

Article

« La schizophrénie insaisissable »

Robert Pelsser

Santé mentale au Québec, vol. 8, n° 1, 1983, p. 90-99.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/030167ar>

DOI: 10.7202/030167ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org

Robert Pelsser*

La schizophrénie serait due avant tout à un désordre biochimique et par conséquent le traitement devrait avant tout être d'ordre psychopharmacologique. L'auteur examine les recherches les plus importantes faites à ce sujet pour montrer les lacunes tant au plan des théories étiologiques que des méthodes de traitement, avant tout centrées sur les aspects biochimiques. Les schizophrènes ne sont pas guéris et ils sont à peine soignés, puisque la pensée délirante et le mode de vie psychotique restent présents pendant de longues années. La schizophrénie met en échec le savoir et le pouvoir des thérapeutes en raison de son caractère inexplicable et irréductible.

«J'entends derrière nous résonner les pas de l'endocrinologie, elle va nous rattraper et nous dépasser. Mais même alors la psychanalyse sera encore très utile. Car l'endocrinologie sera comme un géant aveugle qui ne sait où aller, tandis que la psychanalyse sera le nain qui lui montre vers où aller».

Sigmund Freud

Le traitement des patients psychotiques a été radicalement bouleversé, depuis une vingtaine d'années, par la découverte des mécanismes de transmission de l'influx nerveux et la mise au point de médicaments neuroleptiques. Le système de distribution des soins en santé mentale a été profondément modifié depuis que l'accent est de plus en plus mis sur les aspects biochimiques de la maladie mentale et sur les traitements d'ordre psychopharmacologique.

Nous voudrions ici considérer le progrès fait dans le traitement médicamenteux de la maladie mentale par excellence, à savoir la schizophrénie, pour tenter de montrer que les questions fondamentales restent en suspens. La schizophrénie, malgré les progrès médicaux et scientifiques, reste irréductible et inexplicable et met en échec les désirs de savoir et de pouvoir de ceux qui s'attaquent à elle.

LA RÉVOLUTION PSYCHOPHARMACOLOGIQUE

Il est indéniable que les traitements pharmacologiques ont entraîné des conséquences pratiques importantes qu'il ne faudrait pas mésestimer sous risque de passer pour un esprit borné.

L'effet le plus frappant est que les hôpitaux psychiatriques se sont de plus en plus vidés. Il suffit de penser simplement à ce qu'étaient des hôpitaux comme St-Jean-de-Dieu et St-Michel-Archange à l'époque où ils portaient encore ces noms. Les études indiquent d'ailleurs que le nombre absolu d'hospitalisations (ce qui est différent du taux de réhospitalisation) a été fortement réduit et que la prescription de neuroleptiques y est pour quelque chose.

Par ailleurs, autre changement important, ceux qui côtoient quotidiennement les psychotiques doivent reconnaître qu'il est possible enfin de les écouter et de leur parler, en d'autres mots qu'une relation véritable peut s'établir dans les deux sens. Il est loisible aux psychotiques non seulement d'halluciner et de délirer, mais aussi, ce qui est nouveau, de *parler de* leurs hallucinations et de leurs délires (si l'on retient ces deux critères flagrants et symptomatiques de la psychose).

Pour certains, la psychose, particulièrement la schizophrénie, pourrait être ramenée à un désordre biochimique au niveau des neuro-transmetteurs (Iversen, 1979; Le Moal, 1980; Boissier et coll.,

* L'auteur travaille depuis plusieurs années dans le domaine de la santé mentale. Il est actuellement rattaché à la Cité de la Santé de Laval.

1980); il suffirait dès lors que le patient absorbe une substance chimique permettant de rétablir l'équilibre perdu et ainsi de faire disparaître les symptômes, c'est-à-dire les effets directs du désordre biochimique. Cette conception revient à établir une équation plus ou moins explicite entre psychose et biochimie. L'atténuation et la disparition des symptômes à la suite de l'absorption d'une substance médicamenteuse seraient justement la preuve la plus évidente que les symptômes trouvent leur origine dans un trouble biochimique. Il s'agit d'une preuve qu'on pourrait qualifier d'empirique. Une telle thèse établissant une équation entre schizophrénie et désordre biochimique, et entre traitement de la psychose et neuroleptiques est courante, pour ne pas dire majoritairement acceptée, tant dans la littérature que dans la pratique clinique. Il existe, bien sûr, des différences de position entre les personnes qui mettent l'accent sur la neuro ou la biochimie et sur la psychopharmacothérapie : elles vont de l'exclusivisme, qui écarte purement et simplement les aspects psychologiques et sociaux, à une attitude éclectique, en passant par l'affirmation de la prévalence voire de la prédominance de la dimension biologique, sans écarter cependant les autres aspects du problème.

Une telle proposition laisse beaucoup de questions sans réponse, même si apparemment elle règle tous les problèmes. Un auteur comme Engel (1977), qui cherche à promouvoir dans ses écrits une approche bio-psychosociale en médecine, reconnaît implicitement la limite d'un traitement psychopharmacologique lorsqu'il mentionne que celui-ci «ne tient compte que de l'anomalie chimique et ne redonne pas nécessairement la santé au patient, même s'il y a correction ou soulagement de l'anomalie.» (p.132). Une telle opinion, émise par un médecin psychiatre, incite déjà à se poser des questions sur la nature exacte de l'intervention par voie médicamenteuse.

Le traitement et la guérison (si guérison il y a) sont strictement chimiques. Denis (1981) admet ouvertement qu'on ne traite pas (et peut-être qu'on ne peut pas traiter) la cause de la maladie ou la maladie elle-même dans le cas de la schizophrénie. «D'aucuns objecteront que les antipsychotiques ne traitent pas la cause de la maladie, et c'est vrai» (p. 67). «Le camouflage des symptômes. Ce

reproche est fréquemment adressé aux neuroleptiques. Dans un sens, il n'est pas dénué de fondement puisque ces médicaments ne font pas disparaître la maladie schizophrénique» (p. 69). L'effet des médicaments connaît des limites évidentes, même s'il réduit heureusement les symptômes les plus flamboyants et les plus dramatiques.

Les symptômes disparaissent dans la mesure où le patient prend et continue à prendre des médicaments. Il ne se produit pas une guérison véritable qui impliquerait la disparition des symptômes d'une maladie par l'absorption d'une médication *pour un temps limité*. Il est possible, bien sûr, de mentionner que de nombreuses maladies physiques ne peuvent être guéries une fois pour toutes, mais peuvent seulement être soignées, par exemple le diabète, l'épilepsie, etc. C'est déjà reconnaître les grandeurs mais aussi les misères de la psychopharmacologie. Le médicament ferait disparaître les symptômes, mais à y regarder de plus près, les symptômes sont en fait simplement atténués (nous y reviendrons); dès lors l'introduction de substances étrangères dans l'organisme ne rétablit pas l'équilibre, n'apporte pas «ce qui manque» et ne corrige pas la situation. La structure de la personnalité, si du moins on peut hypostasier qu'il existe quelque chose de semblable à l'arrière des troubles de la pensée, de l'affect et du comportement du schizophrène, n'est pas du tout modifiée.

LA NON-RÉHOSPITALISATION COMME CRITÈRE D'EFFICACITÉ THÉRAPEUTIQUE

Les études de Hogarty et coll. (1973 et 1974a) souvent citées sont particulièrement instructives. Les auteurs tentent de comparer l'efficacité thérapeutique de différentes méthodes de traitement en prenant comme critère d'échec la réhospitalisation (*relapsed patients*) et par conséquent comme critère de succès le fait que le patient n'est pas réhospitalisé. Ils comparent ainsi, à propos des schizophrènes, quatre types de traitements : médicament placebo seul, médicament placebo et thérapie de support, médicament neuroleptique, médicament neuroleptique et thérapie de support. May (1968) avait déjà utilisé une méthodologie semblable pour analyser le traitement de la schizophrénie, mais les résultats de sa recherche étaient moins précis. Les taux de rechute, dans les études de Hogarty, après

des périodes respectives d'un an et de deux ans, doivent être analysés de près (cf. tableau 1).

Tableau 1 : taux de réhospitalisation

	après 1 an	après 2 ans
Placebo	67%	80%
Placebo et thérapie de support	63%	80%
Neuroleptique	31%	48%
Neuroleptique et thérapie de support	26%	36%

Ces résultats sont intéressants à plusieurs égards mais nous ne retiendrons que trois aspects pour la discussion :

1. Un maximum de 80% de schizophrènes rechutent, ce qui indique que 20% de schizophrènes n'ont besoin d'aucun traitement, sans que cela n'entraîne pour autant une décompensation. Comment peut-on expliquer qu'un désordre biochimique grave disparaisse spontanément, comme par magie, sans l'intervention de l'extérieur d'une substance chimique correctrice ?
2. Le rajout de la thérapie de support, de type psychosocial, à l'absorption d'une médication neuroleptique permet de diminuer le taux de réhospitalisation de 48% à 36%; la thérapie serait donc rentable dans 12% des cas. Comment expliquer ce phénomène si on réduit la schizophrénie à un simple désordre biochimique ? La psychothérapie pourrait-elle avoir une quelconque efficacité ? — c'est une question qui pourrait sembler «non pertinente» dans le contexte. Certaines personnes répondront que la psychothérapie s'avère efficace parce qu'elle a comme effet d'inciter le patient à prendre plus fidèlement les neuroleptiques. Mais c'est là une explication passe-partout et non valable.
3. Un pourcentage important (48%) fait des rechutes malgré la prise régulière d'une médication neuroleptique, ce qui indique que la maladie, comprise comme un dérèglement biochimique, n'est pas suffisamment contrôlée par la seule médication neuroleptique. Il est permis de supposer que d'autres facteurs (non biochimiques)

ont une incidence sur l'apparition et la réapparition de la maladie, ce qui écarte la simple équation «schizophrénie = biochimie».

LA SITUATION DU SCHIZOPHRÈNE DANS LA COMMUNAUTÉ

Le critère retenu — la non-réhospitalisation des patients — est un critère aisément mesurable et permet jusqu'à un certain point de déterminer l'efficacité du traitement à partir du postulat que l'état psychique d'une personne hospitalisée est plus détérioré que celui d'une personne traitée en clinique externe. Mais on peut franchement se demander quel est l'état des patients non réhospitalisés : sont-ils véritablement guéris et débarrassés de leurs symptômes lorsqu'ils ne nécessitent plus l'hospitalisation, ou bien les symptômes sont-ils simplement moins critiques, moins apparents ?

Les études de Hogarty et coll. dans leur dernier volet (1974b), curieusement moins souvent citées, nous indiquent quelle est la condition psychologique et sociale des patients schizophrènes ne présentant pas de rechute (*non relapsed patients*); cette étude montre que la condition de ces patients reste souvent pitoyable, misérable. Les auteurs s'attardent à relever des facteurs de comportement ou de personnalité pour en arriver à la conclusion que parmi les patients qui n'ont pas décompensé, l'adaptation à la communauté ne s'est pas montrée meilleure chez ceux recevant un médicament actif que chez ceux ne recevant pas de médication du tout. Il s'agit d'une constatation qui n'est guère encourageante : la réhospitalisation est évitée, mais la réinsertion sociale échoue clairement. May (1968) avait déjà démontré que 95% des schizophrènes traités avec les neuroleptiques et la psychothérapie quittent l'hôpital en deçà de six mois, mais que seulement 30% d'entre eux sont capables à leur sortie de l'hôpital de fournir un rendement moyen, par exemple de conserver un emploi ou d'occuper un rôle de ménagère.

Si l'on se limite au seul critère de la non-réhospitalisation des patients pour juger du degré de guérison, il est clair que les neuroleptiques sont d'une aide appréciable puisqu'ils parviennent à maintenir le schizophrène hors les murs de l'asile. Ce progrès est très important parce que d'une part une journée en milieu hospitalier coûte plus cher

financièrement à la société qu'une journée dans la communauté, et d'autre part le maintien dans le milieu naturel permet au patient de mener une vie sociale plus normale que s'il était institutionnalisé. Mais, et c'est là que réside le problème de base, il faut se demander quelle est la *qualité de vie* des schizophrènes qui de la sorte ne rechutent pas.

Certains thérapeutes, surtout parmi les psychiatres, ont parfois l'impression ou proclament avec énergie que la schizophrénie est guérie du seul fait que les symptômes les plus paroxystiques, c'est-à-dire les hallucinations et les délires, sont disparus et qu'on parvient à maintenir une tranquillité rassurante : pas de désorganisation, pas de décompensation. Mais il s'agirait de se demander pourquoi ces schizophrènes soi-disant asymptomatiques «fonctionnent» bien (des schizophrènes résiduels ou ambulatoires, pour reprendre le jargon diagnostique) sont totalement inactifs et asociaux, pourquoi ils ne sortent pas de chez eux, n'ont ni relations avec des amis, ni activités ou intérêts particuliers. Si l'on suppose que le schizophrène est guéri, il y a là matière à interrogation.

En effet, ce qui nous a toujours frappé, c'est que lorsqu'on prend le temps d'établir une relation de confiance avec ces schizophrènes, de «se taire et écouter» et de les laisser parler, on constate qu'ils délirent encore et beaucoup. Les troubles de la pensée si caractéristiques de la schizophrénie restent entièrement présents, de façon moins flamboyante certes (il n'existe plus de danger pour soi ou pour autrui), mais tout aussi insistante. Un tel nous apprend qu'il ne peut sortir de chez lui parce qu'il craint de se faire bousculer et piétiner par la foule ; un autre indique qu'il risque toujours de lui arriver un incident ou un accident parce qu'il doit payer pour une faute mystérieuse qu'il aurait commise, sans trop pouvoir préciser laquelle (qui serait le simple fait de vivre) ; un dernier ne peut aller dans la rue ou prendre l'autobus parce que tout le monde le regarde et veut lui tendre «des pièges». Les exemples pourraient être multipliés à l'infini.

Si une personne est pratiquement sans activités et sans relations sociales, il est clair que *quelque chose d'anormal* se produit chez elle. Il est toujours possible de nous accuser d'avoir stimulé,

sinon d'avoir provoqué, le délire du schizophrène en le faisant parler et d'affirmer que ses idées délirantes n'étaient pas présentes antérieurement. Mais nous n'en croyons rien, ... sinon comment pourrait-on expliquer le manque d'activité et de socialisation de ce même schizophrène ? Guay (1981), dans une revue de la littérature, démontre que le réseau social du schizophrène, comparativement à celui de la personne normale, présente certaines caractéristiques propres : il se révèle plus petit, les gens se connaissent peu entre eux à l'exception du groupe familial, et le type de relations qui y est entretenu favorise la dépendance.

Si l'on a coutume de dire que «les neuroleptiques font disparaître les symptômes et non la maladie», il serait plus exact de dire que les symptômes restent totalement présents, mais de façon plus sournoise. Les idées délirantes subsistent, mais sous forme atténuée, la conviction ayant disparu ; il serait possible de parler de psychose douce (*soft psychosis*) par opposition à psychose violente (*hard psychosis*). Il est très manifeste que les symptômes primaires de la schizophrénie (les fameux quatre A de Bleuler) : l'ambivalence, l'affect inadéquat, les associations d'idées perturbées et l'autisme, ne disparaissent pas véritablement, même si le délire envahissant et les hallucinations ne sont plus présents ; d'ailleurs, certains cliniciens commencent de nouveau à s'intéresser aux symptômes dits négatifs de la schizophrénie (par opposition aux symptômes positifs), c'est-à-dire précisément à ceux qui ne sont pas accessibles à la médication neuroleptique, tels l'affect aplati ou émoussé, la détérioration du langage (*alogia*), l'avolition et l'apathie, l'anhédonie et l'asocialité, la détérioration de l'attention (Andreasen, 1982). Le problème est de diminuer ou de faire disparaître ces symptômes, et il faudra probablement faire appel à d'autres moyens que la pharmacothérapie pour avancer dans ce sens.

LE PRONOSTIC ET L'ÉVOLUTION AU LONG COURS

Si l'on considère l'évolution et le pronostic à long terme de la schizophrénie, on arrive à la même conclusion : les neuroleptiques ne guérissent pas la schizophrénie mais ne font que la

soigner, ce qui reste un euphémisme si l'on considère que la stabilisation des patients qui ne causent pas de problèmes laisse entier chez ceux-ci un mode de pensée foncièrement délirant.

Stephens (1978) fait un relevé des différentes études ayant porté sur l'évolution et le pronostic de la schizophrénie chronique et aiguë; la durée du follow up est variable selon les études, de même que le pourcentage de patients guéris, améliorés et inchangés (cf. tableau 2). Les patients sont considérés comme guéris lorsqu'on constate l'absence de toute pathologie résiduelle; ils sont considérés comme améliorés lorsqu'il existe une pathologie résiduelle modérée ou des rechutes entrecoupées de périodes de normalité; ils sont considérés comme inchangés lorsqu'on constate une schizophrénie chronique toujours active.

Le pourcentage de patients inchangés varie entre 35 et 84% pour la schizophrénie chronique et entre 4 et 35% pour la schizophrénie aiguë. Par ailleurs, le pourcentage de patients guéris varie entre 5 et 30% pour la schizophrénie chronique et entre 26 et 70% pour la schizophrénie aiguë. De tels chiffres donnent une idée du processus schizophrénique considéré sur plusieurs années. Le nombre de cas guéris est parfois faible et le nombre de cas inchangés est parfois élevé et ce, malgré les découvertes psychopharmacologiques dites révolutionnaires.

Ciampi et Muller (1977) ont fait une étude portant sur 288 schizophrènes sur une période moyenne de 37 ans. Ils ont observé une sorte de phase terminale chez les schizophrènes chroniques et âgés; les symptômes schizophréniques

ont tendance à s'atténuer, voire même à disparaître : 62% des symptômes isolés observés au moment de la première hospitalisation avaient totalement disparu à un âge avancé, 11% s'étaient atténués, alors que 20% restaient inchangés ou s'étaient aggravés. Une telle étude permet d'entrevoir une guérison à très long terme au moment de la phase que les auteurs qualifient de *séquel-laire*. Il est possible au cours de l'évolution de la schizophrénie d'observer une tendance générale à l'amélioration et à la tranquillité avec un «aplatissement de la symptomatologie» (Ciampi et Muller). Il est permis de se demander ce qui entraîne cette atténuation des symptômes : est-ce simplement le vieillissement naturel de la personne ou est-ce l'absorption régulière d'un médicament neuroleptique? Les schizophrènes chroniques, il faut l'avouer, sont des personnes appauvries psychologiquement et socialement; leur existence est une existence sans satisfaction, sans événement, où les talents et les intérêts de la personne n'ont jamais l'occasion de se développer. La schizophrénie évolue vers une véritable détérioration de la personnalité, et ceci malgré la médication neuroleptique.

L'INCONNU AU-DELÀ DES RÉPONSES TOUTE FAITES

Les chercheurs et les cliniciens soutenant que le délire et l'hallucination sont exclusivement ou prioritairement dus à une anomalie de la transmission de l'influx nerveux ont parfois tendance à apporter une preuve supplémentaire à leur thèse, en faisant la comparaison avec d'autres

Tableau 2 : évolution à long terme

	durée du suivi	guéris	améliorés	inchangés
Schizophrénie chronique	de 11 à 35 ans	de 5 à 30%	de 10 à 39%	de 35 à 84%
Schizophrénie aiguë	de 7 à 17.5 ans	de 26 à 70%	de 13 à 61%	de 4 à 35%

phénomènes psychiques, plus ou moins morbides, dont le fondement est également organique. Si l'on réduit la schizophrénie à un désordre biochimique et son traitement à une intervention psychopharmacologique, il devient possible d'établir une analogie entre la schizophrénie et l'effet produit par des drogues psychomimétiques ou encore l'activité onirique au cours du sommeil. Les délires et les hallucinations sont l'équivalent d'un voyage (*trip*) ou d'un rêve qui impliquent des changements physiologiques similaires. Une telle affirmation proposée par certains auteurs est séduisante. Il existe cependant une différence fondamentale : le schizophrène n'a absorbé aucune drogue et il est parfaitement éveillé lorsqu'il délire ou hallucine. La comparaison entre ces divers phénomènes est, dès lors, quelque peu boiteuse. Ce n'est pas parce que la drogue et le sommeil entraînent des états similaires au délire ou à l'hallucination schizophrénique que ces phénomènes peuvent être réduits les uns aux autres à partir de l'hypothèse d'un dérèglement biochimique commun et analogue. Il se produit quelque chose de totalement spécifique dans la schizophrénie qui est justement l'appauvrissement de la personnalité et une évolution pernicieuse, un état chronique que ni le sommeil, ni la drogue ne provoquent.

Même si on considère le dérèglement biochimique comme une cause en soi, on laisse en suspens la question de savoir *ce qui déclenche* ce dérèglement biochimique, puisque certains individus en sont frappés et d'autres non. Si l'on prétend apporter ainsi une réponse scientifique (mesurable, quantifiable, prouvable), on ne fait que se leurrer ; le mystère est simplement reculé et non éclairci.

La réduction de la schizophrénie à des processus biochimiques entraîne également l'affirmation facile qu'il s'agit d'une maladie (au sens physique de ce terme) *endogène*, entendant par là que les situations et les événements extérieurs n'y sont pour rien. Il s'agit encore une fois d'un piège pseudo-scientifique qui vise à départager de façon factice l'endogène et l'exogène, exactement de la même façon qu'on cherche à séparer les influences de l'hérédité et du milieu. En fait, distinguer la part de l'hérédité et du milieu dans l'apparition d'un phénomène est aussi arbitraire que de se

demander si la surface d'un rectangle dépend de sa longueur ou de sa largeur. Il faut reconnaître que l'endogène agit sur l'exogène, et inversement. Ainsi, il est admis que des détails « insignifiants » de la vie courante sont suffisants pour faire décompenser le schizophrène, que ce soit la perte d'un petit chat ou celle d'une plante d'appartement. Le schizophrène amplifie ces détails et les vit avec un exposant d'angoisse multiplié à l'infini, à la différence de la population normale. La dramatisation des événements et des situations ne signifie pas cependant que la schizophrénie est un processus purement endogène (biochimique), totalement indépendant de facteurs externes.

Il est permis de faire comme hypothèse que des facteurs extérieurs anodins, agissant chez des sujets ayant une personnalité plus sensible et plus fragile peuvent à la longue entraîner des dérèglements biochimiques ; ce qui est vécu par le sujet ou ce que subit le sujet pourra s'inscrire au plan somatique et même bouleverser la séquence normale de processus hautement sophistiqués. Une telle hypothèse se fonde simplement sur la relation inextricable entre la psyché et le soma.

Les hypothèses biochimiques laissent également inexplicables une série d'observations étonnantes à propos de la schizophrénie. Citons-en quelques-unes. Des expériences sur les résultats thérapeutiques dans les psychoses aiguës ont montré que, pour obtenir la même efficacité dans le traitement, la dose quotidienne utile de halopéridol était de 7.5mg en Belgique et de 73mg à New York, soit une différence du simple au décuple (Murphy, 1972) ; ainsi, le même médicament exercerait des effets différents suivant les pays. Une vaste enquête menée par l'Organisation Mondiale de la Santé a démontré que la schizophrénie se manifeste par un syndrome commun dans divers pays, mais des différences ont été constatées dans l'évolution de la pathologie : dans l'ensemble, celle-ci se montre plus favorable dans les pays en voie de développement que dans les pays développés et industrialisés (W.H.O., 1973, 1978, 1979). Certaines collectivités vivant en communautés très organisées et repliées sur elles-mêmes, selon des principes de vie religieux et traditionnels, présentent une incidence de schizophrénie et d'hospitalisation psychiatrique

nettement inférieure aux populations environnantes. C'est le cas des Huttérites et des Mennonites aux États-Unis et au Canada (Eaton et Weil, 1955). Ce sont là quelques faits intrigants qui ne peuvent s'expliquer par le seul recours à des hypothèses biochimiques et qui mériteraient une explication plus complexe.

LE DÉSIR D'OMNISCIENCE ET D'OMNIPOTENCE

Le désir de trouver des causes palpables pouvant expliquer la pathologie psychique (un terme plus indiqué que la maladie mentale) et également de mettre au point des moyens permettant de la supprimer radicalement trouve son origine dans un désir plus ou moins avoué d'omniscience et d'omnipotence. Il s'agit de découvrir l'élément dernier (ou premier) à propos des phénomènes humains (ce que la schizophrénie reste en dernier ressort) et de trouver des moyens d'intervention agissant de manière perceptible et observable.

Ce sont ces désirs de savoir et de pouvoir qui donnent à la médecine-psychiatrie ou à la «psychiatrie biologique» une place dominante dans le champ de la santé mentale. En effet c'est le même postulat implicitement admis et jamais remis en question (l'organogénèse, qu'elle soit génétique, biochimique ou psychophysiologique) qui explique une certaine façon bien particulière de définir la maladie mentale et son traitement, et d'envisager la multidisciplinarité dans l'équipe de soins. L'abord de la schizophrénie est directement tributaire d'une telle perspective «médicalisante». Nous nous permettrons dès lors un détour à propos de la nature de la maladie mentale et de la définition des rôles dans l'équipe de soins. Le lecteur pourra constater que ce détour illustre (peut-être) un des aspects du fond du problème.

L'équipe multidisciplinaire se réduit parfois à une figure de style, l'expression désignant la simple juxtaposition de personnes travaillant dans des disciplines différentes, sans qu'il existe une véritable collaboration à part égale, respectueuse des différents points de vues (Pelsser, 1980a). La question implicitement posée est de savoir si la psychopathologie peut se ramener à un dysfonctionnement organique ou à un dysfonctionnement psychosocial.

Amyot (1981), au cours d'une entrevue, définit admirablement la maladie mentale. «La maladie mentale est une perturbation profonde, une désorganisation psychique de l'individu. C'est un état de déséquilibre bio-psycho-social de la personne où celle-ci est en proie à des angoisses, des peurs et des craintes qui viennent entraver son fonctionnement au point de lui rendre la vie fort inconfortable. Le malade mental est menacé de l'intérieur par des pulsions qui viennent compromettre sa propre intégrité personnelle et aussi celle des autres» (p. 22). Il s'agit de reconnaître dans cette ligne l'importance d'une approche globale, d'un modèle bio-psycho-social, de l'équipe multidisciplinaire, des relations entre l'esprit et le corps, entre la psyché et le soma et de l'analyse des facteurs bio-psycho-sociaux.

Cette façon de voir les choses n'est hélas! pas toujours acceptée avec toutes ses conséquences. Deux articles récents (écrits par des psychiatres) insistent sur la nécessité pour la psychiatrie de se définir comme une spécialité de la science médicale (Nérée, 1979, Fontaine, 1980). On ne peut que se rallier à un tel souhait et il est même impérieux que la psychiatrie se définisse avant tout (nous allions écrire uniquement) comme science médicale, ce qui l'inciterait à respecter davantage la spécificité, la compétence et l'autonomie des autres disciplines impliquées dans le domaine de la santé mentale au sens large (à savoir la psychologie, l'ergothérapie, le nursing, le travail social, etc.). Mais dans la pratique, on constate souvent deux façons de déroger à la définition de la psychiatrie comme spécialité médicale : d'abord la récupération à l'intérieur de la psychiatrie de connaissances et de techniques qui n'ont aucun rapport avec la médecine au sens strict; ensuite l'envahissement des disciplines environnantes par la médecine-psychiatrie qui souhaite exercer un contrôle sur des territoires étrangers. Il suffit de lire ce qu'écrivent les deux auteurs mentionnés, qui souhaitent pourtant que la psychiatrie reste une spécialité de la médecine, pour comprendre que leur position est fort ambiguë.

Nérée (1979) souligne qu'il est utile pour les médecins psychiatres «d'examiner les liens quasi organiques (sic!) unissant leur spécialité à la psychologie, à la psychanalyse et aux autres sciences humaines» (p. 48); il s'en prend à «l'apla-

tissement de la pyramide hiérarchique de l'équipe multidisciplinaire de prise en charge» et à «la stigmatisation du savoir bio-médical auquel est d'ailleurs relié le pouvoir décisionnel du psychiatre responsable» (p. 48); dès lors le psychiatre se trouverait à un carrefour; il serait «capable de cette «écoute bifocale» indispensable en face de toutes plaintes somatiques ou psychiques, apte à intégrer les données venant des diverses disciplines connexes» (p. 49). Dans une telle optique, la psychiatrie garderait peu de chose de sa dimension médicale, à l'encontre des souhaits de l'auteur.

La même confusion se lit sous la plume de Fontaine (1980). L'auteur s'arrête aux raisons qui expliquent pourquoi la psychiatrie a échappé peu à peu au modèle médical et il montre l'utilité de revenir à un semblable modèle. Mais on constate encore une fois que la psychiatrie est définie comme une discipline «*melting pot*». «Il importe que le psychiatre connaisse et maîtrise très bien le modèle médical qui constitue la base de sa formation. [...] Ceci ne nous empêche pas de connaître l'apport des autres modèles», ainsi le modèle social et le modèle psychologique. Et la conclusion s'impose inévitable : «Au moment où des ponts semblent vouloir s'établir entre les différents modèles, le modèle médical trouve toute sa signification et sa raison d'être et peut servir de lieu de rencontre et de principe d'unification (sic!) afin d'aboutir à une théorie unifiée du comportement humain» (p. 754). Le tour est joué, mais il faut se demander si la psychiatrie se définit comme science médicale ou comme science humaine. Il s'agit d'un dilemme presque impossible à résoudre, sinon par la fusion de la médecine, de la sociologie et de la psychologie.

LA NÉCESSITÉ DE DÉVELOPPER LA PSYCHOTHÉRAPIE

Le savoir et le pouvoir ont des limites et il serait temps de reconnaître où échouent nos connaissances et nos interventions puisque d'une part un certain nombre de patients schizophrènes ne s'améliorent pas (10%, Davis, 1980) ou rechutent (36%, Hogarty, 1974), malgré la prise d'une médication neuroleptique, et d'autre part, un certain nombre d'entre eux s'améliorent (25%, Davis, 1980) ou ne rechutent pas (20%,

Hogarty, 1974), même sans médicaments. L'explication soi-disant scientifique, c'est-à-dire par des facteurs causaux objectivables, reste éminemment utile mais se heurte à une zone d'inconnu, ce qui laisse entrevoir les limites de ce modèle dans le domaine psychiatrique (une loi scientifique ne supporte pas les exceptions).

Les recherches indiquent que les hospitalisations pour des problèmes de santé mentale comprennent en fait 70% de réhospitalisations; ainsi un lot important de patients connaissent une évolution chronique avec des rechutes «à répétition». Ce sont presque des abonnés de l'hôpital. Cette constatation indique clairement que les traitements pharmacologiques se contentent souvent de soigner et n'arrivent pas facilement à guérir.

Lorsque nous soulevons certaines questions à propos des limites du traitement pharmacologique des schizophrènes, il faudrait mentionner pour être exact qu'il existe, à l'intérieur du champ de recherche sur la psychopharmacologie, un groupe de personnes, malheureusement minoritaires, qui se montrent critiques face aux affirmations habituellement acceptées sur le sujet : 1. le schizophrène doit être traité à l'aide de médicaments, et si l'on n'agit pas ainsi, c'est un manque d'éthique; 2. de tels patients doivent continuer à prendre une médication, même après la disparition des symptômes; 3. il faut prévenir les rechutes puisque l'état psychotique en lui-même est pathogène et entraîne un processus de détérioration; 4. il n'est pas essentiel dans le traitement de la schizophrénie de mettre l'accent sur autre chose que les médicaments; 5. il existe relativement peu de dangers à utiliser une médication neuroleptique. En fait, certains auteurs soutiennent, sur une base scientifique rigoureuse, que la médication est contre-indiquée dans le cas de certains schizophrènes et même qu'elle peut entraîner des effets néfastes à long terme, à savoir l'induction ou le renforcement des symptômes négatifs, l'augmentation du risque de rechute et d'hospitalisation. Il s'agit d'une voie intéressante à explorer (Klein, 1975; Carpenter et coll., 1977; Rappaport et Coll., 1978; Buckley, 1982).

La porte reste ouverte pour trouver des techniques de psychothérapie qui soient véritablement

capables de s'en prendre au fonctionnement de la pensée délirante, souvent présente malgré la prise d'un médicament neuroleptique. Les théories de type psychologique ou psychodynamique sur l'origine de la schizophrénie ou sur la nature du traitement se limitent souvent à des généralités (la forclusion, le bon objet et le mauvais objet, le *double bind*, etc.) qui ne fournissent pas de moyens techniques pour s'attaquer aux problèmes concrets posés par le schizophrène (Pelsser, 1980b). Il nous apparaît que la psychose ne peut être réduite à une seule théorie du fait que par son essence même elle fait sauter toute théorie rationnelle et logique. Il s'agirait d'inventer une infinité de théories explicatives et également une infinité de moyens d'intervention.

Lalonde (1980) souligne l'intérêt de combiner les diverses approches thérapeutiques, l'une s'appuyant sur l'autre et vice versa. «La pharmacothérapie rend souvent le patient accessible à la psychothérapie, et, inversement, la psychothérapie, en créant une relation de confiance, incite le patient à maintenir une pharmacothérapie parfois indispensable» (p. 279). Une psychothérapie avec les psychotiques, qui pourrait dignement porter ce nom, devrait aller un peu plus loin que le simple établissement d'une relation de confiance, dans le seul but de favoriser la prise de médicaments antipsychotiques. Il s'agit de trouver des moyens techniques concrets pour défaire les mécanismes de la pensée délirante (Will, 1980, Ellenberger, 1981); quelques-uns peuvent être mentionnés dans ce sens : ramener constamment à la réalité, discuter de problèmes actuels et concrets, avoir une attitude de doute systématique face au délire, expliquer le rapport du délire avec le vécu du patient, etc. Il s'agit de principes élémentaires qui ne donnent guère une idée de ce que devrait être une véritable psychothérapie des psychoses. Il faut lire Gisela Pankow (1969, 1977, 1981) dont l'œuvre est capitale dans le domaine. Les travaux de May (1968) et Hogarty et coll. (1973, 1974a) indiquent que la place de la psychothérapie dans le traitement des schizophrènes est réduite; cependant certains travaux de recherche sont plus optimistes (Mosher et Keith, 1980; Strauss et Carpenter, 1981).

L'attitude des thérapeutes face à la maladie mentale se manifeste parfois par deux extrêmes :

par des désirs de guérir à tout prix (*furor sanandi*), mais aussi par le découragement, le désinvestissement face aux obstacles et aux échecs. La meilleure défense est la fuite : éviter d'avoir des contacts cliniques avec les patients psychotiques, mais s'intéresser à eux de façon indirecte (Tanguay, 1981). La fuite pourra prendre des formes diverses : s'engager dans la recherche fondamentale sur la biochimie de la schizophrénie, s'adonner à l'enseignement ou à la supervision (faites ce que je dis et non ce que je fais), s'occuper de l'organisation et de la distribution des soins au plan administratif et finalement nier l'existence de la psychose (devenir anti-psychiatre ou *drop-out*).

Il est un phénomène qu'on observe couramment dans les équipes de soins; ce ne sont pas les patients qui changent de thérapeutes, mais ces derniers qui changent de patients... en allant travailler ailleurs. Ceci en dit long sur notre savoir et notre pouvoir.

*

La recherche devrait s'attarder aux cas de schizophrènes qui déjouent les règles scientifiques : ceux qui guérissent sans médicaments et ceux qui ne guérissent pas malgré les médicaments. C'est à partir de là que se posent les vraies questions. La schizophrénie met toute forme de thérapeutique en échec, lorsqu'on considère son évolution chronique.

C'est seulement lorsque les soignants parviendront à se maintenir sur le terrain de la psychose qu'ils pourront y faire face : avoir des idées «folles» de types d'intervention possibles, faire «éclater» et multiplier les théories étiologiques existantes. Il s'agit de développer des moyens d'intervention qui échappent à la logique et au bon sens et de mettre «en pièces détachées» les théories rassurantes.

RÉFÉRENCES

- AMYOT, A., 1981, Vers la santé mentale (entrevue), *Carrefour des Affaires Sociales* (numéro spécial : La santé mentale), vol. 3, n° 1, p. 22-28.
- ANDREASEN, N.C., 1982, Negative Symptoms in Schizophrenia, *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 39, n° 7, p. 784-788.
- BOISSIER, J.R., EUVRARD, C., GAIGNAULT, J.C., 1980, Les médicaments psychotropes, *La recherche*, n° 116, p. 1235-1246.

- BUCKLEY, P., 1982, Identifying Schizophrenic Patients Who Should Not Receive Medication, *Schizophrenia Bulletin*, vol. 8, n° 3, p. 429-432.
- CARPENTER, W.T. Jr. et coll., 1977, The Treatment of Acute Schizophrenia Without Drugs : An Investigation of Some Current Assumptions, *Am. J. Psychiatry*, vol. 134, n° 1, p. 14-20.
- CIOMPI, L., MULLER, C., 1977, L'évolution des schizophrènes, *L'Évolution psychiatrique*, vol. 42, n° 4, p. 1219-1241.
- DAVIS, J.M., 1980, Antipsychotic Drugs, in Kaplan, H.I., Freedman, A.M. et Sadock, B.J., ed., *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Baltimore, Williams & Wilkins, 3rd edition, p. 2257-2289.
- DENIS, J.F., 1981, Les antipsychotiques en psychiatrie, *Santé mentale au Québec*, vol. 6, n° 2, p. 62-70.
- EATON, J.W., WEIL, R.J., 1955, *Culture and Mental Disorders*, Glencoe, Ill, Free Press.
- ELLENBERGER, H.F., 1981, Aspects particuliers de la psychothérapie des schizophrènes, in Duguay, R. et Ellenberger, H.F., dir. *Précis pratique de psychiatrie*, Montréal, Chenelière et Stanké, p. 537-540.
- ENGEL, G.L., 1977, The Need for a New Medical Model : a challenge for bio-medicine, *Science*, vol. 196, n° 4286, p. 129-136.
- FONTAINE, J.G., 1980, La psychiatrie, spécialité médicale, *L'union médicale du Canada*, t. 109, n° 5, p. 751-755.
- GUAY, J., 1981, Le réseau social de l'ex-patient psychiatrique, *Revue québécoise de psychologie*, vol. 2, n° 3, p. 41-57.
- HOGARTY, G.E. et coll., 1973, Drug and Sociotherapy in the Aftercare of Schizophrenic Patients : I One Year Relapse Rates, *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 28, p. 54-64.
- HOGARTY, G.E. et coll., 1974a, Drug and Sociotherapy in the Aftercare of Schizophrenic Patients : II Two Year Relapse Rates, *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 31, p. 603-608.
- HOGARTY, G.E. et coll., 1974b, Drug and Sociotherapy in the Aftercare of Schizophrenic Patients : III Adjustment of Nonrelapsed Patients, *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 31, p. 609-618.
- INVERSEN, L., 1979, La chimie du cerveau, *Pour la science* (numéro spécial : Le cerveau), n° 25, p. 65-76.
- KLEIN, D.F., 1975, Who should not be treated with neuroleptics but often are, In Ayd F.J. Jr., ed. *Rational Psychopharmacotherapy and the Right to Treatment*, Baltimore, Ayd Medical Communications, p. 29-36.
- LALONDE, P., 1980, Aspects cliniques de la schizophrénie, in Lalonde, P. et Grunberg, F. dir., *Psychiatrie clinique : approche contemporaine*, Chicoutimi, Gaétan Morin, p. 262-282.
- LEHMANN, H., 1976, Différentes possibilités de traitement du schizophrène (entrevue), *L'hygiène mentale au Canada*, vol. 24, n° 1, p. 3-10.
- LE MOAL, M., 1980, La schizophrénie, *La recherche*, n° 115, p. 1168-1182.
- MAY, P.R.A., 1968, *Treatment of Schizophrenia : a comparative study of five treatment methods*, New York, Science House.
- MOSHER, L.R. et KEITH, S.J., 1980, Psychosocial Treatment : Individual, Group, Family, and Community Support Approaches, *Schizophrenia Bulletin*, vol. 6, n° 1, p. 10-41.
- MURPHY, H.B.M., 1972, Psychopharmacologie et variations ethnoculturelles, *Confrontations psychiatriques*, n° 9, p. 163-189.
- NÉRÉE, A., 1979, Pour une psychiatrie médicale, *La vie médicale au Canada français*, vol. 8, p. 47-50.
- PANKOW, G., 1969, *L'homme et sa psychose*, Paris, Aubier-Montaigne.
- PANKOW, G., 1977, *Structure familiale et psychose*, Paris, Aubier-Montaigne.
- PANKOW, G., 1981, *L'être-là du schizophrène*, Paris, Aubier-Montaigne.
- PELSSER, R., 1980a, La multidisciplinarité en santé mentale : fiction ou réalité?, *Santé mentale au Québec*, vol. 5, n° 1, p. 3-21.
- PELSSER, R., 1980b, Les impasses des théories causalistes en psychopathologie, *Revue québécoise de psychologie*, vol. 1, n° 2, p. 70-89.
- RAPPAPORT, M. et coll., 1978, Are there Schizophrenics for Whom Drugs May Be Unnecessary or Contraindicated?, *International Pharmacopsychiatry*, vol. 13, p. 100-111.
- REYNAUD, M., BEAUREPAIRE, R. DE, 1981, Évolution et pronostic de la schizophrénie, *L'Information psychiatrique*, vol. 57, n° 10, p. 1127-1144.
- STEPHENS, J.H., 1978, Long Term Prognosis and Follow Up in Schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, vol. 4, n° 1, p. 25-47.
- STRAUSS, J.S., CARPENTER, W.T., Jr., 1981, *Schizophrenia*, New York, Plenum.
- TANGUAY, B., 1981, Guérir la psychose?, *Santé mentale au Québec*, vol. 6, n° 2, p. 11-15.
- WILL, O.A., 1980, Schizophrenia : Psychological Treatment, in Kaplan, H.I., Freedman, A.M. et Sadock, B.J. ed., *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Baltimore, Williams & Wilkins, 3rd ed. p. 1217-1240.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1973, 1978, *The International Pilot Study of Schizophrenia*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, vol. 1 et 2.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1979, *Schizophrenia : An International Follow-Up Study*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé.

SUMMARY

Schizophrenia is caused above all, by a biochemical disorder, and, consequently, the treatment should be primarily of a psychopharmacological nature. The author examines the most important researches related to this subject to demonstrate the gaps both at the level of aetiological theories and of treatment methods centered, above all, on biochemical aspects. Schizophrenics are not cured and they are hardly treated, since delusional thoughts and the psychotic life style remain present many years. Schizophrenia stymies the knowledge and the power of therapists as a result of its inexplicable and irreducible character.