

QU'EST-CE QUE LA SCHIZOPHRENIE ?

Auteur : Pierre-Michel Llorca

1. « Schizophrénie », c'est-à-dire ?
2. La schizophrénie, c'est quoi exactement ?
3. Il n'y a que la schizophrénie qui donne ces signes ?
4. C'est grave, docteur ?
5. Quels sont les premiers signes pouvant faire évoquer une schizophrénie ?
6. Comment se manifeste la folie dans la schizophrénie ?
7. Qu'est-ce qui risque de se passer dans l'avenir ?
8. Est-ce qu'il y a de l'espoir que ça s'arrange, docteur ?
9. D'où vient cette maladie ?
10. Existe-t-il des examens pouvant affirmer le diagnostic de schizophrénie ?
11. Si il existe des causes génétiques, est-ce qu'on peut savoir pour nos enfants ?
12. Existe-t-il des traitements efficaces contre la schizophrénie ?
13. Les médicaments en pratique ?
14. Donne-t-on d'autres médicaments à part les antipsychotiques ?
15. L'hospitalisation : pourquoi, comment ?
16. Est-ce qu'on va faire des électrochocs ?
17. Pendant combien de temps faut-il suivre un traitement médicamenteux ?
18. Comment aider les patients sur le plan social ou professionnel ?
19. Comment aider vraiment mon proche malade et réduire l'angoisse de ma famille face à cette maladie ?
20. Quelques conseils de lecture

1 – « Schizophrénie », c'est-à-dire ?

Le terme de schizophrénie revient au psychiatre suisse Eugen Bleuler qui, en 1911, attribue la dénomination définitive de "schizophrénie", du grec *schizo* ("séparé") et *phrên* ("esprit").

Le psychiatre allemand Emil Kraepelin fut le premier à établir, en 1896, une entité pathologique unique à partir de trois états jusque-là considérés comme distincts :

- l'hébéphrénie, marquée par un comportement désorganisé et incongru,
- la catatonie, caractérisant une personne alternativement négativiste et immobile, agitée et incohérente,
- la démence paranoïde, dominée par le délire de persécution et de grandeur.

Selon Kraepelin, le mot désigne une série de psychoses présentant souvent un cours chronique et parfois caractérisées par des attaques intermittentes.

Terminologie

- *Synonymes : psychose schizophrénique, trouble schizophrénique, syndrome schizophrénique.*
- *D'autres termes peuvent être employés, centrés sur un des aspects de la maladie : psychose paranoïde, psychose dissociative chronique, délire chronique schizophrénique, hébéphrénie.*

2 – La schizophrénie, c'est quoi exactement ?

La schizophrénie se manifeste cliniquement par des épisodes aigus associant délire, hallucinations, troubles du comportement et par la persistance de divers symptômes chroniques pouvant constituer un handicap. Contrairement à ce qui est fréquemment rapporté, la schizophrénie n'est pas un dédoublement de la personnalité.

La schizophrénie n'est une maladie ni nouvelle ni exceptionnelle

- *La schizophrénie existe depuis que l'homme existe et on peut trouver des descriptions des symptômes dans les textes anciens datant de 2500 ans avant notre ère.*
- *La schizophrénie est une maladie qui concerne environ 0,7% de la population mondiale et 600 000 personnes en France.*
- *Chaque année, 2 nouveaux cas pour 10000 apparaissent ce qui représente près de 3 millions de sujets atteints et 90000 nouveaux cas par an en Europe.*
- *Elle est une maladie « ubiquitaire », c'est-à-dire présente sous toutes les latitudes et dans toutes les cultures et existe dans le monde entier. Le profil symptomatique et le profil psychopathologique présentent d'étonnantes similitudes dans tous les pays et apparaissent comme indépendants des variations socioculturelles.*

On sait aujourd'hui que la schizophrénie est une maladie du cerveau, identifiée par l'association de trois dimensions psychopathologiques fondamentales :

- La première dimension est représentée par la transformation ou la distorsion délirantes de la réalité, exprimée par des vécus délirants (pensées délirantes) et hallucinatoires (perceptions délirantes).
- La deuxième dimension est caractérisée par l'appauvrissement affectif et idéo-affectif, qui se manifeste par les symptômes dits « négatifs » tels que l'aboulie,

l'apathie, la retraite, la réduction ou l'absence de la capacité de modulation affective de la pensée (réduction de la réactivité émotive face à des stimuli importants).

- La troisième dimension est caractérisée par la désorganisation de la pensée avec troubles formels de l'idéation et du langage (pauvreté du contenu et incohérence du discours, perte des liens logiques dans les pensées et le raisonnement, réponses tangentielles) avec comme conséquence directe la désorganisation du comportement qui se manifeste notamment par l'incongruité affective, c'est-à-dire une inadéquation entre les modalités expressives du sujet et le contexte émotionnel de la situation (déconnexion entre communication verbale et communication non verbale à connotation émotionnelle).

Le diagnostic en est établi à partir de critères cliniques qui ont été établis précisément par des groupes d'experts internationaux. A partir de ces critères, deux définitions globalement similaires se sont imposées internationalement : celle de la classification internationale des maladies (CIM10 ou ICD 10) élaborée par l'OMS et celle du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4^e édition ou DSM IV), élaborée par l'association américaine de psychiatrie et utilisée dans la plupart des travaux actuels de recherche scientifique.

3 – Il n'y a que la schizophrénie qui donne ces signes ?

Avant de porter le diagnostic de schizophrénie, il est impératif d'éliminer des facteurs étiologiques potentiels tels que la consommation de drogues, certains troubles métaboliques, certaines maladies neurologiques comme l'épilepsie.

Il faut également écarter d'autres diagnostics de maladie pouvant partager plusieurs symptômes communs avec la schizophrénie, notamment au début, comme un trouble bipolaire (autrefois dénommé psychose maniaco-dépressive).

Certains patients présentent simultanément des symptômes de schizophrénie et de trouble bipolaire. On parle alors de trouble « schizo-affectif ».

Cette proximité de symptômes entre schizophrénie et troubles bipolaires, ainsi que l'identification de troubles intermédiaires, permet d'évoquer un continuum physiopathologique entre les deux maladies. Ceci peut expliquer pourquoi on retrouve assez souvent des sujets souffrant de troubles bipolaires dans les familles de sujet schizophrènes.

4 – C'est grave, docteur ?

C'est l'une des maladies les plus invalidantes, notamment chez les jeunes. Elle frappe surtout vers la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte et peut durer toute la vie. Les formes précoces débutant avant la puberté sont plus rares.

Au « Top 10 » des maladies les plus invalidantes

L'OMS classe la schizophrénie dans le groupe des 10 maladies qui entraînent le plus d'invalidité. De fait :

- *La schizophrénie est un facteur majeur de désocialisation et de précarité.*
- *L'espérance de vie des patients est en moyenne de 10 ans inférieure à celle de la population générale, 40% des personnes qui en sont atteintes tentent de se suicider et 10 % de toutes les personnes atteintes de schizophrénie mettent fin à leurs jours.*

De plus, la schizophrénie est souvent diagnostiquée avec retard à cause de son début souvent insidieux et de la non-connaissance des symptômes de la maladie de la part de la famille. La difficulté d'accès aux soins et l'isolement sont des caractéristiques fréquemment associées à la schizophrénie et contribuent à retarder le diagnostic et la prise en charge.

5 – Quels sont les premiers signes pouvant faire évoquer une schizophrénie ?

Il faut souvent du temps avant de porter le diagnostic de schizophrénie. Les symptômes peuvent être difficiles à déceler jusqu'à une phase avancée de la maladie, d'autant plus que le mode d'apparition des symptômes peut varier considérablement d'un patient à un autre.

• Période prodromique aspécifique (personnalité « pré-morbide »)

La maladie démarre souvent très lentement et avec des signes peu spécifiques. Dans la plupart des cas, ces premiers signes apparaissent avant l'âge de 25 ans, en général lors de l'adolescence, comme l'expression d'un « changement » le plus souvent lent et sournois, mais parfois rapide dans quelques cas.

On observe souvent un retrait social progressif et qui va s'aggraver en même temps que vont se prononcer des difficultés d'intégration avec les jeunes du même âge, une réduction des performances scolaires ou professionnelles, des comportements d'opposition vers les parents, des bizarreries comportementales.

Egalement, on constate une réduction de la capacité à planifier des actes ou à mener des actions à leur terme. Il arrive souvent qu'à ce stade débutant de la maladie, l'adolescent se rapproche de la drogue.

Parfois, on retrouve, chez ces sujets, une sensibilité émotionnelle très accentuée, une grande instabilité et une certaine difficulté à « vivre avec les autres ».

Ils sont fréquemment des lecteurs avides de livres de religions, de psychologie ou d'ésotérisme. Beaucoup passent la plupart du temps à écouter de la musique ou à regarder la télévision. On observe ainsi fréquemment une tendance à rester isolé, renfermé avec des signes « pseudo-dépressifs », et une participation réduite aux activités scolaires ou familiales qui se déroulent autour d'eux. Il existe souvent une grande difficulté à établir des rapports avec l'autre sexe.

Toutefois, tout cela reste souvent dans les limites de variabilité de l'adolescence normale.

• Les signes prodromiques plus spécifiques

Les premières manifestations plus spécifiques de la maladie varient entre accès aigu et altération insidieuse des intérêts et des activités.

Ces signes se manifestent souvent après un « événement stressant » bien identifiable, qui est dans la plupart des cas un événement banal mais que le patient vit comme un stress important.

L'adolescent(e) ou le (la) jeune adulte vont avoir tendance à être en retrait, à fuir le contact social. Les émotions deviennent inadaptées à la situation et parfois émoussées. Ils montrent une grande difficulté à se motiver, à agir, à éprouver du plaisir, ce qui peut expliquer en partie l'apparition d'une attirance pour l'alcool ou la drogue.

Le sujet reste dans son lit ou se lance dans des activités stériles. La scolarité ou le travail deviennent souvent impossibles ou difficiles. Parfois, le comportement ou les propos deviennent incohérents.

Avant l'apparition d'une phase aiguë manifeste, il existe fréquemment des manifestations d'altérations du comportement avec impulsivité, agressivité soudaine vers les autres membres de la famille ou des comportements alimentaires absurdes et inadaptés.

Cet état de fait est vécu par l'entourage comme de la paresse, ce qui ne manque pas de générer des conflits qui isolent davantage le sujet malade. Le rejet que provoquent ces symptômes sur l'entourage peut rapidement entraîner une exclusion familiale ainsi qu'une désocialisation si aucune prise en charge n'est assurée. Les signes de dépression et les idées suicidaires sont fréquents.

Cette phase prodromique peut se dérouler sur quelques semaines ou plusieurs mois, mais elle est dans tous les cas progressive.

Un changement repérable

Les parents, les amis, les familiers, les instituteurs/enseignants sont généralement capables d'identifier un « avant » et un « après ».

• Parmi les signes les plus importants, on observe avant tout le retrait et l'isolement social généralement progressifs et qui s'aggravent dans le temps. Les activités de groupe sont ainsi vécues d'abord passivement et sont ensuite refusées. La communication avec les autres est progressivement réduite avec une tendance graduelle au détachement et à la « fermeture ».

• Un deuxième signe important est la réduction des capacités à accomplir un comportement finalisé (chute des performances à l'école ou au travail ou dans le sport) jusqu'à l'abandon total des activités

• Un troisième signe est la perte des intérêts, sans raison apparente, associée à une sensation subjective de fatigue, en l'absence de véritable dépression. Le sujet ne donne pas d'explications et souvent la perte d'intérêts est accompagnée par des bizarreries et par l'apparition d'intérêts étranges et bizarres avec des thèmes magiques ou pseudo-philosophiques ou pseudo-scientifiques, qui sont abordés avec un manque de critique.

• Des modifications de la pensée peuvent également se manifester avec des contenus d'idées exprimés de façon obscure, allusive, avec un manque de cohérence logique.

Toujours, dans cette période prodromique, l'anxiété est le symptôme clinique dominant à côté de l'insomnie, des difficultés de concentration et de l'agitation.

• L'augmentation de l'anxiété est un indice de la progression vers la « décompensation psychotique » (apparition de la maladie en tant que telle).

• Souvent le sujet « se sent bizarre », « différent des autres », avec des « centaines de doutes » et il pense que « la réalité autour de lui est en train de changer ».

• Des préoccupations somatiques injustifiées qui ne peuvent pas être attribuées à une maladie organique peuvent apparaître. Des phrases comme « J'ai la tête rembourrée comme dans du feutre », « J'ai le cerveau qui brûle », « Quelque chose me gêne dans ma tête », « j'ai une jambe plus courte », « Mon pénis est plus petit » sont fréquentes.

Un autre symptôme qui peut apparaître dans cette phase prodromique est la dépersonnalisation (psychique et somatique) avec des vécus d'irréalité, de changement de la perception, de perte d'identité, de transformation corporelle, rapportés sans esprit critique comme s'ils étaient réels.

6 – Comment se manifeste la folie dans la schizophrénie ?

La période d'état suit la période prodromique et se caractérise par l'apparition de symptômes dits positifs ou « productifs » (hallucinations, délire) et de symptômes

dits négatifs ou de « désorganisation ». Ce sont les signes typiques de la maladie mais aucun d'entre eux n'est pathognomonique (spécifique) de la schizophrénie. Il est rare qu'un sujet présente simultanément l'ensemble des symptômes.

• **Les hallucinations**

Les hallucinations constituent un des symptômes les plus fréquents de la schizophrénie, même s'ils ne sont pas spécifiques.

Il s'agit de *perceptions sans objet*. Elles sont le plus souvent auditives, olfactives, gustatives et cénesthésiques (corporelles).

Le sujet entend des voix qui peuvent l'accuser, lui donner des ordres, le contrôler, le menacer. Parfois, il s'agit d'odeurs inhabituelles que les autres ne perçoivent pas ou d'impressions corporelles étranges.

Ces phénomènes sont vécus comme réels, souvent très angoissants et source de souffrance considérable.

Souvent, surtout dans la phase active initiale, les patients ont tendance à nier la présence d'hallucinations qui sont totalement intégrées dans leur transformation délirante de la réalité.

• **Les idées délirantes**

Il s'agit d'une modification profonde du raisonnement constituée de *croyances inadaptées, tenaces, contraires à la logique et imperméables à toute confrontation au réel*.

Les contenus du délire peuvent être très variés : délire de persécution, délire d'influence, vol de la pensée, transmission de la pensée, lecture de la pensée, délire érotique (rare), délire mystique (fréquent), délire de grandeur, délire de culpabilité, délires somatiques de transformation corporelle.

Le sujet peut ainsi être persuadé d'être l'objet d'un complot ou bien il se sent investi d'une mission divine ou de pouvoirs surnaturels. Il peut avoir la conviction que les autres peuvent deviner ses pensées ou que le présentateur d'une émission de télévision s'adresse à lui.

Toutefois, si la symptomatologie délirante est très fréquente, elle n'est ni nécessaire pour faire le diagnostic de schizophrénie ni constante.

• **La désorganisation de la pensée et du comportement**

• La désorganisation de la pensée s'exprime par un discours flou, parfois incompréhensible, un manque de logique, un manque de suite dans les idées, l'utilisation de termes étranges et une incohérence des propos.

Elle peut apparaître soudainement à travers des troubles de la communication verbale. La compréhensibilité des associations logiques se dégrade et les altérations persistent surtout lorsque le dialogue nécessite un niveau plus élevé d'abstraction et de symbolisation.

Ces altérations se précisent avec l'apparition d'une logique presque enfantine.

Dans d'autres occasions, il y a des véritables barrages, c'est-à-dire que le débit de la pensée s'arrête brusquement pendant quelque secondes sans que le malade en soit gêné : la pensée subit comme une éclipse, comme si elle restait soudain suspendue, puis la conversation reprend sur le thème précédent ou sur un autre thème apparu brusquement.

Un autre symptôme est l'appauvrissement de la productivité de l'idéation (« alogie ») avec des réponses très courtes par monosyllabes. On peut aussi avoir une prolixité avec des détails inutiles, des divagations, des réponses tangentielles et une incapacité à suivre un fil logique suivant le concept de départ.

La discordance dans la communication chez le schizophrène

Généralement, chez le sujet normal, les mimiques et la gestuelle (communication non verbale) sont en accord avec la teneur des propos (communication verbale).

Chez le patient schizophrène, la discordance entre les deux formes de communication tend à être persistante : rire sans raison, apparaître angoissé en parlant de choses sans importance, irritabilité facile pour des motifs banals ou futiles associée à des comportements agressifs non justifiés.

- Le comportement désorganisé est un comportement général sans but précis, bizarre, peu adapté, avec parfois des attitudes figées ou des phases d'excitation incongrues.

Il s'agit de troubles de l'organisation comportementale dans le contrôle des impulsions, avec risque de comportement agressif, plus fréquemment vers des objets mais également possible vers des personnes comme des membres de la famille, surtout la mère et le père.

• **Les signes dits « négatifs » de la schizophrénie**

Ils s'expriment par la pauvreté et la réduction de l'ensemble des activités :

- de l'action : apathie, manque d'énergie, difficulté à prendre des décisions et à persister dans à une activité ;
- des activités intellectuelles : difficulté à se concentrer, à mémoriser, à suivre un film, une lecture, à maintenir une conversation ;
- des émotions et de la vie affective : manque de réactivité ou d'expressivité affective, visage fixe, discours monotone, manque d'intérêt, perte de plaisir dans les loisirs et dans la sexualité ;
- de la socialisation : retrait par rapport aux autres, difficulté à nouer des relations intimes, perte d'intérêt pour des activités sociales.

Les troubles de l'affectivité sont très importants dans la schizophrénie.

• L'aplatissement affectif est plus fréquent dans les formes lentes et chroniques. Il consiste dans une réduction ou une absence de la capacité de modulation affective de la pensée. Il se manifeste par une réduction de la réactivité émotive face à des stimuli importants. La mimique, la gestualité et l'intonation de la voix semblent avoir perdu leur flexibilité et leur réactivité. L'aplatissement affectif est accompagné souvent par une perte d'intérêt pour les autres.

• La discordance affective, souvent présente, consiste dans une dissociation ou un déphasage entre les contenus du discours du patient et l'expressivité émotionnelle qui les accompagne.

• **Autres symptômes**

D'autres symptômes sont :

- la dissolution des capacités critiques qui sont absentes, fluctuantes et incongrues,
- l'absence de la conscience de la maladie.

7 – Qu'est-ce qui risque de se passer dans l'avenir ?

Il faut savoir que 15 à 20 % des schizophrénies débutantes évoluent favorablement. Sinon, la maladie évolue en général avec des rechutes de psychose aiguë dans les premières années, puis se stabilise avec des symptômes résiduels, d'intensité variable selon les sujets.

Il est également important de savoir que des états dépressifs apparaissent souvent au décours d'un épisode aigu. Ils requièrent une prise en charge spécifique en raison du risque de suicide particulièrement important pendant cette période.

• **L'évolution à la phase d'état de la maladie**

On distingue trois grandes modalités évolutives :

- Une première modalité d'évolution est celle où la phase prodromique est brève et les symptômes de la phase aiguë active sont essentiellement productifs (hallucinations et pensée délirante). Si le malade est soigné précocement et avec une thérapie appropriée, on peut observer dans de nombreux cas, une réduction progressive de la symptomatologie avec une rémission totale ou quasi-totale.
- Une deuxième modalité d'évolution est celle caractérisée par une phase prodromique lente et de longue durée et une évolution insidieuse et progressive jusqu'à la phase aiguë active. Dans ces cas la détérioration comportementale est également lente et progressive mais avec un fort appauvrissement de l'idéation et de la communication. L'aggravation progressive de la symptomatologie dans le temps est suivie par une stabilisation de la maladie après 10 à 15 ans d'évolution. Il faut souligner que, dans ces cas aussi, un traitement précoce peut améliorer le pronostic.
- Chez un nombre limité des patients, l'évolution tend à se poursuivre jusqu'à une désagrégation profonde de l'état mental.

• **L'évolution à la phase résiduelle de la maladie**

Le terme de phase résiduelle définit un état plus ou moins stabilisé depuis plusieurs années sans survenue de phases actives aiguës.

Plusieurs études récentes montrent qu'on peut observer :

- Une restitution ad integrum chez 25 à 30 % des sujets, avec un retour de l'état fonctionnel à un niveau quasi pré-morbide, c'est-à-dire avant l'apparition de la maladie aiguë.
- Une résolution partielle dans 50% des cas avec une évolution vers un état fonctionnel « disadaptatif » mais stabilisé et sans signes psychotiques.
- Une détérioration progressive dans 20 à 25% des cas avec chronicisation, dégradation sociale et psychique profonde et désagrégation totale. L'évolution ultime se fait dans ces cas vers un état terminal de démence.

8 – Est-ce qu'il y a de l'espoir que ça s'arrange, docteur ?

Actuellement, il est admis que le pronostic dépend surtout de la qualité du soutien psychosocial, de l'accès aux soins et de l'adhérence aux prises en charge proposées. Un diagnostic précoce et le recours aux nouveaux médicaments antipsychotiques, la réduction de l'hospitalisation à long terme et une assistance psychiatrique améliorée, ont permis de modifier considérablement l'évolution à long terme de la maladie.

Ainsi les prises en charge actuelles permettent, pour près de la moitié des cas, de retrouver des sources d'investissement ainsi que de reprendre des activités sociales et parfois professionnelles. En effet, il est aujourd'hui possible d'observer, pour un nombre considérable de sujets, une rémission satisfaisante de la symptomatologie avec une possibilité accrue de réinsertion sociale totale ou partielle. Pour les autres, la persistance des symptômes résiduels, surtout négatifs, ou la pérennisation des rechutes compromettent fortement l'autonomie et nécessitent parfois le recours à des hospitalisations successives.

9 – D'où vient cette maladie ?

La schizophrénie est une pathologie dont l'expression clinique est complexe et dont les facteurs étiologiques semblent multiples. Ils ont suscité de nombreuses hypothèses « étio-pathogéniques » (établissant la relation entre une cause et le mécanisme de la maladie) mais aucune des voies de recherche ne s'est à ce jour avérée totalement satisfaisante, du moins quant à son exclusivité causale.

L'intégration des différentes données issues de toutes les hypothèses étiopathogéniques permettant de rendre compte des phénomènes observés dans la schizophrénie au sein d'un modèle dit « intégratif », est une des voies de recherche actuellement les plus prometteuses.

Les principales hypothèses sont présentées ci-dessous.

• Hypothèse génétique

Les sujets, dont un parent proche souffre de schizophrénie, ont une probabilité plus élevée de développer cette pathologie que les sujets ne présentant pas de membre de leur famille souffrant de schizophrénie. Ainsi le jumeau monozygote (« vrai » jumeau) d'un patient souffrant de schizophrénie a un risque allant jusqu'à 40 à 50% de développer lui aussi la maladie. Ceci souligne l'importance du facteur génétique mais également le fait que, à patrimoine génétique identique, de nombreux autres facteurs puissent entrer en ligne de compte.

En fait, la schizophrénie ne peut pas apparaître comme une maladie de transmission génétique simple mais plutôt comme une maladie à la fois plurifactorielle (faisant intervenir des facteurs génétiques et aussi non génétiques) et polygénique (impliquant plusieurs gènes).

La notion de vulnérabilité

- *La notion de maladie plurifactorielle et polygénique conduit à intégrer la notion d'une vulnérabilité, sous-tendue à la fois par les aspects génétiques mais également non génétiques (neuro-développementaux, environnementaux, sociaux et psychologiques).*
- *Certains sujets présenteraient une vulnérabilité pouvant s'exprimer dans un certain nombre de circonstances (notamment l'adolescence) mais également dans certains contextes d'environnement.*
- *Différents travaux visent à développer des marqueurs de la vulnérabilité soit chez les sujets atteints soit dans l'entourage familial. On parle ainsi d'endophénotypes, qui sont des signes cliniques, neurochimiques ou électrophysiologiques associés à la maladie et témoins de troubles élémentaires du traitement de l'information. Ils sont stables dans le temps, ne sont pas induits par les thérapeutiques et peuvent être observés dans les familles de patients atteints, y compris chez les sujets non schizophrènes (ils n'en portent que la vulnérabilité).*

• Hypothèses neurobiochimiques

C'est à partir de la découverte, au début des années 60, du mécanisme d'action des neuroleptiques (qui ont été les premiers traitements pharmacologiques ayant montré leur efficacité chez les patients souffrant de schizophrénie) que l'hypothèse d'un hyperfonctionnement dopaminergique a été formulée.

Selon cette hypothèse, la symptomatologie schizophrénique serait liée à un excès de dopamine, à une stimulation excessive des récepteurs ou un fonctionnement excessif de certaines voies dopaminergiques dans le cerveau.

De nombreux autres systèmes de neurotransmission ont été aussi évoqués : système glutamatergique, système gabaergique, système sérotoninergique. Surtout, ces différents systèmes de neurotransmission interagissent entre eux et c'est une perturbation de l'équilibre de leur fonctionnement qui pourrait être responsable des troubles observés. Mais il reste difficile, à ce jour, de définir le *primum movens* de ce dysfonctionnement.

• **Hypothèse neurodéveloppementale**

Pour certains, l'apparition de la symptomatologie schizophrénique serait la conséquence d'une agression précoce vécue soit *in utero* (lors de la grossesse de la mère), soit durant la période périnatale par le patient. Cette agression serait responsable de perturbations dans la maturation du système nerveux central dont les conséquences pourraient être l'apparition, au moment de l'adolescence (en particulier lors de certains remaniements dans la vie du sujet mais également de déséquilibres hormonaux), d'un dysfonctionnement du système nerveux central, responsable de l'apparition des signes cliniques de la schizophrénie.

Parmi les processus impliqués dans ces dysfonctionnements cérébraux, des altérations des connexions entre les neurones semblent fortement en cause.

• **Hypothèses socio-environnementale et psychologique**

• Plusieurs études épidémiologiques ont mis en évidence l'implication de facteurs environnementaux et sociaux (en particulier la vie en milieu urbain) dans l'augmentation du risque de survenue d'une pathologie schizophrénique chez des sujets vulnérables. Mais l'observation de la présence de la schizophrénie dans toutes les cultures et sous toutes les latitudes fait ombrage à l'émission d'une causalité socio-environnementale universelle.

• De nombreux auteurs ont mis en évidence l'importance de certaines modalités d'interactions intrafamiliales comme facteur favorisant l'émergence d'une pathologie schizophrénique. Toutefois, il pourrait plus s'agir de facteur d'aggravation de la maladie que de facteurs de causalité étiopathogénique.

10 – Existe-t-il des examens pouvant affirmer le diagnostic de schizophrénie ?

Contrairement aux maladies somatiques, la schizophrénie ne peut pas être identifiée et diagnostiquée à partir de tests biologiques ou d'examens techniques comme l'imagerie médicale, si ce n'est pour éliminer d'autres maladies neurologiques pouvant se présenter comme une schizophrénie.

11 – S'il existe des causes génétiques, est-ce qu'on peut savoir pour nos enfants ?

La situation la plus fréquente est celle d'une personne dont le conjoint souffre de schizophrénie récemment diagnostiquée et qui veut connaître le risque pour ses enfants. La préoccupation peut également concerner les parents dont l'enfant vient de commencer une schizophrénie et craignant pour les autres enfants de la famille. La schizophrénie étant une maladie à hérédité complexe, polyfactorielle et interagissant avec des facteurs environnementaux, le questionnement face à la survenue de la schizophrénie chez un proche reste donc extrêmement délicat à gérer et il convient, à ce jour, d'être extrêmement prudent dans les conseils génétiques que l'on peut donner aux parents.

12 – Existe-t-il des traitements efficaces contre la schizophrénie ?

La disponibilité, depuis les années 1950, de médicaments antipsychotiques (« neuroleptiques classiques ») a révolutionné l'évolution de la schizophrénie en améliorant l'état clinique des patients et en réduisant les taux de rechute.

Depuis une dizaine d'années, de nouveaux médicaments antipsychotiques sont apparus sur le marché avec comme avantage notable de réduire le risque de survenue des effets secondaires (syndrome extrapyramidal, dyskinésies, etc) qui constituaient un des premiers facteurs de mauvaise observance avec les médicaments classiques.

Aujourd'hui, un large pourcentage de sujets montre une amélioration substantielle quand ils sont traités par des médicaments antipsychotiques à des doses efficaces et pendant le temps nécessaire.

Tordre le cou aux idées fausses

- *Non, les antipsychotiques n'induisent aucune « dépendance ».*
- *Les antipsychotiques ne sont pas une « chemise de contention chimique ». Employés à des doses correctes, ils n'annulent pas la volonté du patient ni ne font que l'endormir.*

L'action principale des antipsychotiques n'est pas la sédation mais leur capacité à réduire les hallucinations, les pensées délirantes, l'agitation et la confusion. De plus, ils améliorent les symptômes négatifs permettant ainsi un meilleur contact avec l'environnement et aident ainsi les sujets à avoir une relation améliorée avec l'entourage et le monde environnant.

Mais le traitement antipsychotique pharmacologique doit être associé à des traitements non pharmacologiques dans les buts de favoriser l'observance thérapeutique, d'améliorer le vécu du patient et de palier aux déficiences psychosociales (remédiation cognitive, renforcement des habiletés sociales, réinsertion socioprofessionnelle).

13 – Les médicaments en pratique ?

Les bases pharmacologiques de l'action des antipsychotiques sont l'antagonisme dopaminergique et l'antagonisme sérotoninergique, la résultante de ces effets étant un rééquilibrage de l'action des neuromédiateurs cérébraux.

Si le seul antagonisme dopaminergique caractérise l'action des neuroleptiques classiques, l'antagonisme combiné et équilibré à la fois dopaminergique et sérotoninergique caractérise le mode d'action pharmacologique des nouveaux antipsychotiques (ou antipsychotiques dits « atypiques »). C'est aussi cette combinaison équilibrée qui est responsable de la diminution marquée des effets secondaires (notamment neurologiques comme le syndrome extrapyramidal) observée avec les antipsychotiques de nouvelle génération.

Que doit savoir le médecin pour décider d'un traitement antipsychotique ?

- *Médicaments antipsychotiques déjà reçus et quelle a été leur efficacité.*
- *Tous les autres médicaments pris par le patient afin d'éviter des interactions médicamenteuses.*
- *Les antécédents pathologiques et les maladies somatiques du sujet afin de respecter les contre-indications éventuelles.*

Il existe de nombreuses molécules antipsychotiques et le choix en sera fait par le psychiatre en fonction des spécificités cliniques et des caractéristiques propres du patient, et de l'histoire de la maladie et des traitements reçus.

Dans tous les cas, la posologie minimale efficace sera recherchée, visant à obtenir la meilleure efficacité pour un risque minimal de survenue d'effet indésirable.

14 – Donne-t-on d'autres médicaments à part les antipsychotiques ?

- Des médicaments anticholinergiques ou « correcteurs » peuvent être prescrits pour réduire l'intensité de certains effets indésirables comme les symptômes extrapyramidaux.
- Des antidépresseurs peuvent être associés aux antipsychotiques lorsqu'il existe des signes de dépression en phase chronique de la maladie.
- Des anxiolytiques ou des hypnotiques peuvent être administrés mais seulement sur de courtes périodes en réponse à des problématiques spécifiques d'anxiété ou de troubles du sommeil.
- Des médicaments thymorégulateurs sont parfois indiqués dans certaines formes de schizophrénie avec troubles marqués de l'humeur comme les troubles schizo-affectifs ou les états d'agitation délirante.

15 – L'hospitalisation : pourquoi, comment ?

• Pourquoi ?

Le sujet schizophrène doit être hospitalisé quand il y a nécessité de :

- Prévenir un risque suicidaire ou homicidaire : encadrement du patient et suppression des objets dangereux.
- Prise en charge d'une altération majeure du comportement, y compris pour les besoins quotidiens les plus élémentaires (manger, se laver, s'habiller).
- Traiter efficacement rapidement un épisode aigu incompatible avec le maintien au domicile.
- Mise en observation pour une évaluation ou réévaluation précise des troubles ou des conditions de l'observance thérapeutique.
- Instauration d'un nouveau traitement médicamenteux afin d'établir la posologie correcte et de surveiller le risque de survenue d'effets indésirables.
- Parfois isoler de façon transitoire le patient de son environnement (difficultés relationnelles intrafamiliales).

L'hospitalisation du sujet schizophrène obéit ainsi à plusieurs objectifs : protéger le patient et autrui, améliorer l'état du patient, réévaluer le traitement si nécessaire, instaurer ou renforcer la relation thérapeutique.

• Comment ?

La durée de l'hospitalisation doit être un juste milieu entre le risque d'amélioration incomplète et donc de rechute, et le risque d'installer le patient dans une dépendance hospitalière excessive en l'isolant trop longtemps de son contexte socio-familial.

Elle est donc ainsi essentielle devant un épisode psychotique aigu et souvent utile en période chronique, parfois dans ce cas pour éviter la survenue d'un épisode aigu.

Après la sortie du patient, une permanence de suivi doit être assurée à la fois sur le plan psychiatrique et sur le plan social.

16 – Est-ce qu'on va faire des électrochocs ?

La schizophrénie n'est pas une indication de première intention des électrochocs ou électro-convulsivothérapie (ECT).

Elle peut toutefois être associée aux antipsychotiques en deuxième intention dans certaines formes cliniques, où elle peut potentialiser l'action des antipsychotiques (trouble schizo-affectif, épisode catatonique, forme paranoïde sévère avec risque vital, épisode aigu résistant aux médicaments).

Elle n'est indiquée qu'en phase active aiguë et grave.

17 – Pendant combien de temps faut-il suivre un traitement médicamenteux ?

La schizophrénie est une maladie chronique et les antipsychotiques réduisent le risque de rechute. Ils doivent donc être administrés au long cours.

Chez des malades qui sont en rémission de leur épisode aigu, le fait de continuer la thérapie à long terme permet une réduction considérable de la fréquence et de l'intensité des possibles épisodes aigus futurs.

La première cause de rechutes est représentée par la mauvaise observance du traitement. L'observance ou « adhérence » aux traitements sur des longues périodes est donc essentielle.

Elle peut être facilitée par l'emploi des préparations à « action prolongée » ou à « libération prolongée » (avec une administration unique tout les 15-30 jours).

Facteurs favorisant les rechutes

- *Mauvaise observance des traitements +++*
- *Posologie incorrecte du traitement.*
- *Evolution défavorable de la maladie elle-même.*
- *Traitement itératif et non continu.*
- *Mauvaise réponse thérapeutique à un médicament donné.*
- *Environnement psychosocial défavorable (stress, rejet, agressivité, etc.).*
- *Addiction alcoolique ou toxicomaniaque associée.*

18 – Comment aider les patients sur le plan social ou professionnel ?

Même après la disparition des symptômes psychotiques, des difficultés de communication avec les autres, une motivation réduite, des difficultés dans la réalisation de tâches ou des projets simples persistent. Les malades n'ont notamment pas la capacité d'accomplir un travail qualifié ou trop spécialisé.

Les interventions psychosociales basées sur des programmes de réhabilitation ou un travail en psychothérapie, sur l'information et l'éducation de l'entourage, peuvent alors aider beaucoup.

Il faut néanmoins souligner que la psychothérapie ou les interventions psychosociales ne sont pas une alternative au traitement pharmacologique mais des prises en charge complémentaires très utiles.

• **Programmes de réhabilitation**

Le terme définit une série très large d'interventions non strictement médicales. Ce sont des programmes de formation et d'éducation au niveau social et du travail, visant à apprendre au patient à mieux se gérer comme par exemple mieux utiliser les moyens de transport ou exécuter des tâches ou des petits travaux utiles pour la collectivité.

L'objectif est de rendre le malade mieux inséré dans la collectivité, en dehors du contexte des institutions de soins, et qu'il devienne graduellement socialement actif.

• **Psychothérapie**

Des études récentes montrent qu'une psychothérapie régulière, dite « de soutien », focalisée sur la réalité, ou qu'une thérapie dite « cognitive-comportementale », peuvent avoir des effets très bénéfiques.

19 – Comment aider vraiment mon proche malade et réduire l'angoisse de ma famille face à cette maladie ?

• **Psychoéducation familiale**

Il est très utile pour les membres de la famille de suivre des cours de psychoéducation pour mieux apprendre et comprendre la nature de la maladie et la meilleure stratégie sur la façon de se comporter avec le malade.

Bien informé et éduqué à la maladie, l'entourage du patient peut aider dans le processus diagnostique en fournissant au médecin les informations nécessaires et la description correcte des comportements et des phrases que dit le malade.

Il peut également être utile de tenir un journal des phrases et des comportements du malade pendant l'intervalle entre deux visites.

S'il est informé et attentif, l'entourage, qu'il s'agisse de la famille, des amis voire même des relations professionnelles du patient, peut identifier beaucoup mieux que le malade lui-même, les « signes prémonitoires » d'une rechute et emmener le patient consulter avant la survenue d'un épisode aigu.

La famille doit aussi veiller à ce que le malade prenne régulièrement ses médicaments et ne doit absolument pas l'encourager à arrêter le traitement, que ce soit de façon patente ou de façon latente par une attitude négative ou sceptique.

Enfin, la famille et les amis doivent soutenir le malade dans ses efforts et l'encourager à participer aux programmes de réhabilitation en soulignant positivement tout progrès.

• **Groupes d'entraide**

Dans toute l'Europe, les groupes d'entraide pour les sujets qui souffrent de schizophrénie et pour leurs familles confrontées aux problématiques de gestion de la maladie sont en train de se développer.

Ces groupes peuvent avoir un effet de soutien non négligeable et aussi un effet thérapeutique puisque que les participants se fournissent une entraide mutuelle continue.

Ils ont un effet positif car ils déstigmatisent la maladie et réduisent la peur et l'angoisse éprouvées face à une situation que l'on comprend mal ou pas du tout.

Généralement, ces groupes sont rattachés à des associations de patients.

20 – Quelques conseils de lecture

Pour faire connaissance...

- *Schizophrénie*. J. Garrabé. Les Empêcheurs de Tourner en Rond Ed. (2003)
- *La schizophrénie*. E. Minkowski. Payot poche Ed. (2002)
- *La schizophrénie*. N. Georgieff. Flammarion poche Ed. (1995)
- *La schizophrénie*. C. Tobin. Odile Jacob Ed. (à paraître)

Pour aller plus loin...

- *Génétique de la schizophrénie*. Ouvrage collectif. John Libbey Eurotext Ed. (2003)
- *La schizophrénie*. J. Dalery et T. d'Amato. Masson Ed. (1999)
- *Schizophrénie. Études cliniques et psychopathologiques*. H. Ey et J. Garrabé. Les Empêcheurs de Tourner en Rond Ed. (1996)
- *Neuropsychologie cognitive de la schizophrénie*. CD. Frith. PUF Ed. (1996)