

# Troubles schizophréniques de l'adolescent et de l'adulte IC-63

- Connaître la définition des idées délirantes et des hallucinations
- Connaître la définition des schizophrénies
- Connaître les dimensions cliniques des schizophrénies
- Connaître la définition du trouble schizo-affectif
- Connaître la prévalence, la morbi-mortalité
- Connaître les facteurs de risque, le pronostic et l'évolution
- Savoir que l'étiologie est multifactorielle
- Connaître l'analyse sémiologique d'un syndrome délirant
- Connaître le mode d'apparition des troubles schizophréniques
- Connaître le syndrome positif
- Connaître le syndrome négatif
- Connaître le syndrome de désorganisation
- Connaître les principaux diagnostics différentiels non psychiatriques
- Connaître les principaux diagnostics différentiels psychiatriques
- Connaître les principes généraux de la prise en charge
- Connaître les indications du traitement pharmacologique de la phase aiguë
- Connaître les indications du traitement pharmacologique au long cours
- Connaître les indications du traitement non pharmacologique au long cours
- Connaître la prise en charge des comorbidités non psychiatriques, le rôle du médecin généraliste

---

## Connaître la définition des idées délirantes et des hallucinations OIC-063-01-A

**Idées délirantes** : Altérations du contenu de la pensée entraînant une perte de contact avec la réalité, faisant l'objet d'une conviction généralement inébranlable, inaccessible au raisonnement ou à la contestation par les faits, non partagée par le groupe socio-culturel.

**Hallucinations** : Perception sensorielle sans objet.

---

## Connaître la définition des schizophrénies OIC-063-02-A

**Schizophrénies** : Diagnostic clinique, (i) reposant sur l'association d'au moins 2 syndromes pendant au moins un mois parmi syndrome positif, syndrome négatif et syndrome de désorganisation et (ii) associé à la présence de difficultés de fonctionnement dans le travail, les relations interpersonnelles ou les soins personnels pendant au moins 6 mois.

**Episode psychotique bref** : les troubles persistent entre 1 jour et 1 mois.

**Trouble schizophréniforme** : les troubles persistent entre 1 et 6 mois.

Répercussions sociales ou professionnelles depuis le début des troubles avec absence de diagnostic différentiel psychiatrique ou non psychiatrique.

---

## Connaître les dimensions cliniques des schizophrénies OIC-063-03-A

Syndrome positif : idées délirantes et hallucinations

Syndrome négatif : appauvrissement de la vie psychique et affective

Syndrome de désorganisation : perte de l'unité psychique entre émotions, cognitions et comportements

Altérations des fonctions cognitives

---

## Connaître la définition du trouble schizo-affectif OIC-063-04-B

**Trouble schizo-affectif** : Episodes thymiques présents pendant une partie conséquente de la durée totale des périodes actives et résiduelles de la maladie. Symptômes psychotiques présents en dehors des épisodes thymiques.

---

## Connaître la prévalence, la morbi-mortalité OIC-063-05-B

### *Epidémiologie descriptive*

*Prévalence* : 0,4 à 0,7%.

*Incidence* : 15 nouveaux cas/ 100000 personnes/ an.

Sex ratio H/F = 1,4.

Réduction de l'espérance de vie de 10 à 20 ans à l'âge de 20 ans, principalement en raison d'une mortalité précoce cardio-vasculaire et respiratoire

## **Comorbidités**

### **- Comorbidités psychiatriques**

Troubles de l'humeur : 30% des patients stabilisés avec un impact sur l'évolution

Risque suicidaire important, notamment dans les premières années d'évolution

TOC, troubles de la personnalité, état de stress post-traumatique

### **- Comorbidités addictologiques**

Trouble de l'usage de tabac, de cannabis ou d'alcool.

### **- Comorbidités non psychiatriques**

50% des patients présentent une affection non psychiatrique, 30% un syndrome métabolique, 50% une obésité

---

## **Connaître les facteurs de risque, le pronostic et l'évolution OIC-063-06-B**

### ***Facteurs de risque***

Facteurs qui modifient le niveau de risque, associés statistiquement à la survenue de la maladie.

- Biologiques/génétiques : sexe masculin, antécédents familiaux
- Facteurs pré et périnataux : complications obstétricales, famine, déficit en folates, infection, stress, âge paternel, naître en hiver ou au printemps
- Habitudes de vie : cannabis
- Facteurs socio-économiques : migration, précarité, événements stressants
- Facteurs environnementaux : naître et grandir en milieu urbain

### ***Evolution***

Généralement chronique, fluctuante avec des épisodes aigus

Début généralement entre 18 et 25 ans

### ***Pronostic***

5% des patients souffrant de schizophrénie meurent par suicide.

Rémission complète dans 20 à 25% des cas

Conservation d'une qualité de vie globalement satisfaisante même s'il existe une dégradation du fonctionnement socio-professionnel la plupart du temps

Facteurs de bon pronostic : Sexe féminin, environnement favorable, bon fonctionnement pré-morbide, début tardif (après 35 ans), bonne conscience du trouble, prise en charge précoce et bonne adhésion au traitement antipsychotique.

---

## **Savoir que l'étiologie est multifactorielle OIC-063-07-B**

Origine multifactorielle sur un modèle stress-diathèse ou stress-vulnérabilité = Ensemble dynamique de facteurs génétiques et environnementaux qui interagissent entre eux et influencent la vulnérabilité et/ou l'expression clinique de la maladie tout au long du développement

---

## **Connaître l'analyse sémiologique d'un syndrome délirant OIC-063-08-A**

On décrit les idées délirantes par les caractéristiques suivantes:

### ***Thème***

Thématiques uniques ou multiples sur lesquelles porte l'idée délirante.

Thèmes : persécution, mégalomanie, mystique, filiation, somatique, érotomanie, influence, référence, perte de l'intimité psychique, mission, messianique

### ***Mécanisme***

Processus de construction de l'idée délirante. Mécanismes : interprétatif, hallucinatoire, intuitif et imaginaire

### ***Systématisation***

Organisation et cohérence des idées délirantes.

- Dans la schizophrénie, les idées délirantes sont non systématisées, floues, sans logique, sans fil narratif

- Dans le trouble délirant persistant, les idées délirantes sont systématisées avec une logique apparente au délire.

## **Adhésion**

Croyance du patient en ses idées délirantes, fluctuante et dynamique.

- Adhésion totale : conviction inébranlable, inaccessible au raisonnement
- Adhésion partielle : critique possible des idées délirantes.

## ***Retentissement émotionnel et comportemental***

- anxiété
- risque de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif
- modification de mode de vie

---

## **Connaître le mode d'apparition des troubles schizophréniques OIC-063-09-A**

Début de la maladie par un épisode psychotique aigu dans 50% des cas

Début insidieux avec un retrait social progressif, des signes atypiques évoluant pendant plusieurs mois ou années, une chute des résultats scolaires et un retard diagnostique

Il existe des formes à début précoce (avant 18 ans) et des formes à début tardif (après 35 ans, hallucinations fréquentes, peu de syndrome négatif ou de désorganisation)

---

## **Connaître le syndrome positif OIC-063-10-A**

Le syndrome psychotique positif correspond aux idées délirantes et aux hallucinations.

## **Idées délirantes**

Prévalence vie entière de plus de 90%.

## **Hallucinations psychosensorielles**

Prévalence vie entière de 75%, le plus souvent en phase aiguë.

Hallucinations relevant de manifestations sensorielles. Tous les sens peuvent être concernés.

- Hallucinations auditives : les plus fréquentes, sons simples (sonnerie, mélodie) ou voix (hallucinations acoustico-verbales), souvent négatives (critiques, commentaires des actes, injonctions), associées à des attitudes d'écoute et la mise en place de moyens de protection
- Hallucinations visuelles : 30% des patients, élémentaires (lumières, taches colorées, ombres...) ou complexes (objets, personnes, scènes).
- Hallucinations tactiles : 5% (brûlures, piqûres).
- Hallucinations des autres sens moins fréquentes : Gustatives, olfactives ou cénesthésiques.

## **Hallucinations Intrapsychiques**

Les hallucinations intrapsychiques ne font pas intervenir les sens. Elles correspondent à des idées délirantes dont la thématique est la perte de l'intimité psychique : voix intérieures, écho de la pensée, lecture de la pensée, vol de la pensée, syndrome d'influence (impression d'être téléguider par une force extérieure).

---

## **Connaître le syndrome négatif OIC-063-11-A**

Le syndrome négatif correspond à des signes cliniques traduisant un déficit de la vie psychique, pouvant entraîner une vie relationnelle pauvre.

- Sur le plan affectif : émoussement des affects, peu d'expression faciale des émotions, ton de la voix, regard fixe, aspect figé.
- Sur le plan des pensées : pauvreté du discours ou alogie, difficultés dans la communication avec réponses courtes, imprécises.
- Sur le plan comportemental : Apragmatisme, retrait social et apathie

Les perturbations des fonctions cognitives coexistent avec la sémiologie psychotique. Elles sont responsables d'une partie importante du dysfonctionnement psychosocial des patients. Elles correspondent à des perturbations des fonctions exécutives, de la mémoire épisodique verbale, de l'attention et de la vitesse de traitement de l'information.

---

## **Connaître le syndrome de désorganisation OIC-063-12-A**

Le syndrome de désorganisation psychotique correspond à une perte de l'unité psychique entre émotions, cognitions et

comportements.

## Sur le plan cognitif

Altérations du cours de la pensée avec un discours diffluent, décousu, parfois incohérent.

- Barrages : brusque interruption du discours, en pleine phrase, suivie d'un silence
- Fading : ralentissement du discours et réduction du volume sonore.
- Altérations du système logique ou illogisme.
- Ambivalence : tendance à éprouver ou exprimer concomitamment deux sentiments inverses.
- Rationalisme morbide : logique et raisonnement irréalistes
- Raisonnement paralogique : intuitions, mélange d'idées, analogies.
- Altération de la capacité d'abstraction.

## Altérations du langage

- Maniérisme : vocabulaire précieux et décalé.
- Néologisme : nouveaux mots.
- Paralogisme : nouveau sens à des mots connus ou déformations de mots existants.
- Néo-langage : jargonophasie ou schizophasie.

## Sur le plan affectif

- Discordance idéo-affective = expression d'idées associée à des émotions contraires.
- Sourires discordants, rires immotivés.

## Sur le plan comportemental

- Maniérisme gestuel = mauvaise coordination des mouvements.
- Parakinésies = décharges motrices imprévisibles, paramimies (mimiques qui déforment l'expression du visage).

---

## Connaître les principaux diagnostics différentiels non psychiatriques OIC-063-13-A

- Neurologiques : épilepsies, tumeurs cérébrales, AVC, inflammation, auto-immun
- Endocriniennes : dysthyroïdies...
- Métaboliques : Maladie de Wilson, hypoglycémie, dyscalcémie...
- Infectieuses : neurosyphilis, Sida...
- Iatrogène : L-DOPA, méfloquine...
- Intoxication par une substance psychoactive : psychostimulants (amphétamines, cocaïne), hallucinogènes (cannabis, anticholinergiques, LSD, kétamine...)

---

## Connaître les principaux diagnostics différentiels psychiatriques OIC-063-14-B

- [Troubles de l'humeur](#)
- [Troubles délirants persistants](#)
- [Troubles du neurodéveloppement](#)

---

## Connaître les principes généraux de la prise en charge OIC-063-15-B

### Elimination d'un diagnostic non psychiatrique

- Bilan sanguin (bilan standard avec calcémie et TSHus)
- Toxicologie urinaire
- Imagerie cérébrale (particulièrement si 1<sup>er</sup> épisode, signes d'appel neurologiques ou manifestations atypiques).
- EEG utile lors d'un premier épisode ou plus tard pour éliminer une comitialité.
- Bilan orienté selon la clinique et les antécédents du patient.

### Hospitalisation en psychiatrie

Si épisode aigu avec troubles du comportement, risque suicidaire ou hétéro-agressif

### Traitement pharmacologique antipsychotique

Traitement de l'épisode aigu qui sera poursuivi pour le maintien de l'efficacité (prévention d'une rechute de l'épisode) puis en prévention de la récurrence lors de la rémission.

Choix en fonction de l'efficacité, de la tolérance et de l'observance des traitements antérieurs reçus.

Antipsychotiques de seconde génération en première intention

Objectif : monothérapie, dose minimale efficace et tolérée

Délai d'action de 3 à 6 semaines

Traitement minimal de 2 ans à la suite du premier épisode

## Traitement pharmacologique associé

Traitement anxiolytique (phénothiazines, comme cyamémazine ou lévomépromazine, ou benzodiazépines) sur une durée courte

## Prise en charge psychosociale

- Éducation thérapeutique du patient et de ses proches
- Programme de remédiation cognitive et réhabilitation sociale et professionnelle
- Mise en place d'une prise en charge en ALD
- Discussion d'une mesure de protection en cas de difficultés de gestion administratives et financières

## Traitement par électrostimulation

- Électroconvulsivothérapie ou « ECT » : peut être utilisée en cas de résistance au traitement médicamenteux ou de syndrome catatonique associé.
- Autres traitements possibles : la stimulation par résonance magnétique transcrânienne dans la lutte contre les hallucinations résiduelles

---

## Connaître les indications du traitement pharmacologique de la phase aiguë OIC-063-16-A

Symptomatologie psychotique entraînant une souffrance et/ou un dysfonctionnement dans un domaine important de la vie et/ou la nécessité d'une hospitalisation

---

## Connaître les indications du traitement pharmacologique au long cours OIC-063-17-B

Il est recommandé de poursuivre le traitement antipsychotique, s'il est efficace et bien toléré, au moins 2 ans après la rémission totale d'un épisode unique.

Après le deuxième épisode, cette durée minimale passe à 5 ans sans aucun symptôme.

Les traitements associés sont progressivement interrompus après la phase aigüe.

---

## Connaître les indications du traitement non pharmacologique au long cours OIC-063-18-B

Le traitement pharmacologique au long cours doit être associé à une prise en charge psychosociale.

### Suivi psychiatrique

Surveillance et prévention de la récurrence, surveillance de l'observance et de la sécurité du médicament.

Psychothérapie de soutien centrée sur les ressources adaptatives, l'empathie, les encouragements.

### Psychothérapie cognitivo-comportementale

Réduction de l'impact des symptômes persistants en dépit d'un traitement antipsychotique bien conduit.

### Éducation thérapeutique

Réduction du risque de rechute en formant le patient et ses proches à la maladie, son traitement et l'organisation des soins. Il s'agit d'optimiser les ressources du patient et de son entourage ainsi que leurs capacités d'auto-soins et d'adaptation. L'éducation thérapeutique du patient participe à l'amélioration de la santé du patient, de sa qualité de vie et de celle de ses proches.

### Remédiation cognitive

Techniques de rééducation cognitive pour améliorer le fonctionnement cognitif et/ou les cognitions sociales.

### Réadaptation psychosociale

Soins de réadaptation et prise en charge médico-sociales pour accompagner les patients dans la vie quotidienne ou professionnelle.

# Connaître la prise en charge des comorbidités non psychiatriques, le rôle du médecin généraliste OIC-063-19-B

La prise en charge des nombreuses comorbidités non psychiatriques nécessite un lien étroit entre les professionnels de santé et le médecin traitant du patient, nommé référent auprès de l'assurance maladie et chargé de la coordination des soins, de la prévention et du dépistage.

[Consultation de suivi d'un patient polymorbide SD-267](#)

[Consultation de suivi d'un patient polymédiqué SD-266](#)

[Consultation de suivi d'une pathologie chronique SD-279](#)