



**Faculté de médecine d'ALGER  
EHS DRID HOCINE  
Service « A »**

# **SCHIZOPHRÉNIE**

**Dr Boumerdassi  
Maitre assistante service « A »  
EHS DRID HOCINE**

# Objectifs pédagogiques

1. Définir la schizophrénie
2. Décrire les signes cliniques de la schizophrénie de phase d'état
3. Rappeler les modalités évolutives de la schizophrénie
4. Identifier les comorbidités psychiatriques et somatiques associées à la schizophrénie
5. Discuter les aspects médico-légaux de la schizophrénie
6. Citer les principes directeurs de prise en charge de la schizophrénie

# Introduction et définition :

- 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**.
- 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**.
- **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.

# Epidémiologie

- La **prévalence** de la schizophrénie est d'environ **1 %**.
- La maladie débute généralement à la fin de l'adolescence ou chez l'adulte jeune entre 15 et 25 ans.
- Des **formes précoces** (rares avant l'Age 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.
- Le **sex-ratio** est assez **équilibré**.
- 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.

# physiopathologie

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



# Sémiologie psychiatrique

- La schizophrénie se caractérise par :
  - **un syndrome positif** (idées délirantes et hallucinations),
  - **un syndrome négatif**
  - **un syndrome de désorganisation**
  - **Des altérations cognitives** (attention, mémoire, fonctions exécutives, etc.).

# Sémiologie psychiatrique

## Syndrome positif

### Idées délirantes

- Le délire du latin « **délirare** » signifiant « **sortir du sillon** »
- Il est défini comme la **conviction inébranlable en une ou plusieurs idées fausses non conformes à la réalité et non partagées par le groupe socioculturel.**
- Se caractérise par :
  - ❖ **thème**
  - ❖ **mécanisme**
  - ❖ **Structure ou systématisation** (degré d'organisation)
  - ❖ **l'adhésion** (réactivité).
  - ❖ **Retentissement émotionnel et comportemental**

Lorsqu'ils existent, le délire tout comme les hallucinations sont plus ou moins “**bruyants**”, c'est-à-dire manifestes, à l'examen clinique.

Certaines personnes peuvent **vivre leur délire ou leurs hallucination au grand jour**, d'autres cherchent à les dissimuler, à en masquer les effets qui ne sont alors suspectés par le clinicien que lorsqu'il note **des incohérences dans le discours, des sous-entendus, ou des attitudes d'écoute, des poursuites oculaires, l'usage d'écouteurs et d'autres bizarreries du comportement.**

# Thème

Le thème délirant correspond au **sujet principal sur lequel porte le délire**.

La thématique délirante correspond à l'ensemble des idées du patient sur lesquelles porte sa conviction délirante.

Les thématiques **peuvent varier à l'infini**, être uniques ou multiples dans un même délire, s'associer entre elles de façon plus ou moins logique.

Chaque thème peut être trouvé dans plusieurs types de trouble psychiatrique.

La thématique la plus fréquente est la **persécution** ; il faut dans ce cas rechercher s'il existe un **persécuteur désigné**, c'est-à-dire une personne nominativement désignée comme étant à l'origine des persécutions ou du complot.

Autres : **mégalo maniaque, référence, ruine, messianique, religieux, sexuel, filiation, pouvoirs, érotomanie, hypochondriaque, influence, incurabilité, culpabilité, possession ...**



# Mécanisme

Le mécanisme du délire correspond **au processus par lequel le délire s'établit et se construit.**

Il s'agit du mode d'élaboration et d'organisation du délire.

Il existe 4 types de mécanisme à l'origine des idées délirantes :

- **Interprétatif** : Attribution d'un sens erroné à un fait réel
- **hallucinatoire** : Construction d'une idée délirante à partir d'une hallucination
- **intuitif** : Idée fausse admise sans vérification ni raisonnement logique en dehors de toute donnée objective ou sensorielle
- **Imaginatif** : Fabulation ou invention où l'imagination est au premier plan et le sujet y joue un rôle central

# Systématisation

Le degré de systématisation évalue l'organisation et la cohérence des idées délirantes.

- Elles peuvent être « non systématisées » (ou « paranoïdes ») si elles sont à thèmes multiples (polymorphes), sans cohérence ni lien logique entre elles = **schizophrénie**
- Elles sont dites **systématisées (ou « paranoïaques »)** si elles portent sur un thème unique (persécution, jalousie, érotomanie) et ont une organisation interne respectant la logique, même si le postulat de base est faux = **trouble délirant**

# Adhésion

L'adhésion aux idées délirantes **correspond au degré de conviction attaché à ces idées**, elle est variable mais peut être élevée.

- 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** son propre délire.

# 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 a l'acte hétéro agressif**.

**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).**



La présence associée d'hallucinations doit systématiquement être recherchée.



# Hallucinations

L'hallucination est définie comme une **perception sans objet**.  
Dans la schizophrénie, 75 % des patients présentent des hallucinations, notamment en phase aiguë.


## 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, une soliloquie, 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 atteints 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 phoenix 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...

Ces hallucinations peuvent être rapportées à des contacts manuels, des phénomènes d'électrisation 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...).

Les hallucinations touchant les autres sens sont moins fréquentes.

Parmi elles:

- ❖ **les hallucinations gustatives** (modification du goût des aliments par exemple),
- ❖ **les hallucinations olfactives** qui portent le plus souvent sur des mauvaises odeurs provenant du patient lui-même.
- ❖ **Les hallucinations cénesthésiques** 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...) ou d'impressions localisées à une partie du corps, éventuellement la sphère sexuelle.



## 2. Intrapsychiques

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 a l'impression de vol, de divulgation, de divinement de la pensée, de transmission de la pensée, de pensées imposées...

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 sont aussi appelés « perte de l'intimité psychique ».



**Historiquement**, les **hallucinations intrapsychiques** étaient distinguées en : « automatisme mental » et « syndrome d'influence ».

### 1- L'automatisme mental de Clerambault

Ce syndrome, décrit par Gaetan Gatian de Clerambault (1872-1934), est marqué par des **hallucinations intrapsychiques** qui s'imposent à la conscience du patient, le **vol** et le **divinement de la pensée** par autrui, les **commentaires** de la **pensée et des actes**, les **échos** de la pensée (les pensées sont répétées à haute voix).

2- Le **syndrome d'influence** est caractérisé **par le sentiment d'être dirigé, d'avoir sa volonté dominée, et d'avoir sa personnalité modifiée à distance**. Ce syndrome peut être associé aux hallucinations psychosensorielles, notamment aux hallucinations acoustico-verbales, qui **commandent ou donnent des ordres au patient**.

# Syndrome négatif

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

## 1. Au niveau affectif :

- **l'émoussement des affects** absence d'émotions dans l'expression du visage et dans l'intonation de la voix. regard est fixe, le corps paraît figé et le sourire rare. Donne une impression de froideur, de détachement et d'indifférence.
- **Une anhedonie** : perte de capacité à éprouver du plaisir

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

- La **pauvreté du discours** se manifeste par des difficultés à converser avec des réponses brèves, évasives et parfois interrompues.

## 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**.

## Syndrome de désorganisation :

Le syndrome de désorganisation correspond à la perte de l'unité psychique entre cognition, émotion et comportement

### **1. Cognitif**

#### **1.1. Altérations du cours de la pensée :**

- discours diffluent (elliptique, sans idée directrice)
- 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).

#### **1.2. Altérations du système logique ou illogisme**

La pensée du patient désorganisé ne repose pas sur des éléments de logique communément admis:

- 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),
- le raisonnement paralogique (qui s'appuie sur des intuitions, des mélanges d'idées, des analogies).
- 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).

## Syndrome de désorganisation

### 2. Affectif

- On retrouve ici essentiellement le phénomène d'ambivalence affective ou **discordance ideoaffective** 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. 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).



## Autres syndromes associés

- ❖ Altérations des fonctions cognitives: 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 verbale, la mémoire visuo-spaciale, la mémoire de travail, l'attention sélective, la vitesse de traitement de l'information, la métacognition et la cognition sociale.
  
- ❖ 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**.



# Diagnostic positif

- Le diagnostic de schizophrénie est **clinique** et 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).

# Diagnostic positif

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.

# 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
- 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.

# Diagnostics différentiels

- **Pathologies non psychiatriques**

- \* Neurologiques (épilepsies, tumeurs cérébrales, encéphalite herpétique, chorée de Huntington, neurolupus, 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.).

- **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.).

- **Pathologies psychiatriques**

- \* Les troubles de l'humeur
- \* Les troubles délirants persistants
- \* Les troubles du neurodéveloppement



# 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 favorisées par les facteurs de stress (consommation de substance psychoactive, rupture, deuil, etc.).
- La schizophrénie est associée à **une diminution de l'espérance de vie**. 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.
- 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.



# Évolution

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.

# comorbidités

## a) 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.

## b) 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.

## c) 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 mais d'autres facteurs de risque (tabagisme, sédentarité, etc.) sont également fréquents chez les personnes souffrant de schizophrénie.

# Aspects médico-légaux de la schizophrénie

- Les individus souffrant de schizophrénie sont fréquemment l'objet de stigmatisation en raison de l'association quasi systématique, dans l'opinion publique, entre schizophrénie et dangerosité et schizophrénie et violence. Les quelques faits-divers survenus ces dernières années ont été surmédiatisés, augmentant ainsi la peur des citoyens face aux personnes souffrant de troubles mentaux.
- Afin de connaître la réalité de la violence commise par des individus souffrant de troubles mentaux, des chercheurs se sont penchés sur la question. Les études réalisées ont mis en évidence une augmentation du risque de violence en cas de trouble schizophrénique par rapport à la population générale, mais cette **augmentation du risque est surtout liée à des facteurs comorbides comme la prise d'alcool et de toxiques**. L'augmentation de la violence chez les sujets souffrant de schizophrénie serait multifactorielle et la prévention reposera donc avant tout sur des soins adaptés, prenant en compte ces facteurs de risque.

# Aspects médico-légaux de la schizophrénie

## Troubles psychiatriques et responsable pénale :

- La responsabilité pénale est l'obligation faite à une personne reconnue coupable par un tribunal de répondre d'une infraction commise et de subir la sanction prévue par la loi qui la réprime.
- Au XIIIe siècle, sous l'influence des grands philosophes français comme Montesquieu, Diderot, Rousseau et Voltaire et de grands psychiatres comme Pinel et son élève Esquirol, le droit pénal Français a changé.
- Ainsi, on ne pourra juger pénalement une personne responsable seulement **si au moment des faits elle avait une conscience claire, était lucide et avait une bonne capacité de discernement.**
- La responsabilité pénale connaît des facteurs **d'atténuation ou d'exclusion**, dont les plus importants sont ; la **maladie mentale et le jeune âge.**
- **Selon l'article 47 du code pénal Algérien : « N'est pas punissable celui qui était en état de démence au moment de l'infraction, sans préjudice des dispositions de l'article 21, alinéa 2. »** Le terme démence utilisé dans cet article doit être compris dans le sens **altération des facultés mentales et de la capacité du discernement.**
- l'abolition du discernement concerne toutes les situations médico-légales dont laquelle **le psychiatre expert** va mettre en évidence un lien directe entre manifestations d'une pathologie aliénante et une infraction.
- Ainsi, le malade mental échappe à la responsabilité pénale à **deux conditions** :
  - la première tient à **la nature du trouble qui abolit le discernement ou le contrôle des actes,**
  - la seconde tient au **moment où se produit l'infraction.**



# Prise en charge

## 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;
- \* risque suicidaire ou de mise en danger ;
- \* risque hetero agressif.

Au mieux, il s'agira d'une hospitalisation libre mais des soins sans consentement peuvent être justifiés dans certaines situations



# Prise en charge

## 2. Le traitement pharmacologique : les antipsychotiques

- **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) ;
- \* **dans un deuxième temps : Le choix et l'adaptation du traitement de fond** 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.

Des 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**.

# Prise en charge

## 2. Le traitement pharmacologique : les antipsychotiques

### 2.2. Prise en charge de l'épisode aigu

Le traitement antipsychotique doit impérativement être initié 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. : loxapine ++, chlorpromazine, lévomépromazine) ;
- \* les benzodiazépines (p. ex. : diazépam ) 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.

### 2.3. Prise en charge au long cours

L'objectif est la **monothérapie antipsychotique atypique**.

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 atypiques sont recommandés en première intention, par exemple :

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

# Prise en charge

## 2. Le traitement pharmacologique : les antipsychotiques

### 2.3. Prise en charge au long cours

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.

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 intramusculaire permettant selon les molécules une injection tous les 15 jours, 3 semaines, 4 semaines ou 3 mois [p. ex. : risperidone (Risperdal ConstaR, XeplionR, TrevictaR), olanzapine (ZypadheraR), aripiprazole (MaintenaR)].

# Prise en charge

## 2. Le traitement pharmacologique : les antipsychotiques

### 2.3. Prise en charge au long cours

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.

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



# Prise en charge

## 3. Les traitements non pharmacologiques

- **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. D'autres traitements physiques peuvent également être utilisés dans des situations particulières (p. ex. : la stimulation magnétique transcrânienne).
- **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, ou aider à mieux gérer le stress.
- **3.3. Éducation thérapeutique ou psychoéducation**
- 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. 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.



# Prise en charge

## 3. Les traitements non pharmacologiques

### 3.4. Remédiation cognitive

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).

### 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, etc., dans une stratégie globale d'aide à l'accès au travail ou à des activités favorisant le maintien d'un lien social.

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.

# Conclusion

- \* 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).

# Références

- Le référentiel de psychiatrie et addictologie «**Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie** » 3ème Edition
- DSM 5
- Code pénal Algérien
- Cours Psychiatrie légale Pr. AMANI Moulay Ali Maître de conférences A en Psychiatrie