

«Schizophrénies, mode d'emploi»



Conférence du Dr Georges Klein

Fondation Domus,
15 mars 2013

Le 15 mars dernier, le Dr Georges Klein – médecin-chef du service de psychiatrie et psychothérapie hospitalière adulte du Département de psychiatrie et psychothérapie de l'Hôpital du Valais – a levé un voile sur les schizophrénies pour une centaine de personnes, très intéressées à en savoir plus sur ces maladies qui affectent un individu sur cent, soit 4 fois plus que le diabète. Son exposé a permis de démolir quelques idées reçues et donné un message d'espoir aux malades et à leurs familles. Oui, on peut en guérir, ou vivre presque normalement avec une schizophrénie. C'est le cas pour près de 50% des personnes qui en sont affectées.

«Schizophrénies, mode d'emploi»: un pluriel qui annonce la vision du spécialiste, la schizophrénie n'est pas une maladie déterminée par des symptômes et une forme toujours identiques. Il s'agit plutôt d'un ensemble de troubles dont l'expression et l'intensité peuvent être diverses. On sait qu'elle se déclare en principe chez des personnes jeunes et prendra des formes différentes selon les cas. Son intensité en particulier s'exprimera de manière forte ou atténuée, dans des crises laissant au malade des périodes de répit plus ou moins longues.

Les médecins sont confrontés à la difficulté d'un diagnostic précis et rapide, dans la mesure où les symptômes, liés au comportement, peuvent exister isolément sans que la maladie soit présente. Quels sont-ils? Retrait social, troubles de la concentration, irritabilité, angoisse et méfiance vis-à-vis d'autrui, inversion du rythme veille-sommeil, syndrome dépressif. Mais leur existence ne dit pas encore que la maladie se déclare. On ne le saura que si ces symptômes dits négatifs perdurent sur plusieurs années. Soit lorsque les modifications psychopathologiques du patient sont durables, significatives, impliquent une souffrance pour soi et l'entourage et ont des répercussions importantes sur la vie quotidienne. Ces trois aspects sont nécessaires à la pose d'un diagnostic de schizophrénie. Or ils n'apparaissent que rarement en bloc et en une fois.

Quant aux symptômes dits positifs – délires, hallucinations, discours désorganisé, perception altérée de la réalité – ils peuvent également concerner des gens qui ne sont pas atteints de schizophrénie. Une expérience psychotique n'est pas forcément pathologique, le plus souvent, elle est sans conséquence. On connaît à Genève un «Club des entendeurs de voix», dont les membres ne sont pas malades...

Un peu d'histoire

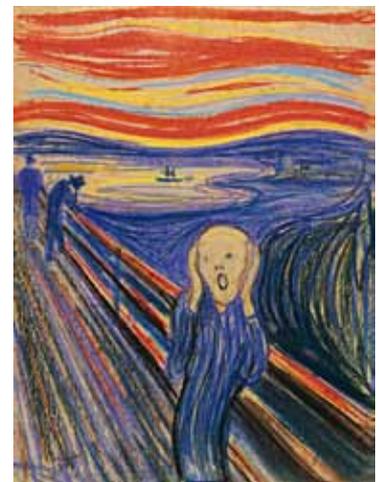


De tous temps, l'étrangeté des comportements n'a jamais laissé la société indifférente et pendant longtemps on y a réagi avec excès, dans une idéalisation ou une crainte exagérées. Pendant des siècles, on excluait ou criait au génie, comme en atteste la littérature ou la peinture. En 1497, Jérôme Bosch peignait «La nef des fous», représentant une pratique courante des bords du Rhin, qui consistait à laisser les gens «bizarres» voguer en bateau sur le fleuve. Par ailleurs au 16^e siècle, Erasme écrivait «l'Eloge de la Folie» qui liait l'étrangeté des comportements à la créativité.

La médecine s'interroge depuis longtemps sur la manière d'aider et de soulager les personnes atteintes. Dans l'Antiquité grecque, Aristote observait déjà leur situation, dans une société qui ne prétendait pas que la médecine avait réponse à tout. Rappelons qu'à l'époque, la discipline n'appartenait pas aux sciences exactes mais à un groupe d'études qui comprenait entre autre l'art de la navigation et le tir à l'arc.

C'est à un médecin zurichois, Eugen Bleuler, que l'on doit le terme schizophrénie. En 1908, il est le premier à avoir utilisé ce mot pour décrire ses observations. Mais on lui doit surtout un regard nouveau sur les troubles psychotiques, induit par son expérience de vie puisqu'il avait grandi aux côtés d'une sœur schizophrène. Cette proximité donnait à ce fils de paysan une vision des malades «de l'intérieur», la connaissance de leur quotidien et de celui de leurs proches. Il est aujourd'hui encore une référence dans le monde entier.

Ce n'est qu'au 20^e siècle qu'on a considéré avant tout la souffrance des personnes atteintes, soulignant leur détresse et leur solitude, une situation bien exprimée par Munch dans son célèbre tableau «Le cri». Les travaux du Français Michel Foucault soulignent alors la violence de la réponse sociale à la maladie, lorsqu'on se contente d'une mise à l'écart.



Le temps, meilleur allié du soignant

Aujourd'hui, les progrès de la technologie, comme l'imagerie fonctionnelle du cerveau, soutiennent le médecin dans la pose de son diagnostic. Mais en l'espèce, la prudence reste de mise, de nombreux chercheurs mettant en doute le lien entre les troubles schizophréniques et une maladie dégénérative du cerveau. Seule une observation sur la durée permet de déceler la schizophrénie. Et les médecins sont confrontés à un dilemme: le temps est un paramètre indispensable dans l'établissement de leur diagnostic, alors qu'une intervention précoce accroît les chances de rémission, voire de guérison. Le malade peut en effet être victime de troubles atténués pendant des années, vivre avec l'une ou l'autre expression de la maladie, qui ne permet pas de le décrire comme un schizophrène, avant qu'une forme plus grave aux symptômes simultanés, donne une certitude aux soignants. Et avec elle, la possibilité de traiter ce mal avec plus d'efficacité.



Si tomber malade prend donc du temps, aller mieux aussi. La personne peut vivre une longue période de crise aiguë, puis une forme atténuée. Mais il faut dire que la rémission est possible, peut même être totale. Dans certains cas, certains symptômes persistent, on apprend alors aux malades à les déceler et à réagir, à «vivre avec» en quelque sorte. D'autres vont pouvoir vivre normalement, mais connaîtront une ou plusieurs rechutes dans leur vie. Certains ne connaîtront plus de symptômes du tout.

Une personne sur deux vit normalement

Afin de mieux connaître l'avenir des patients sur une longue période, l'hôpital psychiatrique de Cery (VD) a revu des patients dix, vingt, trente ou quarante ans après, afin de connaître leur histoire et savoir si la maladie était toujours là. Six cents dossiers ont ainsi été examinés, et le résultat est plutôt encourageant. 25% des gens ont vécu sans ou avec très peu de symptômes. 24% connaissaient une évolution assez légère, 50% moyenne à grave. Sur la durée, une personne sur deux peut donc retrouver une vie normale, ou presque.

Une étude américaine examinant où d'anciens malades habitaient, a établi que 28% vivaient de manière indépendante, 25% dans leur famille, 5% étaient à l'hôpital, 10% en foyer; 12% connaissaient de grosses difficultés et vivaient en prison ou dans la rue. Des chiffres qui relativisent tout de même la gravité du diagnostic et surtout l'idée qu'un ou une schizophrène le reste inéluctablement jusqu'à sa mort. Autre a priori à battre en brèche, l'idée que la schizophrénie a une composante génétique. C'est faux, même si les risques sont plus élevés pour des parents proches. Même un jumeau identique n'a que 48% de risques d'être atteint, la génétique ne peut en aucun cas expliquer l'apparition des troubles à elle seule.

L'influence des facteurs extérieurs

D'autres études mettent en exergue l'importance de facteurs extérieurs sur l'évolution des troubles psychotiques. Ainsi un homme isolé, ayant connu des difficultés psychologiques dans son enfance, quelqu'un ayant abusé de drogues, vivant en retrait de la société et ayant été soigné tardivement connaîtra plus de difficultés dans sa vie que les malades vivant dans des conditions contraires.

L'assistance, formée de professionnels, de familles ou proches de malades peut garder de cet exposé une vision assez positive sur la schizophrénie. Malgré les difficultés, les rechutes, les évolutions graves sont minoritaires et beaucoup de patients peuvent retrouver une vie normale. Les recherches actuelles permettent par ailleurs une déculpabilisation générale. La maladie n'a rien à voir avec l'intelligence ni avec l'éducation, les parents ne sont en aucun cas responsables, et le risque de violence si souvent décrit est faible.

Quant au taux de rechute – 15 à 35% à un an, 40 à 60% à 2 ans, 70% après 5 ans – il n'est pas lié à la qualité de l'encadrement familial ou médical. Le Dr Georges Klein précise que rechercher des responsables est vain, et que ces rechutes ne sont pas forcément une catastrophe, car elles servent au patient à mieux prendre conscience de la maladie, pour mieux la gérer. La patience est la meilleure alliée du malade comme de ses soignants. Vouloir aller trop vite, demander des performances sociales irréalistes, mal adapter la médication sont souvent à l'origine des crises.

>> Prochaine conférence

11 avril 2013 / 20 h

Burn-out, dépression...

De la normalité à la psychiatrie

Les variations de l'humeur font partie de notre vie. Un accident, une séparation, un deuil, et elles nous aident à accepter, à tourner la page. Il arrive cependant que ces phénomènes dépassent l'acceptable et le compréhensible. Si l'origine du burn-out est aujourd'hui connue, on ignore encore d'où viennent la dépression et les troubles bipolaires. Entre clinique et expérience personnelle, le Dr Alexis Burger livre une réflexion globale, sans considérations morales, sur ces maladies psychiques dont la gravité va croissant.

Dr Alexis Burger

Psychiatre et psychothérapeute

En 1988 déjà, Alexis Burger consacrait sa thèse de médecine au burn-out. Aujourd'hui, ce psychiatre consulte en privé et anime des séminaires de prévention du burn-out et de développement personnel, notamment dans le désert (www.surladune.ch). Il contribue également au site de prévention www.noburnout.ch



Conférences grand public ouvertes à tous / Entrée libre

19 h 30: ouverture des portes / 20 h - 21 h: conférence / Dès 21 h: questions-réponses