



Les schizophrénies

DE LA NAISSANCE DU CONCEPT AUX AVANCÉES NEUROSCIENTIFIQUES ACTUELLES



Les schizophrénies

DE LA NAISSANCE DU CONCEPT AUX AVANCÉES NEUROSCIENTIFIQUES ACTUELLES

SADEQ HAOUZIR
AMAL BERNOUSSI

DUNOD

NOUS NOUS ENGAGEONS EN FAVEUR DE L'ENVIRONNEMENT :



Nos livres sont imprimés sur des papiers certifiés pour réduire notre impact sur l'environnement.



Le format de nos ouvrages est pensé afin d'optimiser l'utilisation du papier.



Depuis plus de 30 ans, nous imprimons 70% de nos livres en France et 25% en Europe et nous mettons tout en œuvre pour augmenter cet engagement auprès des imprimeurs français.



Nous limitons l'utilisation du plastique sur nos ouvrages (film sur les couvertures et les livres).

© Dunod, 2020 pour la 4^e édition; 2025, nouvelle présentation

© Armand Colin, 2007, 2010, 2014

11 rue Paul Bert - 92240 Malakoff

www.dunod.com

ISBN : 978-2-10-087942-7

Table des matières

<i>Préface à la quatrième édition</i>	7
<i>Préface à la première édition</i>	9
<i>Quelques considérations générales en guise d'avant-propos</i>	11
<i>Introduction</i>	21
CHAPITRE 1 – HISTOIRE DE LA NAISSANCE DU CONCEPT	25
1. Contexte historique.....	27
2. Le concept de Bleuler	33
CHAPITRE 2 – CLINIQUE DES SCHIZOPHRÉNIES	45
1. L'approche clinique française avant les classifications internationales	47
2. L'approche clinique contemporaine	53
3. Les formes cliniques les plus fréquentes.....	54
4. Les modalités évolutives historiques	61
5. Diagnostics différentiels.....	64
CHAPITRE 3 – COMPRENDRE LES SCHIZOPHRÉNIES	67
1. Introduction à l'approche psychopathologique de la schizophrénie	69
2. Les modèles cognitivistes de la schizophrénie	93
3. Schizophrénie et neurobiologie	97
4. Les modèles théoriques à la base de l'approche diagnostique actuelle	103
5. Comprendre la schizophrénie à la lumière des neurosciences	106
6. De l'impérative nécessité d'un déterminisme non réductionniste ?	143
CHAPITRE 4 – SYSTÈMES DIAGNOSTIQUES ET OUTILS PSYCHOMÉTRIQUES UTILISÉS	145
1. Les systèmes diagnostiques.....	147
2. Les outils psychométriques usuels et pertinents	156

CHAPITRE 5 – QUELQUES DONNÉES COMPLÉMENTAIRES	159
1. Quelques notions d'épidémiologie.....	161
2. Schizophrénies et paraclinique.....	166
CHAPITRE 6 – COMPRENDRE LA PRISE EN CHARGE DES SCHIZOPHRÉNIES	169
1. Les traitements médicamenteux: les antipsychotiques ou le traitement des signes positifs.....	171
2. Autres thérapeutiques médicamenteuses et apparentées.....	183
3. Les traitements non médicamenteux. La réhabilitation psychosociale	185
4. Les hospitalisations en psychiatrie, en France.....	198
<i>Conclusion</i>	201
<i>Annexes</i>	207
<i>Bibliographie</i>	217

Préface à la quatrième édition

C'est un grand honneur et un immense plaisir que de préfacer la quatrième édition de l'ouvrage du Dr Sadeq Haouzir et d'Amal Bernoussi intitulé *Les schizophrénies : de la naissance du concept aux avancées neuroscientifiques actuelles*.

Les schizophrénies sont parmi les troubles les plus sévères de la médecine et touchent directement 1 % de la population, mais bien plus encore lorsque l'on considère les impacts de ces troubles sur le milieu familial et social.

Victimes d'une stigmatisation importante, tant les patients touchés que leurs entourages ont à subir au quotidien les affres du handicap psychique, la pauvreté, la solitude, la méfiance, la violence, le mépris et bien plus encore.

Tout ceci résulte le plus souvent d'une ignorance importante de ce que sont ces troubles, des avancées qui ont été réalisées dans leur compréhension et des soins efficaces qui peuvent aujourd'hui permettre à la majorité des patients d'être dans un processus de rétablissement.

Cette œuvre d'information utile et nécessaire, les auteurs la remplissent avec brio. Rendant cet ouvrage facile à lire sans jamais tomber dans la facilité ni la caricature, ils balayent les aspects historiques, physiopathologiques, diagnostiques et thérapeutiques. Utile tant pour les étudiants des professions médicales que pour le grand public, je suis certain que cette nouvelle édition qui a intégré les concepts les plus récents, notamment en terme de soins de réhabilitation, saura rencontrer un très large public.

Pr Olivier GUILLIN

CHU de Rouen, Centre hospitalier du Rouvray,
Université de Normandie – INSERM 1245 –
Responsable des Centres d'Excellence Thérapeutique
de l'Institut de Psychiatrie.

Préface à la première édition

S'il est, en psychiatrie, un exercice difficile, c'est bien celui, et peut-être est-il le plus périlleux de tous, de rédiger un manuel didactique sur la schizophrénie.

L'histoire du xx^e siècle ne retiendra vraisemblablement que quatre ouvrages irremplaçables sur ce sujet: celui d'Eugen Bleuler, celui de son fils Manfred, celui de John Carpenter et celui d'Irving I. Gottesman, chacun généré par un seul auteur dans un registre essentiellement clinique. Il en existe pourtant une multitude d'autres qui seront écartés parce qu'ils sacrifient à cette démarche justement critiquée, vers le milieu du siècle, par Henri Ey qui s'étonnait que l'on puisse discuter avec beaucoup de sérieux des traitements et de la pathogénie des schizophrénies alors que la définition, les limites et les données pronostiques n'étaient pas suffisamment établies bien qu'il s'agisse du fond du problème...

Ces éléments ne sont pas plus établis aujourd'hui malgré l'essor des systèmes de critères diagnostiques internationaux qui ne garantissent que la comparabilité des patients et non leur appartenance à une entité morbide parfaitement circonscrite.

Parce qu'ils résistaient à toute analyse et à toute vision d'ensemble cohérente, les troubles schizophréniques ont été condamnés, par une cruelle ironie du sort, à une dissociation systématique, écartelés entre un appauvrissement de la clinique contrastant avec une multiplication, à l'infini, de données scientifiques éparses, pour beaucoup marginales, voire artéfactuelles, qu'il s'agisse de données anatomopathologiques, neurochimiques, génétiques, psychodynamiques ou d'imagerie cérébrale. En témoignent les innombrables ouvrages collaboratifs, dont chacun est une véritable Tour de Babel rapidement caduque et s'effritant selon les cadences de production des machines et des cerveaux générateurs de données contradictoires.

L'ouvrage de Sadeq Haouzir et d'Amal Bernoussi échappe à ces critiques. Son propos «associationniste» avant tout (mais pouvait-il en être autrement sur ce sujet) est de nous présenter les principales composantes d'un traité élémentaire de «schizophrénologie» (les guillemets s'imposent pour ce terme qui mériterait d'exister, tout comme celui de diabétologie en raison de la complexité de ces troubles).

Ce but ne peut être, actuellement, totalement atteint, et je me permettrai, en guise d'absolution, de citer Irving Gottesman: « Trente ans de recherche et de pratique clinique personnelles avec la schizophrénie ne suffisent pas à garantir la clarté de la communication à une audience diversifiée. »

Professeur Michel PETIT

Quelques considérations générales en guise d'avant-propos

Les maladies mentales sont un fléau, à tous points de vue.

La maladie mentale condamne le patient atteint «à être un autre». Cet «autre» qu'il est devenu sera souvent rejeté, marginalisé ou exclu de la société et même de son entourage. C'est le cumul des peines : il est malade, il n'est plus lui-même, il est rejeté et très souvent, trop souvent, il n'est pas soigné.

Les maladies mentales sont aussi appelées maladies «psychiatriques» ou «psychiques» (et la schizophrénie en fait partie). Une maladie «psychique» est, étymologiquement, une «maladie de l'esprit». Et encore aujourd'hui une très grande majorité de professionnels de la santé en général, et de la santé mentale en particulier, opposent spontanément maladies «psychiques» et maladies «somatiques». Ceci se retrouve même écrit ainsi dans des manuels médicaux et est enseigné dans des facultés. Cela revient donc à opposer les maladies du corps (*soma*) aux maladies de l'esprit ou de «l'âme» (*psyché*). Pourtant, tous, professionnels et profanes, s'accordent sur le fait que l'existence de l'âme ou de l'esprit n'a jamais été démontrée. En outre, la terminologie même de «maladie de l'esprit» soulève beaucoup de questions.

L'immense majorité des professionnels identifie le cerveau comme le principal organe concerné par les maladies psychiatriques. Mais les explications qu'ils avancent lorsqu'ils sont interrogés sur leurs causes, ou sur le fonctionnement normal ou pathologique du cerveau, sont très surprises, très diverses, très originales,... et sont, le plus souvent, le fruit de représentations très personnelles, fonction de leur formation certes, mais aussi et surtout de leur propre histoire, personnelle, culturelle, religieuse,...

Si, parmi les professionnels du soin, nous retrouvons une telle diversité de réponses, pour ne pas dire cacophonie, le plus souvent sans aucun étayage médical ou scientifique, comment les malades et leurs proches peuvent-ils s'y retrouver?

Le cerveau est probablement l'organe le plus sensible de l'être humain car il est «responsable de nos actions», et très probablement d'une grande partie de notre «réflexion». La personne que nous sommes est la résultante de très nombreux déterminants (psychologiques, familiaux, environnementaux, sociaux,...), intervenus tout au long de notre vie. Et la «gestion quotidienne» de la personne que nous sommes est assurée par notre cerveau. Les maladies mentales vont donc très profondément modifier les personnes touchées par celles-ci. Prenons l'exemple de la greffe d'organe. Nous pouvons greffer n'importe quel organe du corps d'un autre humain sur «cousin Gaspar», il restera «cousin Gaspar». Mais si nous lui greffons le cerveau (ce qui n'est pas possible aujourd'hui) d'un inconnu, il deviendra alors cet inconnu, dans le corps de «cousin Gaspar». Les maladies mentales

se comportent de façon similaire à cet exemple. Si certaines d'entre elles touchent notre « cousin Gaspar », nous nous retrouverons avec le corps de notre « cousin Gaspar » face à nous, avec sa mémoire, mais avec le comportement d'un autre individu, d'un inconnu. De par leur essence même, les maladies mentales sont dévastatrices pour l'individu qui les contracte et qui n'est plus lui-même, pour leur entourage qui ne les reconnaît plus et pour la société qui doit porter les poids, direct et indirect, de la maladie.

Les maladies mentales sont à l'origine de changements profonds de la personnalité et du comportement des personnes qui en souffrent. Ces changements de comportement et les signes cliques observés sont le fruit de dysfonctionnements cérébraux. Comprendre comment des « désordres organiques » se traduisent en « troubles psychiques » a été et reste l'objectif de toutes les recherches et les modélisations scientifiques, psychopathologiques, psychanalytiques, cognitivistes,... Rappelons, à ce propos, l'introduction de Sigmund Freud dans de son ouvrage *Introduction à la psychanalyse*: « Les troubles psychiques ne sont accessibles à une action thérapeutique qu'en tant qu'ils constituent des effets secondaires d'une affection organique quelconque. C'est là une lacune que la psychanalyse s'applique à combler. »

Encore aujourd'hui, certains s'attachent toujours à opposer maladies organiques à maladies psychiques ou considèrent que prétendre qu'un dysfonctionnement organique est à l'origine d'une maladie psychique, constitue une disqualification de la psychopathologie. Nous avons l'espoir qu'ils pourront trouver dans cet ouvrage les indices nécessaires à reconsiderer leurs positions. La lutte contre les maladies mentales nécessite le concours de tous et de toutes les compétences.

Il est vrai que la santé mentale est parsemée d'innombrables oppositions : psychologue/psychiatre ; neuropsychologue/psychologue-clinicien ; maladies somatiques/maladies psychiques... La compréhension du fonctionnement normal du cerveau et de ses dysfonctionnements dans les maladies mentales, les causes de celles-ci, ou encore le développement adapté du système de soins, ont probablement été retardés du fait de ces oppositions. La schizophrénie, comme toutes les autres maladies mentales (et peut-être encore plus que les autres), en a grandement pâti. Les patients atteints de schizophrénie en ont lourdement payé les conséquences et continuent d'en faire les frais, aujourd'hui encore.

Les oppositions, pour ne pas dire clivages, rencontrés sont effectivement multiples. Nous avons été particulièrement sensibles à certaines d'entre elles. Nous tenions à les aborder, car elles portent, très probablement, une

part de responsabilité, dans les incompréhensions et les fausses représentations qui entourent les maladies mentales et sans doute aussi dans la stigmatisation des malades qui en souffrent.

Une des premières oppositions qui nous a interpellés porte sur **le clivage « psychologie / psychiatrie »**, traditionnellement véhiculée par beaucoup. C'est, disons-le sans détours, un non-sens. Elle apparaît, de plus, totalement délétère. En effet, nous pensons souvent que la différence entre ces deux branches professionnelles est relativement simple : les psychologues (psycho-logos) soignent par la parole (« logos » étant ici prétendument traduit par « parole »), alors que les psychiatres (psyché-atréa : étymologiquement : qui soignent l'âme) traitent, caricaturalement, par les médicaments. Or, cette dichotomie est structurellement et même historiquement fausse.

En effet, dans le terme psychologie, le suffixe « logie » désigne « la compréhension », et non pas « la parole ». La psychologie est donc étymologiquement la compréhension ou l'étude de l'esprit humain, de son mode de pensée, de raisonnement,... Elle ne s'oppose en rien à la psychiatrie ; discipline médicale qui soigne les maladies mentales. La psychologie compte différents courants (comportementaliste, cognitiviste, analytique, psychodynamique...), qui utilisent diverses méthodes d'études (clinique, expérimentale, psychométrique...). Certaines de ces branches ont connu une intégration directe dans les systèmes de soins. Il est contre-productif, voire dangereux, de les opposer. On ne peut donc pas opposer les « bienveillants » qui soignent par la parole et ceux qui « abêtissent » avec les médicaments. Ce type de propos et d'attitude, malheureusement encore trop véhiculés par un trop grand nombre d'individus, n'apporte que flou aux familles, incompréhension aux décideurs et misère et malheur aux malades.

Beaucoup continuent encore aujourd'hui à entretenir une **opposition entre les différents courants de la psychologie** et notamment entre les psychologues cliniciens et ceux issus des autres branches.

Les professionnels de la psychologie ont un rôle majeur à jouer dans tout l'édifice de la santé, mais chaque branche a son champ d'action spécifique et tous ne peuvent pas intervenir partout. Dans le cas des schizophrénies, il ne peut être conçu, en ce début de xxI^e siècle, de prendre correctement en charge ces patients, sans des psychologues neuropsychologues (voire aussi avec des comportementalistes). La place des psychologues cliniciens dans la prise en charge des personnes atteintes de schizophrénie est bien moins constante et moins prioritaire alors qu'elle reste beaucoup plus justifiée dans la prise en charge des personnes atteintes d'autres troubles mentaux (tels que les troubles anxieux ou de l'humeur, par exemple) ou dans d'autres

champs de la santé mentale. Nous développons plus amplement ceci dans le chapitre 6 « Comprendre la prise en charge des schizophrénies ».

Le clivage « **neurologie-psychiatrie** », souvent retrouvé, bien défendu par certains, nous a fortement interpellés. Bien avant la séparation de ces deux disciplines médicales (qui n'en formaient qu'une jusqu'en 1968 en France et 1990 en Belgique), les oppositions n'ont cessé d'être mises en avant. Pourtant, ces deux disciplines traitent, médicalement parlant, du même organe. Pourquoi retrouve-t-on une telle opposition entre les médecins de ces deux spécialités, à quelques exceptions près ? La neurologie traiterait-elle les maladies qui ont une cause identifiée et la psychiatrie traiterait-elle les maladies qui n'ont pas de cause « organique » ? Une « maladie sans cause organique » est un non-sens, puisque la définition de maladie est « une altération de la santé, de cause connue ». C'est sans doute pour cela aussi, qu'en psychiatrie, les classifications parlent de troubles et non de maladies. Parce qu'effectivement, dans la plupart des cas, les causes des affections ne sont pas connues.

Peut-être serait-il plus proche de la réalité de dire alors que la neurologie traite les maladies lésionnelles et la psychiatrie celles qui sont d'ordre fonctionnel, mais ceci serait aussi faux, et reviendrait à dire qu'à chaque fois qu'une cause de maladie mentale est retrouvée, sa prise en charge reviendrait à la neurologie.

Psychiatrie et neurologie sont deux disciplines médicales ayant des constructions sémiologiques (étude des signes cliniques ou symptômes) et nosographiques (description et classification des maladies), structurellement différentes.

Les « diagnostics neurologiques » sont basés sur un changement d'un état, le plus souvent objectivable et mesurable. Prenons l'exemple de la maladie de Parkinson. Elle associe rigidité, akinésie, hypertonie et tremblement. Tous ces signes sont objectivables et leur examen est reproductible d'un clinicien à un autre, à un même instant donné. En outre, leur sévérité peut en être mesurée. Enfin, des examens complémentaires viendront valider le diagnostic et la sévérité des troubles.

Il n'en est pas de même en psychiatrie. Prenons l'exemple de la schizophrénie. Parmi ses signes cliniques, nous pouvons retrouver par exemple des hallucinations, un apragmatisme, un retrait social (voir cela en détail dans le chapitre 2). Comment valider une hallucination, c'est-à-dire comment objectiver, en pratique clinique, qu'un patient a bien une hallucination ? Comment mesurer objectivement l'apraxie ou le retrait social ? Prenons comme autre exemple la dépression. Comment valider la tristesse et en mesurer sa sévérité ? Si la validation clinique de cette tristesse

constante nécessite l'interrogatoire de l'entourage (ce qui n'est pas toujours facile), il n'existe aucune validation biologique ou radiologique possible à ce jour et la mesure de la sévérité reste encore subjective.

En psychiatrie, les diagnostics sont le fruit d'une construction, intégrant des déterminants culturels, sociaux, politiques, spirituels,... La plupart des symptômes qui contribuent au diagnostic ne sont pas techniquement mesurables. Leur validation même reste difficile. En outre, la variabilité du diagnostic, interculturel et même inter-clinicien peut être forte, fragilisant d'autant la pertinence clinique. C'est entre autres cette dernière fragilité qui explique le développement des outils diagnostiques (cf. ceux-ci dans le chapitre 4, p. 150 *sqq.*).

Quoi qu'il en soit, la souffrance du patient déprimé ou halluciné reste entière et la compétence du psychiatre n'est pas à remettre en cause.

Or, la complexité du fonctionnement cérébral est telle qu'une toute petite lésion, invisible à l'imagerie anatomique, peut avoir des conséquences fonctionnelles majeures sur une zone du cerveau distante. C'est ainsi qu'une toute petite lésion de l'hippocampe ou de l'amygdale (structures situées en profondeur du cerveau) peut avoir comme conséquence un hypofonctionnement d'une grande partie du cortex frontal. Alors que la lésion peut rester totalement invisible à l'imagerie anatomique, le patient pourra présenter des symptômes semblables à ceux d'une schizophrénie (cf. chapitre 2, p. 53).

Qui doit alors soigner ces personnes-là ? les neurologues ? les psychiatres ?

Dans un registre similaire, de nombreuses interactions ont été mises en évidence ces dernières années entre appareil digestif et cerveau. Des protéines digestives sont incriminées dans la survenue de maladies cérébrales (mais l'inverse est aussi vrai). Qui doit alors soigner ces malades ? neurologues, psychiatres, gastroentérologues ?

La dichotomie psychiatrie-neurologie est donc une construction théorique, humaine, voire politique. Elle n'est pas la résultante d'une réalité scientifique.

Il est illusoire de croire, au xxie siècle, que l'on pourra continuer d'opposer des disciplines qui sont au moins complémentaires, car, peu importe, *in fine*, qui soignera les malades, pourvu qu'ils le soient par des professionnels compétents et coordonnés.

Mais cette opposition neurologie-psychiatrie soulève à nouveau celle entre **maladies psychiques et maladies somatiques**. Pour faciliter la compréhension du lecteur dans la suite de cet exposé, appelons les maladies du cerveau, « les maladies centrales » (qu'elles soient psychiatriques ou neurologiques) et les maladies des autres organes, « les maladies périphériques ». Cette dichotomie est à visée pédagogique, elle n'a aucune autre

prétention. La difficulté qui existe à comprendre les maladies centrales (qui touchent donc le cerveau) tient à la complexité du fonctionnement cérébral. La physiopathologie (c'est l'étude des troubles qui surviennent dans le fonctionnement des organes au cours d'une maladie) des maladies centrales ne suit pas la modélisation, linéaire, habituelle des maladies périphériques (qui touchent les organes autres que le cerveau). Pour illustrer ce propos, comparons deux maladies, l'une périphérique et l'autre centrale : le diabète de type I et la maladie de Parkinson (une des maladies du cerveau les mieux connues de nos jours).

Les signes cliniques du diabète (maladie relativement complexe, mais bien connue) sont liés à l'excès de sucre dans le sang. Sa physiopathologie est un déficit en insuline. L'origine, la cause (ou étiologie) de ce déficit en insuline est la destruction des cellules pancréatiques qui produisent l'insuline. Ce modèle, linéaire, « relativement » simple (c'est le modèle qui est simple, pas la maladie), répond de la très grande majorité des maladies périphériques.

Les signes cliniques de la maladie de Parkinson, maladie centrale, sont la rigidité, l'akinésie (difficulté à initier les mouvements, en l'absence de paralysie) et le tremblement. Ces signes cliniques sont dus (donc sa physiopathologie) à un déficit d'un neuromédiateur (molécule chimique qui assure la transmission des messages nerveux d'un neurone à l'autre, au niveau des synapses) : la dopamine. Ce même neuromédiateur est incriminé dans la schizophrénie et nous l'abordons dans le chapitre 3 (cf. p. 97 *sqq.*). Dans la maladie de Parkinson, la cause de ce déficit en dopamine est la destruction des neurones (plus de 80 % des cellules) d'un noyau dopaminergique appelé noyau nigro-strié. Ceci répondrait bien, de prime abord, d'un modèle linéaire de maladie, et c'est ce qui a été enseigné pendant des décennies. Tout ce que nous avons écrit ici est vrai, mais il manque un « petit détail ». Les signes cliniques observés dans la maladie de Parkinson ne sont qu'indirectement provoqués par le manque de dopamine. En effet, dans le système de contrôle de la motricité, le noyau dopaminergique nigro-strié est placé en amont d'un autre noyau du système nerveux central, sur lequel il exerce un effet inhibiteur (freinateur). Ce noyau, appelé sous-thalamique, a pour neuromédiateur l'acétylcholine. La diminution de la production de dopamine dans la maladie de Parkinson entraîne donc une perte du frein dopaminergique sur la production d'acétylcholine, et par conséquent un emballement du système cholinergique (qui n'est plus suffisamment inhibé par la dopamine puisque sa production est diminuée). Donc les signes cliniques observés dans la maladie de Parkinson sont directement dus à un excès de production d'acétylcholine.