



La Schizophrénie

Généralités	
Définitions	<p>La schizo fait partie des troubles psychotiques c'est une altération du sens de soi et de la réalité</p> <p>Existence et/ou :</p> <ul style="list-style-type: none"> - D'un délire (avec ou sans hallucinations) - Désorientation psychique <p>3 types de troubles psychotiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La schizophrénie - Les troubles délirants persistants - Les troubles psychotiques aigus et transitoires <p>Selon l'OMS, l'une des 10 maladies qui entraîne le plus d'invalidité</p> <p>Évoluant dans la durée et résulte d'une vulnérabilité génétique, entraînant un trouble du neurodvpt, et de facteurs de stress physiologiques ou psychologiques</p> <p>Evolution hétérogène</p> <p>Dimensions :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Symptômes positifs (en plus) ⇒ Symptômes négatifs (en moins) ⇒ Désorganisation ⇒ Troubles cognitifs
DSM-5	<p>Critère A : symptômes caractéristiques : présence de 2 ou plus des manifestations suivantes pendant au moins 1 mois, dont au moins 1 des symptômes positifs (3 premiers)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Idées délirantes - Hallucinations - Discours désorganisé (coq-à-l'âne fréquent ou incohérence) - Comportement désorganisé ou catatonique - Symptômes négatifs (émoussement affectif, alogie, aboulie) <p>Critère B : dysfonctionnement social</p> <p>Critère C : durée > 6 mois</p> <p>Critère D : pas de troubles de l'humeur, ni troubles schizoaffectifs</p> <p>Critère E : différent d'une affection médicale générale, ni effet iatrogène</p> <p>Critère F : pas de troubles envahissants du développement</p>
Epidémiologie	<p>Prévalence : environ 0,5 %</p> <p>Incidence : 15/100 000/an</p> <p>Début 15 – 25 ans</p> <p>Formes très précoces ou tardives</p> <p>Début en moyenne 5 ans plus tard chez les femmes</p> <p>Prodromes non spécifiques avant le début du trouble</p> <p>Légère prédominance masculine (x 1,4)</p>

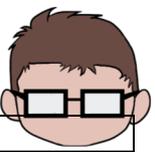
Etiopathologie	
Généralités	<p>Modèle bio-psycho-social : implication de facteurs multiples</p> <p>Les causes et les mécanismes des manifestations schizophréniques sont mal connus</p> <p>Clinique hétérogène</p> <p>Rencontre d'une fragilité individuelle avec des facteurs déclenchants et des facteurs d'entretien</p> <p>Retentissement sur la capacité à interagir avec les autres et avec son environnement</p> <p>Altération de l'autonomie</p>
Modèles bio-psycho-sociaux	<p>Comme dans tous les troubles psychiatriques, pertinence des modèles intégrateurs des différents facteurs étiologiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le modèle biopsychosocial : considère l'homme sous trois incidences : biologique, psychologique et sociale





	<ul style="list-style-type: none"> - Le modèle vulnérabilité-stress : une vulnérabilité où peuvent intervenir des facteurs divers pour la constituer, l'aggraver ou la réduire (résilience) : génétiques, obstétricaux, somatiques comme les handicaps sensoriels, éducationnels... <p>Pour la schizophrénie plus spécifiquement : proposition d'un modèle neurodéveloppemental</p> <p><u>Le modèle neurodéveloppemental :</u> Vulnérabilité génétique et facteurs biologiques d'intervention précoce Apparition des symptômes à l'adolescence et au début de l'âge adulte, à la fin de la maturation cérébrale (myélinisation et élimination des connexions synaptiques excédentaires) Stigmates cérébraux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neuro-imagerie : dilatations ventriculaires stables - Anatomopathologie : séquelles d'anomalies de migration neuronale
Facteurs étiologiques	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Facteurs génétiques : risque de 10 – 12% pour les frères, sœurs et enfants de personnes avec schizophrénie, concordance de 50% chez les jumeaux homozygotes (y compris élevés séparément) ⇒ Facteurs environnementaux précoces : complications obstétricales anté et péri-natales. Carence nutritionnelle ou infection virale pendant la gestation (déséquilibre saisonnier des naissances) ⇒ Facteurs environnementaux tardifs : rôle du contexte familial (émotions exprimées), de la consommation de toxiques (THC) et des traumatismes crâniens ⇒ Facteurs de vulnérabilité-hypothèse polygénique : plusieurs gènes, ayant un effet mineur, combinent leurs effets pour créer une vulnérabilité, résultats des GWAS, pas d'interprétation pour un individu/une famille donné(e) ⇒ Facteurs causaux-schizophrénie syndromique : une anomalie touchant un gène ou une région chromosomique est responsable du phénotype. Conseil génétique possible
Physiopathologie	<p>Dimension positive : modification du vécu : perturbation de la relation à l'environnement et à son propre corps, hallucinations, délires</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Hyperdopaminergie sous-corticale, troubles de la connectivité cortico-sous-corticale, troubles de l'attribution des actions, troubles de la cognition sociale <p>Dimension négative : incapacité à agir, incapacité à éprouver ou à manifester des émotions :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Hypodopaminergie frontale, troubles du fonctionnement préfrontal, troubles de la cognition sociale, troubles de l'initiation des actions <p>Dimension désorganisation : incapacité à construire un comportement et un discours adéquat</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Troubles de la connectivité au sein du cortex préfrontal, troubles des fonctions exécutives <p>Dimension neurocognitive : incapacité à appréhender et utiliser des infos d'origine interne ou externe</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Troubles du fonctionnement préfrontal, troubles de la connectivité cortico-sous-corticale, troubles de l'attention, de la mémoire et des fonctions exécutives

Clinique, des prodromes à la période d'état	
Phase prémorbide	= Manifestations aspécifiques précédant le début de la maladie, qui s'installe progressivement Anxiété, irritabilité, troubles du sommeil, altérations cognitives, altérations perceptives, croyances irrationnelles, idées de référence
Entrée dans la maladie	<p>Épisode psychotique aigu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Délire - Angoisse - Automatismes mentaux - Fluctuations thymiques - Manie ou dépression atypique (asyntonie, froideur affective, bizarrerie) - Fugue, tentative de suicide, automutilation, acte médico-légal (rarement) <p>Ou</p> <p>Début progressif :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Idées délirantes, hallucinations ⇒ Hypochondrie, dysmorphophobie sentiment d'étrangeté, signe de miroir, plaintes changeantes ⇒ Fléchissement scolaire non justifié par le contexte familial ⇒ Modifications des croyances activités ésotériques, adhésion à une secte, croyance à des phénomènes surnaturels ⇒ Modifications de l'affectivité opposition, pensées allusives, discours digressifs, bizarrerie, hermétisme, agressivité



	⇒ Troubles des conduites : addiction, anorexie, errance pathologique
Période d'état	Spaltung : trouble des 3 associations Clinique hétérogène Symptômes positifs (en plus par rapport à ce qui est considéré comme « normal ») et symptômes négatifs (en moins par rapport à ce qui est considéré comme « normal »), troubles cognitifs et désorganisation

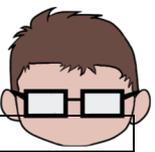
Clinique des dimensions		
Symptômes positifs	Symptômes positifs	<p>Les plus fréquents, permettent le plus de poser un diagnostic, le moins handicapant, le mieux traité</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Hallucinations verbales (commentaires des actes et de la pensée, conversations) : audition de voix s'exprimant à la deuxième ou à la troisième personne en l'absence de stimulation sonore ⇒ Hallucinations cénesthésiques : sensations corporelles profondes sine materia ⇒ Syndrome d'influence : impression de prise de contrôle par autrui ou par une force extérieure ⇒ Pensées imposées : impression que des pensées ont été placées dans la tête par une force extérieure ⇒ Diffusion de la pensée : impression que les autres connaissent certaines pensées propres ⇒ Vol de la pensée : impression que d'autres dérobent activement certaines pensées ⇒ Idées délirantes : convictions non fondées sur des faits, ni partagées par le groupe social auquel le sujet appartient
	Le délire	<p>Expérience pathologique</p> <p>Paranoïde : polymorphe, non systématisé (illogique, flou, bizarre, impénétrable, imprécis)</p> <p>Chronique, possibles exacerbations aiguës</p> <p>Thématiques : influence, dépersonnalisation (dysmorphophobie, dislocation, dévitalisation, négation d'organes, morcellement), dédoublement, référence, persécution, possession, hypochondrie, mystique, érotomanie, divination, mégalomanie</p>
	Les phénomènes hallucinatoires	<p>Hallucinations psycho-sensorielles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auditivo-verbales principalement - Cénesthésiques - Olfactives - Visuelles rarement <p>Symptômes de premier rang (K. Schneider) : quand il y a une altération des limites entre soi et autrui</p> <ul style="list-style-type: none"> - Publication de la pensée - Audition de voix sous forme de propos et de répliques - Audition de voix, qui accompagne de remarques, les agissements du malade - Expériences corporelles d'influence - Vol de la pensée et autres influences de la pensée - Diffusion de la pensée - Perceptions délirantes - Tout ce qui est fait ou influencé par d'autres dans le domaine des sentiments, des tendances (pulsions) et de la volonté
Désorganisation	La désorganisation : touche toutes les dimensions de la vie psychique : intellectuelle, affective et comportementale, perte de cohésion et d'unité de la personnalité	
	Intellectuelle	<p>La pensée est :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Digressive, sans idée directrice - Discontinue : les idées ne s'enchaînent plus de manière cohérente, se manifeste par des anomalies du rythme, des barrages (brèves suspensions du discours), un fading - Allusive, peu compréhensible



		<ul style="list-style-type: none"> - Paralogique ou pseudologique : logique inappropriée telle que dans le rationalisme morbide <p>Le langage :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Altérations lexicales (néologisme) - Altérations sémantiques (paralogismes) - Altérations syntaxiques (agrammatisme) - Altérations pragmatiques (non prise en compte de l'interlocuteur, langage utilisé à d'autres fins que la communication) - Schizophasie (discours incompréhensible)
	Affective	Indifférence affective et expériences affectives intenses : incapacité à moduler des affects contradictoires. Réactions émotives inappropriées, paradoxales, imprévisibles. Ambivalence.
	Comportementale	<p>Expression comportementale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maniérisme, attitudes empruntées - Sourires immotivés, non adaptés aux situations - Négativisme, réaction d'opposition <p>Conséquences possibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Troubles des conduites : actes insolites, étranges, voire dangereux - Incurie, syndrome de Diogène <p>Discordance</p>
Symptômes négatifs	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Aboulie : déficit de la volonté ⇒ Anergie : perte d'énergie ⇒ Anhédonie : incapacité à ressentir du plaisir ⇒ Apathie : incapacité à réagir ⇒ Apragmatisme : déficit de la capacité à entreprendre des actions ⇒ Désintérêt : absence d'investissement du monde environnant ⇒ Froideur affective : restriction de l'expression émotionnelle ⇒ Incurie : incapacité à prendre soin de soi ⇒ Retrait social : diminution des échanges interpersonnels 	
Troubles cognitifs	<p>Troubles neurocognitifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Troubles attentionnels, difficultés de concentration - Troubles de la mémoire à long terme et de la mémoire de travail - Troubles des fonctions exécutives (flexibilité, planification, contrôle cognitif) - Troubles des fonctions visuo-spatiales <p>Troubles de la cognition sociale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trouble du traitement des informations émotionnelles - Troubles de la théorie de l'esprit 	

Évolution et diagnostic différentiel	
Évolution et rétablissement	<p>Réduction de l'espérance de vie (- 15 ans) : 15% de décès par suicide, taux de mortalité élevé par complications du tabagisme et d'une carence de soins somatiques</p> <p>Formes évolutives :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Par poussées (forme paranoïde et troubles schizoaffectifs) ⇒ Continue : symptômes installés, désorganisation, régression ⇒ Mixte : fond symptomatique permanent avec recrudescences transitoires <p>Forme modérée (50%) : accès récurrents ou symptômes permanents peu intenses avec altération variable des domaines affectifs, relationnels et professionnels</p> <p>Forme sévère ou résistance (25%) : délire permanent ou symptômes déficitaires interdisant une activité soutenue, maintien d'une surveillance soutenue ou nécessité d'une institutionnalisation prolongée</p> <p>Rétablissement (25%) : disparition des signes de la maladie et insertion socioprofessionnelle normale</p> <p>Rétablissement ≠ Guérison ≠ Rémission clinique</p>
Retentissement fonctionnel	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de suicide élevé (15%) - Faible autonomie (80% dépendance à la famille et 10% en logement autonome) - Faible taux d'insertion pro (14% en France, 21% en Europe) - Altération des relations sociales et familiales - Faible accès à une vie de couple et à la parentalité - Altération du bien-être





	- Réduction de la qualité de vie
Diagnostic différentiel	Lésions cérébrales ; Neurosyphilis ; Encéphalite à HIV ; Encéphalite limbique auto-immune ; Microdélétion 22q11.2 ; Maladie de Wilson ; Trouble thyroïdien ; Trouble bipolaire ; Trouble délirant

Traitements

Moyens biologiques et physiologiques	Psychopharmacologie	<p>Traitement complexe car étiologie et physiopathologie mal comprises Le ttt de la schizophrénie ne peut pas être réduit à ses aspects psychopharmacologiques Agir sur les différents niveaux de perturbation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psychotropes - Thérapeutiques non pharmacologiques (psychothérapie, psychoéducation, rééducation, accompagnement médico-social ou social au quotidien) <p>Principes : Favoriser l'adhésion au traitement : impliquer activement le patient, et impliquer la famille autant que possible, intervenir le plus tôt possible +++, poursuivre une prise en charge en l'adaptant aux phases de la maladie Niveau clinique et subjectif : psychothérapie et rétablissement Niveau cognitif : remédiation cognitive et approches fonctionnelles Niveau cérébral : psychotropes, ECT, rTMS</p> <p>Antipsychotiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seuls médicaments efficaces sur les symptômes positifs - Traitement de la phase aiguë - Traitement d'entretien : prévention des rechutes à poursuivre à moyen ou long terme selon le nombre d'épisodes <p>Principes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Recherche du meilleur rapport bénéfices/EI et de la dose minimale efficace ⇒ Réviser systématiquement la posologie en fonction des phases de la maladie ⇒ Monothérapie sauf exception ⇒ Pas de correcteur en prévention, pas de BZD au long cours (sauf catatonie) ⇒ Commodité des formes d'action prolongée <p>Actions sur les voies dopaminergiques Effet thérapeutique : voie mésolimbique EI : Voie nigrostriée (symptômes extra pyramidaux), voie mésocorticale (symptômes négatifs), voie tubéroinfundibulaire (hypersécrétion de prolactine) + Actions sur d'autres récepteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Récepteurs muscariniques cholinergiques : constipation, bouche sèche, somnolence ⇒ Récepteurs adrénergiques alpha 1 : HypoTA, vertiges, somnolence ⇒ Récepteurs de l'histamine : prise de poids, somnolence ⇒ Récepteurs de la sérotonine : réduction des EI <p>Effets indésirables :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Akathisie : incapacité de garder une position avec sensation angoissante d'impatience dans les jambes - Dyskinésies tardives : mouvements anormaux, involontaires et répétitifs de la face ou plus rarement du tronc - Prise de poids - Hyperinsulinisme et diabète - Hyperprolactinémie : aménorrhée-galactorrhée, baisse de la libido, diminution densité minérale osseuse, anxiété, dépression
	Electroconvulsivothérapie (E.C.T.)	<p>Principe : crise d'épilepsie généralisée (30 – 90 s), 2 – 3 séances/semaine jusqu'à 9 – 11 séances en moyenne. Mais effets peu durables (→ECT d'entretien) Indications : Schizophrénie résistante, état catatonique, épisode aigu résistant aux psychotropes, âge avancé EI : amnésie antéro et rétrograde, amnésie lacunaire</p>



	Stimulation magnétique transcrânienne répétitive (R.T.M.S.)	Principe : potentialisation du ttt antipsychotique, non invasive, augmentation ou réduction de l'excitabilité corticale Technique : 10 séances en moyenne Indication ; schizophrénie résistante CI : épilepsie, pacemaker
Moyens psychologiques	Psychoéducation : Sujet en position d'acteur : logique collaborative et non paternaliste Espace d'échange, d'informations et d'appropriation / la maladie et son traitement 3 dimensions : <ul style="list-style-type: none">- Pédagogique : informations- Psychologique : impacts sur le sujet (mécanismes de défense)- Cognitive et comportementale : mobilisation des ressources du sujet pour gérer ses difficultés et son traitement Entraînement aux compétences sociales : Préparation cognitive : Présentation de situations problématiques ; définition de l'objectif ; préparation du dialogue ; proposition d'un titre à la situation ; anticipation des difficultés ; répartition des fonctions d'observation ; évaluation de la difficulté Mise en pratique : Démonstration par modèle ; discussion de la démonstration ; jeu de rôle ; discussion du jeu de rôle ; tâches à domicile Remédiation cognitive : cibles, principes et techniques : Thérapie cognitive : démarches axées sur le contenu de la pensée Cibles : biais cognitifs (schémas de pensées rigides qui sous-tendent certaines idées délirantes) <ul style="list-style-type: none">- Saut aux conclusions : « il m'a regardé bizarrement = il me veut du mal »- Biais d'attribution : « les gens se sont arrêtés de parler quand je suis rentré dans la pièce = ils complotaient contre moi » Indications : vécu de persécution, angoisses paranoïdes, hallucinations Séances individuelles ou groupales Développement d'autres schémas de pensée Agissent sur : <ul style="list-style-type: none">⇒ Neurocognition (attention, mémoire, fonctions exécutives)⇒ Cognition sociale (théorie de l'esprit, processus d'attribution, ttt des émotions, connaissances sociales)⇒ Métacognition (réflexivité, décentration, compétences stratégiques) Remédiation cognitive : Principes : stimulation et/ou compensation (++) des fonctions altérées, favoriser « transfert » dans le quotidien, s'appuie sur les processus préservés Bilan neuropsychologique et évaluation des répercussions fonctionnelles préalables Divers programmes de remédiation selon le profil cognitif, le retentissement et les objectifs	
Moyens médicosociaux	Place de l'hospitalisation : Indications : <ul style="list-style-type: none">⇒ Dangerosité pour soi-même (SPDT)⇒ Dangerosité pour autrui (SPDRE)⇒ Désorganisation majeure du comportement Permet le ttt de la crise Pas d'hospitalisation au long cours en dehors d'un contexte médico-légal Objectifs : <ul style="list-style-type: none">- Réduction de la dangerosité- Diminution des symptômes- Surveillance de l'observance- Surveillance de la tolérance et de l'efficacité Préparation de la prise en charge extrahospitalière durant l'hospitalisation Soins extrahospitaliers : <ul style="list-style-type: none">⇒ L'essentiel du soin doit se dérouler en ambulatoire⇒ Il s'agit d'éviter la désinsertion (ou d'éviter de l'aggraver)⇒ HDJ, CATT, CMP, établissements médico-sociaux Mesures sociales :	



	<p>La MDPH permet aux personnes handicapées qui en ont besoin d'accéder aux dispositifs spéciaux d'aide à l'insertion pro et à la formation, elle oriente les personnes reconnues inaptes au travail vers des établissements adaptés, elle attribue différentes aides facilitant l'insertion, garantissant des ressources (AAH)</p> <p>L'assurance maladie décide sur demande une prise en charge à 100% pour les affections psychiatriques de longue durée</p> <p>Réinsertion professionnelle : Prioriser le milieu ordinaire lorsque c'est possible, ou milieu protégé (de préférence de transition) ou atelier thérapeutique pour préparer une insertion pro et construction de projet si nécessaire</p>
Réhabilitation psychosociale et rétablissement	<p>Population concernée : personnes avec des troubles mentaux sévères ou des troubles du spectre autistique</p> <p>Objectif principal : favoriser le rétablissement personnel</p> <p>Moyen : renforcer le pouvoir de décider et d'agir des personnes concernées</p> <p>Rétablissement social : autonomie en termes de logement, d'emploi, de revenu et de relations sociales</p> <p>Rétablissement fonctionnel : restauration de la capacité à affronter des situations, à se saisir de ses capacités et de ses limitations</p> <p>Rétablissement clinique, rémission symptomatique : interventions psychologiques et pharmacologiques</p> <p>Rétablissement personnel : restauration du sens de l'existence, responsabilisation, espoir</p> <p>Outils :</p> <p>Psychoéducation / éducation thérapeutique : groupes formalisés, appropriation de la maladie et de son ttt</p> <p>Entraînement des compétences sociales : groupes formalisés, résolution de problèmes sociaux, jeu de rôle</p> <p>Soutien des aidants : groupes formalisés, acquisition de savoir-faire</p> <p>Entraide entre pairs : entraide informelle, pair-aidance</p> <p>Remédiation cognitive</p>

