

**Université de Djilali Liabes Sidi Bel Abbès**  
**Faculté de Médecine**

**Enseignement 5ème année de médecine**  
**Module : Santé Mentale**  
**Année universitaire 2024-2025**

## **« la schizophrénie »**



**Dr DJEBBOUR . H**

**Maitre assistante en psychiatrie**

**CHU de Sidi Bel Abbès**



# Introduction

- Du grec : **schizen** = couper et  
**phren** = cerveau, pensée.
- La schizophrénie est une maladie qui affecte les fonctions supérieures du cerveau et qui est caractérisée par la présence d'une **dissociation mentale** et **d'affects émoussés** ou **inappropriés**, d'**hallucinations** et de **délire**.
- Un trouble psychotique chronique (perte de contact avec la réalité)



**VRAI OU FAUX ?**

**LA SCHIZOPHRÉNIE  
EST UN DÉDOUBLEMENT  
DE LA PERSONNALITÉ.**



# Epidémiologie

La schizophrénie est un problème de santé publique:

- > 1% de la population générale ;
- Occupe 80% des lits d'hôpitaux psychiatriques; Parmi les 1ères causes d'invalidité;
- Mortalité 1,75 à 4 fois plus élevée, Durée de vie inférieure de 10 ans par rapport à la population générale;
- Mortalité suicidaire : 10 % des décès;
- Mortalité cardio-vasculaire : deux fois plus que la population générale ;
- 30 à 40 % de comportements d'addiction (drogues...).

# Étiopathogénie

Maladie **bio-psycho-sociale** dont la survenue dépendrait :

## 1-D'une prédisposition génétique :

les facteurs génétiques sont essentiels mais insuffisant au développement de la schizophrénie.

- ✓ 1 parent schizophrène => 10% de chance qu'un enfant soit schizophrène
- ✓ les 2 parents schizophrènes => 40% de chance qu'un enfant soit schizophrène



## 2-Des facteurs environnementaux:

Certains facteurs environnementaux ont été incriminés dans la schizophrénie tels qu'une :

- ✓ Infection virale contractée par la mère au cours de la grossesse du futur enfant, les complications obstétricales à la naissance de l'enfant,
- ✓ Consommation précoce et importante de cannabis,
- ✓ Antécédents de traumatisme crânien dans l'enfance.
- ✓ Milieux défavorisés.
- ✓ Évènements de vie.
- ✓ Carence nutritionnelle

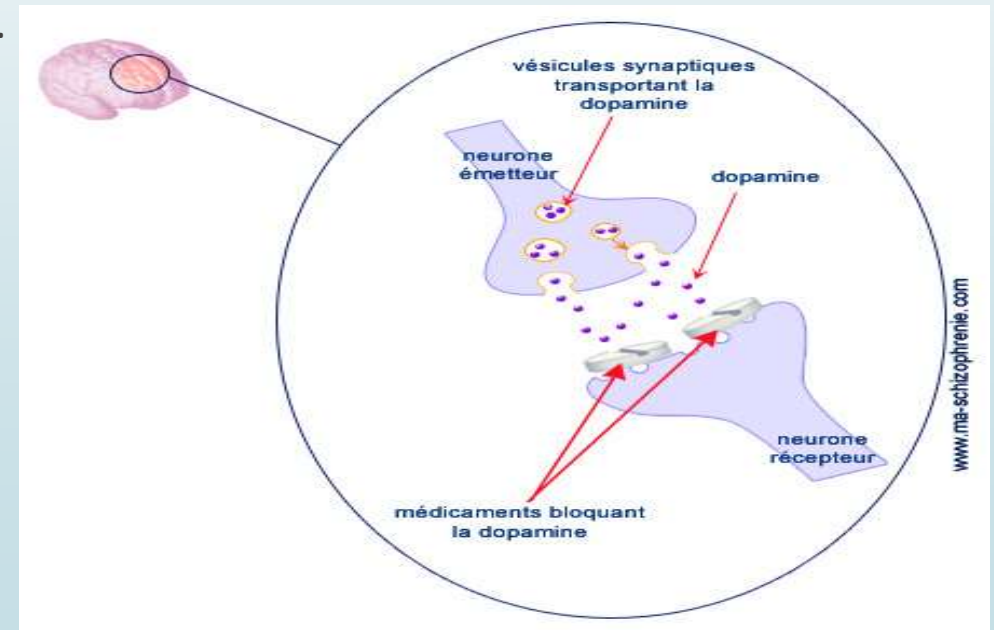
### 3-De l'implication de plusieurs systèmes de neurotransmission:

#### ► Hypothèse dopaminergique :

c'est la plus étudié. Les études retrouvent une hyperactivité dopaminergique sous corticale associée à la symptomatologie positive et une hypoactivité dopaminergique frontale liée à la fois à la symptomatologie dite négative et aux troubles cognitifs.

#### ► Autres neurotransmetteurs :

Avec la dopamine, d'autres neurotransmetteurs sont également concernés. Ex: la sérotonine et le glutamate. Le déséquilibre de l'un des systèmes modifierait nécessairement le fonctionnement de l'autre dans la schizophrénie.



# Description Clinique

## A/ Modes D'entrée:

- Selon OMS, la schizophrénie apparaît généralement entre **la fin de l'adolescence** et le **début de l'âge adulte**.

## Âge moyen d'apparition :

Chez les **hommes** : **entre 15** et **25 ans**.

Chez les **femmes** : **entre 25** et **35 ans**

- Il existe classiquement **deux modes** d'entrée dans la maladie.



## ► A1/Début brutal

- ✓ Episode psychotique bref ou transitoire; une éclosion brutale d'un délire polymorphe dans ses thèmes est ses mécanismes avec des fluctuations thymiques et angoisse
- ✓ Troubles schizophréniformes : un tableau proche de la schizophrénie mais d'évolution plus courte (moins de 6 mois)
- ✓ Episode thymique atypique : Il s'agit d'un épisode maniaque ou dépressif atypique, avec des caractéristiques psychotiques telles que : délires incongrus à l'humeur. Hallucinations auditives ou cénesthésiques. EX : Un étudiant de 22 ans présente un épisode dépressif avec culpabilité intense, mais affirme être un prophète et entend des voix mystérieuses le guider.
- ✓ Etat confusionnel
- ✓ Impulsions : Le début brutal peut être marqué par des actes impulsifs, parfois spectaculaires :
  - ❖ Fugue psychotique : errance sans but avec perte du contact avec la réalité.
  - ❖ Tentative de suicide dans un contexte d'angoisse intense ou sous l'influence d'hallucinations impératives.
  - ❖ Agressivité soudaine et actes violents, souvent en réaction à des idées délirantes .
- ✓ Troubles des conduites avec consommation des drogues et notamment, le cannabis..

**A2/ Début Progressif** : se caractérise par des changements insidieux qui s'installent sur plusieurs mois ou années avant l'éclosion franche du trouble

✓ **Fléchissement de l'activité; Désinvestissement scolaire, professionnel ou social :**

Apparition d'un retrait progressif des interactions sociales, un désintérêt pour les loisirs et les responsabilités quotidiennes, une fatigue inexplicée. **Ex** : Un étudiant autrefois sérieux commence à négliger ses cours, il passe sa journée enfermé dans sa chambre, n'assiste plus aux examens et perd tout intérêt pour ses études.

✓ **Modification de l'affectivité et de la personnalité :** Expressions émotionnelles inappropriées (rires immotivés, froideur affective). Une modification des relations sociales (isolement, méfiance).

✓ **Idées délirantes**

✓ **Troubles du comportement**; Changements inexplicés dans les habitudes de vie (négligence de l'hygiène, errance). Une attitude bizarre ou inadaptée

✓ **Manifestations pseudo névrotiques :** Troubles anxieux, crises de panique inexplicées. Symptômes obsessionnels-compulsifs atypiques. Plaintes hypocondriaques exagérées. Phobies inhabituelles. Troubles du sommeil persistants (insomnie ou inversion du rythme veille-sommeil).

## B/ PÉRIODE D'ÉTAT

### B1/Symptômes positifs:

1/ idées délirantes: altération du contenu de la pensée entraînant une rupture du contact avec la réalité


- Conviction inébranlable, inaccessible au raisonnement et généralement non partagée par le groupe socio-culturel du sujet

1-1Thème : le sujet principal sur lequel porte l'idée délirante :

1 -Délire de persécution (ou paranoïaque) : Le patient est convaincu d'être victime d'un complot, d'espionnage ou de harcèlement. **Ex** : « Mes voisins ont installé des caméras chez moi pour m'espionner, je dois couvrir toutes les fenêtres. »

2-Délire mystique ou religieux : Le patient pense avoir une mission divine ou être en communication avec des forces surnaturelles. **Ex** : « Dieu m'a choisi pour sauver l'humanité, je dois transmettre son message. » « Les anges me parlent chaque nuit et me donnent des instructions. »

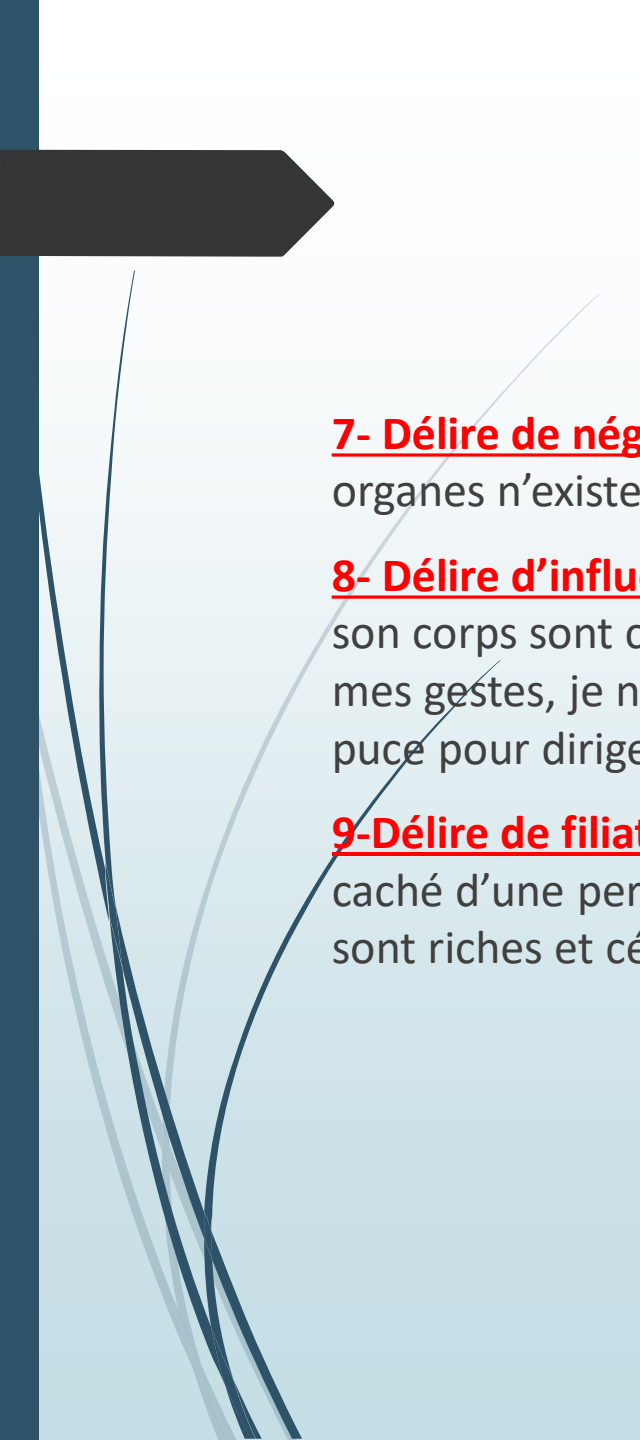
3-Délire de grandeur (mégalo-maniaque) : Le patient se croit exceptionnel, doté de pouvoirs ou d'un statut hors du commun. **Ex** : « J'ai des pouvoirs magiques, je peux contrôler les pensées des autres. »



**4-Délire de référence** : Le patient pense que des événements anodins ou des messages s'adressent à lui personnellement. **Ex** : « Quand le présentateur télé a dit 'faites attention', il m'avertissait d'un danger. » « Les panneaux de signalisation dans la rue sont des messages codés pour moi. »

**5-Délire érotomaniac** : Le patient croit qu'une personne (souvent célèbre ou inaccessible) est secrètement amoureuse de lui. **Ex** : « La présentatrice du journal télévisé m'aime, elle m'envoie des signaux à travers ses gestes. » « Mon médecin est amoureux de moi, mais il ne peut pas l'avouer à cause des règles professionnelles. »

**6-Délire hypocondriaque (ou somatique)** : Le patient est persuadé d'avoir une maladie grave ou d'être transformé physiquement. **Ex** : « J'ai des parasites invisibles sous ma peau qui me grignotent. » « Mon cerveau a été remplacé par une puce électronique. »



**7- Délire de négation (Syndrome de Cotard)** : Le patient pense être déjà mort ou que ses organes n'existent plus. **Ex**: « Mon corps est vide, il n'y a plus d'organes à l'intérieur. »

**8- Délire d'influence ou de possession**: Le patient croit que ses pensées, ses actions ou son corps sont contrôlés par une force extérieure. **Ex** : « Des extraterrestres contrôlent mes gestes, je ne suis plus maître de mon corps. » « Le gouvernement m'a implanté une puce pour diriger mes pensées. »

**9-Délire de filiation** : Le patient pense appartenir à une famille royale ou être un enfant caché d'une personnalité connue. **Ex** : « J'ai été échangé à la naissance, mes vrais parents sont riches et célèbres. »



**1-2 Mécanisme** : est le processus par lequel l'idée délirante se construit:

**1- interprétatif** : attribution d'un sens erroné à une perception réelle. **Ex** : "Les gens qui portent du rouge m'envoient un message secret pour me contrôler."

**2- hallucinatoire** : construction d'une idée délirante à partir d'une hallucination. **Ex** : Une voix dit au patient : "Tu es surveillé, fais attention."

**3- intuitif** : idée fausse admise sans vérification ni raisonnement logique . **Ex** "J'ai compris sans aucun doute que je suis l'enfant caché du président."

**4-imaginatif** : fabulation ou invention Construction progressive d'un délire complexe et structuré, souvent riche en détails. **Ex** : "Je suis un espion et mes parents sont en réalité des agents qui surveillent mes moindres faits et gestes."



**1-3 Systématisation** : organisation et cohérence des idées délirantes

- Dans la schizophrénie, le délire paranoïde est généralement non systématisé, c'est-à-dire qu'il est souvent flou, incohérent, et polymorphe.

**1-4-Adhésion** : degré de conviction attaché aux idées délirantes.

**1-5 Retentissements** : Le délire a un impact majeur sur le vécu émotionnel et le comportement du patient, pouvant entraîner des réactions diverses, parfois dangereuses : anxiété, dépression, risque suicidaire, risque de passage à l'acte hétéro ou auto-agressif

**ex** Un patient schizophrène délirant peut refuser de manger, convaincu que sa nourriture est empoisonnée, ou agresser un proche qu'il croit être un espion.

## 2- Hallucinations :

- Les hallucinations sont des perceptions sans objet à percevoir , c'est-à-dire que la personne perçoit quelque chose (son, image, odeur...) alors qu'aucun stimulus extérieur réel ne l'explique. Contrairement **aux illusions** (qui sont une déformation d'un stimulus réel), les hallucinations sont spontanées, involontaires et vécues comme réelles par le patient.

- Les différents types d'hallucinations


2-1. Hallucinations auditives (les plus fréquentes en psychiatrie) : Le patient entend des sons ou des voix alors qu'aucune source sonore réelle n'est présente. **Ex** : Un patient schizophrène entend des voix qui lui parlent, souvent insultantes ou commandantes ("Tu es un raté", "Tues-toi").

Dans la schizophrénie, ces voix sont souvent **impératives** (donnent des ordres), **dialoguantes** (se parlent entre elles) ou **commentatrices** (décrivent ce que le patient fait).

2-2. Hallucinations visuelles : Perception d'images ou de scènes inexistantes. **Ex** : Un schizophrène voit des ombres menaçantes qui l'observent.

2-3. Hallucinations olfactives et gustatives : Perception d'odeurs ou de goûts inexistants, souvent désagréables. **Ex** : Un patient schizophrène croit sentir une odeur de pourriture sur lui et pense être possédé.





**2-4. Hallucinations tactiles (ou cénesthésiques):** Perception de sensations corporelles inexistantes. **Ex** : Un patient schizophrène ressent des insectes qui rampent sous sa peau (hallucination tactile hypnagogique).

**2-5. Hallucinations psychiques (ou intrapsychiques)** : Le patient perçoit des pensées ou des voix qui s'imposent à son esprit, sans qu'elles soient "entendues" comme des voix extérieures. **Ex** : Un schizophrène a l'impression que quelqu'un insère des pensées dans son cerveau ("on me met des idées dans la tête"). Ces hallucinations sont **très spécifiques** à la schizophrénie et sont souvent liées au délire d'influence ou de contrôle.

### ➤ Les comportements hallucinatoires

correspondent aux réactions et attitudes adoptées par un patient en **réponse** à des hallucinations.

Ces comportements peuvent être observés en clinique et permettent de suspecter la présence d'hallucinations, même lorsque le patient ne les verbalise pas spontanément. peuvent être :

✓ Des attitudes d'écoute, Ex : Il tourne légèrement la tête, tend l'oreille, fronce les sourcils comme s'il essayait de mieux entendre quelque chose.

✓ Des expression de peur ou d'amusement, Ex : Un patient qui semble terrorisé, regarde autour de lui, se cache ou s'agite brusquement . ou à l'inverse, un patient peut sourire ou rire sans raison apparente, comme s'il réagissait à une plaisanterie invisible.

✓ Conversation avec des interlocuteurs invisibles, Le patient parle seul, pose des questions ou répond comme s'il dialoguait avec quelqu'un.

✓ Stratégies d'évitement Certains patients cherchent à se protéger des hallucinations désagréables. Ex le réglage de la télé à haute voix, coton dans les oreilles .....

## **B2/ Symptômes Désorganisés**

### **1/Discours Désorganisé:**

✓ Discours incompréhensible, l'enchaînement des idées est perturbé par un trouble des associations qui sont floues lointaines, coq à l'âne; réponses à côté; Illogisme voire rationalisme morbide ; néologisme et paralogisme ;discours incohérent.

### **2/Affects Inappropriés:** Expression émotionnelle sans rapport avec la situation :

Pleurs ou rires à des moments inopportun ; rires immotivés ; colère ou désespoir non motivés.

### **3/ Comportement Désorganisé:** Le comportement ne semble pas dirigé vers un but:

- ✓ Hyperactivité motrice stéréotypée, stéréotypies gestuelles;
- ✓ Présentation insolite;
- ✓ Comportement bizarre comme collectionner des objets; Conduites sexuelles inattendues, désinhibition exhibitionnisme;
- ✓ Agressivité et hostilité imprévisibles.

### **B3/ Symptômes Négatifs:**

**1/Avolition** : A « sans » et volition « acte de volonté de choix ou de décision »

- Incapacité à prendre des initiatives; incapacité à poursuivre des actions (apragmatisme); peu d'intérêts dans la réalisation d'actes quotidiens même basiques tels que entretenir leur hygiène corporelle (incurie ).

**2/ Alogie:** A « sans », et logos « mots »

- Relative absence de discours; réponses brèves ; désintérêt pour les conversations.

**3/Anhédonie :** A « sans », Hédonisme « plaisir »

- absence de plaisir manifeste ; indifférence par rapport aux activités considérées comme procurant du plaisir comme manger interagir avec les autres.

**4/Emoussement Affectif:**


- Visage ressemble en permanence à un masque, n'exprimant pas d'émotions ; Regard vide; Ton monocorde ; Insensibilité apparente à ce qui se passe autour d'eux.



# Critères diagnostiques de la schizophrénie selon le DSM-5

**A.** Deux ou plus des symptômes suivants sont présents pendant une partie significative du temps sur une période **d'un mois** (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement). Au moins l'un des symptômes doit être **1, 2** ou **3** :

- 1- Idées délirantes
- 2- Hallucinations
- 3- Discours désorganisé (c.-à-d., coq-à-l'âne fréquents ou incohérence)
- 4- Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
- 5- Symptômes négatifs (c.-à-d., réduction de l'expression émotionnelle, aboulie)



**B.** Dysfonctionnement social ou occupationnel : Une altération significative du fonctionnement dans le travail, les relations interpersonnelles ou l'autonomie.

**C.** Durée : Signes persistants du trouble pendant au **moins 6 mois**, incluant au moins 1 mois de phase active avec les critères du point A.

**D.** Exclusion des troubles schizoaffectifs et de l'humeur : L'épisode psychotique ne doit pas être exclusivement attribuable à un trouble schizoaffectif ou un trouble dépressif/bipolaire avec caractéristiques psychotiques.

**E.** Exclusion d'une cause médicale ou toxique : Les symptômes ne doivent pas être dus à une substance (drogues, médicaments) ou à une affection médicale.

**F.** En cas d'antécédents de trouble du spectre de l'autisme ou d'un trouble de la communication : Le diagnostic de schizophrénie n'est posé que si des délires ou hallucinations marquées sont présents depuis au moins un mois.

# QU'EST-CE QUE LA SCHIZOPHRÉNIE ?

La schizophrénie est un trouble mental sévère et chronique. **Il n'y a pas un unique symptôme qui détermine cette maladie.** Généralement les patients ont des symptômes comprenant :

- ☒ **Délires :**  
Perception erronée de la réalité, incapacité de raisonnement et qui ne s'explique pas culturellement.
- ☒ **Hallucinations :**  
Troubles de la perception comme entendre des voix.
- ☒ **Désorganisation de la pensée et de la parole.**  
Incohérence et confusion de la pensée.
- ☒ **Comportement désorganisé :**  
Y compris la catatonie.
- ☒ **Les symptômes négatifs :**  
Perte de motivation, émotion et intérêt dans les activités.

Il y a un impact majeur sur :

- ☒ **autonomie ;**
- ☒ **travail ;**
- ☒ **relations sociales.**

# Diagnostic différentiel

**1/ Trouble psychotique dû à une affection médicale générale:** Certaines affections médicales générales peuvent se manifester par des idées délirantes et des hallucinations:


- Maladie du cerveau (épilepsie, trauma, tumeur , encéphalite etc.....)
- Maladies systémiques (syphilis, porphyrie, hypoglycémie, syndrome de cushing, LED encéphalopathie hépatiques)

**2/ Le trouble psychotique induit par une substance,**

- Drogues (amphétamines, cocaïne, Phencyclidine, marijuana, hallucinogènes)
- Sevrage (alcool, sédatifs hypnotiques)
- Effets secondaires de médicaments prescrits (stéroïdes, L-dopa, isoniazide et de nombreux autres)
- Métaux lourds (plomb, mercure)

**3/ Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques:** Les symptômes psychotiques apparaissent exclusivement au cours de périodes de perturbation de l'humeur.





**4/ Trouble schizo-affectif** : Un épisode thymique contemporain des symptômes de la phase active de la schizophrénie ,les signes thymiques doivent être présents pendant une période substantielle de la durée totale de la maladie en phase active ou résiduelle

**5/Trouble schizophréniforme**: Ancienne bouffée délirante aiguë, symptomatologie ne répondant pas au critère de durée <6 mois.

**6/ Trouble psychotique bref**: Durée d'évolution des symptômes < à un mois.

**7/ Trouble délirant**: Ancienne psychose paranoïaque délire bien systématisé et à mécanisme essentiellement interprétatif.



# Evolution et pronostic

La schizophrénie est une pathologie **chronique** cependant l'évolution peut être continue sans véritable période d'amélioration voire même aggravation progressive ou bien épisodique:

- **20 à 25%** évolution favorable.
- **50 à 60%** des patients grâce à une médication neuroleptique continue pourront avoir une bonne stabilisation.
- **5 à 15%** aggravation malgré un traitement bien conduit



## Éléments de bon pronostic

- ✓ Sexe féminin;
- ✓ Personnalité pré morbide adaptée;
- ✓ Un environnement favorable;
- ✓ Des facteurs déclenchant manifestes;
- ✓ Un début tardif et aigue;
- ✓ Un tableau clinique polymorphe et de durée brève;
- ✓ Un traitement antipsychotique précoce et Une bonne observance;
- ✓ Un bon fonctionnement entre les épisodes;
- ✓ Antécédents familiaux de troubles de l'humeur et non de schizophrénie.

# Prise en charge

## Principe du traitement :

- Le traitement de la schizophrénie ne peut se réduire à l'emploi d'une seule méthode thérapeutique.
- Les psychotropes sont associés à des mesures non pharmacologiques visant à favoriser l'observance, à rendre acceptable le vécu du patient et à palier ses déficiences (restauration cognitive, amélioration des compétences sociales, réinsertion socioprofessionnelle).
- Le traitement comprend généralement un volet socio-thérapeutique. Il est donc **pharmaco-psycho-social**.
- Le traitement doit être initié le plus tôt possible. Plus tardif est le traitement, moins le pronostic sera bon
- Les antipsychotiques, qui permettent d'une part le traitement de l'accès aigu et d'autre part la prévention des rechutes, doivent être maintenus au long cours.
- Le traitement de chaque patient doit être adapté à ses propres troubles (pas de standardisation du traitement)



### Indications d'hospitalisation :

- Prévention du risque suicidaire ou homicidaire (surveillance permanente du comportement et suppression des objets dangereux).
- Nécessité de traiter rapidement des symptômes aigus ne permettant pas le maintien dans la communauté.
- Etablissement du diagnostic et évaluation des troubles (observation).
- Instauration d'un traitement psychotrope (surveillance appropriée et traitement des effets indésirables).
- Lors de désorganisation majeure du comportement (assistance pour les besoins élémentaires alimentation, toilette, habillement).
- Etablissement de liens entre l'équipe de soin et le patient qui favoriseront la prise en charge ultérieure (psychoéducation)
- Séparation transitoire du patient et de son environnement parfois anxiogène.
- Observation du comportement du patient et de ses interactions avec les autres.
- Surveillance de l'observance, de l'efficacité et de la tolérance du traitement



### Modalités :

- Un traitement d'attaque avec les neuroleptiques puis un traitement d'entretien avec des doses plus adaptées.

- Exemple de neuroleptiques :

De première génération ou classique : Halopéridol / chlorpromazine... (induisant des effets secondaires parfois délétères)

De seconde génération ou atypique : rispéridone / olanzapine/ aripiprazole ... avec moins d'effets secondaires et meilleur usage

- Le dosage et la classe du neuroleptique peut être adapté selon la forme clinique
- Parfois usage de neuroleptiques à libération prolongée en cas de mauvaise compliance du traitement par le patient

### Autres types de traitement associé:

- Sismothérapie ou électro-convulsivothérapie (ECT), est un traitement qui consiste à provoquer une crise convulsive brève à l'aide d'un courant électrique appliqué au niveau du cerveau. indiquée :
  - Formes résistantes aux traitements médicamenteux.
  - États catatoniques (mutisme, rigidité, immobilité extrême).
  - Situations d'urgence (schizophrénie avec risque suicidaire élevé ou agressivité incontrôlable)
- Psychothérapie pour : Aider le patient à mieux comprendre sa maladie et à accepter son traitement. Réduire l'anxiété et améliorer la gestion des symptômes. Travailler la réinsertion sociale et professionnelle.
- Mesures sociales : Carte Chiffa 100% : prise en charge totale des traitements antipsychotiques (schizophrénie reconnue comme maladie chronique).



## Cas clinique

- M. A , 24 ans, est amené aux urgences psychiatriques par sa famille, inquiète de son comportement inhabituel depuis plusieurs semaines. Il s'est progressivement isolé, cessant de sortir et adoptant une attitude méfiante envers ses proches.
- Depuis quelques jours, il rapporte "on me suit dans la rue »,« Dieu m'a donné une mission », « je suis un génie que le monde veut éliminer » « on contrôle mes pensées avec des ondes ». Il rapporte également qu'il entend des voix dialoguantes qui discutent entre elles à son sujet et des voix impératives qui lui donnent des ordres.
- Son comportement est marqué par une agitation importante et une méfiance constante : il parle seul à voix haute comme s'il répondait à des interlocuteurs invisibles et refuse de s'alimenter, convaincu que la nourriture est empoisonnée.
- L'examen clinique ne retrouve pas de trouble neurologique ni de consommation de substances.





### Questions sur ce tableau clinique

- Quels sont les thèmes principaux du délire chez ce patient ?
- Quels sont les types d'hallucinations retrouvés dans ce cas ?
- Quels comportements peuvent faire suspecter la présence d'hallucinations ?
- Quels sont les critères du DSM-5 remplis par ce patient pour poser le diagnostic de schizophrénie ?



# Conclusion

- La schizophrénie est un trouble psychiatrique chronique associant symptômes positifs, négatifs et désorganisation cognitive.
- Son diagnostic repose sur des critères cliniques et sa prise en charge combine traitement médicamenteux, psychothérapie et réhabilitation.
- Une prise en charge précoce améliore le pronostic et réduit les rechutes. L'accompagnement à long terme et la lutte contre la stigmatisation sont essentiels.



**MERCI**  
POUR VOTRE  
**ATTENTION**