

TROUBLES PSYCHOTIQUES

item 63

TROUBLES SCHIZOPHRÉNIQUES DE L'ADOLESCENT ET DE L'ADULTE



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- * Diagnostiquer un trouble schizophrénique.
- * Argumenter l'attitude thérapeutique.

Rang	Rubrique	Intitulé
A	Définition	Idées délirantes et hallucinations
A	Définition	Les schizophrénies
A	Définition	Les dimensions cliniques des schizophrénies
B	Définition	Trouble schizo-affectif
B	Prévalence, Épidémiologie	Prévalence, morbi-mortalité
B	Prévalence, Épidémiologie	Facteurs de risque, pronostic et évolution
B	Éléments physiopathologiques	Savoir que l'étiologie est multifactorielle
A	Diagnostic positif	Analyse sémiologique d'un syndrome délirant
A	Diagnostic positif	Mode d'apparition des troubles schizophréniques
A	Diagnostic positif	Syndrome positif
A	Diagnostic positif	Syndrome négatif
A	Diagnostic positif	Syndrome de désorganisation
A	Identifier une urgence	Principaux diagnostics différentiels non psychiatriques

Rang	Rubrique	Intitulé
B	Diagnostic positif	Principaux diagnostics différentiels psychiatriques
B	Prise en charge	Principes généraux
A	Prise en charge	Indications du traitement pharmacologique de la phase aiguë
B	Prise en charge	Indications du traitement pharmacologique au long cours
B	Prise en charge	Indications du traitement non pharmacologique au long cours
B	Prise en charge	Prise en charge des comorbidités non psychiatriques, Rôle du médecin généraliste



POINTS CLÉS

- * La prévalence de la schizophrénie est estimée entre 0,6 et 1 %.
- * La maladie débute classiquement chez le grand adolescent ou l'adulte jeune entre 15 et 25 ans.
- * Le mode de début peut être aigu ou insidieux.
- * Le diagnostic de schizophrénie est clinique.
- * La schizophrénie se caractérise par trois grands syndromes : le syndrome positif (idées délirantes et hallucinations), le syndrome de désorganisation (cognitif, affectif et comportemental) et le syndrome négatif (cognitif, affectif et comportemental), auxquels s'ajoutent des altérations cognitives (attention, mémoire, fonctions exécutives, etc.).
- * Les idées délirantes se caractérisent par leurs thème, mécanisme, systématisation, adhésion, et retentissement émotionnel et comportemental.
- * L'évolution de la schizophrénie est chronique. L'espérance de vie est diminuée, principalement en raison des comorbidités (notamment les maladies cardiovasculaires) et des suicides.
- * La prise en charge repose sur un traitement pharmacologique antipsychotique, le traitement des comorbidités et la réhabilitation psycho-sociale (éducation thérapeutique, thérapie cognitivo-comportementale, remédiation cognitive et réadaptation psychosociale).

140

1. INTRODUCTION

La schizophrénie est un trouble psychiatrique fréquent, actuellement classé parmi les dix maladies les plus invalidantes par l'OMS. Elle fait partie des troubles psychotiques chroniques qui se caractérisent par une altération du contact avec la réalité.

2. CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

La prévalence de la schizophrénie est d'environ 0,6-1 %. Son incidence est estimée à 15 nouveaux cas pour 100 000 personnes et par an. La fréquence de la schizophrénie a longtemps été considérée comme invariable selon les lieux et les populations mais elle dépend en fait de l'exposition à certains facteurs environnementaux comme la consommation de cannabis, la migration ou encore le fait de naître et grandir en milieu urbain.

La maladie débute généralement à la fin de l'adolescence ou chez l'adulte jeune entre 15 et 25 ans. 15 à 20 % des premiers épisodes ont lieu avant 18 ans. Des formes précoces (rares avant l'âge de 13 ans) ou tardives

(après 35 ans) existent. L'âge de début est généralement plus tardif chez la femme par rapport à l'homme. L'émergence des symptômes schizophréniques est généralement précédée par des altérations cognitives, et des symptômes prodromiques non spécifiques peuvent être présents 2 à 5 ans avant l'émergence du trouble. Le sex-ratio est assez équilibré, même s'il existe une légère prédominance chez les hommes (x 1,4).

3. SÉMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE

3.1. Syndrome positif

3.1.1. Idées délirantes

Les idées délirantes correspondent à des altérations du contenu de la pensée entraînant une perte du contact avec la réalité. Elles font l'objet d'une conviction généralement inébranlable, inaccessible au raisonnement ou à la contestation par les faits. Il s'agit d'une « évidence interne », pouvant être plausible ou invraisemblable, mais qui n'est généralement pas partagée par le groupe socio-culturel du sujet. Dans la schizophrénie, la prévalence des idées délirantes est estimée à plus de 90 %.

3.1.1.1. Thèmes

Le thème de l'idée délirante correspond au sujet principal sur lequel porte cette idée. Les thématiques peuvent varier largement, être uniques ou multiples, s'associer entre elles de façon plus ou moins logique. Dans la schizophrénie, les thèmes sont multiples et hétérogènes (voir les exemples dans le **Tableau 1**) : de persécution, mégalomaniaque, mystique, de filiation (le sujet étant persuadé d'avoir d'illustres ascendants), somatique, érotomaniaque (cf. **Item 65**), d'influence, de référence, etc.

3.1.1.2. Mécanismes

Le mécanisme de l'idée délirante correspond au processus par lequel l'idée délirante s'établit et se construit. Il existe 4 types de mécanisme à l'origine des idées délirantes : les mécanismes interprétatif, hallucinatoire, intuitif et imaginaire (cf. **Tableau 2**).

3.1.1.3. Systématisation

Le degré de systématisation évalue l'organisation et la cohérence des idées délirantes. Elles sont considérées comme peu systématisées lorsque leur organisation est floue, vague et peu cohérente. Dans la schizophrénie, on retrouve dans la majorité des cas des idées délirantes non systématisées, floues, sans logique, incohérentes, contrairement au trouble délirant persistant de type persécution au cours duquel les idées délirantes sont généralement systématisées et la cohérence donne une certaine logique à la production délirante.

3.1.1.4. Adhésion

L'adhésion aux idées délirantes, qui correspond au degré de conviction attaché à ces idées, est variable et évolutive. Lorsque la conviction est inébranlable, inaccessible au raisonnement et aux critiques, l'adhésion est dite « totale ». Lorsque l'adhésion est partielle, le patient est en mesure de critiquer ses idées délirantes.

3.1.1.5. Retentissement émotionnel et comportemental

Le retentissement émotionnel et comportemental doit être évalué systématiquement : le niveau d'anxiété, souvent majeur, le risque suicidaire, et le risque de passage à l'acte hétéroagressif. La dangerosité pour soi-même ou pour autrui peut être la conséquence directe des idées délirantes (échapper au complot, expier ses fautes, se venger d'un persécuteur).

Nom du thème	Définition	Exemple
Persécution	Idée délirante dans laquelle le thème central consiste pour le sujet à être attaqué, harcelé, trompé, espionné, persécuté ou victime d'une conspiration	« Je sais bien que vous mettez des médicaments dans mon pain pour que je me taise et que je ne révèle pas au monde le soulèvement populaire communiste qui est en train de se préparer. »
Grandeur/ mégalo maniaque	Idée délirante qui implique de la part du sujet un sentiment exagéré de son importance, de son pouvoir, de son savoir, de son identité	« Vous voulez me faire une prise de sang pour le revendre. Mais je suis votre directeur et votre roi, je refuse que vous preniez mon sang. »
Mystique	Idée délirante dont le thème central est la religion	« Je sais que je suis le fils préféré de Dieu, et qu'il m'a confié un rôle spécial sur Terre. »
Somatique	Idée délirante dans laquelle le thème central touche au fonctionnement du corps	« Je sens mauvais parce que mes intestins sont tombés. En plus, avec la ventilation j'ai attrapé des boutons qui sont en fait des caméras microscopiques qui enregistrent tout. »
De référence	Idée délirante dans laquelle le sujet pense que certains éléments de l'environnement posséderaient une signification particulière pour lui, idée dans laquelle le sujet est lui-même la référence	« Le présentateur du journal télévisé s'adresse spécifiquement à moi lorsqu'il annonce qu'un grave accident d'avion a lieu hier. »

Tableau 1. Thèmes délirants les plus fréquemment retrouvés dans la schizophrénie.

Type de mécanisme délirant	Définition	Exemple
Interprétatif	Attribution d'un sens erroné à un fait réel	« On est entré chez moi, les objets ont été déplacés et il y a une marque sur la porte. »
Hallucinatoire	Construction d'une idée délirante à partir d'une hallucination	« Je vois les morts, là en ce moment il y a un cadavre décomposé allongé par terre à ma gauche, il me demande de l'aide mais je ne peux pas l'aider ! Alors je suis triste. »
Intuitif	Idée fausse admise sans vérification ni raisonnement logique en dehors de toute donnée objective ou sensorielle	« Je suis l'envoyé de Dieu, je le sais, c'est ainsi. »
Imaginatif	Fabulation ou invention où l'imagination est au premier plan et le sujet y joue un rôle central	« Il faut arrêter les moteurs diesel et utiliser les moteurs à venin de scorpion. J'ai passé plusieurs milliards d'années à extraire du venin de scorpion, c'est le mieux pour les moteurs. »

Tableau 2. Principaux mécanismes délirants retrouvés dans la schizophrénie.

3.1.2. Hallucinations

L'hallucination est définie comme une **perception sans objet**. Dans la schizophrénie, 75 % des patients présentent des hallucinations à un moment de l'histoire de la maladie, le plus souvent en phase aiguë.

3.1.2.1. Psychosensorielles

Il s'agit d'hallucinations relevant de manifestations sensorielles. Dans la schizophrénie, tous les sens peuvent être touchés.

Les hallucinations les plus fréquentes sont les **hallucinations auditives** présentes chez environ 50 % des patients. Il peut s'agir de sons simples (sonnerie, mélodie), mais le plus souvent il s'agit de voix nettement localisées dans l'espace, on parle alors **d'hallucinations acoustico-verbales**. Elles peuvent converser entre elles et s'adresser au sujet à la troisième personne. Il s'agit en général de phrases courtes avec une connotation négative. Des attitudes d'écoute, la mise en place de moyens de protection (écouter de la musique, se concentrer sur une tâche, se boucher les oreilles, des réponses brèves ou en aparté, un soliloque [fait de parler tout seul], une distractibilité pendant l'entretien) sont évocateurs d'hallucinations auditives dont le sujet ne parle pas toujours spontanément.

Les **hallucinations visuelles** touchent quant à elles 30 % des patients souffrant de schizophrénie. Elles peuvent être élémentaires (lumières, taches colorées, phosphènes, ombres, flammes, flashes, parfois formes géométriques), ou plus complexes (objets, figures, scènes, etc.) sous forme de scènes visuelles comme une âme sortant d'un corps, d'un phœnix volant dans le ciel, ou de façon plus angoissante, des démons et des morts sortant du sol.

Les **hallucinations tactiles** (sens du toucher superficiel) sont présentes chez environ 5 % des patients souffrant de schizophrénie. Les patients peuvent sentir des coups de vent sur le visage, des sensations de brûlures, de piqûres, le corps d'un individu à côté d'eux, ou croient toucher des objets, des animaux, etc. Ces hallucinations peuvent être rapportées à des contacts manuels, des phénomènes d'électrification ou la sensation d'être couvert de parasites. Les sujets « touchent » parfois leurs hallucinations pour tenter de les éliminer (se libérer de liens, écraser les parasites, etc.).

Les hallucinations touchant les autres sens sont moins fréquentes. Parmi elles, on retrouve les **hallucinations gustatives** (p. ex. : modification du goût des aliments), les **hallucinations olfactives** qui portent le plus souvent sur des mauvaises odeurs provenant du patient lui-même, ou les **hallucinations cénes-thésiques**, qui intéressent la sensibilité interne. Il peut s'agir d'impressions de transformation du corps dans son ensemble (évidement, éclatement, possession animale ou diabolique, transformation corporelle, sensations d'être traversé de part et d'autre par un voile ou parfois par une balle, etc.) ou d'impressions localisées à une partie du corps, éventuellement la sphère sexuelle.

3.1.2.2. Intrapyschiques

Les hallucinations intrapsychiques correspondent à un phénomène psychique, vécu dans la propre pensée du patient sans manifestation sensorielle. Ces hallucinations ne présentent pas de caractère de sensorialité ni de spatialité ; elles sont perçues comme des phénomènes intrapsychiques étrangers au sujet. La pensée prend alors une forme hallucinatoire avec des voix intérieures, des murmures intrapsychiques. Le sujet souffrant de ce type d'hallucinations peut entendre ses pensées comme si elles venaient d'autrui et à l'impression de vol, de divulgation, de devinement de la pensée, de transmission de la pensée, de pensées imposées, etc. Dans le phénomène d'écho de la pensée, le sujet entend ses propres pensées répétées à voix haute, comme renvoyées par un écho. Ces phénomènes traduisent une « perte de l'intimité psychique ».

3.2. Syndrome négatif

Le syndrome négatif regroupe les signes cliniques qui traduisent un appauvrissement de la vie psychique.

3.2.1. Au niveau affectif : l'émoussement des affects

Les affects sont émoussés et sans réaction aux événements extérieurs. Cela se traduit par l'absence d'émotions dans l'expression du visage et dans l'intonation de la voix. Au niveau physique, le regard est fixe, le corps paraît figé et le sourire rare. L'ensemble de ce tableau donne à l'interlocuteur une impression de froideur, de détachement et d'indifférence.

Une anhédonie, qui se définit comme une perte de capacité à éprouver du plaisir, peut également être présente.

3.2.2. Au niveau cognitif : la pauvreté du discours, ou alogie

La pauvreté du discours (alogie) se manifeste par des difficultés à converser avec des réponses brèves et évasives.

3.2.3. Au niveau comportemental : apragmatisme, aboulie, et retrait social

L'apragmatisme est une incapacité à entreprendre et planifier des actions. Au maximum, le patient peut rester assis ou au lit (clinophilie) à ne rien faire en permanence, jusqu'au point de négliger son hygiène (incurie).

L'aboulie est une incapacité à mettre en œuvre et maintenir une action, marquée par une diminution de la motivation.

Dans le syndrome négatif de la schizophrénie, l'aboulie et l'apragmatisme peuvent entraîner une vie relationnelle pauvre, sans recherche de contact, ainsi qu'une perte de l'intérêt social ou retrait social.

3.3. Syndrome de désorganisation

Le syndrome de désorganisation correspond à la perte de l'unité psychique entre cognitions, émotions et comportements.

3.3.1. Cognitif

3.3.1.1. Altérations du cours de la pensée

L'altération du cours de la pensée se traduit par un discours diffluent (elliptique, sans idée directrice) et des propos décousus, parfois incompréhensibles. Le sens des phrases est obscur, le discours est hermétique et la pensée impénétrable. On retrouve également des **barrages** (brusque interruption du discours, en pleine phrase, suivie d'un silence plus ou moins long) et un **fading** (ralentissement du discours et réduction du volume sonore).

3.3.1.2. Altérations du système logique ou illogisme

La pensée du patient désorganisé ne repose pas sur des éléments de logique communément admis, ce qui peut se traduire par : l'ambivalence (tendance à éprouver ou à manifester simultanément deux sentiments opposés à l'égard d'un même objet), le rationalisme morbide (logique incompréhensible, raisonnement à partir d'arguments ne reposant sur aucun élément de réalité), et le raisonnement paralogique (qui s'appuie sur des intuitions, des mélanges d'idées, des analogies). On note également une altération des capacités d'abstraction (interprétation des propos au premier degré que l'on peut évaluer par exemple en demandant la signification de proverbes).

3.3.1.3. Altérations du langage

Le débit verbal du patient peut être variable : de très lent à très rapide, parfois associé à un bégaiement intermittent. On peut retrouver un certain maniérisme marqué par l'utilisation d'un vocabulaire précieux et décalé.

La forme du langage peut également être modifiée : utilisation de **néologismes** (nouveaux mots), ou de **paralogismes** (nouveau sens donné à des mots connus, ou déformations de mots existants). Au maximum, il peut exister un véritable néo-langage totalement incompréhensible (jargonophasie ou schizophasie).

3.3.2. Affectif

On retrouve ici essentiellement le phénomène d'ambivalence affective ou discordance idéo-affective qui s'exprime par la coexistence de sentiments et d'émotions contradictoires. L'ambivalence se manifeste aussi par l'expression d'affects inadaptés aux situations, par des sourires discordants et des rires immotivés témoignant de l'incohérence entre le discours et les émotions exprimées.

3.3.3. Comportemental

La désorganisation comportementale est le reflet de l'absence de relation entre les différentes parties du corps, entre les pensées et le comportement.

On retrouve :

- * un maniérisme gestuel : mauvaise coordination des mouvements ;
- * des parakinésies : décharges motrices imprévisibles, paramimies (mimiques qui déforment l'expression du visage).

3.3.4. Autres syndromes associés

3.3.4.1. Altérations des fonctions cognitives

Les altérations cognitives sont fréquentes (environ 70 %) et souvent sévères dans la schizophrénie. D'un point de vue qualitatif, les domaines cognitifs reconnus les plus altérés sont les fonctions exécutives, la mémoire épisodique verbale, l'attention et la vitesse de traitement de l'information.

3.3.4.2. Symptômes thymiques associés

Les symptômes thymiques sont fréquents dans la schizophrénie. Ainsi, 80 % des patients présentent des symptômes thymiques lors d'un premier épisode psychotique.

Des symptômes maniaques (excitation psychomotrice, tachypsychie, impulsivité) sont souvent observés lors des épisodes aigus de schizophrénie. D'autre part, un épisode dépressif caractérisé (dit post-psychotique) constitue la complication la plus fréquente au décours d'un épisode aigu.

Parfois, des symptômes thymiques sont présents et constituent un épisode thymique (dépressif ou maniaque) pendant une partie conséquente de la durée totale des périodes actives et résiduelles de la maladie, on parle alors de **trouble schizo-affectif**.

4. LA SCHIZOPHRÉNIE

4.1. Diagnostic positif

4.1.1. Pour poser le diagnostic de schizophrénie

Le diagnostic de schizophrénie est clinique. Il faut que les critères suivants soient remplis :

- * l'association d'au moins deux syndromes présents dans une proportion significative de temps au cours d'une période d'un mois parmi les suivants :
 - syndrome positif (idées délirantes ou hallucinations) ;
 - syndrome de désorganisation ;
 - syndrome négatif ;

Ces syndromes doivent être présents pendant au moins un mois, ou moins en cas de traitement efficace. Il s'agit des symptômes de la phase active.

* les difficultés engendrées (c'est-à-dire que les domaines majeurs du fonctionnement tels que le travail, les relations interpersonnelles ou les soins personnels sont nettement inférieurs au niveau atteint avant la survenue de la perturbation) doivent persister pendant au moins 6 mois :

- si les difficultés engendrées persistent au moins un jour mais moins d'un mois, on parle de trouble psychotique bref ;
- si les difficultés engendrées durent entre un et six mois, on parle de trouble schizophréniforme ;

- * des répercussions fonctionnelles sociales ou professionnelles depuis le début des troubles ;
- * l'absence de diagnostic différentiel psychiatrique (trouble schizo-affectif, dépressif, bipolaire) ou non psychiatrique (substances psychoactives, ou autres pathologies définies dans la suite de l'item).

●●● NON EXIGIBLE À L'ECN

Sur le plan international et en recherche, la schizophrénie est généralement définie par les critères du DSM-5 qui comportent :

- A.** Deux (ou plus) parmi les symptômes suivants, chacun devant être présent dans une proportion significative de temps au cours d'une période d'un mois (ou moins en cas de traitement efficace). Au moins l'un des symptômes (1), (2), ou (3) doit être présent :
 1. Idées délirantes.
 2. Hallucinations.
 3. Discours désorganisé (p. ex. : incohérences ou déraillements fréquents).
 4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique.
 5. Symptômes négatifs (aboulie ou diminution de l'expression émotionnelle).
- B.** Durant une proportion significative de temps depuis le début du trouble, le niveau de fonctionnement dans un domaine majeur (travail, relations interpersonnelles ou l'hygiène personnelle) est passé d'une façon marquée en dessous du niveau atteint avant le début du trouble.
- C.** Des signes continus du trouble persistent depuis au moins 6 mois. Pendant cette période de 6 mois les symptômes répondant au critère A (c'est-à-dire les symptômes de la phase active) doivent avoir été présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace) ; dans le même laps de temps des symptômes prodromiques ou résiduels peuvent également se rencontrer.
- D.** Un trouble schizo-affectif, ou dépressif, ou un trouble bipolaire avec manifestation psychotiques ont été exclus.
- E.** Le trouble n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. : drogue donnant lieu à abus, ou un médicament) ou à une autre pathologie médicale.

4.1.2. Les différentes formes cliniques

4.1.2.1. Selon le mode de début

La schizophrénie peut apparaître de façon aiguë ou de façon insidieuse.

Début aigu

La schizophrénie commence dans environ 1 cas sur 2 par un épisode psychotique aigu. On retrouve souvent quelques jours voire quelques semaines avant l'épisode des signes peu spécifiques comme : sentiment de malaise, fatigue, difficultés de concentration, angoisses, sentiment de déréalisation ou de dépersonnalisation et parfois des idées suicidaires. Des événements stressants peuvent précéder l'épisode : rupture sentimentale, examen, problème de santé, etc. Des consommations de substances psychoactives, comme le cannabis, constituent également des facteurs de risque et des facteurs précipitant la maladie (cf. **Item 6o**).

Au niveau clinique, les syndromes positifs et de désorganisation sont en général très marqués. Le syndrome négatif deviendra plus apparent au décours de l'épisode.

Certaines formes de schizophrénie à début aigu prennent la forme de troubles de l'humeur (épisode dépressif caractérisé ou épisode maniaque) atypiques : c'est-à-dire associés au syndrome de désorganisation, à des bizarreries, des préoccupations à thème sexuel ou hypocondriaque, des hallucinations, ou encore des stéréotypies.

Des troubles du comportement peuvent aussi être au premier plan : gestes auto ou hétéro agressifs impulsifs et bizarres, sans explications, fugues, etc.

Il est intéressant de noter que même dans ces formes dites à début aigu, on peut souvent retrouver des symptômes prodromiques non spécifiques dans les 2 à 4 ans avant le premier épisode et des symptômes psychotiques atténués (c'est-à-dire présents à bas bruit ou de façon très transitoire), généralement dans l'année précédant le premier épisode. Des altérations cognitives entraînant une plainte subjective (difficulté de concentration) ou des difficultés de fonctionnement (rupture scolaire) peuvent être présentes de façon très précoce.

Début insidieux

Dans la moitié des cas, le début de la maladie est marqué par des manifestations parfois très discrètes, ayant pu évoluer sur plusieurs mois, voire plusieurs années. Dans ce cas, le diagnostic est souvent porté tardivement, retardant considérablement l'accès aux soins.

On retrouve ici un retrait social progressif au premier plan : désintérêt et désinvestissement des activités habituelles (sports, loisirs, cercle d'amis), fléchissement de l'activité scolaire ou professionnelle. En revanche l'intérêt du sujet peut se porter de façon exclusive vers le mysticisme ou l'ésotérisme.

4.1.2.2. Selon l'âge de début

La schizophrénie débute classiquement chez l'adulte jeune entre 18 et 25 ans, cependant des formes peuvent se développer avant 18 ans, on parle de schizophrénie à début précoce, voire avant l'âge de 13 ans, on parle alors de schizophrénie à début très précoce. Les formes précoces (avant 18 ans) sont marquées par une égodystonie et l'existence d'antécédents développementaux importants (troubles dys, retard de langage, TDAH voire signes plus ou moins complets de TSA).

À l'inverse, après l'âge de 35 ans on parle de schizophrénie à début tardif, plus fréquente chez les femmes que chez les hommes (sex-ratio de 7/1) et marquée par une symptomatologie hallucinatoire riche dans toutes les modalités sensorielles (auditives, visuelles, cénesthésiques, olfactives...), ainsi que par l'absence (ou le peu) de désorganisation.

4.2. Diagnostics différentiels

Des examens complémentaires permettent d'éliminer un diagnostic différentiel non psychiatrique. Il s'agit d'un bilan biologique standard, d'une recherche de toxiques urinaires et d'une imagerie cérébrale (au mieux une IRM) particulièrement en cas de signe d'appel ou de manifestations atypiques. L'EEG est utile lors d'un premier épisode ou plus tard, pour éliminer une comitialité. D'autres examens peuvent être utiles. Le bilan sera orienté selon la clinique et les antécédents du patient, en particulier en cas de début très brutal : une note confusionnelle, de la fièvre, des crises convulsives, un déclin cognitif, une résistance aux traitements appellent à réaliser un bilan plus poussé.

4.2.1. Pathologies non psychiatriques

- * Neurologiques (épilepsies, tumeurs cérébrales, encéphalite herpétique, chorée de Huntington, neurolypus, encéphalite à anticorps anti-neuronaux, etc.).
- * Endocriniennes (dysthyroïdie, altération de l'axe corticotrope, etc.).
- * Métaboliques (maladie de Wilson, Niemann-Pick type C, etc.).
- * Infectieuses (neurosyphilis, SIDA, etc.).

4.2.2. Intoxication par une substance psychoactive

- * Intoxication aiguë ou chronique au cannabis.
- * Symptômes liés à l'intoxication par amphétaminiques et autres (anticholinergiques, LSD, kétamine, phencyclidine, etc.).

4.2.3. Troubles psychiatriques

4.2.3.1. Les troubles de l'humeur (cf. **Items 64 et 66**)

La présence des syndromes positif, négatif ou de désorganisation ne doit pas conduire automatiquement au diagnostic de schizophrénie s'il existe un syndrome dépressif ou maniaque associé. Deux situations doivent être envisagées :

si les symptômes thymiques sont présents pendant une partie conséquente de la durée totale des périodes actives et résiduelles de la maladie, alors le diagnostic de trouble schizo-affectif doit être envisagé ;

si, lorsque le syndrome dépressif ou maniaque disparaît, les syndromes positif, négatif ou de désorganisation disparaissent **complètement**, alors le diagnostic d'un épisode thymique (dépressif ou maniaque) avec caractéristiques psychotiques doit être posé (cf. **Items 64 et 66**).

4.2.3.2. Les troubles délirants persistants (cf. **Item 65**)

Le diagnostic de trouble délirant persistant se pose quand il existe uniquement un syndrome positif sans éléments de bizarrerie.

4.2.3.3. Les troubles du neurodéveloppement (cf. **Item 67**)

4.3. Notions de physiopathologie

La physiopathologie de la schizophrénie est complexe et repose sur l'interaction de facteurs de vulnérabilité génétiques (modèle polygénique) et de facteurs environnementaux (cf. **Item 60**).

L'hypothèse d'un trouble du neurodéveloppement, qui prévaut aujourd'hui, postule que la schizophrénie est la conséquence retardée d'anomalies du neurodéveloppement débutant des années avant le début de la maladie.

Le modèle stress/vulnérabilité propose que chaque personne possède un degré de vulnérabilité qui lui est propre, dépendant notamment de facteurs génétiques. Ces derniers interagissent avec des facteurs environnementaux (les complications obstétricales, l'urbanisation, la migration et la consommation de cannabis) pour aboutir au développement de la maladie.

5. LE PRONOSTIC ET L'ÉVOLUTION

5.1. Évolution

L'évolution de la schizophrénie est variable mais généralement chronique, marquée par des épisodes aigus plus ou moins espacés, avec des intervalles inter-épisodes plus ou moins symptomatiques. Le déficit est variable, et se stabilise généralement après 2 à 5 ans d'évolution. Le premier épisode ou les rechutes sont favorisés par les facteurs de stress (consommation de substance psychoactive, rupture, deuil, etc.).

La schizophrénie est associée à une diminution de l'espérance de vie. En effet, la mortalité des personnes souffrant de schizophrénie est 2 à 3 fois plus élevée que celle de l'ensemble de la population, en raison principalement de comorbidités parmi lesquelles les maladies cardiovasculaires figurent en tête (cf. **Item 6o**). La prise en charge globale de la santé des patients souffrant de schizophrénie dont l'accès aux soins est généralement limité doit donc être multidisciplinaire (médecin généraliste, psychiatre, endocrinologue, etc.).

Le suicide est également un des facteurs expliquant la mortalité plus importante de cette population puisque 5 % des patients souffrant de schizophrénie décèdent par suicide.

Cependant, grâce aux progrès réalisés au niveau pharmacologique et psychothérapeutique, il est possible dans 20 à 25 % des cas d'obtenir une rémission complète voire une guérison de la schizophrénie et dans une majorité des cas, de conserver une qualité de vie globalement satisfaisante même si 50 à 75 % des patients ne retrouvent pas leur niveau de fonctionnement antérieur.

Les facteurs de bon pronostic sont :

- * sexe féminin ;
- * environnement favorable ;
- * bon fonctionnement pré-morbide ;
- * début tardif ;
- * bonne conscience du trouble ;
- * prise en charge précoce et traitement antipsychotique bien suivi.

5.2. Comorbidités

5.2.1. Comorbidités psychiatriques

Des troubles de l'humeur peuvent être présents au décours ou à distance d'un épisode psychotique dans 20 à 75 % des cas. On parle dans ce cas d'épisode dépressif caractérisé post-psychotique dont l'impact sur l'évolution de la maladie (rechutes, mauvaise observance) est important.

5.2.2. Comorbidités addictologiques

La schizophrénie est fréquemment associée à un trouble lié à l'usage de tabac, de cannabis ou d'alcool.

Parmi les patients souffrant de schizophrénie :

- * 60 % fument du tabac ;
- * 50 % consomment du cannabis ;
- * 10 à 50 % présentent un usage à risque voire une dépendance à l'alcool.

5.2.3. Comorbidités non psychiatriques

La moitié des patients souffrant de schizophrénie souffrent d'une affection non psychiatrique. Chez ces patients, les anomalies cardiométaboliques incluant le diabète, l'obésité, l'hypertension artérielle et la dyslipidémie affichent une prévalence nettement plus élevée que dans la population générale. Ce profil cardiométabolique définit en pratique le « syndrome métabolique » ; associant un ensemble de perturbations cliniques et biologiques et qui est un facteur prédictif du développement des maladies cardiovasculaires. Ainsi, on estime la prévalence du syndrome métabolique dans la schizophrénie entre 30 et 60 % des cas, et l'obésité (IMC > 30) toucherait environ 50 % des sujets.

Les effets indésirables des traitements antipsychotiques peuvent expliquer en partie cette surreprésentation de troubles métaboliques (cf. **6.2. Le traitement pharmacologique**) mais d'autres facteurs de risque (tabagisme, sédentarité, etc.) sont également fréquents chez les personnes souffrant de schizophrénie.

6. LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE

6.1. L'hospitalisation en psychiatrie

L'hospitalisation (en urgence ou non, dans un service de psychiatrie) se justifie dans plusieurs situations :

- * épisode aigu avec troubles du comportement (cf. **Item 351**) ;
- * risque suicidaire ou de mise en danger ;
- * risque hétéro agressif.

Au mieux, il s'agira d'une hospitalisation libre mais des soins sans consentement peuvent être justifiés dans certaines situations (cf. **Item 15**).

6.2. Le traitement pharmacologique : les antipsychotiques

6.2.1. Objectifs généraux du traitement

Le traitement pharmacologique de la schizophrénie varie selon trois objectifs :

- * Le premier objectif concerne l'épisode aigu, et le contrôle rapide de symptômes mettant potentiellement en danger le patient et son entourage (agitation, auto ou hétéro agressivité) ;
- * Le choix et l'adaptation du traitement de fond sont réalisés dans un deuxième temps selon l'évolution des symptômes et de la tolérance ;
- * Dans un troisième temps, en phase de rémission, les objectifs thérapeutiques consistent à diminuer le risque de rechute et à minimiser le retentissement de la maladie et celui des effets indésirables du traitement.

Dès que le contrôle des symptômes le permet, le traitement doit viser à la meilleure récupération fonctionnelle et s'accompagner d'une prise en charge psychosociale, allant de l'éducation thérapeutique du patient et des proches, aux programmes de remédiation cognitive et de réadaptation sociale et professionnelle.

6.2.2. Prise en charge de l'épisode aigu

L'épisode aigu est caractérisé par la recrudescence des symptômes (idées délirantes, hallucinations, désorganisation, repli, etc.). Le traitement antipsychotique doit impérativement être initié ou modifié rapidement.

En cas d'anxiété ou d'agitation modérée, un traitement symptomatique doit être associé. Deux possibilités de molécules anxiolytiques et sédatives s'offrent au thérapeute :

- * les antipsychotiques « sédatifs » (p. ex. : cyamémazine, lévomépromazine) ;
- * les benzodiazépines (p. ex. : diazépam, oxazépam) peuvent faciliter la poursuite de la prise en charge et l'introduction du traitement antipsychotique. Le risque de développer une dépendance aux benzodiazépines si le traitement est prolongé doit inciter à limiter la durée de prescription de ce traitement.

6.2.3. Prise en charge au long cours

L'objectif est la monothérapie antipsychotique. Le choix de l'antipsychotique est fait en fonction de l'efficacité, de la tolérance et de l'observance des traitements déjà reçus. Certains antipsychotiques de deuxième génération (cf. **Item 74**), sont recommandés en première intention, par exemple :

- * amisulpride (Solian®),
- * aripiprazole (Abilify®),
- * quétiapine (Xeroquel®),
- * rispéridone (Risperdal®).

Le traitement antipsychotique choisi doit être approprié à la phase aiguë et au long terme. Il est prescrit à la posologie la plus efficace (en débutant à une faible posologie et en augmentant doucement « start low, go slow », surtout dans le premier épisode psychotique) et il est recommandé, une fois la stabilisation obtenue, de diminuer la posologie jusqu'à obtention de la dose minimale efficace.

En cas d'inefficacité, un autre traitement antipsychotique peut être proposé en deuxième intention. Lorsque la symptomatologie a résisté à deux antipsychotiques de deuxième génération à posologie efficace pendant une durée suffisante, la clozapine (Leponex®) doit être envisagée (cf. **Item 74**). Comme pour toute pathologie chronique, il convient de privilégier la molécule associée au meilleur rapport bénéfice/risque.

Dans les situations où l'observance est difficile ou si le patient préfère cette forme, certains antipsychotiques d'action prolongée ou « retard » existent sous forme intra-musculaire permettant selon les molécules une injection tous les 15 jours, 3 semaines, 4 semaines ou 3 mois [p. ex. : risperidone (Risperdal Consta®, Xeplion®, Trevicta®), olanzapine (Zypadhera®), aripiprazole (Maintena®)] (cf. **Item 74**).

Au terme de l'épisode aigu, l'objectif thérapeutique principal est de consolider l'alliance thérapeutique et d'assurer une transition vers la phase d'entretien avec une posologie qui permet un contrôle optimal des symptômes et un risque minimal d'effets indésirables.

Les patients et les familles doivent être informés des effets thérapeutiques et des effets indésirables potentiels du traitement antipsychotique et conseillés sur la façon dont ils peuvent être évités ou atténués, par des programmes d'éducation thérapeutique.

L'ouverture des droits de prise en charge à 100 % permet de faciliter l'accès aux soins. Les projets de réinsertion sociale et de réadaptation doivent être évoqués dès que le contrôle des symptômes le permet.

Après un épisode unique, il est recommandé de poursuivre le traitement au moins 2 ans après la rémission totale des symptômes de l'épisode aigu.

Après un second épisode ou une rechute, le traitement doit être poursuivi au moins 5 ans.

Les recommandations préconisent un suivi de l'efficacité et de la tolérance du traitement antipsychotique, l'inobservance étant la première cause d'inefficacité du traitement (cf. **Item 74**).

Des complications rares mais potentiellement mortelles des antipsychotiques doivent impérativement être connues : le syndrome malin des neuroleptiques et les troubles du rythme cardiaque (cf. **Item 74**).

6.3. Les traitements non pharmacologiques

6.3.1. Traitement physique : place de l'électro-convulsivo-thérapie

Elle peut être utilisée, lorsqu'il existe des épisodes thymiques, ou dans les formes avec syndrome positif résistant ou encore en cas de syndrome catatonique associé (cf. **Item 64**). D'autres traitements physiques peuvent également être utilisés dans des situations particulières (p. ex. : la stimulation magnétique transcrânienne).

6.3.2. Psychothérapie cognitivo-comportementale

Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) ont pour objectif de réduire l'impact des symptômes persistants en dépit d'un traitement antipsychotique bien conduit (cf. **Item 73**).

6.3.3. Éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique vise à transmettre au patient, et éventuellement à sa famille et ses proches, un certain niveau de compréhension et de maîtrise de son trouble (cf. **Item 73**). L'objectif est de construire avec chaque patient un minimum de langage commun et de consensus sur les difficultés et les objectifs des soins. Ces programmes d'éducation thérapeutique permettent de réduire le risque de rechutes.

6.3.4. Remédiation cognitive (cf. **Items 73, 121**)

Les altérations cognitives dans la schizophrénie, peu accessibles au traitement pharmacologique, expliquent une grande part du handicap psychique de ces patients. Ce constat a conduit au développement de techniques visant à rééduquer ou « remédier » le fonctionnement cognitif, qu'il s'agisse de compétences neuropsychologiques non spécifiques (attention, mémoire, fonction exécutive) ou de cognition sociale (reconnaissance des émotions, capacités d'attribution d'intention à autrui).

6.3.5. Réadaptation psychosociale

L'ensemble de ces soins requiert des compétences et des métiers multiples.

Les secteurs de psychiatrie organisent ces soins, au sein de centres médico-psychologiques et d'hôpitaux de jour, de centre d'activité thérapeutique à temps partiel, etc., dans une stratégie globale d'aide à l'accès au travail ou à des activités favorisant le maintien d'un lien social (cf. **Item 121**).

Cette prise en charge nécessite un partenariat entre : les structures sanitaires qui assurent les soins de réadaptation et les structures médico-sociales qui ont en charge un accompagnement des patients dans la vie quotidienne ou professionnelle.



POUR APPROFONDIR

Vidéo « Aspects sémiologiques des syndromes positif, négatif et de désorganisation » :
<https://youtu.be/TT08j9Sr470>



http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_ald23_schizophr_juin_07.pdf



Demily Caroline et Nicolas Franck, *Schizophrénie : Diagnostic et prise en charge*, Elsevier Masson, 2013.