

LES SCHIZOPHRENIES

Pr BAZI , Dr BELALA .

SERVICE D'HYGIENE MENTALE - HCA

FACULTE DE MEDECINE D'ALGER

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020/2021

Les objectifs pédagogiques :

- Définir la schizophrénie
- Reconnaître les modes de début de la schizophrénie
- Décrire les signes cliniques de la schizophrénie en phase d'état
- Rappeler les modalités évolutives de la schizophrénie
- Identifier les comorbidités psychiatriques et somatiques associées à la schizophrénie
- Discuter les aspects médico-légaux de la schizophrénie
- Citer les principes directeurs de prise en charge de la schizophrénie

LE PLAN :

- I. Généralités
- II. Introduction-définition
- III. Historique
- IV. Epidémiologie
- V. Clinique
- A- Les phases de développement de la schizophrénie
- B- Les signes cliniques de la schizophrénie en phase d'état
- VI. Diagnostic positif:
- VII. Les formes cliniques
- VIII. Diagnostic différentiel
- IX. Evolution
- X. Comorbidités
- XI. Les aspects médico- légaux de la schizophrénie
- XII. La prise en charge de la schizophrénie
- XIII. Conclusion

I. Généralités

Nous abordons là un groupe d'affection ayant un noyau sémiologique commun et débutant le plus souvent au décours de l'adolescence. Leur pronostic reste redoutable malgré les progrès thérapeutiques (diagnostic précoce, neuroleptiques, prises en charges psycho-sociothérapeutiques).

Leur prise charge nécessite une organisation des soins complexe et pose le problème du rôle des institutions dans leur traitement.

Les nombreuses recherches biologiques et génétiques se heurtent à l'hétérogénéité du tableau clinique; les chercheurs s'efforcent de faire correspondre les différentes formes cliniques et évolutives à des critères biologiques précis jusqu'ici sans résultats définitifs.

On pense qu'une interaction entre des gènes et un certain nombre de facteurs environnementaux peut être à l'origine du trouble.

Des facteurs psychosociaux contribuent aussi à la schizophrénie.

II. Introduction-définition

C'est une affection psychiatrique fréquente, généralement sévère, hétérogène, d'évolution prolongée et invalidante, appartenant au groupe des psychoses chroniques, avec une symptomatologie variable d'un patient à l'autre.

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.

La schizophrénie est définie par Bleuler en 1911 comme une dissociation des fonctions psychiques avec perte de l'unité de la personnalité et sentiment de perte de l'intégrité corporelle, rupture de contact avec la réalité (idées délirantes, hallucinations) et tendance à s'enfermer dans un monde intérieur (repli autistique)

Étymologiquement : Le mot schizophrénie (du grec ou skhizein, qui signifie scission, et ou phren, qui signifie esprit) a été proposé par Eugen Bleuler en 1911

La Symptomatologie est variable d'un patient à l'autre : plusieurs modes de début, plusieurs modes évolutifs, plusieurs facteurs étiologiques, pas d'étiologie unique à ce jour.

C'est un trouble ou un désordre au sens de la CIM 10 ou du DSMV, c'est à dire un ensemble de symptômes ou syndromes, dont le décours naturel est connu.

III. Historique

Le psychiatre Emil Kraepelin synthétise les travaux antérieurs, il est le premier, en 1898, à faire la distinction entre la démence précoce décrite cinquante ans avant lui par Bénédicte Augustin Morel, et les autres formes de folie

Bleuler (1911) a créé le terme schizophrénie, signifiant étymologiquement « esprit scindé », pour désigner ces malades.

Cette altération serait due à une scission des fonctions psychiques ou dissociation se traduisant au niveau clinique par la discordance (Chaslin, 1912).

Elimination des sous types classiques de la schizophrénie : désorganisé, catatonique, indifférencié, paranoïde dans la dernière version du DSM (DSM5).

IV. Epidémiologie

La Schizophrénie est un trouble fréquent et ubiquitaire.

La schizophrénie est un trouble mental sévère et chronique qui affecte plus de 23 millions de personnes dans le monde. (OMS 2019).

Les grandes enquêtes épidémiologiques ont confirmé que ces affections sont de toutes les cultures et de toutes les civilisations. C'est une affection universelle se retrouvant à une fréquence sensiblement égale dans les 2 sexes.

La **prévalence est estimée à 1 %** de la population.

L'âge de début < 30 ans, avec un Pic d'incidence : 15-25 ans. Second pic d'incidence concernant les femmes à 45-50 ans. (On note cependant **une diminution du risque de schizophrénie avec l'âge**, plus rapidement chez les hommes par rapport aux femmes).

Leur étiopathogénie est **multifactorielle** (génétique (facteurs de vulnérabilité), neurobiologique (dysfonctionnement dopaminergique), Socio-environnementale...)

La surmortalité des patients schizophrènes est deux à trois fois plus que la population générale (OMS2019). (Suicide, causes naturelles, accidents, toxiques, du fait de certains facteurs liés aux troubles : sédentarité, surcharge pondérale, dyslipidémie, troubles régulation de la glycémie, tabagisme, addictions; mais aussi en rapport avec une moindre accessibilité aux soins.

Partout dans le monde, la schizophrénie s'associe à un lourd handicap et peut affecter les résultats aux niveaux éducatif et professionnel.

C'est donc une **affection fréquente de l'adulte jeune** et son poids social va être considérable dans un pays en voie de développement ayant une très importante population d'adultes jeunes.

V. CLINIQUE

A- Forme de début ou mode d'entrée dans la schizophrénie :

a- Début aigu ou brutal

Ce sont les formes les **plus fréquentes** dans notre pays. Ce sont celles qui amènent le plus souvent les patients à la consultation, même si le début réel de la maladie est antérieur de plusieurs mois, voire de plusieurs années aux troubles aigus.

- **Bouffée délirante aiguë polymorphe:** c'est une éclosion brutale d'un délire polymorphe dans ses thèmes et mécanismes avec des fluctuations thymiques, et angoisse, l'entrée dans une schizophrénie qui évoluera par poussées entrecoupées d'intervalles libres ou alors évolution dès la fin de l'accès aigu vers la chronicité.

- **Manie ou dépression atypique:** asyntonie, froideur affective, réticence, incohérence, bizarrerie, agressivité.
- **Acte médico-légal**

L'acte médico-légal peut émailler une longue évolution passée inaperçue, mais il arrive que cette manifestation soit inaugurale d'une activité délirante installée soudainement :

- tentative de suicide dont on ne retrouve aucune motivation compréhensible, mais qui peut s'expliquer par l'envahissement angoissant des changements intérieurs.
- les fugues : immotivées ou délirantes, elles peuvent amener les patients à faire de très longs trajets sans pouvoir en expliquer les raisons.
- Impulsions agressives ou meurtrières : envers un membre de la famille, Un voisin, une personnalité connue ou célèbre, pour échapper à un sentiment de persécution, de possession, d'ensorcellement.

b. Début progressif :

L'envahissement schizophrénique peut se faire à bas bruit pendant de longues années, à une période où l'originalité des comportements n'est pas suspecte, d'où la difficulté d'en faire le diagnostic précoce.

Les aspects sémiologiques les plus fréquents sont ceux qui apparaissent comme habituels à l'adolescence, mais qui doivent attirer l'attention par leur durée ou par leur développement démesuré :

- ✓ Fléchissement scolaire : Baisse du rendement intellectuel, pas de contexte familial explicatif. Échecs successifs à un examen chez un élève qui jusque là n'avait pas de problème scolaire. Ces difficultés s'installent et s'aggravent alors même que l'adolescent passe de plus en plus de temps à surmonter son handicap.
- ✓ Modifications des croyances : Engouement pour des activités ésotériques (magie, activités occultes, ésotériques) pouvant s'accompagner de l'adhésion à une secte. Croyance à des phénomènes surnaturels. Les parents interprètent cette attention excessive comme un résultat de l'influence de l'environnement ou des groupes de jeunes du quartier. On retrouve quelques fois une consommation de cannabis par le groupe d'adolescents ce qui, paradoxalement, va rassurer les parents qui attribuent l'origine des troubles à une prise occasionnelle de toxique.
- ✓ Modifications de l'affectivité : Isolement, opposition. Pensée allusive. Discours digressif. Présentation bizarre. Hermétisme. Agressivité.
- ✓ Trouble des conduites (addiction, anorexie, errance pathologique) : Caractère immotivé, étrangeté,

Il est actuellement prouvé que la prise de cannabis et de ses dérivés favorise les décompensations schizophréniques. Certains parents tolèrent les troubles qui évoluent à bas bruit et minimisent les inadaptations du comportement tant que l'agitation ou l'agressivité sont

absentes. Cette distance parent-enfant va non seulement retarder le Temps du diagnostic précoce mais aussi la prise en charge et par là même, le Pronostic de l'affection.

❖ A ces débuts progressifs vont s'ajouter d'autres formes de trouble :

- ✓ Formes pseudo-névrotiques : elles ont en commun : la pauvreté du contact avec l'entourage, le sentiment de vide et d'indifférence avec l'entourage, l'inquiétude démesurée vis-à-vis de situations sans importance.
- ✓ Formes hypochondriaques et dysmorphophobiques : souvent des plaintes stéréotypées, peu sensibles à la réassurance, souvent infiltrées de rationalisme morbide. Le contact reste distant, le comportement est souvent bizarre avec un sentiment de modification corporelle.

B. Les signes cliniques de la schizophrénie en phase d'état:

Le diagnostic de la schizophrénie repose sur l'association de symptômes appartenant à trois grandes dimensions : positive, négative et désorganisée.

La classification de la symptomatologie selon trois dimensions (positive, négative, désorganisée) qui est proposée est le résultat d'analyses convergents des travaux psychométriques à partir des échelles d'un large échantillon de patients.

1/ Dimension positive de la schizophrénie :

La dimension "distorsion de la réalité" regroupe l'essentiel des symptômes psychotiques, souvent aussi appelés **symptômes positifs**. Elle correspond essentiellement au délire et aux hallucinations. Ils sont parfois à l'origine de troubles du comportement et donc sont la cause principale d'admission à l'hôpital.

1. Les idées délirantes:

Le délire, dans la schizophrénie, prend typiquement une forme dite « **paranoïde** », concordante avec la dissociation psychique: **flou**, peu structuré, plus ou moins riche et s'appauvrissant dans le temps, avec une participation affective marquée par la froideur, le détachement.

Délire chronique > 6 mois dans sa définition.

Mode d'apparition:

Variable:

- Peut s'instaurer brutalement sous la forme d'un épisode psychotique aigu
- Plus typiquement, l'instauration est subaiguë, sourde.

Thèmes:

Multiplés, associés à des degrés variables :

-**Persécution** : thème principal et le plus fréquent

-Tous les thèmes peuvent s'illustrer (mégalo manie, mysticisme, ruine...)

-Certains thèmes sont assez évocateurs du diagnostic (sans en être spécifiques) :

-**Syndrome d'influence**: conviction délirante d'agir sous influence.

-**Syndrome de référence**: conviction délirante que les événements survenant autour de soi

(actualité, décisions politiques, météo, sorties de films...) sont en référence directe au contenu émotionnel et psychique de l'instant, ou qu'ils s'adressent électivement à soi.

-**Syndrome de dépersonnalisation - Déréalisation**

- **Dysmorphophobie**: impression que toute ou une partie de son corps est étrangère, inhabituelle.

Peut inclure un trouble de la reconnaissance de soi, où le sujet passe de longs moments devant la glace (signe du miroir), un trouble de l'identité sexuelle...

-**Dépersonnalisation**: altération globale de la perception de soi, où le corps paraît totalement étranger, dévitalisé.

-**Déréalisation** : altération de la perception de l'environnement, qui paraît alors irréel, onirique, hostile, étrange.

Mécanismes:

Typiquement **multiples**:

-Intuitif, imaginaire

-Interprétatif

- Hallucinoire (à prédominance acoustico-verbale)

-Automatisme mental.

Systématisation:

-Médiocre (délire le plus souvent flou et fluctuant).

Adhésion:

-Le plus souvent totale

-Parfois fluctuante, avec des moments de critique.

Participation affective:

-Pauvre, inadaptée, quand la dissociation est majeure (détachement).

-Parfois intense, dans les schizophrénies à forte composante thymique (troubles schizo-affectifs) ou hallucinoire.

-Angoisse parfois très intense, notamment des manifestations de dépersonnalisation-déréalisation, mais souvent tue et vécue intérieurement, pouvant mener à des actes auto- ou hétéro-agressifs.

2 .Les hallucinations:

Plus fréquentes que les idées délirantes, les hallucinations sont psychosensorielles, notamment auditives (74% des sujets), en particulier acousitcoverbales, et psychiques. Les hallucinations visuelles et cinesthésiques ne sont pas rares, contrairement aux hallucinations olfactives tactiles et gustatives.

Suspension de la parole, attitude d'écoute, négligence de l'environnement, expression de peur, d'amusement ou de surprise, voire conversation à voix haute avec des interlocuteurs invisibles sont autant de comportements hallucinatoires, comme peuvent l'être les stratégies destinés à éviter d'entendre, tel le réglage de la musique ou la télévision à haut volume.

2/La dimension négative de la schizophrénie :

-l'émoussement des affects : On note une absence ou une diminution des changements d'expression en rapport avec le contenu du discours. Le sujet paraît détaché, indifférent .il donne une impression de froideur.

-l'anhédonie : le malade présente peu de centres d'intérêts, peu d'activités ou de « hobbies », il peut présenter une diminution des intérêts sexuels ou du plaisir correspondant.

-l'asociabilité : la vie relationnelle est pauvre. Le sujet manifeste peu d'affection pour ses proches même s'il en est très dépendant. Il ne cherche pas le contact d'autrui il n'établit pas de liens, ni superficiels ni intimes. Son isolement va souvent croissant avec les années.

- l'alogie (diminution de l'expressivité verbale) : Pauvreté du discours « réponses brèves non élaborées », barrages, augmentation des latences de réponses.

Le discours est alors laconique, son contenu pauvre et manquant de mobilité. Il est éventuellement stéréotypé, répétitif, ou laisse apparaître une persévération. Les réponses, retardées, sont peu informatives. Le barrage correspond à une interruption brusque, en apparence immotivée, du langage. Le fading désigne un simple ralentissement du débit verbal, tous deux semblent traduire une possibilité de suspension ou d'arrêt imprévisible et inexplicable de la pensée.

-l'avolition (diminution de la motivation) : avec négligence corpo vestimentaire, le sujet n'a pas d'initiative motrice et une réduction marquée de l'activité.

Il est important de savoir aussi que les signes négatifs de la schizophrénie sont parfois dus à des facteurs extrinsèques comme **les effets secondaires des médicaments, l'institutionnalisation prolongée**. Ils peuvent être aussi une conséquence des symptômes psychotiques (ainsi les idées délirantes de persécution peuvent expliquer une réclusion), ou dépressif. **Ses symptômes négatifs secondaires doivent être distingués des symptômes négatifs dits primaires ou déficitaires**, plus durables et liés directement au processus pathologique.

3/La dimension désorganisation de la schizophrénie:

La dimension de désorganisation se caractérise par une incapacité à construire un comportement elle comporte des troubles de la pensée, et aussi de l'affectivité. Elle est marquée par des **comportements bizarres** (façon de s'habiller inhabituelle, comportements inappropriés par rapport aux normes sociales en cours « hostilité imprévisible, détachement, conduites sexuelles inattendues de désinhibition, d'exhibition peuvent frapper par leur crudité.. », Comportement répétitif ou stéréotypé),

Un **Trouble de la pensée formelle non-déficitaire** (Relâchement des associations : sauts du coq à l'âne, une Tangentialité, Discours circonlocutoire (digressif), Logorrhée, Association par assonances), **trouble de l'attention**, des **affects inappropriés** (L'affect exprimé est inapproprié ou incongru et non simplement pauvre ou émoussé), et **une pauvreté du contenu du discours** (Le langage tend à être vague, souvent trop abstrait ou concret, répétitif ou stéréotypé).

Autres symptômes :

Certains symptômes fréquents de la schizophrénie sont difficiles à inclure dans l'une des trois dimensions décrites.

L'évolution de la schizophrénie est émaillée de symptômes et parfois de véritables syndromes thymiques. Les symptômes dépressifs peuvent être plus ou moins continus

La dépression post-psychotique, syndrome dépressif complet survenant alors que la symptomatologie schizophrénique est très atténuée, lors d'une phase résiduelle, toucherait 25% des sujets. Les tentatives de suicide sont alors fréquentes.

Les troubles du sommeil, peu spécifiques et souvent en relation avec les autres symptômes pathologiques comme une insomnie prolongée, une inversion du rythme nyctéméral sont souvent rencontrés.

Des conduites alimentaires bizarres, expliquées par des convictions délirantes, hyperphagie plus ou moins liée aux médicaments et au mode de vie, peuvent retentir sur l'état physique du patient.

VI. Diagnostic positif:

Le diagnostic positif de schizophrénie repose :

- Sur une association de symptômes
- D'évolution chronique >6 mois
- Retentissant sur le fonctionnement individuel
 - **A l'exclusion d'autres étiologies, notamment organiques.**

Critères diagnostiques DSM-5 :

A. Deux (ou plus) des symptômes suivants ont été présents une partie significative du temps pendant une période d'un mois (ou moins si traités avec succès). Au moins l'un d'entre eux doit être (1), (2) ou (3) :

1- des idées délirantes

2- des hallucinations

3- un discours désorganisé

4 - un comportement excessivement désorganisé ou catatonique ;

5 - des symptômes négatifs (c'est-à-dire, expression émotionnelle diminuée ou avolition).

B. Dysfonctionnement social ou des activités

C. Des signes permanents de la perturbation persistent au moins 6 mois dont au moins 1 mois de symptômes du critère A

D. Exclusion d'un trouble schizo-affectif et d'un trouble de l'humeur

E. Exclusion d'une affection médicale générale /due à une substance

VII. Les formes cliniques de la schizophrénie :

Si au début de l'affection les tableaux cliniques sont différenciés, l'évolution se fait fréquemment vers une forme unique associant les symptômes délirants et déficitaires.

Classiquement, on décrivait 4 formes cliniques (paranoïde, catatonique, hébéphrénique et simple). La CIM10 en ajoute 2 autres :

résiduelle et indifférenciée, mais d'autres formes cliniques ont été décrites :

héboïdophrénie - Dysthymique, pseudo névrotique.

-SCHIZOPHRENIE PARANOÏDE : +++++

Forme la plus fréquente

Début souvent brutal

Prédominance du délire: syndrome dissociatif au second plan

Débute autour de 30 ans ,caractérisée par la présence d'une activité délirante à mécanisme essentiellement hallucinatoire auditif et à thèmes variés (persécution, mystique, ensorcellement, etc.)

Les troubles thymiques sont importants ainsi que les troubles du cours de la pensée (automatisme mental).

L'évolution peut être épisodique avec des rémissions ou être chronique;

Le délire évolue alors pendant plusieurs années et devient de moins en moins compréhensible.

-Hébéphrénie :

Le début est souvent plus précoce que dans la forme paranoïde. Débute généralement avant 20 ans

Dès l'adolescence les troubles s'installent à bas bruit. Le délire y est pauvre et inconstant, la pensée, le langage et l'affectivité sont organisés ou incohérents, l'intérêt pour les sujets abstraits sont fréquents (religion, philosophie). Le déficit paraît global, les plaintes hypochondriaques, les stéréotypies verbales, le maniérisme sont fréquents.

Le patient ne prend plus d'initiative, ne fait plus de projet et peut passer de longues journées au lit, sans aucune activité.

Pronostic sombre (forte résistance au traitement médicamenteux).

-Schizophrénie catatonique :

Prédominance du **syndrome catatonique** (rare de nos jours)

Généralement résistante aux traitements médicamenteux, et indication à un traitement par ECT.

Schizophrénie simple :

Elle est caractérisée par la survenue progressive et insidieuse d'une incapacité de répondre aux sollicitations de la vie sociale, d'un repli sur soi et d'une diminution progressive des performances.

L'activité délirante et les troubles de la perception y sont exceptionnels, mais la présence de bizarreries, de clinophilie, d'apragmatisme et d'indifférence affective va conduire ces patients soit à une vie stéréotypée sans projet soit à une désinsertion sociale progressive lorsque le milieu environnant n'est pas suffisamment tolérant.

La forme résiduelle :

Formes paucisymptomatiques, résultant de l'évolution naturelle ou sous traitement du trouble, avec **disparition des éléments délirants** et **persistance des symptômes négatifs**.

Les autres formes :

- Schizophrénie indifférenciée

Elles ne répondent à aucune forme clinique déterminée.

Correspond à la description typique de la schizophrénie, sans qu'un champ symptomatique prédomine sur l'autre.

-schizophrénie dysthymique ou trouble schizo-affectif : plutôt est un diagnostic différentiel dans le DSM5 comporte une symptomatologie dépressive ou maniaque survenant par accès. qui peuvent parfois occuper le premier plan de la symptomatologie.

- Héboïdophrénie :

au tableau de l'hébéphrénie s'ajoutent des passages à l'acte anti-sociaux.

Les sous-types de schizophrénie n'ont **pas été maintenus** dans le DSM- 5 et ont été remplacés par une évaluation dimensionnelle des symptômes ; ceci étant le changement le plus important concernant la schizophrénie dans le DSM-5. Ce changement représente une simplification.

VIII. Diagnostic différentiel :

Avant de poser le diagnostic de schizophrénie, il est impératif de rechercher les étiologies organiques et toxiques pouvant s'exprimer par des tableaux cliniques similaires à celui de la schizophrénie.

1. Les causes organiques

1.1- les causes neurologiques

Le traumatisme crânien : en particulier dans les états psychotiques post-traumatique ou les états déficitaires post-traumatiques. La notion de traumatisme à l'anamnèse et les signes neurologiques de localisation peuvent guider le diagnostic.

Les tumeurs cérébrales : qui peuvent se manifester par des hallucinations et/ou des états confusionnels et délirants. Ces tableaux cliniques sont le plus souvent observés dans les localisations frontales, pariétales et temporales. En faveur de ce diagnostic la présence de signe d'hypertension intracrânienne et/ou des signes de localisation

L'épilepsie temporale : l'épilepsie temporale peut s'exprimer par des hallucinations et/ou des idées délirantes souvent paroxystiques et dont la thématique est le plus souvent peu élaborée avec des affects assez préservés et peu de symptômes négatifs.

1.2- les pathologies endocriniennes :

Les dysthyroïdies : peuvent se manifester selon les cas par des tableaux délirants et/ou d'inhibition. Les signes somatiques associés (troubles du transit, les modifications du poids et du rythme cardiaque..) ainsi que le bilan thyroïdien font le diagnostic positif dans ce cas.

La maladie d'Addison : peut s'exprimer par des tableaux délirants chroniques. L'examen clinique permet une orientation clinique à travers la mise en évidence de signes généraux associés (asthénie, l'hypotension artérielle, les anomalies de pigmentation cutanée).

L'insuffisance hypophysaire : donne lieu à des états délirants chroniques.

1.3- les maladies systémiques :

Plusieurs maladies systémiques peuvent s'exprimer par une symptomatologie psychotique. Le lupus érythémateux systémique en particulier peut mimer le

tableau de schizophrénie .Les localisations extra-neurologiques, le syndrome inflammatoire biologique et la présence d'auto- anticorps spécifiques redressent le diagnostic.

2- Les causes toxiques et médicamenteuses :

Parmi les substances psycho-actives incriminées dans la genèse de tableau psychotique qui pose le diagnostic différentiel avec la schizophrénie, on retrouve l'alcool, le cannabis, les drogues psychodysléptiques (LSD, cocaïne)

L'origine iatrogène peut être suspecté notamment encas de prise de corticoïdes, de la bromocriptine, les antiparkinsoniens

3 - Les causes psychiatriques :

Les troubles de l'humeur :

la manie et la dépression peuvent comprendre des symptômes psychotiques semblables à ceux de la schizophrénie (hallucinations, délire, catatonie). Le problème diagnostic se pose souvent avec les formes de début et il est important de pouvoir trancher en raison des implications thérapeutiques. Dans les troubles de l'humeur, il existe des intervalles libres entre les épisodes et les troubles psychotiques apparaissent exclusivement en association avec les symptômes thymiques.

Dans la schizophrénie, les décompensations dépressives sont fréquentes mais sont surajoutées aux troubles psychotiques.

Le trouble schizo-affectif : la symptomatologie psychotique est associé à celle répondant aux critères de trouble de l'humeur pendant une période importante de l'évolution de la maladie. Les symptômes psychotiques persistent durant les intervalles séparant les phases de décompensation de la maladie et ceci après disparition des symptômes thymiques.

Le trouble délirant : L'âge de début est plus tardif que dans la schizophrénie, le délire est systématisé avec absence de désorganisation et il n'existe pas d'hallucinations.

Les troubles névrotiques : au cours des phases prodromiques de la maladie des symptômes anxieux ou hystériques peuvent masquer les signes psychotiques débutants. La présence de symptômes psychotiques à minima oriente le diagnostic ainsi que les tests de personnalité.

Les troubles de la personnalité : la personnalité schizotypique comporte

des traits de caractères ou des modalités de comportement qui peuvent être confondues avec les signes présents pendant la phase prodromique ou résiduelle de la maladie. La présence d'une phase active de la maladie est nécessaire pour porter le diagnostic.

IX. Evolution

L'évolution des schizophrénies ne peut être fixée à l'avance, elle dépend de l'interaction de plusieurs facteurs tant biologiques, psychologiques que sociaux. La prise en charge précoce, l'efficacité des traitements biologiques, les psychothérapies et l'accompagnement socio-professionnel ont modifié l'évolution de ces affections.

L'évolution vers une guérison totale est possible mais reste toutefois assez rare.

L'évolution déficitaire est rare actuellement. L'évolution habituelle observée actuellement, sous l'effet des thérapeutiques modernes, s'effectue vers la persistance de symptômes résiduels, entrecoupés par des poussées aiguës. On retrouve aussi des formes résistantes au traitement.

Par ailleurs, globalement, il existe une surmortalité, liée notamment au taux important de suicide, 10 à 12 fois plus élevé que dans la population générale, mais aussi à une plus grande comorbidité somatique (tabac, abus de substances, sédentarité).

• Sans traitement :

- Evolution d'un seul tenant chronique avec ou sans exacerbation aiguë, appauvrissement du délire qui devient de moins en moins cohérent.
- Evolution sub-chronique avec ou sans épisode aigu
- Rémission après une phase aiguë de plusieurs mois à plusieurs années

• Sous traitement : quasi disparition des formes catatoniques avec des phases de rémission de plus en plus longues, de plusieurs années, entrecoupées de rechutes délirantes de quelques semaines à quelques mois

X. Comorbidités

1/comorbidités somatiques :

C'est la règle et non l'exception. Elles sont souvent ni identifiées ni traitées et sont responsables : de l'augmentation des coûts pour le système de santé, de la diminution de la qualité

de vie et du fonctionnement des patients ainsi que l'augmentation du taux de mortalité et la diminution de la longévité par rapport à population générale.

Comorbidité	Schizophrénie	Population générale
Maladie Cardio-vasculaire	Jusqu'à 50 %	22%
VIH	Jusqu'à 15 %	8%
Diabète	de 3 à 6%	0,30%
Hépatite C	Jusqu'à 19,9 %	Jusqu'à 19,9 %
Maladie hépatique	Jusqu'à 9,3 %	0,20%

Fréquence donc élevée de pathologies somatiques en raison de plusieurs facteurs de risque : (Antipsychotiques) (Tabagisme, Alcool et d'autres substances psychoactives), une Mauvaise hygiène de vie.

2/comorbidités psychiatriques :

Troubles	Prévalence
Troubles anxieux	50%
ESPT	45%
Trouble Panique	20%
Anxiété sociale	35%
TOC	15%
Abus d'Alcool	35%
Abus de toxiques	30%
Tabagisme	80%

Les comorbidités médicales et psychiatriques entraînent une polymédication, à l'origine : d'une augmentation du risque d'effets indésirables, une diminution de l'efficacité (induction enzymatique), une diminution de l'observance, diminution de la qualité de vie, et augmentation du risque de mort subite.

XI. Les aspects médico- légaux de la schizophrénie:

1) Expertise psychiatrique : Parfois le patient schizophrène se retrouve dans l'instance judiciaire suite à un acte délictueux eu criminel, pour apprécier le lien entre les troubles présentés et l'acte commis, le magistrat fait appel à un psychiatre expert afin de répondre à différentes questions qui permettent au juge de trancher, notamment celle qui déterminera la responsabilité du patient par rapport à l'acte commis.

2) Hospitalisations d'office : lorsqu'un patient schizophrène est déclaré irresponsable pénalement, il n'est pas emprisonné pour l'acte commis mais hospitalisé dans un service psychiatrique médico-légal suite à la décision de justice.

3) Responsabilité civile : le patient garde sa responsabilité civile malgré son statut de malade, en cas de sévices ou dégâts matériels. Il est tenu, lui ou sa famille à rembourser la victime.

4) Protection des biens : si la maladie est à l'origine d'une incapacité de gestion des biens, le juge peut désigner un tuteur dont la tâche serait de gérer les biens du patient incapable.

XII. Les principes directeurs de prise en charge de la schizophrénie:

La prise en charge de la schizophrénie est bio psychosociale, c'est-à-dire qu'elle fait appel à plusieurs approches thérapeutiques pour contrer les différentes facettes de l'affection.

Les différents objectifs sont :

- L'effacement des symptômes positifs, - l'amélioration des symptômes négatifs, - l'atténuation des symptômes cognitifs, - la prévention des rechutes, - l'amélioration de l'autonomie du patient, sa socialisation et son insight, - la Prise en charge des comorbidités psychiatriques, somatiques et addictives.

Il faut savoir que ces différents axes de traitement ont un dénominateur commun ou une condition sine qua none, à savoir la prise d'un médicament antipsychotique, le plus souvent au long cours.

L'hospitalisation :

Elle est nécessaire pour réaliser l'évaluation initiale lors du premier épisode psychotique et faciliter la mise en route du traitement et, ensuite, lors des phases aiguës ou en cas de risque suicidaire. Au besoin, on aura recours à une hospitalisation à la demande d'un tiers en cas de refus du patient.

Exceptionnellement, il sera fait appel à l'hospitalisation d'office (en cas de danger pour autrui).

1. Traitement médicamenteux (Chimiothérapie) :

Les Neuroleptiques (antipsychotique) :

L'instauration précoce d'un traitement neuroleptique permet l'atténuation plus rapide des symptômes schizophréniques, et améliore le pronostic de la maladie.

Favoriser la monothérapie et les nouveaux neuroleptiques (atypiques) mieux tolérés.

Débuter en milieu hospitalier et poursuivi en ambulatoire, Instaurer le plus précocement possible

Débuter par une monothérapie, Augmentation progressive de la posologie,

Utiliser la dose minimale efficace permettant la réduction optimale des symptômes et la meilleure tolérance possible.

Surveillance clinique et biologique de la tolérance et de l'efficacité

A titre d'exemple :

Les antipsychotiques (neuroleptique atypique) : RISPERDAL*, ZYPREXA*, SOLIAN*, ABILIFY*)

Neuroleptiques classiques : (NOZINAN*, LARGACTIL*)

Durée du traitement:

Au moins 2 ans après un premier épisode psychotique

Au moins 5 ans si épisodes multiples

Le plus souvent, le traitement sera suivi à vie

En cas de mauvaise observance neuroleptiques injectables à libération prolongée:

RISPERDAL*consta, HALDOL*décanoas

En cas de résistance (absence de réponse après 4 semaines à bonne posologie): changer de classe neuroleptique

En cas d'échec de 2 classes différentes de neuroleptiques : **Clozapine (LEPONEX)**

Électro convulsivothérapie :

En cas de résistance au neuroleptique

En cas d'intolérance ou de contre-indication aux neuroleptiques

Autres traitements :

Les anxiolytiques :

Peut-être associé aux neuroleptiques (TEMESTA*, LEXOMIL*)

Les hypnotiques :

Peuvent être associé aux neuroleptiques car insomnie possibles

Les thymorégulateurs :

Peuvent être associé aux neuroleptiques

2. Psychothérapie:

En complément du traitement médicamenteux, les psychothérapies permettent:

.D'améliorer le vécu de la maladie

.De favoriser l'insertion sociale

.D'améliorer la compliance globale au traitement et de diminuer le nombre de rechutes

Psychothérapie de soutien :

elles sont les plus utilisées et s'appuient sur une relation positive de soutien psychologique grâce à une attitude empathique et en donnant des conseils et des informations au patient et à sa famille.

Thérapie comportementales et cognitives:

Idéalement effectuées en groupe

Education à la maladie et au traitement

Gestion des événements de vie stressants

Remédiation cognitive

Les psychothérapies familiales : elles visent à améliorer le fonctionnement de certaines familles quand celui-ci s'avère pathogène pour le malade.

3. La sociothérapie :

elle vise la réadaptation sociale du malade en envisageant des

congés de maladie, une réorientation professionnelle, une formation professionnelle en

milieu protégé, des ateliers thérapeutiques, des mesures de protection des biens du malade.

Affection Longue Durée : prise en charge à 100%

Allocation Adulte Handicapé :si le patient est incapable de travailler

L'ensemble de ces mesures de réhabilitation s'inscrit dans le cadre d'un projet thérapeutique au sein d'une équipe pluridisciplinaire incluant des travailleurs sociaux, les médecins de première ligne, les médecins hospitaliers, les infirmiers et les psychologues, tout en collaborant avec la famille.

XIII. Conclusion

La schizophrénie est une affection psychotique chronique, qui peut prendre des formes très variées. Elle touche 1 % de la population mondiale. Les troubles débutent entre 15 et 30 ans et évoluent sur la vie entière. De nombreuses hypothèses existent sur ses causes, mais son origine reste inconnue.

Elle peut avoir un impact important sur l'adaptation sociale et entraîner une grande souffrance chez la personne et ses proches.

La détection précoce et le traitement précoce améliorent le fonctionnement à long terme.

Références

- 1- Manuel de psychiatrie 3^{ème} édition. 2017 J D Guelfi.
- 2- psychiatrie et psychologie médicale. Kacha F. Edition entreprise nationale du livre. Alger. 1996.