pratique, aucune aide. On peut dire que ces “psychothérapies”-là ne sont que de la contemplation, par les thérapeutes, des divagations verbales de leurs patients, divagations qui, à leur tour, alimentent les rêveries de ces auditeurs purement imaginatifs mais aussi maîtres à se suggestionner (tant soi-même que leurs clients) que sont les “analystes”.*

*Pareilles “séances” chez le “psy” peuvent, souvent peut-être et plus qu’en apparence, soulager des **personnes névrosées**, car celles-ci peuvent ainsi se confier à un auditeur bienveillant qui, au moins en principe et ouvertement, s’abstient de les juger et fait preuve d’une absolue discrétion quant à ce qu’il entend. Le fait de parler sans contrainte avec un auditeur plutôt passif (“neutre” ou “impartial”), plutôt que de se “parler à soi-même et tout seul” oblige la personne qui parle à mettre de l’ordre dans ses idées, ne serait-ce que pour faire un récit cohérent et compréhensible à elle-même. Cette démarche et cet exercice peuvent suffire pour que la personne qui les entreprend prenne d’elle-même conscience des “raisons psychologiques” de ses problèmes et parvienne ainsi à leur trouver les solutions qui lui semblent lui convenir.*

*Entre nous, d’autres confidents qu’un “psy” pourraient vraisemblablement et en principe tout aussi bien convenir pour tenir un rôle d’auditeur au moins aussi attentif, mais on se confiera souvent plus volontiers à un étranger, de*



*surcroît réputé professionnel (dépositaire du savoir), face auquel on éprouvera un rassurant sentiment d'anonymat et dont on sait que les risques de le fréquenter encore à l'avenir sont très faibles, une fois la "cure" enfin terminée (ou abandonnée).*

*Les psychothérapies cognitivo-comportementales pour les schizophrènes se veulent moins platoniques, moins contemplatives et peut-être moins spéculatives que les autres. Elles se veulent donc plus actives, plus interventionnistes. Elles prétendent inculquer aux malades des "habilités" (anglicisme franco-canadien: comprenez des habiletés ou un savoir faire, ou des "compétences") comportementales et sociales leur permettant de se réinsérer dans la vie sociale et économique de la société dite "normale" en s'y sentant dès lors intégrés, c'est à dire sans éprouver le sentiment d'en être exclus ou rejetés. Les psychothérapeutes franco-canadiens parlent à ce propos de "réhabilitation", autre anglicisme signifiant revalidation, mais, dans les pays francophones éloignés du continent nord-américain, ce mot n'a pas le même sens, ce qui encourage à accréditer la légende stupide de la stigmatisation des schizophrènes en laissant croire qu'il faudrait réhabiliter les malades d'une condamnation judiciaire erronée. Les "psys" francophones qui utilisent ce terme feraient peut-être oeuvre utile et peu fatigante en réservant son usage aux personnes condamnées par les tribunaux, et en parlant d'efforts de revalidation quand il s'agit des malades schizophrènes qu'on tente de "réinsérer" dans la société des bien portants.*

*A la suite de certains socio-psychologues et autres théoriciens (à la traîne de leurs homologues U.S. et canadiens pionniers en ce domaine), certains représentants de nos pouvoirs publics affirment habituellement que le meilleur témoin de la réintégration sociale d'une personne, précédemment exclue de la société, est sa participation à une activité de travail rémunéré, ce qui devrait constituer, à ses propres yeux, un élément de "revalorisation personnelle" en même temps que de "promotion sociale" (notons en passant qu'en même temps, nos responsables politiques s'abstiennent alors de mentionner les chômeurs, bien portants mais défavorisés, même si souvent, chez nous, on tente de tout mélanger et de les faire passer pour des personnes ayant une "mauvaise santé mentale"...)*

*C'est cet objectif de "réhabilitation" que parfois notre ministre de la Santé, des Affaires sociales, etc., etc., croit pouvoir assigner à des "projets pilotes" destinés, paraît-il, à "réintégrer les malades mentaux dans le 'circuit normal' du travail" (sic), mais ce ne sont là que des voeux pieux dont personne, y compris nos ministres, de toutes façons ne se donne les moyens de les exaucer.*

*Des ateliers dits "protégés" ont été créés pour permettre à des personnes, handicapées à divers titres, de travailler dans des conditions compatibles avec leur(s) handicap(s).*

*Les statistiques des organismes publics gérant l'emploi montrent que, jusqu'à présent, les malades psychotiques, même lorsque les psychiatres les déclarent "stabilisés, ne parviennent pas à se maintenir dans ces ateliers protégés. En fait, quand il s'en trouve, aucun malade prétendument "stabilisé" ne s'y maintient plus de quelques mois. Ce constat jette un doute, non seulement sur l'efficacité des méthodes de "réhabilitation" des malades, mais aussi sur leur mise en pratique effective dans la partie francophone de notre pays.*

*Chez nous, les efforts annoncés pour la revalidation des malades schizophrènes se basent sur les théories "cognitivo-comportementales" (behavioristes) qui postulent qu'il est possible de modifier les comportements (et donc les processus de pensée?) des malades et ainsi rendre à nombre d'entre eux des capacités suffisantes pour reprendre une place effective dans la société. Les psychiatres et psychothérapeutes "cognitivo-comportementalistes" affirment qu'ils procèdent à une évaluation aussi précise que possible des déficits et capacités des malades schizophrènes dans le domaine des relations sociales et interpersonnelles, de l'hygiène personnelle, du comportement en société, etc. Pour parvenir à ces évaluations, ils disent se baser sur l'observation de leurs patients dont ils comparent les éléments constitutifs du comportement à des "échelles d'évaluation", protocoles codifiés résumés dans des formulaires. Ils croient prendre ainsi ce qu'ils appellent très sérieusement (?!) une "mesure qualitative" (sic) du fonctionnement des malades, ce qui ensuite, par comparaison, leur permettrait de mesurer les progrès obtenus par les malades grâce aux apprentissages d'habiletés" mis en oeuvre par le programme de "réhabilitation" (Favrod, J. "Entraînement des habiletés sociales". Internet, Rehab InfoWeb 03/06/1999).*

*Les apprentissages dont il est question reposent principalement sur le conditionnement opérant (appelé parfois aussi le conditionnement "instrumental") dont les découvreurs ont été les psychologues américains E. Thorndike et B.F. Skinner. Ce conditionnement, **réflexe**, consiste à associer, dans l'esprit de la personne qui apprend, une situation et des circonstances rencontrées avec un comportement qu'elle adoptera. On l'aura encouragée à adopter un comportement donné, parmi d'autres possibles, à chaque répétition d'une situation vécue ("fabriquée" et mise en scène par les thérapeutes): soit par un "renforcement positif" (une récompense), soit au contraire par un "renforcement négatif" (une punition) si le comportement adopté est considéré comme inadéquat.*

*Pour obtenir le conditionnement, il faut que le temps qui sépare l'action (la réaction à la situation vécue) du renforcement correspondant soit le plus bref possible. Il faut aussi que le renforcement se répète à chaque fois. Si le renforcement (récompense ou punition) n'est pas maintenu, le comportement qu'il "renforçait" disparaît (c'est ce qu'on appelle "l'extinction"). Quoiqu'il soit aussi de nature **réflexe**, le conditionnement opérant diffère du conditionnement "classique" (selon Pavlov) en ce qu'il fait intervenir la*

**motivation**, c'est-à-dire la volonté du sujet et sa prévision de la conséquence de ses actes: que le sujet en soit conscient ou non, il adopte un certain comportement parce qu'il **espère** la récompense qu'il **prévoit**, ou parce qu'il **désire** éviter la punition (qu'il **anticipe**).

Les psychiatres prônant, pour les malades schizophrènes (dont, fort souvent, la motivation est très affaiblie), la revalidation par l'approche "cognitivo-comportementale" prétendent, à l'appui de cette approche, que la motivation n'interviendrait pas dans le conditionnement opérant. "Car", m'a fait dire l'un d'entre eux, "des pigeons ont bien appris à jouer au ping pong!", sous-entendant que, bien évidemment les pigeons n'ont aucune motivation pour ce jeu. Cet éminent psychiatre canadien - que je ne nommerai pas - prudemment omettait de mentionner les grains de maïs et d'autres céréales distribués aux pigeons en guise de renforcement!

Nous avons là un bel exemple de récupération tendancieuse par certains psychiatres des travaux du psychologue Skinner sur ses pigeons. Ils prennent **dressage** pour **apprentissage délibéré**. Ils oublient l'obligation de maintenir les indispensables renforcements pour éviter l'extinction des réponses réflexes. Ils substituent la motivation durable et réfléchie du dresseur (du dompteur) à celle de l'**animal** dressé; cette dernière n'est qu'immédiate, passagère, liée à la récompense du moment. Confondre ainsi dressage et apprentissage **réfléchi**, c'est-à-dire **prévoyance** (un des privilèges de l'être humain normalement conscient), c'est assimiler, en effet sans grande réflexion ni respect pour leur humanité, les malades à des animaux de cirque. C'est croire de plus que les animaux dressés continueraient bien d'exécuter leur numéro de singes savants, d'initiative et en l'absence du dompteur. Certain dressage est concevable et peut-être admissible chez le petit enfant. Mais, très tôt déjà, l'apprentissage suppose la capacité de décider, de soi-même, de chaque action à entreprendre pour accéder à un but plus ou moins éloigné qu'on s'est assigné et dont on a relevé les étapes du chemin qui y mène, et il suppose aussi la capacité de maintenir le cap sur l'objectif final ("En nous proposant des buts et en constituant des agendas [des programmes d'action - ndlr], nous échappons aux contraintes chaotiques du comportement réflexe en réponse aux stimuli et aux récompenses. Ceci ne veut pas dire que les réflexes conditionnés, que ce soit du type Pavlov ou du type opérant selon Skinner, n'existent pas. Si, ils existent. Oui, Professeur Skinner, le comportement est, en partie, déterminé par ses conséquences. Mais c'est la conscience qui nous aide à prévoir précisément ces conséquences, et ainsi c'est elle qui privilégie les bonnes décisions en modelant notre comportement à partir de l'intérieur." J.A. Hobson, op. cit., p. 220). Ce sont précisément la motivation et les capacités de prévision (ou de prévoyance) qui sont le plus fréquemment détériorées chez les malades schizophrènes.

Une autre erreur fondamentale des psychiatres et psychothérapeutes "cognitivo-comportementalistes" consiste à croire que les comportements "appris" en réaction à des situations particulières spécialement mises en

*scène, ou lors de jeux de rôles, sont, comme ils disent, “généralisables” par les malades aux autres situations susceptibles de se présenter à eux, de façon aléatoire, dans la vie de tous les jours.*

*Pareille “généralisation” est habituellement acquise chez les personnes bien portantes, parce que leur “théorie de l’esprit” est intacte, et parce que les personnes bien portantes sont capables, très automatiquement, “instinctivement” pourrait-on dire, de percevoir les multiples **analogies** qui existent entre situations néanmoins différentes, ou les différences particulières survenant dans des circonstances pourtant généralement comparables; de plus, les “neurones-miroirs” de leur cortex frontal leur permettent d’interpréter instantanément les intentions probables et les gestes de ceux qu’elles côtoient.*

*Il est toutefois fort vraisemblable que, de manière comparable à ce qu’on peut observer chez certains patients autistes, les “neurones miroirs” du cortex frontal de nombreux malades schizophrènes présentent des déficits qui handicapent les malades dans cette tâche de “généralisation” des apprentissages: ils en restent alors à des réflexes stéréotypés mal adaptés aux situations et événements auxquels ils doivent faire face.*

*Nous devons toujours avoir présent à l’esprit le fait que nous évaluons toutes les situations dans lesquelles nous sommes plongés au moyen, au moins en partie, de comparaisons des analogies - et des différences - qu’instantanément (et inconsciemment) nous faisons entre les situations présentes et les souvenirs que nous gardons de situations passées, comparables ou non.*

*Pour ensuite justifier nos actions et nos comportements dans telles ou telles circonstances, nous ne parvenons à en exprimer les analogies et les différences que par d’autres analogies de langage et par des métaphores, et c’est ainsi qu’habituellement on les “explique” aussi aux malades.*

*Nous oublions, comme aussi la plupart des psychothérapeutes (ceux que j’ai rencontrés comme ceux que j’ai lus), que, dans le langage, les analogies et les métaphores ne sont reçues qu’au premier degré par un grand nombre de malades schizophrènes, ce qui leur en rend le sens que nous leur prêtons totalement inaccessible.*

*Dans la réalité, c’est la multiplicité des différences et des analogies caractérisant une situation donnée qui rend la “rééducation” ou “revalidation” par l’entraînement et “l’apprentissage” des malades schizophrènes aléatoire. L’attention déficitaire des malades ne parvient que fort difficilement à faire l’inventaire instantané et correct de cette multiplicité, et elle ne parvient pas non plus à classer assez rapidement les particularités identifiées d’une situation en ordre tant chronologique que de leurs importances relatives respectives.*

*C'est pourquoi les "apprentissages" de revalidation, tels que parfois on imagine d'en faire l'éloge (en Belgique, cela ne va guère plus loin que les propositions platoniques et une "promotion virtuelle" ou publicitaire de "programmes inappliqués"), ne produisent habituellement que des réactions réflexes assez frustes et stéréotypées ne répondant pas adéquatement aux impératifs des échanges sociaux complexes que chacun de nous doit anticiper dans la vie quotidienne (pour des exemples, voyez R.P. Lieberman: *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*. Longwood Division. Allyn & Bacon 1991, ISBN 0-205-14557-4; R.P. Lieberman, K.T. Mueser: *Social Skills Training for psychiatric Patients*, Longwood Division, Allyn & Bacon, 1991, ISBN 0-205-14407-1).*

*Les difficultés rencontrées pour "réhabiliter" les malades schizophrènes sont connues depuis longtemps et ont été signalées à diverses reprises (v. p.ex. McGlashan, T.H., Heinssen, R.K., Fenton, W.S.: "Psychosocial Treatment of negative Symptoms in Schizophrenia." In: Andreasen, N.C. (éd.): *Schizophrenia: Positive and negative Symptoms and Syndromes. Mod. Probl. Pharmacopsychiatry* 24, pp. 175-200. Basel, Karger 1990. ISBN 3-8055-5050-2 ).*

*Ces auteurs nous disent fort clairement: "Nous avons cependant trouvé que nos patients n'avaient pas atteint un niveau de vie indépendante qui fût significativement plus élevé que quand le [programme de] groupe avait commencé [un an auparavant]. Bien qu'un certain apprentissage ait eu lieu, l'objectif consistant à leur faire acquérir des tâches d'apprentissages complexes et à les leur faire reproduire de manière autonome, après un an de traitement comportemental, s'est avéré exagérément ambitieux [...]*

*Le but thérapeutique à atteindre dans de pareils cas est de favoriser des niveaux croissants d'autonomie dans le contexte du lieu d'asile. Créer un environnement qui s'adapte aux déficits des patients peut libérer ce qui leur reste effectivement de capacités fonctionnelles et leur permettre de vivre le changement et une certaine croissance dans ces domaines de compétence. Les soutenir d'une main, les guider de l'autre, telle est la dialectique à laquelle il faut s'accrocher." (souligné par moi)*

*Dans notre pays, toutefois, même pareils essais ne sont guère tentés. Dans quelques rares "lieux d'accueil", on se borne tout au plus à "inculquer" quelques réflexes simples de politesse élémentaire (dire "bonjour", "excusez-moi", etc.) qui, souvent ensuite, sont utilisés hors de propos par les malades.*

*Croire que quelques comportements réflexes simples, lentement et laborieusement acquis mais souvent fugaces, suffiraient à faire "refonctionner" les malades schizophrènes dans une société complexe culturellement, économiquement et socialement, c'est en quelque sorte commettre, dans le domaine psychologique cette fois, la vieille erreur de Lamarck dans le domaine de l'évolution des espèces. Lamarck croyait que "la fonction crée l'organe". Les psychiatres "cognitivo-comportementalistes" voudraient-ils croire et nous faire croire avec eux que les comportements*

*réflexes “appris” vont créer chez les malades le désir, la volonté de s’en servir?*

*Ils voudraient nous persuader que des attitudes réflexes vont insuffler aux malades la motivation pour faire les efforts soutenus nécessaires à leur réinsertion et à leur maintien dans la société. Ils s’imaginent que ces comportements réflexes leur feraient retrouver l’intérêt pour les échanges sociaux dont leurs handicaps les privent (alors que c’est la maladie qui leur en a ôté tant le désir que les moyens). En d’autres termes, “**la capacité créerait le besoin**”. Nous savons qu’au contraire, c’est le besoin qu’on en éprouve qui encourage à explorer l’existence - ou l’absence - de capacités dont on souhaite se servir. Aurions-nous ici un nouvel exemple de confusion entre causes et effets, cette fameuse causalité circulaire chère à certains?*

*(Certains psychiatres psychanalystes ont même une imagination de mauvaise science fiction plus débridée encore: ils prétendent que le cerveau recèle plus de potentialités que nous n’en utilisons, ce qui n’est qu’un mythe d’ailleurs depuis longtemps discrédité, et ils croient aussi que “le cerveau grandit à la demande”(sic), sous l’influence des stimuli extérieurs. Cela pourrait ressembler, par analogie, à l’idée selon laquelle, par exemple, la perte accidentelle d’un bras, entraînant l’hypertrophie musculaire compensatoire du bras restant, on serait dès lors autorisé à faire passer cette hypertrophie du bras restant pour une repousse du moignon du côté opposé. Il est toutefois difficile d’imaginer en quoi pareille hallucination intellectuelle prouverait la prescience que la psychanalyse aurait eu des neurosciences actuelles et les démontrerait. vide G. Pommier, *Comment la Psychanalyse démontre les Neurosciences*. Flammarion, Paris 2004, ISBN 2-08-210369-2).*

*Qui dit apprentissage, rééducation, revalidation, implique nécessairement éducation, enseignement. Tout enseignant - aimant son métier et y croyant - sait que l’échec se combat en adaptant la pédagogie à la personnalité, à l’âge et aux capacités des enseignés, et non pas en voulant forcer ces derniers à se couler tous, indistinctement, dans un même moule rigide établi à l’avance: “Ceux qui, comme porte notre usage, entreprennent d’une même leçon et pareille mesure de conduite, régenter plusieurs esprits de si diverses mesures et formes, ce n’est pas merveille si, en tout un peuple d’enfants, ils en rencontrent à peine deux ou trois qui rapportent quelque juste fruit de leur discipline” (Montaigne: *Essais*, Livre I, chap. XXVI).*

*Dire qu’il n’y a pas deux malades pareils est une banalité. Les combinaisons et constellations de signes, symptômes et déficits sont innombrables. Le degré de sévérité des atteintes individuelles et, par conséquent, le niveau des capacités conservées en dépit de la maladie sont, eux aussi, très variés. Les efforts de revalidation, sous peine de courir à l’échec garanti, ne peuvent ignorer cette diversité. Pourtant, les “questionnaires d’évaluation” parfois*

*utilisés par les thérapeutes, qu'ils soient "cognitivo-comportementalistes" ou autres, ne témoignent d'aucun souci réel de connaître vraiment le malade: on ne se préoccupe nullement de sa véritable histoire personnelle: de ses goûts, de ses sujets d'intérêt, de ses capacités, de son parcours scolaire, de ses hobbies, de ses habiletés **avant qu'il ne tombe malade.***

*La constatation suivante est plus affligeante encore. Dans notre pays, bien qu'on parle abondamment de psychothérapies de revalidation, destinées aux malades schizophrènes, par exemple (mais on ne fait qu'en parler), jamais il n'est fait appel, par les professionnels ayant à s'occuper de ces malades, à des tests neuropsychologiques fiables et reproductibles parce qu'éprouvés scientifiquement, portant sur les caractéristiques psychologiques et les capacités mentales cognitives de ces patients. On ne se préoccupe aucunement de tester les déficits de leur "théorie de l'esprit"; on ne tente pas d'évaluer leur capacité d'interpréter les expressions idiomatiques et les idiotismes propres à leur langue maternelle; on ne cherche pas à savoir quelle compréhension ils ont des analogies et des métaphores. On n'essaye pas de savoir quelles sont leurs capacités d'empathie;*

*je n'ai encore ni rencontré ni lu aucun psychothérapeute ou psychiatre de chez nous qui aurait convaincu ni même seulement tenté de conseiller à un de ses patients schizophrènes de tenir un journal intime. Ne pourrait-on pas imaginer que cela serait peut-être d'une utilité thérapeutique au moins aussi plausible que le "dialogue intersubjectif" de par la relecture que cela permet? Etc., etc.*

*Par conséquent, quand on prétend se préoccuper chez nous de "soigner" par "psychothérapie" un malade mental psychotique chronique, personne ne semble encore capable de décider, en fonction de sa personnalité et des particularités de son affection, quelle serait la "psychothérapie" qui serait, a priori, peut-être la plus recommandable et la plus prometteuse dans son cas. Par conséquent aussi et pour les mêmes raisons, l'évaluation fiable de l'efficacité probable et du caractère durable d'éventuels effets d'une "psychothérapie" (forcément quelconque) qu'on prétendrait avoir ainsi mise en oeuvre au hasard n'est, elle aussi, qu'un objectif inaccessible.*

*Il semblerait bien qu'aujourd'hui encore, dans le domaine des maladies mentales, nos professionnels en soient restés à une philosophie n'ayant guère évolué depuis Platon. Ce grand philosophe grec antique ne se souciait aucunement de tirer des conclusions de sa réflexion contemplative, d'en voir d'éventuelles conséquences pratiques, ni d'en envisager de possibles applications utiles dans la vie réelle. Cette attitude ne vous rappelle-t-elle rien dans notre vie actuelle?*

*Quoi qu'il en soit, les professionnels qualifiés capables de procéder à des évaluations fiables des fonctions mentales des malades, compétents pour préconiser et mettre en oeuvre des techniques psychothérapeutiques vraiment*

*novatrices semblent ne pas exister chez nous, peut-être parce qu'ils ne recevraient pas la formation adéquate. Peut-être encore la volonté politique n'existerait-elle pas non plus de mettre à disposition des institutions psychiatriques les moyens financiers de faire appel à eux, si du moins pareils professionnels se trouvaient chez nous.*

*Il en résulte un remarquable dilettantisme, une aimable et souriante (compatissante?) "pifométrie" artistique qui caractérise les "appréciations", "jugements" et affirmations des psychiatres sur l'état de leurs patients. Dans nos institutions psychiatriques où les malades chroniques sont hospitalisés, les **opinions et croyances** des "médecins traitants" sur leurs malades sont, en principe, consignées dans le dossier médical de chaque patient. Quand ce dossier est "bien tenu" et régulièrement mis à jour (?), on peut souvent penser que son contenu se résume et se limite, essentiellement, à une paraphrase stylistique, éventuellement enjolivée - involontairement ou non - par l'imagination du psychiatre, des rapports que lui ont fait les infirmiers, eux qui ne sont pas des littérateurs manqués, eux qui sont les seuls à vraiment être en contact permanent avec les patients et ne se piquent pas de littérature. Mais les infirmiers psychiatriques, et ceci n'est surtout pas une critique à leur égard, seulement un regret, sont bien trop peu nombreux, ils ne sont malheureusement pas psychologues cliniciens, ils ne sont pas non plus logopèdes ni pédagogues spécialisés, et on tient fort rarement compte de leur expérience et de leurs avis dans les décisions prises au niveau politique.*

*Conclusions de ces trop longues considérations: ce qu'on regroupe habituellement sous la dénomination de psychothérapies n'a, selon moi, que fort peu sinon aucune utilité pour les malades schizophrènes eux-mêmes, et je suis reconnaissant à la mémoire de ce grand scientifique et humaniste qu'était Peter Medawar de pouvoir le rejoindre sur ce point.*

*Les psychothérapies, de toute évidence, sont utiles aux psychothérapeutes, puisque, depuis qu'elles existent, elles leur permettent d'en tirer leur subsistance et, de surcroît, de se donner, à leurs propres yeux comme à ceux du public, une image relativement flatteuse de bienfaisance.*

*Les psychothérapies peuvent aussi s'avérer utiles aux personnes empêtrées dans divers problèmes psychologiques, ces problèmes qu'on s'obstine à tort à qualifier de mauvaise "santé mentale".*

*Mais les malades schizophrènes, eux, ont besoin d'une véritable aide pratique, sous forme d'un accompagnement, d'un encadrement attentif et attentionné, ce qui est aux antipodes des discours psychothérapeutiques.*



## VII. Comment se comporter avec le malade <sup>9</sup> (tout en tenant compte de sa maladie)

Tout d'abord et de manière générale, on peut dire que les souffrances du malade et de la famille peuvent être atténuées par:

- Un diagnostic **aussi précoce que possible** <sup>1</sup> de l'affection et l'instauration, dès le début des troubles, d'un traitement médicamenteux rationnel, approprié et correctement surveillé (suivi);
- la **reconnaissance** <sup>2</sup> de la maladie comme un fait accompli, et ceci par tous: par le malade lui-même dans la mesure du possible, mais aussi par tous les membres de la famille, les proches, les amis, les familiers. Comme on l'a déjà dit, cette admission ne constitue aucunement la reconnaissance d'une culpabilité ou d'une faute commise dans l'éducation que ses parents auraient donné à l'enfant et dont ils devraient avoir honte. Le mode de vie mené précédemment par le malade, ou les événements peut-être parfois considérés comme plus ou moins "exceptionnels", ne sont pour rien dans l'apparition de la "maladie" (ne l'ont pas causée). Tenter de dissimuler l'affection (ou refuser de la voir) est "contre-productif".
- Le malade, ses proches et les soignants doivent recevoir des professionnels une **information objective** <sup>3</sup>, correcte, compétente et aussi complète que possible au sujet de la "maladie";
- Un traitement médicamenteux correct, rationnel, continu (surtout sans interruptions!) est **indispensable, même si le malade s'y oppose!** <sup>4</sup>
- Le malade doit se soumettre à des contrôles médicaux réguliers (ce qu'on appelle le "suivi");
- La famille, l'entourage, les familiers, les amis doivent se serrer les coudes: ils doivent soutenir activement le malade, l'encourager, l'aider, et s'entraider eux-mêmes. L'entourage dans son ensemble doit savoir que chacun devra désormais aménager et organiser sa vie différemment de ce qu'elle était par le passé, ce à quoi la plupart des "psys", du moins dans notre pays, ne semblent pas accorder l'intérêt ni l'importance que pourtant cela mériterait.
- Dans la mesure du possible, il faut tenter de maintenir le malade au sein de sa famille, dans un environnement aussi stable, constant et calme (voire "monotone" !) que possible.

Pareilles "recommandations" sont, bien sûr, trop générales, vagues et fort théoriques en regard de la multiplicité des cas individuels. Elles ne peuvent bien évidemment pas toujours être suivies telles quelles en pratique, et chacun

peut facilement imaginer que leur mise en oeuvre dépend étroitement du degré de sévérité des manifestations de la maladie, d'une part, et des conditions de la vie familiale d'autre part: la présence ou non d'une fratrie, l'âge de ses membres, l'activité professionnelle des parents, présents ou non à la maison, etc., etc.

## VII - 1. Quelques conseils pratiques, quand même

“I suspect that there are just two sorts of lawyers:  
those that spend their efforts making life easy for  
other people - and parasites.”

Robert Heinlein (Friday, p.310; N.E.L. 1982/1983.  
ISBN 0-450- 05549-3 )

“Je soupçonne qu'il n'y a que deux sortes d'avocats:  
ceux qui consacrent leurs efforts à aider les autres - et  
les parasites.” (Quant à moi, je soupçonne qu'on  
pourrait sans inconvénients substituer le mot de  
“psys” à celui d' “avocats” - J.D.)

A la première apparition de signes et symptômes précoces, comme ceux décrits précédemment, consultez donc un médecin généraliste: de préférence un médecin auquel vous avez déjà eu recours, dont vous n'avez eu, précédemment, qu'à vous féliciter, qui donc vous connaît et en qui vous avez toute confiance (dans la mesure du possible, ce devrait être le médecin de famille, mais nous savons bien, en dépit d'une floraison d'enquêtes abusivement qualifiées d' “études scientifiques” commanditées par nos “autorités sanitaires” belges, que pareils médecins risquent bien d'appartenir à une espèce menacée d'extinction imminente).

Ce médecin, après avoir écouté votre histoire et examiné “physiquement” votre proche malade - et conversé avec lui - , vous orientera, s'il l'estime nécessaire, vers le spécialiste psychiatre que lui-même il connaît et qu'il estime le plus compétent pour s'occuper de votre parent. Si la consultation chez ce spécialiste ne vous satisfait pas et qu'une relation de confiance ne s'établit pas entre vous, n'oubliez pas que vous avez parfaitement le droit d'encore consulter ailleurs.

Souvent, le malade ne s'estime pas malade et ne voit aucune raison de se faire examiner et traiter par un médecin. On peut donc avoir beaucoup de mal à le convaincre d'aller voir un psychiatre à son cabinet et, d'autre part, les psychiatres belges qui, dès la première prise de contact par les proches, acceptent de se rendre au domicile d'un malade sont encore fort rares chez nous. Certains d'entre eux vont même jusqu'à prétendre que **cela leur est interdit** <sup>5</sup> par les accords passés avec les médecins généralistes et avec

l'INAMI (l'Institut National d'Assurance Maladie et Invalidité); (renseignements pris, c'est inexact, ce qui semblerait plutôt traduire (trahir) leur répugnance à se déplacer hors de leur cabinet de consultation).

C'est pourquoi il faudrait toujours, dans un premier temps au moins, recourir d'abord au médecin généraliste (si possible le médecin de famille). Ce dernier vient au domicile du patient et on peut trouver à sa visite divers prétextes (réels voire fictifs ou "fabriqués") pour la faire accepter par le malade. Elle risque alors moins de soulever des objections de la part du malade (que s'il devait se rendre au cabinet du médecin).

D'autre part, le médecin voit ainsi le malade dans son cadre de vie, dans sa famille, il peut confronter dans son esprit les affirmations du malade avec celles de ses proches et avec les interprétations que ceux-ci en donnent. On ne peut pas oublier que les membres de la famille sont les seuls qui puissent donner au médecin, sur l'état de leur proche et son évolution dans le temps, les éléments d'appréciation indispensables pour décider de s'orienter vers un diagnostic relevant ou non de la psychiatrie. De plus, c'est lui, un médecin, qui sera en quelque sorte votre ambassadeur chez le psychiatre, souvent on l'écouterà plus attentivement (que des membres de la famille, surtout s'ils sont affolés et incohérents à la suite de l'une ou l'autre "crise" de leur malade).

Si vous vous adressez directement au médecin psychiatre: écrivez-lui pour solliciter le rendez-vous. Dans cette lettre, décrivez clairement, de manière simple et dans l'ordre chronologique, les faits observés chez votre patient malade, et les raisons de votre inquiétude. A ce stade d'une première lettre, évitez cependant de "pondre" un long "roman" dans lequel le psychiatre risquerait de se perdre et peut-être de perdre patience: tenez-vous en à l'essentiel. Si besoin est, faites-vous aider pour rédiger cette lettre. Elle fournira au psychiatre des éléments précieux pour établir son diagnostic et, en même temps, le convaincra de la nécessité de collaborer non seulement avec le malade, mais aussi avec la famille.

Si le psychiatre auquel d'emblée vous vous adressez exige, pour accepter de s'occuper de votre proche, que ce dernier en fasse lui-même et spontanément la demande (et, éventuellement, si ce psychiatre refuse de vous recevoir vous-même, **avec votre proche ou en dehors de lui** <sup>6</sup>): adressez-vous à un autre psychiatre.

La plupart des milieux psychiatriques actuels de chez nous cultivent l'opinion selon laquelle il faut, autant que possible, **limiter la fréquence et la durée** <sup>7</sup> des séjours des malades schizophrènes en institution psychiatrique. Par conséquent, ce sont les membres de la famille et l'entourage qui, commis d'office "soignants psychiatriques à domicile" et vivant, en principe en permanence avec leur malade, doivent veiller à la prise régulière des médicaments, assurer l'encadrement des "soins" (?), aménager l'environnement du malade et le leur de manière que la vie de tous reste

supportable. On prétend et on veut faire croire que cette politique de “soins ambulatoires” (?) conduirait à une diminution des rechutes de la maladie et à une réduction du nombre et de la durée des hospitalisations. Cependant, les membres des familles ne seront capables de s’acquitter correctement de ces tâches de soignants, nouvelles pour eux, que s’ils comprennent parfaitement la nature de la maladie. Il faut donc la leur expliquer clairement et les mettre au courant de l’état de leur malade et de ce qu’il implique.

Cela suppose de leur donner de nombreuses explications demandant beaucoup de temps pour être correctement transmises et pour qu’on puisse s’assurer qu’elles ont été utilement assimilées, même si elles sont globalement assez simples (n’oublions pourtant pas que certains “enseignants” affectent d’y consacrer plusieurs dizaines d’heures de cours à l’intention de soignants professionnels pourtant présumés déjà “avertis”!)

Nous nous doutons bien que, même avec la meilleure bonne volonté du monde, aucun psychiatre, serait-il aussi bon pédagogue qu’on puisse le souhaiter, ne pourrait consacrer autant de temps de sa consultation privée à instruire chacune des familles de sa patientèle et à vérifier qu’elles auraient assimilé cette information de manière à s’en servir au mieux pour le cas particulier de leur malade “personnel”. Ne vous étonnez donc pas si vous avez parfois l’impression que votre psychiatre vous laisse dans une certaine ignorance.

La présente brochure a justement été rédigée pour aider les proches de malades schizophrènes. En leur fournissant quelques explications simples mais essentielles sur “la” maladie, elle devrait les aider à la dominer et à s’organiser au mieux autour du malade. Ces quelques pages devraient aussi épargner au (x) psychiatre(s) le temps qu’il(s) aurai(en)t du mal à consacrer aux familles pour leur donner lui-même (eux-mêmes) toutes les informations pourtant jugées indispensables. On peut espérer que, ainsi informées, les familles pourront d’autant plus facilement convaincre le(s) psychiatre(s) de leur rôle essentiel de partenaires soignants à part entière et pleinement responsables.

Pour pouvoir tenir ce rôle capital correctement, les familles peuvent et même doivent partager le secret médical (et, bien sûr, le respecter), et ne rien ignorer de l’état de leur malade. Si le psychiatre traitant prétexte d’une “déontologie” (en réalité pervertie) pour soi-disant “préserver une relation privilégiée de confiance et de confidentialité établie avec son patient grâce au secret médical”, s’il refuse dès lors de recevoir les membres de la famille et de les informer sur la nature de la maladie, de les tenir au courant de l’état de leur proche, c’est alors le moment de lui rappeler que **le “secret médical” doit toujours s’appliquer en faveur du malade (servir ses intérêts) et certainement pas à son détriment.** Or il est évident que l’ignorance de la famille ne peut qu’empêcher cette dernière de tenir utilement son rôle de

soignants; cette ignorance est très préjudiciable à la qualité de l'accompagnement et de l'encadrement dont le malade doit bénéficier. Toute personne modérément sensée devrait d'ailleurs se rendre compte de l'absurdité que constituerait le refus de donner à la famille toutes les explications nécessaires lui permettant de soigner et d'encadrer au mieux son malade, surtout si c'est précisément sur elle que le psychiatre compte effectivement pour, tout à la fois efficacement et humainement tenir ce rôle de soignants.

L'affection peut néanmoins rendre souvent le malade soupçonneux, voire hargneux envers les membres de sa famille dont il peut mal interpréter les propos et les actions, si bien qu'il peut s'avérer difficile pour le psychiatre traitant de toujours et systématiquement les recevoir simultanément (pareilles "consultations" communes devraient néanmoins être organisées de temps en temps et de commun accord, afin que le psychiatre puisse se rendre compte, **par lui-même**, des attitudes et de l'état des relations du malade avec les membres de sa famille).

Dans pareils cas, ce devrait être au psychiatre traitant de rencontrer la famille régulièrement, quoique cette fois en dehors de la présence du malade, afin de mettre les parents au courant de son opinion sur l'évolution de l'affection de leur malade, et pour les conseiller sur la meilleure manière de se comporter avec lui. Ce devrait aussi être un des rôles du psychiatre traitant d'avertir les membres de la famille de ne faire, auprès du malade, état de ces conversations séparées qu'avec la plus grande circonspection, pour ne pas encourager les éventuelles tendances paranoïdes et ne pas nourrir les délires et les "humeurs" du patient.

Il n'est nullement question ici de "trahir la relation privilégiée de confiance" que le psychiatre veut établir avec son patient. Il s'agit plus précisément de justifier pour mieux l'expliquer, auprès des soignants de fait que sont les parents (qui, rappelons-le, doivent partager le "secret médical"), le comportement qu'ils devraient adopter avec leur malade.

Si ceci n'est pas compris, que ce soit aussi bien des familles que des "professionnels", les malentendus ne pourront que s'accumuler entre eux, mais ce sera malheureusement le malade qui en pâtira: soit il perdra confiance en son "psy", soit il perdra confiance en ses proches, et de toutes façons y trouvera des prétextes pour ne pas les écouter ni l'un ni les autres et pour abandonner sa médication, ce que d'ailleurs une majorité des malades de schizophrénie ont déjà spontanément tendance à faire sans qu'on les y encourage.

En principe, le patient devrait, lui aussi, connaître le diagnostic; **il a droit à l'explication du diagnostic et des symptômes dont éventuellement il se plaint** <sup>8</sup>. On ne peut pas se contenter de lui dire: "c'est la schizophrénie", et le laisser ensuite se débrouiller pour recevoir de n'importe qui, n'importe

comment, Dieu sait quelle information plus ou moins fantaisiste sur le sujet. Certains psychiatres pensent que **si le malade “comprend” sa maladie**, cela peut l'aider à dissiper ses terreurs et son angoisse, et ainsi lui permettre de mieux affronter ses symptômes.

---

❶ *Le diagnostic **aussi précoce que possible** est souhaitable parce qu'il est la condition nécessaire pour instaurer un traitement lui aussi le plus précoce possible. Ceci ne correspond pas à une véritable prévention, comme on a parfois tenté de le laisser croire. En réalité, le traitement aussi précoce que possible tente de limiter du mieux qu'on peut les “dégâts” dès qu'ils apparaissent. Il réduit ainsi l'intensité des signes de l'affection et parfois leur nombre. Il permet par conséquent à des gens jeunes de fonctionner malgré leur affection. Il leur permet d'acquérir les “compétences” sociales, l'instruction, les connaissances et les capacités professionnelles quand il en est encore temps, avant que cette affection ne les en rende éventuellement incapables: il est plus facile de conserver au moins une part de ce qui a déjà été acquis que de tenter de l'acquérir plus tard, alors que les moyens d'y parvenir se sont détériorés.*

*De plus, pourquoi attendre d'instaurer un traitement neuroleptique? Pour inutilement prolonger les difficultés dans lesquelles les malades non médiqués se débattent et ainsi compromettre encore plus leur avenir ?*

*La protection que le traitement neuroleptique peut sembler apporter contre l'évolution défavorable de l'affection schizophrénique est encore controversée, et peut-être l'importance relative de cette protection, (si celle-ci est réelle, ce que nous ne savons en réalité pas ) dépend-elle de la “variété” de schizophrénie que l'on combat et des propriétés pharmacologiques des neuroleptiques mis en oeuvre dans chaque cas. Certains psychiatres ont en effet observé que les vagues de dégénérescences neuronales survenant dans différents territoires corticaux cérébraux se poursuivaient en dépit d'un traitement neuroleptique en cours, traitement pourtant bénéfique si on en jugeait d'après l'amélioration des manifestations cliniques de la maladie.*

*A ceux à qui les métaphores parlent sans doute plus clair que de longues explications de neurosciences, on pourrait dire que les neuroleptiques semblent agir comme des béquilles qui permettraient malgré tout de marcher, et ainsi d'utilement muscler, grâce à la marche rendue possible, la cuisse, la jambe et le pied sains dont on dispose encore, mais ils n'empêchent pas la jambe malade de continuer de s'abîmer, ils n'en restaurent pas la fonction normale.*

❷ *La **reconnaissance** de la maladie est indispensable pour pouvoir en dominer les multiples conséquences de toutes sortes qu'on ne peut ni*

*supprimer ni ignorer: en effet, ne pas reconnaître l'existence de la maladie, c'est aussi se refuser les moyens de la combattre, c'est devoir la subir sans pouvoir aucunement en atténuer les méfaits. C'est, de surcroît, être amené à devoir sans cesse s'en cacher la réalité à soi-même et aux autres, c'est vivre dans une sorte de mensonge inavoué permanent qui finit par engendrer une culpabilité qui, bien que toute imaginaire, n'en est pas moins destructrice à plus ou moins court terme.*

*Cette reconnaissance de la maladie doit être le fait de tous: du psychiatre, des proches (de la famille), mais aussi du malade lui-même, bien que, dans le cas de ce dernier, la maladie puisse, fort souvent, lui en ôter la capacité.*

*Il est par conséquent fort important d'apprécier, dès les débuts de l'affection, dans quelle mesure le malade est capable de reconnaître et d'admettre qu'il puisse être malade, qu'il l'est en effet.*

*C'est cette prise de conscience du malade qui sera la **condition nécessaire** à son acceptation du traitement. A l'opposé, c'est la non reconnaissance de son affection par le malade (**l'anosognosie**) qui dressera le **principal obstacle** - le plus difficile à surmonter - à tout traitement efficace et sera la source la plus fréquente des échecs de traitement, des "rechutes" ou "récidives" ou exacerbations de la maladie: comme je l'ai déjà dit ailleurs, pourquoi suivrait-on un traitement dont on est intimement et fermement convaincu qu'on n'en a aucun besoin? Fort de cette conviction inébranlable, cette véritable foi en sa propre bonne santé et dans l'erreur des autres à ce sujet, pourquoi écouterait-on ceux qui, sans doute perfidement, voudraient vous la faire abjurer?*

**3** *La nécessité d'une **information objective sur la maladie** paraît évidente: elle seule permet aux soignants et à la famille de prendre les discours, attitudes et comportements "incompréhensibles", ou "illogiques", ou "absurdes" du malade pour ce qu'ils sont: des manifestations de la maladie, et non pas de simples fantaisies ou d'aimables lubies passagères auxquelles, soit on ne devrait pas prêter attention, soit on se heurterait en essayant en vain de les contrecarrer. Seule l'information correcte à propos de la maladie permet de quelque peu pressentir les exacerbations de l'affection qui s'annonceraient, de reconnaître les situations à éviter, etc., etc., bref: de "s'adapter" au malade.*

*Cette information objective devrait, en principe, être aussi accessible au malade lui-même, pour, disent certains, lui permettre de contrôler les manifestations de son affection lorsqu'il "les sent venir". Je crains que ceux qui affirment cela ne généralisent délibérément et de manière excessivement optimiste les cas de malades seulement légèrement atteints à l'ensemble des malades. Un moment de réflexion fera comprendre à tout un chacun que **l'information** qu'on voudrait ainsi transmettre au malade, **ne sera acceptée de lui que dans la mesure où son éventuelle anosognosie le permettra**. Ce sera aux proches, au préalable bien informés par les professionnels, de décider, en fonction des réactions de leur malade, de ce qu'il est capable*

*d'entendre, de comprendre, et de quelle manière il est bon de lui en parler. Si, par contre, le psychiatre ne parle qu'au malade seul (la fameuse relation privilégiée et de confidentialité invoquée par de nombreux "psys"!), ce dernier peut fort bien n'interpréter les recommandations du médecin à propos du traitement que selon ses propres désirs et répugnances, et omettre de transmettre les instructions à ceux qui, autour de lui, sont chargés de veiller à ce qu'il s'y conforme. Pareille politique de mise à l'écart des membres de la famille est encore fréquente parmi nos praticiens de la psychiatrie; en pratique, elle favorise l'abandon du traitement et ainsi conduit aux catastrophes. Il faut donc s'insurger contre elle et la dénoncer vigoureusement.*

**4** *Le traitement médicamenteux est indispensable et doit être continu, même si le malade le refuse. En effet, à elles seules, les soi-disant psychothérapies "par l'écoute et la parole", ce que certains appellent l'échange intersubjectif, sont un non-sens pour le traitement des schizophrénies. C'est le traitement médicamenteux qui, seul et jusqu'à présent, a fait preuve d'une certaine efficacité. Cette dernière peut sans doute être encore améliorée si les malades sont bien encadrés par des "soignants" qui leur évitent les "faux-pas" de comportements et de relations sociales, et les aident pratiquement. Certaines études ont cru montrer qu'à en juger par la fréquence diminuée des ré-hospitalisations, les psychothérapies amélioreraient les résultats des traitements médicamenteux. Mais je n'appellerais pas "psychothérapie" cette aide pratique: de présence, d'aide ménagère, d'accompagnement lors des tâches quotidiennes. Ici aussi, il s'agirait plutôt d'une sorte de béquilles, des béquilles très matérielles et terre-à-terre cette fois. Le meilleur encadrement qu'automatiquement elles exigent et fournissent explique à lui seul une meilleure surveillance de l'état des malades et, par conséquent, une meilleure gestion de la menace des "rechutes", ce qui se traduit ensuite et très logiquement par une fréquence moindre des hospitalisations.*

*Chez un malade donné, et pour autant que son efficacité ait été constatée, le traitement médicamenteux ne doit surtout pas être interrompu (sauf effets secondaires graves éventuels déjà signalés ailleurs). En effet, l'atténuation des "signes positifs" obtenue grâce au traitement n'équivaut absolument pas à une "rémission" de l'affection. En réalité, le neuroleptique impose aux circuits de neurones, altérés par la maladie, de gérer leurs activités de manière à pallier les anomalies fonctionnelles qu'entraîne l'affection. Toutefois, ce nouveau mode artificiel de fonctionnement n'est acquis que de façon d'autant moins durable qu'il aura été mis en place plus tardivement. Le fonctionnement "naturel" (mais perturbé) réapparaîtra si le traitement n'est pas maintenu. Il faut savoir aussi qu'après chaque interruption puis reprise du traitement neuroleptique, du fait du temps qui s'est écoulé dans l'intervalle et de l'âge croissant du malade, le neuroleptique risque de perdre l'efficacité qu'il avait initialement et qui l'avait fait choisir de préférence à d'autres médicaments psychotropes.*



*Il faut donc insister lourdement sur ce point: si le neuroleptique efficace a été trouvé, **surtout ne l'arrêtez pas** sauf en cas d'obligation majeure. **Surtout, n'en changez pas non plus**, à moins que ce premier neuroleptique n'ait perdu de son efficacité: l'effet d'un autre neuroleptique n'est pas prévisible et vous risquez de vous engager dans une nouvelle et longue quête faite de tâtonnements. Tout ce qu'on peut éventuellement envisager de faire, c'est de modifier quelque peu la posologie du médicament (son dosage) pour l'adapter au mieux aux circonstances du moment. Mais pareille modification, même légère, ne devrait être entreprise que sous surveillance "rapprochée", c'est à dire en milieu hospitalier, pas en "ambulatoire" ni à domicile. Beaucoup de psychiatres et de familles ont une réaction de recul à la perspective des péripéties possibles et des formalités à remplir à nouveau lors d'une nouvelle hospitalisation dont, par ailleurs, ils ne perçoivent pas bien la nécessité.*

*Si le malade **refuse le traitement** médicamenteux pourtant indispensable pour lui permettre de "fonctionner" sans se "dégrader": on sera obligé de le lui imposer, en espérant qu'au fil du temps, constatant lui-même que les effets bénéfiques du médicament contrebalancent largement les inconvénients liés à la maladie, il finisse par accepter la médication. Imposer le médicament et être sûr que le patient le prend conformément aux doses et au calendrier prescrits ne peut se faire, en pratique et tant que l'acceptation du traitement n'est pas acquise, que si le patient est hospitalisé. Tous les parents de malades schizophrènes anosognosiques finissent, avec le temps et à leur "corps défendant", par savoir cela; il n'y a que les philosophes théoriciens, les psychosociologues en chambre et tous ceux qui, n'ayant jamais vécu avec les malades schizophrènes, quoique se prétendant professionnels de la santé mentale ou du droit, pour ignorer obstinément et refuser d'apprendre cette réalité vécue et concrète particulière à ces malades. Ces poètes platoniciens s'arrogent néanmoins sans aucune hésitation la compétence de défendre les malades mentaux chroniques au nom de libertés individuelles qu'ils ne pratiquent que comme principes théoriques et concepts très abstraits (comme aurait dit Montaigne, I, XXV: "**Ils connaissent bien Galien, mais nullement le malade**", ou encore: "**...ils ont la souvenance assez pleine, mais le jugement entièrement creux...**" [ibid].)*

*Que tous ceux qui n'acceptent pas l'hospitalisation sous contrainte des malades anosognosiques nous proposent donc, pour les soigner, une autre solution qui soit à la fois acceptable par tous et puisse être mise en oeuvre, et qu'ils nous en démontrent l'efficacité. Depuis des décennies, on attend en vain leurs explications et propositions pratiques à ce sujet.*

*Ce qui précède est l'occasion d'évoquer ici un autre problème grave auquel sont confrontés les malades mentaux chroniques tels que les schizophrènes: ce que souvent on appelle le problème de **l'accès aux soins**. Selon ceux qui emploient ces trois mots, selon qu'il s'agit des responsables politiques ou des*

*professionnels de la “santé mentale” ou encore des administratifs de la sécurité sociale, ou si par contre il s’agit des malades eux-mêmes et de leurs proches, le sens de cette expression n’est pas le même. Cette différence qu’on passe généralement sous silence est une des causes des difficultés persistantes que de nombreux malades schizophrènes rencontrent pour **se faire soigner à temps**.*

*Quand nos **décideurs politiques** parlent de **l’accès aux soins**, ils entendent habituellement par là les moyens financiers dont les malades et leurs familles doivent disposer pour pouvoir bénéficier des soins psychiatriques que leur état requiert: ces soins sont généralement fort longs et par conséquent chers. Ils supposent aussi des séjours hors hôpital de durée souvent longue, voire indéterminée, dans des logements en principe spécialement aménagés, surveillés et gérés pour accueillir des personnes dont l’autonomie est réduite, la santé précaire, et dont les ressources financières sont elles aussi très faibles. Dans le discours des politiques, “l’accès aux soins” signifie donc allocations diverses se substituant aux allocations de chômage, aide financière au logement, financement des frais de soins et des équipes soignantes chargées de les dispenser, etc., etc.*

*Tant les capacités d’accueil (le nombre de “lits”) que le budget prévu pour tous les postes qu’on vient de mentionner sont très insuffisants, mais on nous affirme qu’on n’arrête pas de réfléchir à une solution. Attendons donc et espérons.*

*Quand les **familles de malades** parlent d’**accès aux soins**, il s’agit dans leur esprit de problèmes bien plus immédiats et plus urgents encore. Il s’agit de parvenir à faire hospitaliser leur malade quand celui-ci ne se reconnaît pas malade et ne suit pas le traitement qui lui a été prescrit, si bien que son état s’aggrave et que, par inconscience des situations qu’ involontairement à la fois il crée et dans lesquelles il se met, il met en danger jusqu’à son intégrité physique: soit par inconscience de son environnement, soit par suite de ses hallucinations qui le poussent à une fuite panique ignorant tous les dangers au point de pouvoir passer pour une volonté de suicide (ou qui sont réellement des tentatives de suicide beaucoup moins prévisibles que certains “experts” voudraient nous le faire croire).*

*Bien souvent dans pareils cas, si le malade n’est, dans l’instant, ni agressif ni violent en apparence, et si même on est parvenu à le présenter à un médecin en l’amenant par surprise à la garde d’un hôpital: le psychiatre de garde décide que, puisque le malade ne lui paraît pas dangereux (pour autrui) et ne semble pas troubler l’ordre public, son hospitalisation n’est pas justifiée. Rentrez chez vous! Ne nous dérangez pas pour rien! Revenez quand cela en vaudra la peine!*

*En d’autres termes: ne faites appel à nous que quand il sera trop tard (quand il se sera pendu, ou défenestré, ou jeté sous un train, quand par inconscience il aura bouté le feu avec un mégot mal éteint, oublié le réchaud allumé, etc., etc., quand ce sera la police ou la gendarmerie qui nous l’amènera après qu’il*

ait été emmené sans ménagements à l'un ou l'autre commissariat). Souvent, on ajoute encore, comme pour faire “bon poids”: “de toutes façons, ici, il n’y a plus aucune place de libre”, et vous voilà bons pour faire le tour des hôpitaux plus ou moins proches (voire fort éloignés) avec, à vos côtés, un malade dont le calme momentané parfois obtenu à grand-peine l’heure précédente peut, d’un instant à l’autre, faire place à n’importe quelle explosion. Et si vous avez le malheur de finir par vous énerver ou par vous impatienter face à l’immobilisme, à l’indifférence et au désintérêt des interlocuteurs censés vous accueillir, c’est vous qu’ils traiteront alors de “malade” qui “s’imagine des choses” et euh... son monde, ils iront même jusqu’à prétendre que c’est vous qui êtes la cause de la maladie de votre proche.

Alors, en attendant, soit qu’une place (“un lit”) devienne vacante, dont on assure qu’on vous avertira, mais dans des délais que souvent on ne parvient pas à faire préciser sans revenir à la charge à de multiples reprises, soit qu’un accident survienne ou qu’une catastrophe se produise, les membres de la famille rentrent chez eux avec leur malade en espérant qu’ils parviendront à lui éviter le pire. C’est ça, pour eux, l’accès aux soins, ces trois petits mots dont les responsables de la santé publique n’arrêtent pas de dire qu’ils s’en préoccupent mais qui ne sont pour eux que des sons de mots sans réelle signification, tandis que les familles, elles, elles vivent et ressentent ces mots comme le parcours du combattant sans cesse recommencé qu’ils représentent en fait, ce parcours dont le récit est une rengaine bien usée et bien connue des “groupes de parole” qui la réentendent presque à chaque réunion des associations de parents.

**5** Une majorité de nos psychiatres **ne se rendent pas au domicile d’un patient** dont l’entourage les appelle, même en cas de “crise” ou d’urgence. Certains psychiatres prétendent même, ce qui est faux, que **cela leur est interdit** par des accords qu’ils auraient passés avec l’INAMI (l’équivalent belge de la CNAM en France) et avec les syndicats et associations de médecins généralistes.

Les familles ont du mal à comprendre cette attitude, mais je crois qu’on peut lui trouver, sinon rien que d’excellentes excuses, du moins des explications très plausibles et des “circonstances atténuantes”.

En cas d’urgence ou de crise, supposons que le psychiatre se rende au domicile du malade. Une fois sur place, que voudriez-vous qu’il fasse? Croyez-vous que sa seule apparition sur place suffise à calmer une situation agitée et incohérente?

Nos psychiatres ne sont pas le “négociateur” à la fois intrépide et expert en “psychologie appliquée” dont les séries policières télévisées nous montrent les improbables interventions et exploits pour dénouer, par exemple, des prises d’otages. Ils ne sont pas les impavides auxiliaires de la police en action et ne résolvent pas, sur le terrain, les conflits violents pour lesquels,

*habituellement, on appelle les représentants de l'ordre. Eventuellement, ils se pointeront plus tard, quand les choses se seront calmées et qu'on les requerra pour décider du sort des personnes impliquées: la prison ou l'hôpital?*

*Nos psychiatres sont plus accoutumés à officier dans la confortable quiétude et la confidentialité de leur "cabinet de consultation". Ils y sont entourés d'un décor qui leur est familier, qui tout à la fois les sécurise et leur prêle, aux yeux de leur patientèle ou clientèle, une certaine auréole de "sagesse" et d'autorité conférée par le savoir "scientifique" et professionnel qu'on leur suppose, ce savoir qui, de plus, est encore souligné par l'ambiance liée au décor.*

*Mais se rendre, seul de surcroît (sans "garde du corps", sans assistant[e] social[e], sans infirmier ni infirmière), en pays inconnu, sans savoir dans quel imbroglio on s'aventure? Risquer de devoir improviser dans l'instant, devoir peut-être même payer physiquement de sa personne plutôt que se donner, dans la sérénité de son bureau, le temps de la réflexion?*

*Ce serait là, pour un tacticien se croyant stratège, renoncer à un certain prestige et à tous les avantages sur "l'adversaire" conférés par la position privilégiée que constitue, au profit de l'expert, la place qu'il occupe dans son fauteuil, derrière son bureau, dans son cabinet. Ce serait renoncer à une bonne part de son autorité, ce serait discréditer d'avance l'hypothétique stratégie en risquant de dévoiler l'insuffisance, voire l'absence de la tactique.*

*La plupart de nos psychiatres s'estiment sans doute les "médecins de l'esprit". Ils pensent probablement qu'ils 'soignent' l'âme immatérielle de leurs patients, ce qui les dispense de recourir à des moyens physiques et bien concrets pour atteindre cette âme dont, en réalité, ils n'appréhendent que le nom mais qu'ils sont incapables de concevoir autrement qu'en la réifiant. Ils devraient méditer cette parole de médecin, qui ne date pas d'aujourd'hui: **"L'homme est naturellement métaphysicien et orgueilleux; il a pu croire que les créations idéales de son esprit qui correspondent à ses sentiments représentaient aussi la réalité."** (Claude Bernard: Introduction à l'étude de la médecine expérimentale. Paris 1865). Une bonne part des échecs de nos psychiatres et de nos psychothérapeutes vient de la méconnaissance de cette vérité élémentaire.*

*Mais ne se satisfaire que de ces "vues de l'esprit" qu'on s'est fabriquées à force de rêveries revient à se condamner à l'inaction et, à la manière de mauvais généraux en chef, c'est se contenter d'une représentation indirecte et théorique de la bataille à laquelle on n'assiste soi-même que de loin et, en réalité, personnellement impuissant.*

*Pour prendre une autre comparaison, certes approximative mais peut-être plus parlante: quand la maison brûle, appelle-t-on l'architecte? Trouve-t-on anormal qu'il ne se rende pas aussitôt sur les lieux? Mais que pourrait-il donc bien y faire pour se rendre utile et ne pas gêner les sauveteurs dans leur travail?*

*Non, très raisonnablement on appelle les pompiers et peut-être l'ambulance. Quant à l'architecte, on le mettra au courant plus tard: quand, une fois le feu éteint et l'émotion retombée, il faudra déblayer et reconstruire. Mais, si cela se trouve, il ne travaillera que sur plans, on ne le verra que peu sur le chantier: concepteur et penseur, il se fera donner, par l'entrepreneur et les responsables des différents corps de métiers présents sur place, les renseignements sur l'état d'avancement des travaux et, à cette occasion, il distribuera ses instructions que les exécutants du chantier, les vrais acteurs, s'efforceront de mettre en oeuvre.*

*Une majorité de nos psychiatres sont des théoriciens se voulant "penseurs". Ils ne sont des "praticiens de terrain" qu'en apparence et parce qu'ils veulent le laisser croire, à la manière de ces experts "sociologues" et "politologues" auxquels les médias font abondamment appel pour prédire notre avenir. Ils disent qu'ils "pensent", mais ils ne font qu'imaginer, et ils tentent de nous convaincre que ce serait la même chose.*

*Ils ont pris l'habitude de se borner à écouter le discours du patient, à en interpréter la signification possible d'après ce qu'un auditeur imaginatif (eux-mêmes) peut en recréer et reconstruire, c'est-à-dire qu'ils tentent de rationaliser rétrospectivement l'incompréhensible et l'absurde en lui trouvant des raisons qu'ils appellent abusivement des causes, ce qui est en soi-même une absurdité (puisque c'est précisément la raison qui fait ici défaut!)*

*Combien d'entre eux reconnaissent-ils que les causes, les vraies, ils les ignorent? Combien d'entre eux admettent-ils qu'ils ne les recherchent pas? Ils ne s'attaquent qu'aux seules "causes" imaginaires qu'ils inventent.*

*Par conséquent, face à ces attitudes purement et délibérément spéculatives, la question de la réalité de l'efficacité pratique de la présence des psychiatres auprès des malades mentaux chroniques tels que les malades schizophrènes ne peut que susciter encore plus d'interrogations que ces professionnels n'y apporteraient eux-mêmes de réponses. En attendant, que deviennent les malades?*

**6** *Les **entrevues ou consultations chez le psychiatre** devraient pouvoir s'organiser aussi bien **pour le malade séparément que pour ses proches en dehors de lui**, mais aussi, d'un commun accord de tous, **pour tous ensemble**. Bien souvent, surtout dans les débuts de l'affection, les malentendus entre membres de la famille et le (la) malade dominent le tableau des rapports familiaux perturbés: on se dispute et on s'accuse éventuellement de multiples méfaits, tout cela par la faute de la maladie pour le malade, et à cause de l'incompréhension de cette maladie par les autres. **Contrairement à ce qui se passe très souvent, le psychiatre ne devrait jouer ni à l'arbitre entre les parties, présentes simultanément et qui ne peuvent qu'avoir des points de vue incompatibles et s'entre-déchirer, ni à l'avocat de la défense de l'une ou l'autre des parties en présence (il n'est pas avocat, il est soignant!).** Si, superficiellement, la situation peut en effet présenter quelque analogie avec celle d'époux en instance de divorce qu'un conseiller conjugal tente de*

*réconcilier, elle en est pourtant fondamentalement différente: l'une des parties est malade mentale et **est incapable**, bien malgré elle et même si elle parvient en apparence à garder son calme, **de raisonner sainement** et "d'entendre raison"; l'autre partie (les parents, le conjoint, etc.) ne comprend souvent pas que l'obstination et les fantasmes du malade ne sont pas délibérés mais la conséquence de la maladie.*

*Ceci conduit à des dialogues de sourds où, au lieu de la sérénité nécessaire, les passions s'exacerbent rapidement et le ton ne peut que monter. La présence du malade schizophrène rend très souvent impossible l'interprétation correcte des explications fournies par les uns et les autres au professionnel, parce que la maladie empêche le malade de les comprendre et de les accepter. Le psychiatre qui assiste à ces disputes n'en retire en général comme conclusions que celles privilégiées par ses a priori et par les idées souvent fausses que ses études lui ont appris à retenir. Il devrait donc écouter les uns et les autres successivement, séparément, et ne procéder à des "confrontations" que quand il aurait entendu, tout à loisir et sans a priori (si c'est possible!) les différentes "parties".*

*C'est une tâche trop exigeante que le professionnel estime souvent ne pouvoir entreprendre, faute de temps. Le temps lui manque aussi pour expliquer et justifier, auprès des uns et des autres, en tenant compte de leurs connaissances et de leurs capacités mentales respectives, leurs points de vue réciproques et les raisons (ou les causes) qui en sont les motifs "sous-jacents". Il préfère bien souvent éluder les questions des proches pour n'y apporter aucune véritable explication, en se retranchant derrière un prétendu "secret médical" (qui n'est en réalité fait que de "cachotteries" plutôt futiles dont il peut bien n'évoquer que ce qu'il veut) et un "contrat de confidentialité et de confiance" entre son patient et lui, tout cela n'étant en réalité qu'une échappatoire pour sa propre facilité: pour masquer ses ignorances et son impuissance thérapeutique.*

*De nos jours, on rencontre encore chez nous des psychiatres qui ne veulent pas recevoir le malade s'il est amené à sa consultation par un membre de la famille. Ils disent que le malade doit, en venant de **lui-même consulter seul**, témoigner ainsi de son désir de guérison. C'est la même raison qui est invoquée pour faire payer la consultation même si le malade, empêché de respecter le rendez-vous, ne s'y présente pas: le fait de payer attesterait de la volonté bien affirmée du malade de guérir.*

*J'aurais personnellement tendance à interpréter autrement cette attitude: les psychiatres expérimentés doivent bien savoir qu'il y a de fortes chances qu'un malade qui refuse de prendre de lui-même rendez-vous chez lui pour s'y rendre seul soit un malade psychotique et anosognosique; ils doivent aussi savoir que la "motivation" de pareils malades n'est pas "stimulée" par les renforcements positif (le rendez-vous accordé si on paie) ou négatif (on paie même si on ne se présente pas à la consultation). Par conséquent, **refuser de s'occuper d'un patient si celui-ci ne prend pas lui-même l'initiative de***

*s'adresser à lui, ce n'est pas "s'assurer de son indispensable motivation", mais équivaut en fait à écarter d'avance de sa patientèle les malades psychotiques dont le psychiatre se doute bien qu'il n'est pas vraiment armé pour les soigner utilement par la seule écoute dans son cabinet. Cette impuissance de fait n'a rien de honteux. Pourtant, la plupart de nos psychiatres se gardent bien de l'admettre ouvertement, je soupçonne qu'ils préfèrent habituellement passer pour le sauveur auquel rien n'est impossible.*

▣ **limiter la fréquence et la durée des hospitalisations** est la politique officiellement suivie, sous prétexte qu'elle serait la plus favorable pour le bien-être des malades, pour **une bonne thérapeutique et un bon pronostic** de leur évolution. Ce sont ces raisons qu'on entend évoquer le plus souvent par les professionnels et les responsables politiques de la "santé mentale", bien qu'elles soient loin de reposer sur des preuves fermement établies. Les autres justifications de cette politique sont économiques: **les hospitalisations coûtent évidemment plus cher à la communauté que si les malades restent à domicile** et à charge principalement de leurs proches. Par conséquent, les responsables politiques de la "santé publique", pour réduire les frais qui grèvent leur budget, ont tout intérêt à accréditer la vision selon laquelle tous les traitements "ambulatoires" sont de meilleure thérapeutique que les hospitalisations. Leurs arguments dans ce sens sont délibérément tendancieux et même erronés, mais ils nous ont été tellement répétés depuis des décennies qu'on a fini par les croire.

*Le pronostic serait meilleur pour les malades traités "en ambulatoire": nous avons là l'illustration parfaite de la confusion déjà maintes fois dénoncée des causes et des effets. Les malades qui sont hospitalisés sont ceux dont les manifestations de leur affection sont les plus sévères, et qu'on est donc **obligé** d'hospitaliser (pour s'assurer qu'ils suivent effectivement leur traitement qu'autrement ils négligent ou ils refusent). On peut donc aussi logiquement s'attendre à ce que le pronostic de leur maladie soit plutôt défavorable dès le départ. Ce n'est évidemment pas le fait de les hospitaliser qui serait, par lui-même, responsable de ce mauvais pronostic: c'est la réciproque qui est vraie.*

*Inversement, les malades qui peuvent bénéficier d'un traitement "ambulatoire" sont ceux dont les manifestations moins sévères de l'affection permettent un certain degré d'autonomie à leurs victimes. C'est la sévérité moindre de l'affection qui explique un meilleur pronostic et autorise à ne pas hospitaliser, ce n'est pas le traitement ambulatoire qui est de meilleure thérapeutique!*

*Les "institutions psychiatriques" (les hôpitaux, instituts, les anciens "asiles") rassemblent sous un même toit des malades, forcément plus nombreux au même endroit que si on disperse ces mêmes malades dans des lieux d'accueil de plus petites dimensions, voire si on les renvoie dans leur familles individuelles quand celles-ci en ont la capacité, et si elles existent encore!*

*Contrairement à ce dont certains responsables d'organisations de "défense" des malades mentaux veulent se convaincre et qu'ils tentent de nous faire croire à notre tour, les hôpitaux psychiatriques n'ont pas pour objectif de cacher aux yeux de la population, dans des lieux écartés, les malades dont la société veut se débarrasser. Bien plus simplement, ils ont pour vocation d'héberger, au calme et loin de l'agitation des villes à laquelle ils ne parviennent pas à s'adapter, qui aggrave leur état et leur fait courir des risques accrus, des malades auxquels un personnel (délibérément, mais de manière irresponsable, beaucoup trop limité) pourra consacrer tout son temps. Malheureusement, ainsi regroupés pour la facilité des soignants et par volonté politique d'économie (en infrastructures et en personnel), ces malades offrent aux visiteurs occasionnels et aux profanes, plus ou moins horrifiés et révoltés, le lamentable spectacle de leurs misères individuelles rassemblées, spectacle infiniment plus saisissant que celui, bien plus discret du même nombre des mêmes misères tout aussi réelles, mais cette fois individuellement dispersées dans les familles ou de petites communautés d'accueil. Rassemblés en nombre en divers lieux "d'accueil", les malades mentaux chroniques ne peuvent qu'attirer sur eux l'attention, si loin ces lieux soient-ils des centres d'urbanisation. A l'opposé, dispersés cette fois dans la population, ils disparaissent effectivement aux regards mieux encore que si on les avait déportés dans quelque colonie lointaine; on peut dès lors prétendre qu'on a résolu le problème qu'ils constituaient, on peut les oublier.*

*Sont-ils pourtant mieux soignés dans un cas que dans l'autre? Bien sûr que non! Mais quand les malades sont rassemblés, l'insuffisance et l'impuissance actuelle des moyens thérapeutiques disponibles sont nécessairement bien mises en évidence, rassemblées elles aussi comme les malades, et étalées aux yeux de tous. Quand, par contre, les malades ont disparu dans leurs familles, quand leurs nombres ont été "dilués" au sein de la population, on peut faire croire à cette dernière qu'ils sont et ont été bien mieux soignés, voire qu'ils sont guéris, puisqu'on a pu les sortir des hôpitaux psychiatriques où ils étaient si nombreux auparavant!*

**8** ***Expliquer au malade son diagnostic et ses symptômes**, de telle sorte qu'il "comprenne" sa maladie, c'est une théorie assez naïve de certains psychiatres qui auraient tendance, par désir de "modernité", à confondre information avec publicité voire démagogie, à mélanger thérapeutique pour psychotiques et thérapies cognitivo-comportementales pour névrosés et phobiques, et qui généralisent, pour le moins un peu hâtivement, leurs intentions et idées généreuses à l'ensemble des malades atteints de schizophrénie. Il est certes vrai qu'il faut tenter d'expliquer au malade son diagnostic, etc., etc. Toutefois, pareilles tentatives ne peuvent espérer être couronnées de succès que si certaines conditions sont préalablement remplies. Je doute qu'on s'en soucie habituellement.*



**Premier doute:** dans notre pays, on ne semble guère désireux d'évaluer, par des tests psychologiques **fiabiles** et **reproductibles**, la conscience que les malades ont de leur maladie, et la capacité qu'ils auraient d'en admettre l'existence. Comment peut-on alors croire que certains espèrent sincèrement être capables de choisir les malades qui seraient à même de "comprendre leur maladie" si on la leur expliquait? Essaie-t-on de le faire?

**Deuxième interrogation:** depuis le temps que l'existence de cette affection mentale est reconnue par nos psychiatres, ces derniers ne semblent pourtant guère ni réellement désireux ni particulièrement doués pour expliquer clairement, de manière compréhensible, aux parents et proches de malades schizophrènes, en quoi consiste la "maladie" appelée "schizophrénie" dont leur malade est atteint. En effet, bien que les membres des familles soient pourtant suffisamment "sains d'esprit" pour être capables de comprendre les explications qu'on leur donnerait, dans leur majorité ils ne comprennent pourtant pas l'affection de leur proche ou enfant. C'est donc, probablement, soit parce qu'on ne leur donne pas les explications, soit parce que celles-ci ne sont peut-être ni compréhensibles ni convaincantes?

Mais alors, si nos professionnels ne parviennent pas à faire comprendre la maladie de leur proche aux personnes bien portantes, comment peuvent-ils imaginer qu'ils puissent, **a fortiori**, y parvenir avec des malades qui, précisément, "n'ont pas toute leur tête", et dont ils ne savent pas à "quelle partie de leur tête" ni comment ils devraient s'adresser pour être bien compris d'eux?

**9 Comment se comporter avec le malade et sa maladie** est une question permanente et lancinante des familles. En effet, le comportement d'un malade schizophrène, ses discours et ses humeurs sont souvent incompréhensibles et imprévisibles, ils peuvent être très déconcertants, stupéfiants, voire inquiétants. D'autre part, les proches éprouvent très fréquemment le sentiment que les réactions inattendues, incompréhensibles ou parfois violentes de leur malade pourraient être déclenchées, provoquées ou favorisées par leur propre comportement ou des initiatives de leur part qui seraient inadéquates. Ils se disent qu'ils ne "savent pas comment s'y prendre" avec leur malade et que, peut-être, s'ils savaient comment se comporter avec lui, les choses iraient mieux. Croyant parfois qu'il existe à ce problème des "solutions-recettes" toutes faites, bien éprouvées et nécessairement connues des psychiatres (car, pensent-ils, qui sinon eux, les professionnels, les connaîtrait?), de nombreux parents attendent de ces experts qu'ils leur donnent des conseils en la matière. Hélas! Chaque malade est un cas particulier, unique, il ne peut y avoir de recettes toutes faites, les conseils ne peuvent donc consister qu'en de banales généralités lénifiantes et peu utiles en pratique, parce que trop théoriques: ici encore moins que partout ailleurs, les conseillers ne sont pas les payeurs (mais ne devrions-nous pas ajouter: ...quoique eux-mêmes, hésitent-ils à se

*faire payer, comme le faisaient les cuistres évoqués par Montaigne que je citais parmi les épigrammes au début du présent texte?)*

*Se référant à quelques publications de travaux psychologiques, des psychiatres et des thérapeutes évoquent souvent ce qu'ils appellent "l'émotion exprimée" (EE) par les familles envers leur malade et en sa présence. Ils prétendent que ces publications démontrent "scientifiquement" l'influence néfaste d'une "haute émotion exprimée" (comprenez: une attitude trop constamment critique envers le malade, ou un investissement trop marqué de l'entourage, **qu'il soit réprobateur ou même d'encouragement**, dans les activités et l'état du malade). Ils affirment que les familles "à haute EE" sont celles où la psychose évolue mal, où les exacerbations en sont plus marquées (les rechutes plus nombreuses) et, par conséquent, les hospitalisations plus fréquentes. Ils laissent à nouveau sous-entendre, en quelque sorte comme malgré eux, que le comportement des parents pourrait être à l'origine (la cause) des "rechutes" de la maladie ou les favoriserait. Ne prenez surtout pas ces affirmations trop à la lettre. Ceux qui les énoncent n'ont pas ou mal lu les publications auxquelles ils font allusion. Ils leur font dire ce que leurs auteurs, d'avance, désiraient croire, mais qu'en réalité elles ne prouvent nullement. Ici comme ailleurs bien souvent en psychiatrie "psychologique et intuitive", à nouveau la confusion règne entre causes et conséquences, supposées ou non. Les travaux dont il est question n'ont pas pris la précaution d'évaluer, au départ des études et pendant suffisamment longtemps, le degré de sévérité de la schizophrénie de leurs sujets d'étude, avant qu'ils quittent l'hôpital pour rentrer dans leurs familles. Des observations telles qu'elles ont été obtenues, il serait tout aussi légitime de tirer la conclusion évidente suivante: **c'est habituellement quand la schizophrénie d'un des membres de la famille est la plus sévère et s'accompagne d'hospitalisations plus fréquentes que la famille exprime "l'émotion la plus haute"**. Toute personne de bon sens admettra qu'on pouvait en effet s'y attendre, et que c'est la constatation opposée qui, éventuellement, aurait constitué une "découverte" intéressante. Mais sans doute le simple bon sens est-il trop banal pour constituer matière à publication dans une "revue scientifique sérieuse".*

*Il faut par ailleurs signaler que des avis discordants ont été émis à propos de la "haute EE" (KING, S., & DIXON, M.J., Schizophrenia Res. 14 (1995), 121-132), montrant au contraire une meilleure réinsertion sociale chez les malades venant de familles à "haute EE".*

*Retenons de ce qui précède les conclusions allant de soi: pour vivre avec un malade schizophrène, il faut connaître et comprendre les effets de la maladie pour pouvoir "s'en accommoder" au moins mal possible. Il faut éviter de porter sur le malade et sur ses actions, des jugements moraux et moralisateurs: ceux-ci sont dépourvus de toute signification car ils visent une personne qui pense, raisonne et éprouve des sentiments suivant des mécanismes faussés, défectueux, radicalement **différents de ceux d'une personne en bonne santé, ce dont, rappelons-le encore, elle n'est en rien***

**responsable** (“elle est construite comme cela”).

C'est l'oubli toujours renouvelé de cette **différence pour le moment irréversible** qui entraîne malgré elles les familles à s'acharner à des efforts épuisants pour obtenir de leur malade un comportement compatible avec une vie familiale et une vie sociale acceptables. En désespoir de cause, elles finissent toujours, croyant ainsi parvenir à cet objectif, par employer avec leur malade les mêmes moyens et arguments qu'elles utiliseraient avec un petit enfant obstiné et récalcitrant; ou bien, elles peuvent au contraire le traiter en adulte modérément rationnel mais particulièrement “déraisonnable” (les “professionnels” commettent eux aussi très souvent ces mêmes erreurs). Le malade ne correspond en réalité plus ni à l'un ni à l'autre des deux modèles précédents. Sa logique n'est plus la vôtre; si elle vous paraît incompréhensible - ou absente! -, dites-vous bien qu'à ses yeux la vôtre n'a pas plus de sens. Les règles que vous respectez et voulez lui faire observer lui semblent arbitraires ou absurdes et, de toutes façons, sans intérêt. (Si l'on y songe, bien des règles que nous observons en société ne sont-elles pas arbitraires et donc, dans une certaine mesure absurdes? “Comment peut-on être Persan?” est une question qui ne date pas d'aujourd'hui, bien que des professionnels s'intitulant “ethnopsychiatres” tentent à présent de la récupérer et de s'en approprier abusivement une réponse intuitive et imaginaire).

Pourquoi le malade retiendrait-il ces règles dont l'importance lui échappe, puisque, de toute façon, il a en bonne partie perdu la capacité de prévoir toutes les conséquences de son comportement, que celui-ci soit conforme ou non aux conventions de la société dans laquelle il vit?

Pour lui, les choses, les personnes et leurs actions, les événements ne sont pas reliés entre eux de la même façon que pour vous. Votre échelle des valeurs des “choses de la vie” lui est en grande partie étrangère, sans doute a-t-il la sienne propre, à quoi vous ne pouvez, à votre tour, rien comprendre.

Souvent, si le malade finit par se conformer aux règles de comportement minimum qu'on lui demande de respecter, c'est soit pour vous faire plaisir sur le moment, soit pour qu'on le laisse en paix (aussi sur le moment). Ce n'est pas par réelle adhésion durable ni compréhension profonde, si bien qu'un résultat apparent n'est jamais réellement acquis définitivement.

Il vous faut donc **trouver un modus vivendi quotidien**, vous y tenir et vous en contenter, en sachant qu'à tout moment des accrocs peuvent survenir et remettre en question un équilibre fragile et difficilement construit, tout en gardant votre patience, votre calme, et en économisant votre énergie (c'est ce qu'en jargon de psychothérapeute on appelle “prendre ses distances”).

Tout cela est, bien sûr, plus facile à dire qu'à faire et, s'il ne faut surtout pas porter de jugement sur le malade, on comprendra pourtant que ses comportements et discours - et leurs conséquences diverses - puissent s'avérer difficiles à endurer avec sérénité à longueur d'année(s). Vous seul(e) pouvez en fait découvrir l'attitude “qui marche - le mieux ou le moins mal - ou qui ne

*marche pas” avec votre malade. Il n’est pas possible ici de donner des règles générales pour dire “ce qu’il faut faire”. On a déjà dit ailleurs “ce qu’en général il vaut sans doute mieux ne pas faire”. Cela signifie que les règles de comportement que vous devriez adopter dans vos relations avec votre malade, vous seul(e) pouvez les découvrir, c’est-à-dire que personne ne peut le faire à votre place, même pas le psychiatre ou un autre “professionnel”. On ne peut que répéter ici que chaque cas de maladie schizophrénique étant unique, seuls ceux qui vivent avec le/la malade peuvent apprendre, par expérience personnelle, en partageant sa vie quotidienne: ce qu’on peut lui dire en espérant se faire comprendre de lui (d’elle); ce qu’on peut attendre de lui, parce qu’on a constaté qu’il (elle) en est capable; ce qu’il faut éviter de faire ou de dire, parce que cela risque de n’être pas compris de lui (d’elle) ou de provoquer chez lui (chez elle) des émotions incontrôlables, des “crises”. Dans les associations d’entraide regroupant des parents de malades, on fait parfois appel à des “soignants” psychiatriques ou des “infirmières psychiatriques”, spécialement rémunérées pour cette tâche, pour expliquer, à de petits groupes de parents, les particularités de “la schizophrénie” (ou les particularités de leurs malades) et pour les conseiller dans leurs relations avec ces malades. Ceci représente un progrès bienvenu en comparaison de la pauvreté, voire de l’absence de discours utile d’une majorité de nos psychiatres traitants sur les mêmes sujets. Bien des parents semblent retirer un certain soulagement de cette espèce “d’enseignement”. A ma connaissance, les psychiatres n’y participent en général pas, bien qu’ils pourraient y trouver un certain intérêt, probablement plus pour eux-mêmes que pour les familles présentes: ils pourraient y apprendre, pour autant qu’ils évitent soigneusement de prendre eux-mêmes la parole, des tas de choses indispensables à leur métier dont la plupart d’entre eux pourtant n’ont apparemment pas la moindre idée.*

*Dans pareilles séances (ou séries de séances), d’une part les parents exposent les problèmes quotidiens que pose leur malade, tandis que les “professionnels psy” (infirmières, travailleurs sociaux) interprètent ces récits et tentent d’indiquer des solutions pratiques aux problèmes décrits. Il ne faut toutefois pas placer tous ses espoirs dans ces séances dites “éducatives”. Comme je le disais déjà plus haut, vous seul(e) vivez avec votre malade, et le récit que vous pouvez faire de ses problèmes - et des vôtres - à un étranger ou une étrangère, quelle que soit l’expérience et la bonne volonté de celle-ci, ne lui permettra jamais de suppléer votre expérience personnelle vécue que par des interprétations intuitives “de seconde main”. Toutefois, l’expérience d’autres parents ou proches présents, qui vivent eux-mêmes des problèmes qu’on dit comparables aux vôtres, cette expérience-là peut vous instruire et, dans cette mesure, donner à ces séances de “psycho-éducation” une certaine utilité pratique, en plus du sentiment d’une solidarité humaine qui peut y prendre naissance, ce qui n’est certes pas non plus négligeable.*

## VII - 2. Et en cas de crise?

Par l'intermédiaire du médecin et **des associations des familles de malades** <sup>1</sup>, les proches devraient pouvoir s'informer sur les institutions et structures d'accueil existant à proximité de leur domicile, noter les adresses et les numéros de téléphone, afin de ne pas être pris au dépourvu en cas de crise; (cela, c'est valable quand on a déjà acquis une certaine expérience, quand ce n'est pas la première crise à laquelle on est confronté. **Lors d'une première crise, tout le monde est toujours pris au dépourvu**, et la plupart des "manuels" d'aide ou des livres de vulgarisation n'osent souffler mot de cette réalité: personne, en effet, ne peut prévoir l'imprévisible, personne ne peut, en permanence, se préparer à une infinité de malheurs possibles, tous aussi peu probables les uns que les autres mais, dans les livres on fait pourtant "comme si". On ne voit guère quels parents, lors d'une première crise de leur enfant, bien portant jusque là, auraient pris d'avance la décision de fréquenter une association d'entraide, pourquoi ils auraient, à tout hasard, noté les coordonnées d'un service psychiatrique à proximité, etc., etc., simplement pour le "cas où"? Quels sont donc aussi les proches de personnes bien-portantes qui se mettraient à lire, sinon par pure curiosité morbide, le présent texte sans avoir, par exemple au moins parmi leurs amis, connaissance de l'un ou l'autre malade?)

Quand une crise menace ou éclate, les parents "organisés et prévoyants", si possible devraient coucher sur papier une description de tous les signes et symptômes avant-coureurs qui ont attiré leur attention et sur lesquels ils fondent leurs inquiétudes. Ceci sera utile au médecin qu'ils consulteront et lui permettra de mieux apprécier l'opportunité d'une hospitalisation.

Après avoir discuté avec votre médecin de famille (ou le psychiatre) des problèmes liés à la maladie, faites-vous prescrire pour vous-même des tranquillisants ou des calmants. Ils pourraient s'avérer utiles: le sommeil qu'ils vous procureront pourra apporter une détente qui, désamorçant ou éteignant la crise imminente, aidera à calmer la situation.

Si le malade est agité, évitez toutes voies de fait et violences physiques.

Gardez vos distances, et laissez toujours au malade une possibilité de retraite en attendant l'arrivée de l'aide et du secours. Une hospitalisation devrait toujours se dérouler le plus calmement possible, en douceur, sans recours à la force. Elle ne devrait pas causer des sentiments d'abandon, de rejet, de haine ni de punition, ni chez les proches ni chez le malade. Un discours bienveillant envers la psychiatrie (plutôt que des récriminations en présence du malade) favorise un climat de confiance entre le malade et les soignants. Il faut toujours bien se rappeler que **les disputes qui viennent de se passer sont la conséquence de la maladie, elles ne résultent pas d'une**

## **volonté délibérée des protagonistes et, surtout, pas de celle du malade.**

En dépit de ces querelles qu'il faut s'efforcer d'oublier aussitôt, le malade doit savoir qu'il peut compter sur ses proches, qu'ils ne l'abandonneront pas à lui-même.

Si le patient refuse l'hospitalisation que son état cependant exige, il est possible de l'y contraindre. **La loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux**, qui a remplacé en Belgique l'ancienne loi sur la "collocation" (hospitalisation forcée pour maladie mentale), le permet. En général, on n'y recourt qu'en cas d'urgence et d'absolue nécessité (p.ex.: le malade est incontrôlable par sa famille, il est violent, il casse tout, il menace tout le monde, il veut se défenestrer, etc.). Sur certificat médical "circonstancié" (d'un médecin appelé par la famille, par un voisin ou des amis, etc., ou désigné par le procureur du Roi auquel on s'est adressé dans l'urgence), le procureur du Roi décide de la mise en observation dans un service psychiatrique (le procureur du Roi en informe le Juge de Paix qui a sous sa juridiction le lieu des faits). Cette mise en observation ne peut dépasser 40 jours mais le Juge de Paix peut ensuite décider du **maintien** de l'hospitalisation forcée qui ne peut cependant pas dépasser 2 ans (mais, sur avis du "médecin-chef" psychiatre, le maintien de l'hospitalisation peut être renouvelé).

Souvent, si on s'adresse d'emblée au procureur du Roi, c'est parce que les circonstances sont graves, l'urgence extrême, et qu'il a fallu faire appel aux services de police. Dans des circonstances moins dramatiques, on peut s'adresser, par requête écrite au Juge de Paix du lieu de résidence du malade. Cette requête doit s'accompagner d'un "rapport médical circonstancié" récent (pas plus de 15 jours) qui décrit l'état du malade et ses symptômes. Par la suite, si les proches avaient des doutes quant à la qualité des soins et du traitement prodigués à leur malade hospitalisé "sous mesure de protection", ils doivent savoir que le **médecin personnel du malade peut lui rendre visite, et il peut prendre connaissance du dossier médical** en présence d'un médecin du service où le malade est hospitalisé. En principe, le médecin du malade peut, après concertation avec le psychiatre chef de service et s'il l'estime utile, demander l'avis de consultants experts de son choix sur l'état du malade et sur le traitement prescrit. **Il est donc très important que le malade ait, dès avant son hospitalisation forcée, un médecin "attitré" ou médecin traitant qui prenne le bien-être de son malade à coeur.** C'est lui qui pourra le mieux défendre les intérêts du malade, même pendant l'hospitalisation. En Belgique, des problèmes peuvent cependant surgir si, le malade étant majeur, il "refuse" la visite de son médecin et que le psychiatre local l'encourage dans cette attitude ou se retranche derrière elle.

## VII - 3. Discrimination des malades schizophrènes

Pour le malade schizophrène qui a suivi un traitement médical en hôpital (et continue en général à être suivi médicalement), le problème le plus important qu'il doit résoudre se pose quand, sortant d'institution et pensant à présent reprendre une vie aussi normale que possible, il est pratiquement ignoré de tous à cause de son "originalité". Il a beaucoup de mal à se faire de nouveaux amis et à les garder, à trouver un logement et un travail correspondant à ses capacités. Les anciens amis et collègues de travail se sont aujourd'hui éloignés. Souvent, il ne se rend pas compte à quel point le temps a passé depuis les débuts de sa maladie, il continue à vivre dans le passé, alors que le monde a évolué autour de lui, et ses amis aussi ont changé (j'ai déjà dit ailleurs que la notion du temps qui passe est souvent altérée chez ces malades). Le convalescent se sent donc isolé, perdu, ce qui n'aide certainement pas au processus de convalescence.

Il peut aussi être la victime de la "**discrimination**" séculaire à l'égard des malades mentaux. Cette discrimination est due en partie au manque d'information correcte dans le public au sujet des maladies mentales, ce qui se traduit par les idées fausses suivantes:

Les malades schizophrènes font peur aux profanes, parce qu'ils sont "différents", imprévisibles, incompréhensibles, "étranges" (au sens étymologique du terme) pour la plupart d'entre nous. Cette peur qu'ils inspirent est encouragée et entretenue dans les médias au travers de films de fiction parfois remarquables sur le plan artistique (qu'on se rappelle les prestations d'acteur de Jack Nicholson dans "Vol au-dessus d'un nid de coucou" ou dans "Shining"). Ces films exploitent la fascination que l'étrange et le "fantastique" ont toujours exercée sur le public, mais leur valeur d'information est nulle. Ces films, mais aussi des faits divers spectaculaires rapportés à grands renforts de détails sordides ou sanglants dans la presse à sensation, accèdent à l'idée que tous les malades schizophrènes sont violents et représentent un véritable danger public.

Bien souvent aussi, le terme de schizophrène ou de schizophrénie est employé à tort et à travers, dans les médias comme dans le langage courant, par des personnes qui n'en connaissent aucunement la signification réelle mais entretiennent ainsi des idées fausses très préjudiciables aux malades. En réalité, la grande majorité des malades schizophrènes sont timides et craintifs, bien moins violents que la moyenne des gens dits "normaux". Souvenons-nous, par contre, que les plus grands criminels de l'histoire, responsables d'atrocités à l'échelle industrielle, ont été considérés comme des personnes saines d'esprit et devant répondre de leurs actes, n'ayant donc rien en commun avec des malades schizophrènes.

D'autre part, sans le moins du monde "penser à mal", les malades

schizophrènes ne savent souvent pas “comment se comporter” ou, comme on dit, “comment se conduire” (cela fait partie de leur affection). Ceci entraîne, chez une majorité de gens qui ne peuvent être au courant d’une “maladie” qui ne se “voit” pas, une réprobation instinctive qu’ils justifient par l’idée (fausse) d’une éducation fautive.

Les malades schizophrènes sont soignés dans des cliniques aux portes cadenassées, derrière des fenêtres à barreaux. Parfois, il faut user de la force pour les **contraindre** à recevoir le traitement médicamenteux dont ils ont besoin, parfois on est obligé de recourir à la police, à la gendarmerie, pour les amener à l’hôpital où ils seront soignés.

D’autre part, les tribunaux obligent parfois des délinquants condamnés à suivre un traitement psychiatrique, les médias leur attribuant souvent et abusivement des diagnostics psychiatriques approximatifs et sommaires ou même fantaisistes, et ce à grand renfort de publicité. D’où l’amalgame qui se crée dans l’opinion publique entre malades schizophrènes et délinquants ou criminels. Rien de plus faux, mais rien de plus parlant ni plus frappant pour l’imagination que les raccourcis faciles et sensationnels d’une image télévisée ou de quelques lignes en gros caractères d’un entrefilet de presse.

De nos jours encore, alors que nous ne devrions plus être à l’ère des sorciers ni de la magie, beaucoup de gens éprouvent encore un malaise indéfinissable face à la maladie, l’hôpital et les médecins. Le malaise est encore plus prononcé quand la maladie est mentale, l’hôpital est psychiatrique, le médecin est un psychiatre. Ce malaise s’explique:

Le raisonnement médical a évolué au cours du temps. Il s’est progressivement dégagé de l’irrationnel et du magique (pratiqué par les chamanes, medicine-men, rebouteux et autres sorciers) pour aller vers la biologie basée sur la méthode scientifique expérimentale.

Pour de nombreuses raisons, cette évolution est normalement bien plus difficile pour la psychiatrie que pour les autres disciplines médicales; la principale de ces raisons, ce sont nos habitudes de pensée ancrées au cours des millénaires, qui se survivent aujourd’hui encore sans que nous nous en rendions bien compte. Elles nous font distinguer “esprit” et “corps” comme entités distinctes et indépendantes l’une de l’autre. Donc, bien sûr sans se l’avouer, certains continuent à imaginer que, tout comme l’esprit aurait quelque chose d’incorporel, d’immatériel et mystérieux, ce qu’ils veulent parfois appeler la médecine de l’esprit (?) n’aurait rien à voir avec la biologie. Dans cette optique, la psychiatrie serait une discipline à part, un peu inquiétante, magique ou ésotérique, ou encore, pour utiliser un vocabulaire plus respectueux, philosophique, et serait radicalement différente des autres branches de la médecine. Elle utiliserait d’autres techniques que le restant de la médecine, se basant sur des théories et des concepts très alambiqués et un



peu mystérieux, voire inquiétants. **Elle n'aurait pas ou peu à se soucier** de la structure "matérielle", biologique ou "organique" du cerveau <sup>2</sup> . Nous savons pourtant tous maintenant que cette structure, très matérielle, toute biologique, très organique, est bien le support obligé, notamment de nos fonctions mentales supérieures.

Malheureusement pour les médecins (et donc pour les malades), le cerveau humain est la machine la plus compliquée de l'univers à laquelle la science se soit jamais attaquée. De nombreux aspects de sa structure et de son fonctionnement nous sont encore inconnus et donc mystérieux.

Pour plus de gens que nous ne l'imaginons, inconnu et mystérieux signifie inquiétant, effrayant, terrifiant. Pallier les lacunes de nos connaissances par des explications simplistes, tenter d'exorciser la peur en cherchant un bouc émissaire facile (l'éducation, p.ex.) sur lequel rejeter la responsabilité de la maladie (on flatte parfois notre besoin inexprimé d'un bouc émissaire), laisser croire qu'on peut soigner cette maladie uniquement par la parole, à la manière d'incantations, ce sont des démarches faciles et fréquentes. Il ne faut pas s'y laisser aller, car elles ne résolvent jamais rien, mais au contraire entretiennent l'ignorance, les superstitions, l'incompréhension, des sentiments de honte et de culpabilité tout à fait injustifiés. A mesure que nous découvrirons les véritables causes de la schizophrénie, la superstition, l'incompréhension, la honte et les accusations de culpabilité de la famille s'évanouiront.

La **discrimination** des malades schizophrènes, le côté encore toujours "dérangeant" ou "inquiétant" des maladies mentales sont en partie responsables du peu d'intérêt des institutions et pouvoirs publics (dans tous les pays) pour tout ce qui touche à la santé mentale: **on préfère ne pas en parler** <sup>3</sup> . Les subsides pour le fonctionnement des hôpitaux psychiatriques etc., sont comparativement très faibles, et les fonds alloués à la recherche dans le domaine des maladies mentales sont dérisoires si on les compare à ceux destinés aux autres branches de la médecine.

---

<sup>1</sup> **Les associations des familles de malades.** *En Belgique francophone, la Fédération des Associations Similes regroupe plusieurs associations (a.s.b.l.) de parents, proches et amis de malades mentaux. Son siège se trouve à l'adresse suivante: **Fédération Similes Francophones a.s.b.l.***

***39 rue Malibran, 1050 - Bruxelles. Tél./Fax: 02 644 44 04 - E-mail: federation@similes.org où les coordonnées de toutes les associations francophones sont disponibles, ainsi que tous autres renseignements.***

<sup>2</sup> **La psychiatrie n'aurait pas ou peu à se soucier** de la structure "matérielle", biologique ou "organique" du cerveau.

*"On a encore toujours coutume de classer les affections psychiatriques en*

*deux grandes catégories: les maladies **organiques** d'une part, les maladies **fonctionnelles** d'autre part. Dans les maladies organiques, on range les démences et les psychoses toxiques; les maladies mentales fonctionnelles comprennent les différents syndromes dépressifs, les schizophrénies, les névroses. Cette distinction remonte au 19<sup>ème</sup> siècle, quand les neuropathologistes, à l'autopsie des malades décédés, détectaient des anomalies importantes et facilement observables de l'architecture cérébrale dans certaines affections psychiatriques, alors qu'ils n'en trouvaient pas dans d'autres. Les affections entraînant des lésions anatomiques détectables étaient appelées organiques, tandis que celles dépourvues de ces caractéristiques étaient dites fonctionnelles. [On sait aujourd'hui que] pareille distinction est injustifiée. Les événements quotidiens - la stimulation sensorielle, la suppression sensorielle et l'apprentissage - peuvent provoquer, dans certaines circonstances, une interruption effective des connexions synaptiques et, dans d'autres circonstances, un rétablissement de ces connexions. Il est par conséquent faux de laisser croire que certaines affections (les maladies organiques) atteignent les processus mentaux en provoquant des modifications biologiques dans le cerveau, tandis que d'autres affections (les maladies fonctionnelles) n'en provoqueraient pas. Les neurosciences actuelles se basent sur la constatation que tous les processus mentaux sont de nature biologique et que toute altération de ces processus est organique.[...] Pour mettre en évidence la nature biologique des processus mentaux, il faut faire appel à des méthodes anatomiques bien plus sophistiquées que ne l'était l'histologie photonique des pathologistes du 19<sup>ème</sup> siècle." (E.R.KANDEL. in: **Principles of Neural Science**, pp.1027 et suiv. E.R. Kandel, J. H. Schwartz, T.M. Jessell Elsevier Publishing Co. Inc.(1991) ISBN 0-444-01562-0).*

*Comparons cette affirmation d'une sommité mondialement reconnue, et la suivante, évocatrice d'une nostalgie surannée de certains de nos psychiatres, pourtant universitaires, pour l'animisme et le vitalisme: "...comme si la misère et le désespoir s'étaient inscrits dans de quelconques cellules du cerveau..." (P. Van MEERBEECK:Les années folles de l'adolescence, p. 32.De Boeck-Wesmael, Bruxelles 1988 ISBN 2-8041-1164-4 ). De plus, tout médecin et psychiatre devrait savoir qu'une des caractéristiques distinctives du cerveau, c'est aussi que chacune de ses cellules est singulière, unique, certainement tout sauf quelconque! (A. PETERS, S.L. PALAY, H.De F.WEBSTER: **The Fine Structure of the Nervous System**, p.4. W.B.Saunders, Philadelphia 1976. ISBN 0-7216-7207-8)*

*Officiellement, les disputes entre écoles psychiatriques ne devraient plus être de mise aujourd'hui. Mais l'attachement des psychiatres à leurs habitudes et traditions, leur révérence pour le prestige des noms de leurs grands fondateurs, théoriciens intuitifs (Kraepelin, Bleuler, Schneider, Freud, p.ex.), leur respect de l'autorité de ces pionniers de la psychiatrie (de la fin du XIX<sup>ème</sup> et du début du XX<sup>ème</sup> siècle) leur mettent des oeillères. Celles-ci leur masquent l'importance, pour leur discipline, du progrès actuel des neurosciences. Ou bien encore, elles leur cachent l'état manifeste de*

*décrépitude avancée auquel sont aujourd'hui parvenues les théories sur lesquelles la psychiatrie s'était d'abord construite. Ceci explique, à la fois l'apparente incohérence des explications sur les psychoses que les professionnels de la psychiatrie fournissent aux profanes quand ils y condescendent - , et le caractère peu convaincant de ces explications trop souvent en contradiction flagrante avec les faits d'observation et les connaissances dont la biologie et la médecine disposent par ailleurs. Il ne peut être question de refaire ici l'historique de la psychiatrie. Rappelons seulement que toutes les théories qui ont fondé la psychiatrie et qui continuent de lui fournir la majorité de ses bases actuelles ont été développées alors même que nos connaissances sur le cerveau n'étaient encore que des hypothèses très controversées réservées à quelques spécialistes, et qu'il a fallu attendre les années 1940 pour que, grâce notamment au microscope électronique, la théorie du neurone, telle que le neuroanatomiste et prix Nobel espagnol Santiago Ramon y Cajal la proposait au début du siècle (1909-1911), soit enfin généralement et définitivement admise.*

*Face à cette terra incognita qu'était le cerveau, et sous l'influence persistante de la philosophie cartésienne de la dualité de l'esprit et du corps, la psychiatrie ne pouvait s'élaborer et s'échafauder qu'en décidant que, puisque la structure et le fonctionnement du cerveau lui étaient inaccessibles, elle n'avait pas à s'en soucier.*

*Le concept actuel de schizophrénie est dû à Kraepelin qui imaginait qu'en psychiatrie comme en médecine, "des processus morbides similaires produiront des images identiques de symptômes" (1907 !) et, réciproquement, que des symptômes identiques produits en même temps (associés dans le temps) doivent nécessairement prendre leurs origines aux mêmes causes (même étiologie). Fort de ces prémisses, il répertoria et regroupa en catégories les symptômes que ses malades lui rapportaient, un peu à la manière dont s'y serait pris un botaniste de l'époque pour établir une flore descriptive et systématique des plantes de sa région, et pour ainsi distinguer, au lieu de grandes catégories de végétaux sur la base de la forme de leurs feuilles, fleurs, etc., de grandes catégories de maladies mentales. On sait aujourd'hui que ces prémisses sont fausses. Le cerveau, organe pourtant unitaire, est d'une telle complexité de structure et d'une telle multiplicité de fonctions qu'il ne peut se comparer à aucun des autres organes rencontrés ailleurs dans notre corps. Comme le rappelait le début de cette note, **tous les processus mentaux ne peuvent être que de nature biologique** - après tout, si nous ne sommes que des êtres "de chair et de sang", comment les phénomènes mentaux ou "psychiques" ne prendraient-ils naissance que dans l'éther? - mais la complexité des mécanismes de leur genèse est telle qu'il est, encore aujourd'hui, illusoire de croire remonter à coup sûr depuis les symptômes psychologiques à limites floues jusqu'à leur (s) cause(s) biologique(s) supposée(s), comme il est encore vain de vouloir prédire tous les symptômes psychologiques que pourraient entraîner des*

*altérations (biologiques, donc organiques) diffuses plus ou moins discrètes de différents territoires cérébraux. Les classifications fondamentales de maladies mentales selon Kraepelin et ses successeurs sont donc hypothétiques, intuitives et arbitraires, la psychiatrie devrait en faire table rase. Elle semble pourtant vouloir s'y accrocher obstinément.*

*Kraepelin était aussi convaincu de la matérialité, donc de "l'organicité" des causes des maladies mentales, ce qui correspond en effet à toutes les données actuelles de la biologie. Mais le caractère purement conjectural et contestable de ses classifications nosologiques permet aux tenants de l'origine psychologique des troubles mentaux (prenant naissance où et agissant sur quoi?) de "faire l'amalgame" et de continuer imperturbablement à nier tout en bloc: la validité effectivement douteuse de ses classifications, mais aussi la nature organique des affections mentales. Passant sous silence, entre autres, le syndrome de Korsakoff, les maladies d'Alzheimer, de Creutzfeldt-Jakob, de Parkinson, de Bourneville - arrêtons là le massacre -, les contempteurs de la "psychiatrie biologique" ont pu affirmer que "la paralysie générale demeure la seule et unique pathologie inductrice d'une affection mentale à cause organique." (P. Van MEERBEECK: op. cit. p. 35. )*

*Dans un certain nombre d'affections mentales, dont de nombreux cas diagnostiqués de "schizophrénie", les méthodes modernes d'imagerie médicale ont décelé une dilatation des ventricules cérébraux. Cette observation importante, les champions du tout psychologique la balayent d'un revers de main en disant qu'elle n'a rien de spécifique à "la" schizophrénie et qu'elle pourrait bien n'être qu'une sorte de "curiosité" sans réelle signification. Ils oublient de dire que la dilatation des ventricules cérébraux équivaut nécessairement à une diminution correspondante du volume cérébral, c.à.d. à une perte de neurones, et cela, par contre, qu'est-ce donc, sinon du biologique et de l'organique?*

*Ceux qui persistent à prétendre que les processus mentaux (psychiques) tant "normaux" qu' "anormaux" se déroulent comme par magie dans une sorte d'espace virtuel désincarné me font penser au tailleur mis en scène dans le célèbre sketch du fantaisiste français Fernand Raynaud "Y'a comme un défaut". Dans ce sketch, le client trouve que le complet que lui a coupé son tailleur ne "tombe" pas bien, qu'il a comme un défaut ("c'est organique"), tandis que le tailleur refuse de reconnaître le bien fondé de ses critiques et prétend que les défauts apparents de la coupe ne sont que le résultat du mauvais maintien de son client (c'est "fonctionnel"). On peut même pousser cette amusante (?) analogie plus loin: certains tailleurs (psy) vont même jusqu'à croire que si l'anatomie du "client" lui inflige, bien malgré lui, un maintien particulier qui contrarie la coupe du vêtement, il ne tient qu'à ce client de faire "de la gymnastique" pour corriger ces défauts.*

*De nombreux psychiatres invoquent régulièrement l'absence (qu'ils croient!) d'altérations observables dans le cerveau pour justifier ce qu'ils appellent les "maladies mentales fonctionnelles". Ils étalent ainsi leur ignorance des progrès de nos connaissances. Ils semblent croire que des anomalies (des*

"lésions") doivent obligatoirement se manifester sous forme de réactions inflammatoires, de cicatrices "gliales", d'accumulations d'inclusions anormales dans les neurones, etc. Ils retardent d'au moins deux guerres! Ils n'ont pas l'air de savoir que des neurones, soit pionniers et provisoires, soit mal programmés et qui n'établissent pas leurs connexions correctes en temps voulu, sont toujours condamnés à être non fonctionnels et, en général, à disparaître sans laisser ni trace ni cicatrice d'aucune sorte. Ceux qui, ensuite, naïvement les rechercheraient, seraient alors incapables d'en reconnaître même l'absence. De même, si des neurones provisoires persistent trop longtemps, leurs connexions devenues intempestives empêchent les connexions prévues d'autres neurones de s'établir. Ces derniers risquent alors de disparaître à plus ou moins longue échéance, eux aussi sans laisser de traces.

Si un magicien, d'un coup de sa baguette, éteignait une étoile sur cent - ou en rajoutait une - dans le ciel brillamment constellé des tropiques, croyez-vous que les touristes profanes s'en apercevraient? Alors, qu'on y songe: observerait-on l'absence, par exemple d'un pour cent sur les cent milliards de neurones que compte notre cerveau? De là à dire qu'elle ne sert à rien...

**3** *On préfère ne pas parler* des malades schizophrènes, mais on omet aussi de reconnaître que les malades psychotiques, et surtout les schizophrènes, sont bien plus mal lotis encore que les autres catégories défavorisées de notre société. En effet, c'est justement leur maladie qui leur ôte la capacité de revendiquer efficacement leurs droits, qui les empêche d'utilement faire entendre leur voix, à la différence d'autres catégories qui parviennent à se regrouper et à se faire reconnaître et entendre des pouvoirs publics. Les familles de malades, les seules véritablement motivées par les problèmes de la maladie mentale parce qu'elles les vivent jour après jour, tentent de revendiquer pour eux, mais elles sont déjà épuisées et souvent usées par la lutte directe contre la maladie d'un des leurs. Leurs efforts "politiques" et leurs moyens financiers sont dérisoires face à l'immensité de la tâche. Quant à nos "professionnels", ils ne croisent les malades psychotiques chroniques que dans le cadre de leur profession: dans les "institutions", et pendant les heures de bureau. Devenus une espèce de fonctionnaires de la "santé mentale", beaucoup d'entre eux semblent parfaitement satisfaits des conditions de l'exercice de leur profession; ils s'inquiètent peu de la situation de leurs clients dont ils ne partagent et n'imaginent donc pas la vie: pour beaucoup, les psychotiques ne sont qu'une justification, une part de raison sociale, voire un prétexte de la psychiatrie, ils ne sont plus une de ses raisons d'être. Les entend-on jamais élever la voix en faveur de leurs patients?

Conséquence: "Il n'y a rien à signaler" sur le front de la maladie mentale. Ou même: "cela existe-t-il vraiment?"

## VIII. La recherche sur la schizophrénie

La recherche sur la schizophrénie se poursuit dans de nombreux pays, dans de nombreuses directions différentes qu'on peut regrouper en trois ou quatre grandes catégories qui se recouvrent quelque peu les unes et les autres:

1. **la recherche des causes** premières (biologiques) **1** ;
2. la recherche pharmacologique et pharmaceutique qui s'efforce, tant que les causes premières (biologiques) de la maladie ne sont pas connues, de mettre au point de meilleurs médicaments pour néanmoins **atténuer les symptômes** de la maladie **2** ;
3. la recherche sur les mécanismes (biologiques) responsables des manifestations de l'affection, pour trouver des "marqueurs biologiques", c'est-à-dire des témoins objectifs **spécifiques** de la schizophrénie, qui permettraient alors de poser avec sûreté et précocement un diagnostic de schizophrénie qui serait, enfin! sans équivoque;
4. en attendant qu'on ait apporté des réponses satisfaisantes aux trois premiers points, la recherche sur les aménagements à apporter à la société pour rendre la vie supportable aux malades et à leurs familles. On pourrait peut-être inclure dans cette recherche celles qui portent sur les tentatives de rééducation et de "revalidation" qui tentent de fournir aux malades les moyens "psychologiques" et "intellectuels" pour suppléer leurs déficits cognitifs et visent à atténuer les conséquences affectives et sociales de leurs troubles sensoriels et "mentaux": pour leur permettre de mieux "fonctionner" dans nos sociétés modernes très exigeantes par leurs complexités.

Les trois premiers points sont ceux qui font partie d'une recherche plus "**fondamentale**", dont on sait qu'elle risque de s'étendre sur de longues périodes dont la durée est difficilement prévisible. Cette recherche "fondamentale" se poursuit dans de nombreux pays, elle implique des équipes internationales de chercheurs de nombreuses disciplines différentes, recrutés parmi des cliniciens aussi bien que chez les "neuroscientistes" fondamentaux (mais je crains qu'en Belgique, malgré certains "effets d'annonce", les moyens qu'on y consacre ne soient qu'assez insignifiants). Personne ne peut aujourd'hui prévoir et donc encore moins prédire quand une percée nouvelle et décisive (comparable à celle survenue dans les années 1950 avec les neuroleptiques) se produira. On peut supposer que les progrès porteront à la fois sur la détection plus précoce des troubles, une relative prévention devenant par conséquent possible, et sur des traitements plus spécifiques qui permettront de mieux les personnaliser au cas par cas pour chaque malade. **3**

La recherche “**fondamentale**” s’efforce, par exemple et entre autres multiples approches, de repérer les groupes de gènes intervenant dans les manifestations des troubles mentaux, grâce aux techniques de génétique moléculaire appliquées à l’ADN des malades et des membres de leurs familles, et à celui des couples de jumeaux, mono- ou dizygotes (vrais et faux jumeaux) atteints d’une forme de schizophrénie. Cette approche, c’est ce dont le grand public entend fréquemment parler sous le nom de **génétique** à quoi, bien souvent, s’associent dans son esprit des idées de racisme, d’eugénique, et de “totalitarisme”, répandues erronément dans ce contexte par des gens qui n’ont pas la moindre connaissance réelle de ce dont ils parlent et qui sont eux-mêmes des dogmatiques et des idéologues, sinon presque toujours des “romantiques” fanatiques.

Un des meilleurs exemples bien connus de cette recherche génétique: s’il faut évidemment proscrire (et se l’interdire) de “manipuler” les gènes des individus pour les rendre “conformes” à une “norme idéologique” (ce qui, de toutes façons, est un fantasme de science-fiction), par contre, connaître les gènes intervenant dans l’apparition d’une maladie mentale a déjà permis d’identifier l’un ou l’autre acide aminé à proscrire de l’alimentation tant que le cerveau n’est pas encore totalement développé (c’est le cas de la phénylalanine pour les personnes atteintes de phénylcétonurie, maladie génétique responsable de retard mental grave, évitable cependant grâce à un régime appauvri en phénylalanine et suivi pendant l’enfance).

L’imagerie cérébrale et l’électroencéphalographie de potentiels évoqués (assistée par ordinateur) permet d’identifier les territoires cérébraux dont l’activité est modifiée chez les malades que l’on compare à des individus sains (de mêmes âges et sexe: les “contrôles” ou “témoins”).

On s’efforce ensuite de recueillir des données sur les anomalies ultramicroscopiques et biochimiques (détectées grâce à des méthodes immunocytochimiques elles aussi rendues possibles par la “génétique”!) retrouvées dans les cerveaux de patients décédés dont les familles ont fait don à l’une ou l’autre institution scientifique dans le but de recherches (principalement aux U.S.A.). Ces études devraient permettre de progressivement reconnaître et préciser les circuits nerveux cérébraux altérés (ainsi que les connexions de leurs multiples chaînons) déjà rendus “suspects” par l’imagerie et de corrélérer ces altérations avec les manifestations cliniques observées du vivant des malades.

Le neurocytologiste que j’ai été ne peut que se réjouir qu’enfin, aux U.S.A., plusieurs grandes équipes multidisciplinaires émanant de diverses universités, avec le soutien du mécénat privé et celui des organisations de santé publique, se soient résolument attelées à cette tâche minutieuse, immense mais combien indispensable, combien attendue, de microdissection fonctionnelle du cerveau humain.

Comme j'y ai déjà insisté précédemment, la machine cérébrale humaine étant l'organe le plus complexe auquel la science s'est jamais attaquée, cette recherche "fondamentale" est nécessairement de très longue haleine. Elle n'est pas non plus directement à la portée des praticiens et cliniciens privés. Ce sont cependant les cliniciens, parce qu'ils sont en contact avec les malades et devraient donc chacun bien connaître les signes et symptômes individuels, particuliers à chacun de leurs patients, qui devraient travailler en étroite collaboration avec les chercheurs universitaires et les instituts de recherche en leur faisant part de leur expérience de terrain. Ce sont eux qui devraient encourager leur patientèle à volontairement participer et collaborer à la recherche scientifique sur les maladies mentales pour en accélérer les progrès: tout le monde ne peut qu'y gagner, même si tous doivent s'armer de beaucoup de patience.

En retour, les chercheurs devraient tenir les praticiens "de terrain" au courant des résultats de leurs recherches et leur en expliquer les conséquences pratiques pour la compréhension des affections mentales et de leurs traitements: c'est cela, la **formation continue** dont aucune profession ne peut plus se passer de nos jours.

Il faut constater, malheureusement, que, jusqu'à présent chez nous, une majorité de nos psychiatres se sont accoutumés à considérer leur discipline plus comme une branche de la philosophie (platonicienne), voire comme une théologie spéculative et contemplative (donc immuable), plutôt que comme une science expérimentale cherchant à valider ou infirmer ses hypothèses. Cette conception a pour conséquence que nos praticiens s'enferment dans des "explications" superficielles des troubles mentaux dont ils se satisfont. Ils font appel pour cela à de vieux mythes et légendes qui, en plus de conférer à ceux qui les évoquent et qui s'en servent une apparence de vernis d'érudition culturelle, parfois présentent un attrait poétique et peut-être artistique ou esthétique qui peut séduire certains dans l'instant. Mais ce n'est, somme toute, que de la "littérature" qui ne peut tout au plus que distraire (divertir) de leurs préoccupations morbides les bien-portants qui se croient malades, mais est impuissante à soulager les **vrais malades**.

L'attachement à ces mythes et légendes les entretient et est tout à l'opposé d'une véritable formation continue basée sur l'acquisition de nouvelles connaissances bien établies; pareille ruminant quasi rituelle (on ne peut guère l'appeler d'un autre nom) ne peut que stériliser notre psychiatrie et retarder un peu plus encore la modernisation pourtant bien nécessaire des connaissances et moyens à mettre en oeuvre pour **aider concrètement** nos malades mentaux chroniques à vivre plus confortablement parmi nous malgré leurs handicaps.

La **recherche pharmaceutique** (et pharmacologique) est souvent décriée



par des ignorants qui imaginent (par une sorte de paranoïa qui leur est propre) que les grandes firmes pharmaceutiques ont intérêt à “forcer” (ou à “corrompre”) le corps médical à prescrire, à tort et à travers pourrait-on dire, des médicaments psychotropes dont l’utilité réelle serait délibérément exagérée. Certains vont même jusqu’à prétendre que ces médicaments induiraient des dépendances chez ceux qui s’en serviraient, ce qui expliquerait l’accroissement (prétendument souhaité!) de leur demande et leur consommation accrue, si ce n’est même la recrudescence des maladies mentales qu’ils sont censés soigner!

Ce sont là des raisonnements infantiles de personnes naïves et crédules qui ont lu trop de mauvais romans policiers et qui assimilent les firmes pharmaceutiques à des organisations maffieuses de narcotraficants. Les grandes firmes pharmaceutiques sont aussi de légitimes entreprises commerciales qui, comme toutes les entreprises commerciales, vivent principalement de leurs bénéfices. Pour cela, elles cherchent d’abord à répondre à des besoins **existants** qu’il est de leur intérêt évident de satisfaire du mieux possible, et non pas de les créer au préalable ex nihilo (car ce serait un investissement à long terme absurde, économiquement impossible: bien trop gigantesque et en même temps beaucoup trop incertain et risqué) pour ensuite en profiter tout en continuant d’encourager et d’accroître les besoins ainsi créés (comme le feraient des revendeurs de drogue, p.ex.).

La recherche pharmaceutique s’efforce de mettre au point des molécules aussi efficaces que possible pour atténuer les signes et symptômes (c.-à-d. ceux dont les patients se plaignent et qui les handicapent), et ayant le moins d’effets secondaires (non désirés) possible. Ceci ne peut se faire qu’en liaison étroite avec la recherche fondamentale s’attachant à démonter les mécanismes conduisant à l’apparition des signes et symptômes des affections schizophréniques: en effet, pour parvenir à prévenir la manifestation des signes et “symptômes”, ou pour seulement les atténuer, il faut d’abord comprendre comment ils se produisent (et ceux qui, peut-être, ne s’en doutaient pas, voient ainsi que la recherche pharmaceutique rejoint celle des causes: quand tous les mécanismes des “symptômes” seront compris, les chaînes de mécanismes reliant ceux-ci entre eux deviendront à leur tour compréhensibles et les “causes premières” apparaîtront nécessairement).

Actuellement, cette recherche procède encore quelque peu à tâtons, car les molécules qu’elle met au point ne sont encore spécifiques que des médiateurs synaptiques, qui se retrouvent dans de nombreuses “familles” de neurones et pas seulement sur des neurones spécifiques de tel ou tel circuit. L’amélioration de la spécificité de ces médicaments ne sera obtenue que quand les neurones “clefs” des mécanismes à corriger auront été identifiés ainsi que leurs particularités “biochimiques” et métaboliques, ce qui permettra alors de les cibler.

La recherche porte également sur de **nouvelles méthodes neuropsychologiques** permettant de diagnostiquer plus rapidement et avec plus de fiabilité les malades atteints de diverses formes de schizophrénie. J'ai rappelé précédemment les difficultés que les psychiatres rencontrent quand ils se trouvent confrontés à l'éventualité de diagnostic de schizophrénie, et combien de temps s'avère souvent nécessaire à l'observation des malades avant qu'on n'admette ce diagnostic - qui, en plus, fait souvent l'objet de discussions entre psychiatres différents, entraînant par conséquent des retards importants des traitements.

Les tests neuropsychologiques existants portent sur la "théorie de l'esprit". Ils permettent d'évaluer si un malade parvient à reconnaître les états d'humeur et à prévoir les intentions et les actes des personnes qu'il rencontre ou qu'il observe, et dans quelle mesure il est capable d'y adapter son propre comportement. Des tests existent aussi qui permettent d'évaluer le degré d'anosognosie dont les malades sont atteints.

Enfin, des tests neuropsychologiques récents mettant à profit les progrès de l'imagerie numérique (informatique) permettent, sous forme de "jeux" de "réalité virtuelle" à l'ordinateur, de poser rapidement et de manière fiable (à 85%) le diagnostic de schizophrénie (et peut-être d'en cerner les déficits cognitifs plus aisément qu'on ne le fait actuellement chez nous; **A. Sorkin & al., Am. J. Psychiatry 163: 512-520, 2006**).

Un peu partout dans le monde, dans les différentes universités, on s'efforce de mettre au point ces batteries de tests pour rendre le diagnostic plus aisé, donc plus rapide, plus fiable et mieux reproductible entre psychiatres différents. Une des conséquences de ce progrès devrait être un meilleur choix (une meilleure "personnalisation") des méthodes pédagogiques de remédiation des troubles cognitifs et affectifs qu'on pourrait tenter chez chaque malade.

Malheureusement, si j'en juge par la littérature scientifique publiée sur ce sujet, les psychologues et psychiatres de notre pays, qu'ils soient universitaires ou non, cliniciens ou non, semblent assez peu se soucier de ces méthodes (je ne les ai personnellement jamais vues utilisées chez nous). Ce désintérêt laisserait penser qu'ils en restent encore toujours aux seuls interviews par le psy ("l'échange intersubjectif" par la parole) et, parfois peut-être, aux soi-disant tests "projectifs de personnalité", ces vieux jeux de société pour cartomanciennes, dont tous savent aujourd'hui qu'ils ne projettent jamais rien d'autre que les a priori et les superstitions des examinateurs eux-mêmes. En pareilles circonstances et par les temps qui courent, certains diraient sans doute que, compte tenu des honoraires perçus par les psychiatres du secteur public, on ne peut en effet s'étonner de ne devoir attendre d'eux que des "évaluations de voyante extralucide", un peu à la manière d'autres qui, récemment, parlaient d' "expertises de femme de ménage".

Le quatrième point mentionné plus haut correspond à ce que parfois on a appelé le volet “psychosocial” (prétendument de la recherche). Comme il suppose une étroite collaboration (la fameuse “prise en charge multidisciplinaire”) entre disciplines les plus diverses dépendant de multiples administrations (éducation, enseignements, santé publique, etc., etc.), c’est cette **recherche “psychosociale”** qui, dans les dernières années, a souvent bénéficié du plus grand nombre de discours de nature surtout publicitaire et électorale de la part de nos politiques de tous bords. C’est aussi ce à quoi on s’est efforcé de faire croire qu’on accordait chez nous un maximum de ressources: financières, humaines, etc., etc.

Toutefois, les ressources effectivement “dégagées” pour améliorer le sort des malades mentaux n’ont jamais été à la hauteur, ni des besoins réels des malades, ni de l’ampleur souhaitable et nécessaire des projets “psychosociaux” annoncés. Jamais non plus, elle n’ont été réellement “ciblées” sur les malades mentaux eux-mêmes, mais bien plutôt sur une administration censée les gérer. Elles ont habituellement été limitées à la création d’organismes virtuels et administratifs principalement chargés de “penser” “l’organisation de la santé mentale” et à pondre, périodiquement et très régulièrement sur ce sujet des rapports de [faible] niveau scolaire tout juste bons à n’être lisibles ni lus par personne, à s’empoussiérer dans des archives et à justifier l’existence et les appointements de leurs rédacteurs.

On pourrait dire que, comme cette pensée “politique” n’est, chez nous, pas réellement alimentée par des apports nouveaux (par ce que les neurosciences et la psychologie scientifique nous ont apporté depuis au moins deux décennies), elle a plutôt tendance à s’enliser en s’appuyant sur des idées reçues, des croyances, des fables et des superstitions, datant de plus d’un siècle et habillées d’un jargon tardivement modernisé mais déjà dépassé (autrement dit: se fiant à de faux “experts” obsolètes pour les conseiller, nos “responsables” se reposent et s’endorment sur des lauriers dont ils n’ont pas perçu qu’ils sont depuis longtemps fanés et tombent en poussière).

On sait pourtant désormais fort bien à quoi pourraient se résumer, très simplement et sans qu’il soit nécessaire d’y consacrer des pages et des pages de rapports indigestes, les recommandations découlant de près d’un siècle d’observations des malades par des professionnels: un psychiatre des hôpitaux de la région parisienne déclarait - en octobre 2005 - à un grand quotidien français: **“Soigner un schizophrène signifie vivre avec lui, comme c’est le cas dans certaines sociétés pourtant moins développées que les nôtres.”**

Seulement voilà, il ne suffit pas de le dire, encore faut-il se donner les moyens de le faire... Et cela, c’est une toute autre histoire!

**1 La recherche des causes.** *Les psychiatres qui ont une expérience réelle de la schizophrénie insistent à juste titre sur l'importance qu'il y a, par la recherche, à identifier le plus précisément possible la cascade des événements (les causes) qui, au cours du développement du cerveau, aboutissent à l'apparition de la schizophrénie. Ce n'est qu'en connaissant chaque élément de cette cascade qu'on pourrait devenir capable d'influencer celui qui se trouve le plus possible en amont, et qu'ainsi on pourrait le mieux traiter la maladie.*

ANDREASEN, N. *Understanding the causes of schizophrenia.* NEJM 1999, 340/8, 645-647

*Les parents de malades sont parfaitement conscients de l'importance de cette recherche, ils réclament depuis longtemps qu'on lui alloue plus de moyens. Pourtant, dans les émissions télévisées destinées à l'information "grand public" de notre pays, on voit encore l'un ou l'autre psychiatre affirmer sans aucune gêne apparente qu' "il vaut mieux ne pas rechercher les causes" (RTBF, émission de la série "Pulsations", 11 février 1999). Veillons croire que pareilles affirmations ne doivent pas être prises au sens littéral, mais qu'en langage de psychiatre belge, cela signifie, plus simplement et après traduction, que les parents ne doivent pas se chercher des raisons de se sentir coupables de la maladie de leur enfant...*

*Ce n'est bien sûr pas aux parents qu'il incombe de rechercher les causes de la schizophrénie. Mais ils ont un droit légitime et le devoir de l'exercer: celui de réclamer, hautement et sans relâche, de ceux dont la tâche est de rechercher les causes, qu'ils s'y emploient autrement que par des déclarations d'intentions.*

**2 Les traitements sont palliatifs, symptomatiques, c'est-à-dire de médicaments qui suppriment ou atténuent les symptômes.**

*Comme on l'a vu (chapitre V, page 55), les médicaments neuroleptiques sont plus ou moins efficaces, de manière empirique et imprévisible pour chaque cas individuel. A part leur activité pharmacologique fondamentale sur les récepteurs neuronaux des médiateurs synaptiques, on ne connaît pas les mécanismes par lesquels ils influencent, très indirectement, certains des troubles apparents de la schizophrénie.*

*Il est très important de ne jamais oublier que ces médicaments ne sont pas curatifs et ne peuvent pas l'être. D'autre part, leurs effets ne deviennent manifestes qu'après un certain temps de latence, de même que les symptômes qu'ils atténuent ne réapparaissent pas immédiatement après l'arrêt du médicament. La conséquence pratique de ces faits bien établis est inéluctable:*

*une fois le "bon" neuroleptique défini pour un malade donné, et une fois la dose minimale efficace établie, il faut s'y tenir définitivement et sans*

*interruption ni diminution (sauf apparition de signes secondaires inquiétants), même si les signes et symptômes semblent avoir disparu ou être devenus insignifiants. En effet, les capacités d'adaptation du système nerveux central (sa "plasticité") s'amenuisent avec le temps et, lors des "rechutes" qu'entraînent, plus ou moins rapidement, les arrêts et diminutions inconsidérées de la médication, chaque nouvelle "remise au point" du traitement s'avère plus longue et difficile que la précédente (non pas parce qu'à chaque rechute l'affection progresserait, s'aggraverait, comme certains voudraient nous le faire croire, mais à cause de la diminution normale de la plasticité cérébrale avec l'âge, la médication devenant ainsi moins efficace avec le temps).*

**3** *Les caractéristiques uniques du système nerveux central laissent peu de place aux hypothèses de traitements curatifs: seuls des traitements palliatifs précoces ou des mesures de prévention sont imaginables, quand des méthodes de détection précoce (génétiques et autres) seront disponibles.*

*L'ampleur des troubles mentaux de la schizophrénie et leur diversité (portant sur les perceptions sensorielles, les processus de pensée, l'humeur, l'affectivité, les émotions, etc.) sont parmi les multiples raisons qu'on a de penser que "la" schizophrénie comporte des anomalies du "cablage" et des connexions qui, au cours du développement du cerveau, se mettent en place, respectivement entre différents territoires cérébraux et entre cellules nerveuses individuelles. Cette opinion est confortée par les données obtenues grâce aux techniques d'imagerie cérébrale, qui montrent que, lors de tâches "mentales", les trajets suivis par l'activité cérébrale au sein du cerveau, diffèrent selon qu'on observe des malades ou des personnes bien portantes.*

*Il faut savoir que l'apparition du futur système nerveux central (SNC) se produit dès la 3ème semaine de la vie embryonnaire. Ensuite, le SNC (en gros, le cerveau, le tronc cérébral et la moëlle épinière) se développera pendant la vie intrautérine, l'enfance et l'adolescence, et n'arrêtera pas de se remodeler jusqu'à l'âge adulte (passé 20 ans).*

*A la manière de ce qui se passe sur un chantier de construction, où un calendrier précis est exigé pour chaque phase de la construction, chaque étape de la croissance et du développement du cerveau se fait suivant un programme très précis dans le temps. Cette comparaison, bien qu'un peu simpliste, est valable aussi pour d'autres aspects du développement cérébral: à chaque instant, la mise en place de chaque étage supplémentaire dépend à la fois de la construction correcte des étages précédents et de la disponibilité, au moment voulu (par et pour les besoins du moment), des matériaux de construction adéquats. On imaginera aisément que, plus précoce aura été une erreur de construction, plus étendus seront les défauts consécutifs: un défaut au niveau des fondations se répercutera sur*

*l'ensemble du bâtiment, obligeant peut-être à reprendre tout à partir de zéro, alors qu'une erreur dans les étages supérieurs n'imposera que des remaniements bien moins importants.*

*Malgré quelques analogies utiles pour les besoins de l'explication, le développement du cerveau comporte, on s'en doute, des différences importantes avec les chantiers de construction des architectes et des ingénieurs. La différence la plus importante à comprendre porte sur la nature des matériaux de construction; dans le cas du développement cérébral, les matériaux sont vivants et "périssables". Disponibles seulement à certains moments et en quantités finies, ils ne peuvent servir que pendant une période bien déterminée et limitée dans le temps. Ils ne se conservent pas. Inutilisés, ils seront éliminés. Une fois employés, ils ne pourront plus être réutilisés ailleurs ou à d'autres tâches. Une fois mis en place, ils se figeront plus ou moins, perdant une bonne partie de leur souplesse d'origine (leur "plasticité"). La seule plasticité qui leur restera sera celle que leur consentiront les matériaux de construction contigus, pourtant devenus, eux aussi, progressivement moins malléables.*

*Par conséquent, le développement harmonieux normal de tous les territoires cérébraux doit être parfaitement orchestré, synchronisé: aucun territoire ne peut être en retard par rapport aux autres, aucun d'eux ne peut attendre les autres. En cas d'erreur, à la différence des groupes de musiciens d'un orchestre (les cuivres, les bois, les cordes, p.ex.) qui "tricheraient" pour se retrouver "en mesure", les retardataires ne peuvent pas accélérer pour rattraper les autres, et ceux qui seraient "en avance" ne peuvent ralentir pour se laisser rejoindre par les traînants. A la rigueur, seules des désynchronisations individuelles minimales (au sein même des cuivres, des bois, des cordes de l'orchestre) sont susceptibles de se résorber, ou de passer presque inaperçues.*

*Tout comme la "construction en chantier" doit être "réussie du premier coup", "l'exécution de l'oeuvre orchestrale" doit être parfaite dès le premier concert. On n'a droit ni à des reprises ni à des répétitions (c'est pendant les centaines de milliers d'années d'évolution des espèces que ces répétitions ont eu lieu).*

*Qu'est-ce que cela signifie pour le traitement de la schizophrénie? Si, comme on le pense actuellement, la schizophrénie résulte d'une atteinte du cerveau pendant son développement, alors un traitement réellement curatif (amenant la guérison complète) apparaîtrait difficile à concevoir. En effet, même s'il était imaginable de "réparer" la "lésion" d'origine, ce qu'on pourrait appeler "la cause", les conséquences déjà installées, irréversibles, n'en seraient pas effacées pour autant. Ainsi, pareil traitement n'aurait que peu ou pas de résultats favorables.*

*C'est pourquoi je n'ai pas évoqué de traitements "curatifs", au risque de me faire accuser, comme souvent déjà, de pessimisme excessif. Je suis pourtant persuadé qu'une meilleure connaissance de notre cerveau, grâce aux progrès sans cesse accélérés de la neuroscience, de la génétique moléculaire, de meilleures techniques d'imagerie assistée par ordinateur, permettra:*

- 1) de reconnaître à temps les personnes présentant, pour leur descendance, un risque accru de développer une schizophrénie;*
- 2) d'identifier les facteurs du milieu qui, chez les personnes à risques, entraînent les anomalies du développement cérébral. On pourra ainsi se protéger de ces facteurs nocifs et faire de la véritable prévention;*
- 3) d'identifier, chez les malades, les "circuits" neuronaux stratégiques principalement atteints pour pouvoir mieux les cibler par des médicaments nouveaux, bien plus sélectifs que ceux dont nous disposons aujourd'hui: on pourra enfin **soigner** véritablement.*

*La progression des sciences naturelles est extraordinairement accélérée. Une décennie actuelle représente bien plus d'avancées de nos connaissances et de nos moyens qu'on ne pouvait en imaginer se produire sur une décennie il y a seulement cent ans. C'est pourquoi les trois points énumérés ci-dessus sont plus proches de nous qu'on ne le croit...*

*Serait-ce, cette fois, un optimisme excessif?*

*“En résumé, il faut savoir que les mots que nous employons pour exprimer les phénomènes, quand nous ignorons leurs causes, ne sont rien par eux mêmes, et que, dès que nous leur accordons une valeur dans la critique ou dans les discussions, nous sortons de l’expérience et nous tombons dans la scolastique.”*

Claude Bernard,

“Introduction à l’étude de la médecine expérimentale”

(Paris 1865)

## EN GUISE DE CONCLUSION (provisoire...)

Il n’y a encore que peu d’années de cela, certains psychiatres amateurs de sophismes, férus de belle rhétorique et tourneurs de sentences bien ronflantes, semblaient penser que la parole du psychiatre, puisqu’elle traite de l’esprit et qu’elle est censée s’adresser à lui, et surtout si elle s’exprime par des métaphores de sonorité poétique ou par de brillants sophismes passant pour révolutionnaires mais seulement provocateurs, peut non seulement contrefaire l’expression d’un profond savoir qualifié de “scientifique” et peut-être occulter les lacunes réelles de ce savoir, mais elle serait aussi, en elle-même et comme par magie, porteuse de mystérieuses vertus thérapeutiques.

Parmi ces sophistes impénitents, non seulement philosophes amateurs mais s’instituant aussi connaisseurs et “réparateurs” professionnels du mental, de l’esprit, du “psychisme”, et parfois aussi mais très accessoirement médecins diplômés, certains proclamaient à qui voulait bien les écouter et les croire que le concept de maladie mentale ne pouvait être qu’un oxymoron, c’est-à-dire une contradiction, une impossibilité, une absurdité, et que par conséquent elles n’existent pas (l’esprit étant distinct du corps, les maladies ne pouvant toucher que le corps). Pour eux, les manifestations anormales attribuées à ces “maladies inexistantes ou imaginaires” ne seraient que le résultat d’un conflit avec la société dans laquelle vivent ceux qui en sont affligés.

D’autres, parmi ces héritiers spirituels de Platon, qui en étaient (et en sont encore) restés à Descartes et se représentent “l’esprit” comme distinct du corps, l’esprit étant pour eux immatériel bien qu’étant aussi une “chose”, imaginent qu’en se bornant à écouter les divagations et les “raisonnements” faussés des malades qu’ils interprètent selon leur propre fantaisie, ils peuvent se faire une représentation de cette “chose”, ils se persuadent qu’ils peuvent la “comprendre”. En se contentant de lui “parler”, ils croient pouvoir la modeler pour lui rendre une forme qu’ils pensent conforme à celle qui serait commune à tous les bien-portants (à la manière dont certains espèrent de leurs souhaits, leurs vœux et leurs prières, qu’ils seront exaucés si ils “prient de la bonne façon”).



On commence à savoir et à admettre, aujourd'hui, que les troubles mentaux chroniques sont la manifestation d'altérations organiques (c.-à-d. matérielles, concrètes) du cerveau. Par conséquent, on commence aussi à admettre qu'on ne peut y remédier qu'en recourant d'abord aux médicaments psychotropes, tels que, pour les schizophrénies par exemple, les neuroleptiques.

Mais on prend aussi progressivement conscience que ces médications, même si elles constituent un grand progrès, incontestable en comparaison de la totale impuissance de la psychiatrie d'il n'y a encore que six ou sept décennies, même si on peut dire qu'il serait criminel de vouloir systématiquement s'en passer, ne sont ni assez spécifiques des altérations cérébrales (qu'on commence, de nos jours seulement, à identifier et à recenser) ni assez efficaces pour, à elles seules, suffire à contrecarrer les signes et symptômes survenant dans tous les cas de schizophrénie(s).

Ces constats ont des corollaires évidents: selon la sévérité des atteintes, il y aura, parmi les malades schizophrènes, une grande diversité de tableaux cliniques.

Les uns, seulement légèrement handicapés, seront capables de s'adapter d'eux-mêmes à une vie calme et réglée ("monotone") qu'on sera parvenu à leur procurer en société, moyennant une médication continue et adaptée au cas particulier de chacun. Peut-être faudra-t-il, discrètement et en gardant ses distances, les surveiller quelque peu pour leur éviter les "dérapages" (la "déstabilisation") toujours possibles à cause des aléas par définition imprévisibles. D'autres, plus profondément atteints et trop peu conscients de leur affection, ne seront capables d'une autonomie que fort réduite, et ne seront pas en mesure de s'adapter - sauf peut-être fort lentement et très partiellement - à une vie dans notre société comparable à celle que la moyenne des bien-portants mènent eux-mêmes. Souvent, pour ceux-là, le simple fait de s'aventurer seuls dans cette société, en général et partout fortement urbanisée et à l'activité trépidante voire épuisante même pour les bien portants, suffira à les "déstabiliser", à entraîner l'abandon de la médication et, par conséquent, l'aggravation des signes et symptômes de leur maladie. Ceux-là, il faudrait leur trouver des lieux (réservés) de calme où ils seraient accompagnés et "encadrés" en permanence, à demeure, par un personnel nombreux mais changeant peu: en quelque sorte un environnement familial de substitution mais professionnel, pourrait-on dire. Les modes actuels de vie dans notre société occidentale ne permettent plus aux familles biologiques de ces malades de jouer, **sans limite dans le temps**, leur rôle de cellule protectrice et d'accueil: tant pour des raisons économiques, que sociales, que psychologiques.

Les solutions sociales qui sont ainsi suggérées sont vraisemblablement coûteuses. Mais ne le sont-elles pas plus encore du point de vue de nos habitudes de pensée que de nos finances?

*Les illustrations accompagnant le texte s'inspirent*

*en couverture: d'une illustration par **René Magritte** pour "**Les Chants de Maldoror**"  
de **Lautréamont**, Editions "La Boétie", Bruxelles 1948*

*en page 20: d'un dessin de **Paul Klee** (1934)  
"**voici, voilà, et patati et patata tant et si bien qu'on ne sait plus de quoi**"*

*en page 26: d'un dessin de **Paul Klee** (1925) "**l'esprit de la tempête**" (Fondation Klee)*

*en page 30: d'un dessin de **Paul Klee** (1931) "**la fuite de soi**" (Fondation Klee)*

La présente brochure est disponible gratuitement sur le site Mens Sana

**[www.mens-sana.be](http://www.mens-sana.be)**

Une autre information sur les maladies mentales chroniques, surtout la schizophrénie.  
Les conditions de vie et de traitement des malades, la santé mentale et la psychiatrie en Belgique.