

Cours De Résidanat

Sujet: 63

Schizophrénie

Objectifs :

1. Définir la schizophrénie.
2. Etablir le diagnostic positif de la schizophrénie, à partir des données anamnestiques et cliniques.
3. Identifier les diagnostics différentiels de la schizophrénie à partir des données anamnestiques et cliniques.
4. Décrire les modalités évolutives de la schizophrénie.
5. Planifier la prise en charge médicamenteuse, psychologique et sociale de la schizophrénie.
6. Préciser les éléments de surveillance d'un antipsychotique au long cours.

Objectif 1 : Définir la schizophrénie

La schizophrénie représente un groupe de maladies ou un ensemble syndromique d'étiologie multifactorielle, caractérisé par des symptômes psychotiques (hallucinations et/ou délire et/ou comportement grossièrement désorganisé), qui altèrent le fonctionnement et qui incluent des perturbations dans le domaine des sentiments, de la pensée et du comportement. Ces perturbations aboutissent à une désorganisation profonde de la personnalité et à une atteinte des fonctions supérieures. La schizophrénie représente un trouble chronique dont l'évolution comporte généralement une phase prodromique, une phase active avec des idées délirantes, des hallucinations ou les deux, et une phase résiduelle au cours de laquelle le trouble peut être en rémission.

La schizophrénie touche environ 0.5 à 1 % de la population.

Le début se fait le plus souvent à l'adolescence, rarement après 35 ans.

OBJECTIF 2 : Etablir le diagnostic positif de la schizophrénie, à partir des données anamnestiques et cliniques.

A. le mode de début :

1. Début aigu :

a. Un épisode délirant aigu inaugural :

Le premier épisode psychotique pose surtout le problème de son devenir, c'est-à-dire celui de la qualité de la restitution après l'épisode psychotique aigu. On estime généralement que :

- un tiers de ces états aigus guérit sans suite notable,
- un tiers se répète de façon plus ou moins espacée et cyclique,
- un tiers évolue vers un état schizophrénique patent.

Certains facteurs de mauvais pronostic sont associés à une évolution vers la schizophrénie et doivent être recherchés avec soin :

- l'installation des troubles observables par l'entourage en plus de un mois (début non brutal)
- absence de confusion mentale à l'acmé de l'épisode psychotique

- mauvais fonctionnement social et professionnel pré morbide
- existence d'un émoussement affectif

b. Des épisodes d'allure maniaque ou dépressive peuvent également inaugurer la maladie.

Ils sont qualifiés d'atypiques.

- Dépression atypique :
 - Avec perte d'intérêt, ralentissement psychomoteur,
 - Mais le contact est plus détaché que dépressif

Le sujet apparaît plutôt comme replié et distant que sombre et abattu.

- Manie atypique :

Il s'agit plus d'un état d'excitation psychique que d'un état d'excitation de l'humeur

- Où euphorie et contact ludique sont absents ou au second plan
- Avec tachypsychie et hyperkinésie particulières car :
 - les idées se bousculent plus selon une trame incohérente qu'elles ne se déroulent selon des associations par assonance ou par contiguïté.
 - l'agitation comporte des gestes qui frappent par leur bizarrerie.

2. Début progressif :

- Il peut comporter une symptomatologie pseudo-névrotique
- Etre révélé par un trouble des conduites
- Ou se manifester par un fléchissement de l'activité et une modification du caractère.

- *Début pseudo-névrotique :*

Le tableau clinique évoque celui des névroses, mais avec des caractères particuliers :

- ◆ Phobies suspectes, en raison :
 - De la réassurance inefficace et non recherchée.
 - De mesures d'évitement absentes ou inorganisées.
 - Ou de situations phobogènes multiples sans lien entre elles

- ◆ Obsessions :

L'origine psychotique est attestée par :

- l'absence de lutte anxieuse
- la thématique quasi délirante
- la bizarrerie des rituels qui les accompagnent

- ◆ Préoccupations hypocondriaques particulières :

- concernant moins la santé proprement dite que l'apparence ou l'identité du corps
- ou dont les plaintes somatiques sont sans valeur relationnelle.

• *Troubles des conduites* :

Un début de schizophrénie est suspecté devant :

◆ Des conduites de délinquance ou de déviations des conduites sexuelles apparaissant en rupture avec l'organisation antérieure de la personnalité.

◆ Un passage à l'acte ayant :

- un caractère immotivé,
- une réalisation bizarre
- ou une intensité importante de la violence qu'il comporte
- mais même une tentative apparemment banale d'adolescent peut révéler une schizophrénie (il faut savoir qu'à cet âge les suicides dus à cette affection sont une des premières causes de mortalité)

◆ La schizophrénie peut aussi être évoquée devant des troubles durables des conduites, en particulier :

- toxicomanie, où le risque est de mettre la symptomatologie sur le compte du toxique
- anorexie mentale : elle est particulière en raison du trouble de l'image du corps, ou de l'étrangeté des régimes alimentaires mais surtout par l'absence d'hyperactivité remplacée plutôt par un ralentissement.

• *Fléchissement de l'activité et modification du caractère* :

- Le patient néglige de plus en plus les tâches qu'il doit exécuter
- Il ne recherche plus le contact avec les autres ou s'oppose volontiers à l'entourage.
- La pensée est de plus en plus allusive
- Des croyances à des phénomènes surnaturels se développent.
- L'entourage remarque ces changements, le sujet ressent aussi ces modifications.
- On peut remarquer la froideur du contact, quelques bizarreries dans la présentation ou un discours digressif.

Le diagnostic ne peut en aucun cas reposer sur la nature du symptôme initial, mais plutôt sur son contexte psychologique, sur la perception d'une discordance débutante ou l'ébauche d'une thématique délirante. On s'appuiera également sur les informations apportées par les tests psychométriques, très précieux à ce stade où l'invasion schizophrénique n'est pas encore cliniquement patent.

• *Idées délirantes à développement insidieux :*

Des expériences délirantes sont fréquentes. Elles peuvent se développer insidieusement et rester relativement isolées. Elles sont alors souvent méconnues par l'entourage car le sujet hésite bien souvent à se confier. Le sujet est souvent perplexe vis à vis de cette expérience angoissante et la conviction est très fluctuante.

◆ Ces idées délirantes se développent fréquemment dans une atmosphère de dépersonnalisation (le sujet se sent devenir autre, se sent étrange) et de déréalisation (le monde environnant paraît modifié, inquiétant, hostile et menaçant).

◆ Les mécanismes sont multiples. Parmi les mécanismes sensoriels, les hallucinations auditives sont les plus fréquentes. On peut observer des hallucinations intrapsychiques et un automatisme mental.

◆ Les thèmes sont multiples mais rendent compte de ce vécu de transformation inquiétante du monde et de soi-même.

Les thèmes d'hypocondrie et de modification corporelle ou de l'identité sont fréquents,

Une dysmorphophobie (crainte obsédante d'être atteint d'une transformation d'une partie du corps) peut inaugurer ce type d'idées délirantes. Les organes sexuels, la fonction sexuelle ou l'identité sexuelle sont souvent au centre de ces préoccupations, le visage est également l'objet d'une élaboration délirante de modification de l'apparence.

Les thèmes mystiques, métaphysiques ou scientifiques sont caractérisés par leur abstraction et leur incohérence

Les thèmes de persécution, d'ensorcellement, d'empoisonnement sont fréquents, ainsi que ceux de divulgation de la pensée, d'écho de la pensée ou d'influence.

B. la phase d'état:

1. la clinique:

La sémiologie des syndromes schizophréniques s'organise autour de deux syndromes:

-le syndrome dissociatif (désorganisation)

-le syndrome délirant et hallucinatoire

1-1. le syndrome dissociatif:

Le mot « schizophrénie » a été inventé par Eugène Bleuler au début du 20ème siècle.

Il vient de « schizen » qui veut dire découper et de « phren » qui signifie âme, pensée.

Le terme « discordance » et dissociation sont deux termes désignant un phénomène

identique, celui de défaut de cohésion (scission, perte d'unité) de la personnalité du patient atteint de schizophrénie qui touche :

- La pensée (donc le langage)
- L'affectivité et les émotions
- Le comportement

Selon Henry EY, la dissociation schizophrénique prend pour l'observateur la forme de caractéristiques particulières touchant les différents secteurs de la personnalité et qui sont:

- L'Ambivalence
- La Bizarrerie
- L'Impénétrabilité
- Le Détachement

a) La dissociation de la pensée:

La dissociation dans la sphère de la pensée ne réalise pas une atteinte intrinsèque de l'intelligence, mais plutôt une atteinte de la coordination, de l'agencement logique des idées et de leurs associations, qui se font de façon désordonnée, embrouillée, n'obéissant plus aux lois de l'harmonie, de la logique et de la cohésion, aboutissant ainsi à des troubles du cours de la pensée (pensée désorganisée) ou relâchement des associations.

Les facultés d'attention et de concentration sont affaiblies, relâchées et variables d'un moment à l'autre, participant au flou de la pensée en empêchant le sujet de limiter son champ d'attention, sans cesse envahi par une abondance de perceptions extérieures et intérieures qu'il ne peut intégrer

Cette désorganisation se manifeste au niveau du cours de la pensée, de son contenu et du système logique, se reflétant au niveau du discours qui apparaît illogique, impénétrable, bizarre, hermétique, et incohérent.

Le cours de la pensée :

Le trouble des associations idéiques s'exprime souvent par de brusques ruptures de sens, des contaminations d'une idée par une autre, des "coq-à-l'âne" ou des associations absurdes ou une diffluence faite de digressions incontrôlables et sans rapport entre elles.

Le déroulement de la pensée est aussi souvent perturbé par des ralentissements, des suspensions du cours des idées (barrages), un fading (ralentissement du débit du

discours avec baisse du timbre de la voix, jusqu'à extinction du discours) et des accès de mutisme.

Le contenu de la pensée.

Le trouble du contenu de la pensée peut se manifester par des phénomènes de persévération ou de répétition stéréotypée des mêmes idées, des accès de verbigeration (émission de mots dénués de sens s'enchaînant de façon anarchique), des impulsions verbales (émissions brutales et incoercibles de formules ou de séries de mots souvent grossiers (coprolalie) ou injurieux échappant au contrôle du sujet.

Au contraire, on peut voir une extrême pauvreté de la parole (alogie) ou une répétition automatique des paroles de l'interlocuteur (écholalie) ou des stéréotypies sans fin.

Les altérations sémantiques se repèrent dans le détournement du sens des mots et dans les néologismes (mots créés de toutes pièces) pour exprimer des concepts obscurs et personnels.

Au maximum, le langage totalement déformé et incompréhensible, interdit toute communication.

❖ Trouble du mode de la pensée ou du système logique :

- La tendance au symbolisme, c'est à dire le recours à des métaphores et à des images donnant aux expressions du schizophrène un caractère bizarre, maniéré et flou.
- L'abstractionnisme ou tendance systématique à la manipulation « gratuite » de concepts abstraits.
- Le rationalisme morbide : activité mentale pseudo-logique, où la pensée se perd dans des raisonnements d'allure scientifique ou philosophique totalement détachée du réel.

b) La dissociation affective:

L'indifférence à autrui, la froideur dans le contact, l'apparence insensible, la lenteur des réactions émotionnelles, s'accompagnent dans le domaine des désirs et des projets d'un sentiment de désintérêt, d'aboulie et d'inertie.

La notion d'athymhormie ou perte de l'élan vital, s'exprime sémiologiquement par la froideur affective, le désintérêt, l'inertie et l'inaffectivité.

Des réactions émotionnelles brutales peuvent toujours venir rompre cette apparente neutralité affective : colère violente lors d'une frustration minimale ou accès de rire apparemment immotivé.

L'ambivalence affective s'exprime par la simultanéité de pulsions et de sentiments contraires amour et haine, désir et rejet, fusion et séparation.

c) Les troubles du comportement:

Indécision du geste, caractère emprunté et maladroit des attitudes, maniérisme et bizarrerie de la mimique, caractère contradictoire ou absurde de certaines conduites.

Le comportement grossièrement désorganisé peut se manifester de diverses manières, allant de la niaiserie puérile à une agitation imprévisible. Des problèmes peuvent se voir dans toute forme de comportement dirigé vers un but. La personne peut apparaître nettement débraillée, peut s'habiller de façon spéciale (p.ex., porter plusieurs manteaux, une écharpe et des gants par une journée chaude) ou se livrer à un comportement sexuel nettement inapproprié (p.ex., se masturber en public) ou manifester une agitation imprévisible et sans raison (p.ex., vociférer ou pousser des jurons).

Le syndrome catatonique regroupe un ensemble de troubles moteurs particulièrement caractéristiques :

- un négativisme psychomoteur (attitudes de retrait, esquive du contact physique, refus de la main tendue, opposition et repli),
- une inertie (suspension des gestes, passivité) parfois associée à une répétition passive des gestes de l'entourage (échomimie, échopraxie), des stéréotypies (ou répétition inlassable des mêmes gestes ou des mêmes conduites)
- une catalepsie (perte de l'initiative motrice, flexibilité cireuse, plasticité et conservation des attitudes imposées).

1-2. le syndrome délirant :

Classiquement considéré comme secondaire à la dissociation, il s'accompagne souvent de profondes modifications de la perception de soi-même et du monde extérieur :

- la dépersonnalisation se traduit par une altération de la perception de soi à un degré tel que le sens de sa propre réalité corporelle et psychique est perdu. Le corps paraît étranger, différent, détaché, transformé. C'est un syndrome qu'on retrouve dans plusieurs maladies mentales. Dans la schizophrénie, il peut entraîner une angoisse majeure (dite de morcellement), des plaintes hypochondriaques (liés à la sensation

d'organes modifiés...), des préoccupations dysmorphophobiques pouvant être à l'origine de nombreuses attitudes de vérifications (signe du miroir).

La dépersonnalisation est fréquemment associée à un état de déréalisation. La perception de l'environnement est alors altérée, le monde extérieur paraît irréel ou comme dans un rêve (expérience d'étrangeté).

a- Les thèmes du délire : Les idées délirantes sont typiquement des idées de persécution(ensorcellement, empoisonnement, de possession...) ou mégalomaniaques.

D'autres thèmes peuvent se rencontrer ; jalousie, mystique, messianique, somatiques, influence, référence (on dit du mal du patient dans son dos).

Classiquement le terme de «paranoïde »fait référence à cette absence de structure et de systématisation par opposition à celui de « paranoïaque ».

b- Les mécanismes :

◆ Tous les mécanismes délirants peuvent être observés (intuitions, interprétation, productions imaginaires), mais les plus fréquents sont les hallucinations.

◆ Les hallucinations sont la perception d'objet sans objet. Ils peuvent concerner toutes les modalités sensorielles (p. ex.,auditives, visuelles, olfactives gustatives et tactiles), mais les hallucinations auditives sont de loin les plus courantes et les plus caractéristiques de la Schizophrénie. Les hallucinations auditives sont décrites généralement comme des voix familières ou étrangères, qui sont perçues comme distinctes des propres pensées du sujet. Les voix à tonalité péjorative ou menaçante sont particulièrement fréquentes dans cette affection.

On retrouve aussi souvent les hallucinations psychiques non sensorielles, qui ont un caractère intérieur, dépourvu de spatialité (voix intérieures qui ne sont pas les propres pensées du sujet).

Dans ce cadre, on retrouve le petit automatisme mental avec l'impression qu'une partie de la pensée échappe au contrôle du sujet et fonctionne seule : la perception par le sujet de l'énoncé ou du commentaire de ses actes, l'impression que sa pensée est devinée, devancée, parasitée ou répétée en écho, et le sentiment que sa pensée et ses actes sont soumis à une influence extérieure.

Le grand automatisme mental est le triple automatisme psychique, moteur et psychosensoriel, associant l'automatisme psychique ou petit automatisme mental,

l'automatisme moteur ou actes imposés (télékinésie), articulations verbales forcées et l'automatisme sensitif (psychosensoriel).

Sur le plan comportemental, le syndrome hallucinatoire peut se manifester par une soliloque (parler seul), un dialogue hallucinatoire, des mussitations (parler seul avec une voix inaudible), une attitude d'écoute et de contemplation et un risque de passage à l'acte auto ou hétéroagressif sous l'effet des injonctions hallucinatoires.

A noter que le syndrome d'influence est un syndrome délirant à thématique d'influence (être influencé par une force extérieure) et associant souvent un grand automatisme mental.

1-3. Troubles cognitifs :

Actuellement, de plus en plus d'études s'intéressent aux Troubles cognitifs dans la schizophrénie qui ne sont pas spécifiques de la maladie mais fréquents dans environ 70% des cas. Ils sont précoces dès la phase prodromique de la maladie et constants (en phase aiguë et de rémission). Leur sévérité conditionne l'adaptation psycho-social du patient. Les domaines cognitifs les plus altérés sont la mémoire épisodique (des événements), les fonctions exécutives de planification et de flexibilité mentale, l'attention et la vitesse de traitement de l'information.

2. le diagnostic positif: Critères DSM 5

Les critères diagnostiques DSM-5 de la schizophrénie reposent sur la constatation des éléments suivants :

A. Deux ou plus des symptômes suivants sont présents pendant une partie significative du temps sur une période d'un mois. Au moins l'un des symptômes doit être 1, 2 ou 3 :

1. Idées délirantes
2. Hallucinations
3. Discours désorganisé (déraillements fréquents ou incohérences)
4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
5. Symptômes négatifs (réduction de l'expression émotionnelle, aboulie)

B. Dysfonctionnement social

C. Des signes permanents de la perturbation persistent pendant au moins 6 mois. Cette période de 6 mois doit comprendre au moins 1 mois de symptômes qui répondent au critère A (c.-à-d. symptômes de la phase active), et peut comprendre des périodes de symptômes prodromiques ou résiduels.

D. Un trouble schizo-affectif et un trouble dépressif ou bipolaire avec caractéristiques psychotiques ont été éliminés

E. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (c.-à-d. une drogue donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale.

F. En cas d'antécédents d'un trouble du spectre autistique ou d'un trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic additionnel de schizophrénie n'est fait que si les idées délirantes ou les hallucinations sont prononcées et sont présentes avec les autres symptômes requis pour le diagnostic pendant au moins 1 mois.

Le changement le plus notable dans le DSM-5 par rapport au DSM IV est la disparition de tous les sous-types.

Seul le sous-type catatonique est partiellement préservé.

OBJECTIF 3 : Identifier les diagnostics différentiels de la schizophrénie

Avant de poser le diagnostic de schizophrénie, il est impératif de rechercher les étiologies organiques et toxiques pouvant s'exprimer par des tableaux cliniques similaires à celui de la schizophrénie.

1. Les causes organiques

1.1- les causes neurologiques

- **Le traumatisme crânien** : en particulier dans les états psychotiques post-traumatique ou les états déficitaires post-traumatiques. La notion de traumatisme à l'anamnèse et les signes neurologiques de localisation peuvent guider le diagnostic.

- **Les tumeurs cérébrales** : qui peuvent se manifester par des hallucinations et/ou des états confusionnels et délirants. Ces tableaux cliniques sont le plus souvent observés dans les localisations frontales, pariétales et temporales. En faveur de ce diagnostic la présence de signe d'hypertension intracrânienne et/ou des signes de localisation

- **L'épilepsie temporale** : l'épilepsie temporale peut s'exprimer par des hallucinations et/ou des idées délirantes souvent paroxystiques et dont la

thématique est le plus souvent peu élaborée avec des affects assez préservés et peu de symptômes négatifs.

1.2- les pathologies endocriniennes :

- **Les dysthyroïdies :** peuvent se manifester selon les cas par des tableaux délirants et/ou d'inhibition. Les signes somatiques associés (troubles du transit, les modifications du poids et du rythme cardiaque..) ainsi que le bilan thyroïdien font le diagnostic positif dans ce cas.

- **La maladie d'Addison :** peut s'exprimer par des tableaux délirants chroniques. L'examen clinique permet une orientation clinique à travers la mise en évidence de signes généraux associés (asthénie, l'hypotension artérielle, les anomalies de pigmentation cutanée).

- **L'insuffisance hypophysaire :** donne lieu à des états délirants chroniques.

1.3- les maladies systémiques :

Plusieurs maladies systémiques peuvent s'exprimer par une symptomatologie psychotique. Le lupus érythémateux systémique en particulier peut mimer le tableau de schizophrénie. Les localisations extra-neurologiques, le syndrome inflammatoire biologique et la présence d'auto-anticorps spécifiques redressent le diagnostic.

2. Les causes toxiques et médicamenteuses :

Parmi les substances psycho-actives incriminées dans la genèse de tableau psychotique qui pose le diagnostic différentiel avec la schizophrénie, on retrouve l'alcool, le cannabis, les drogues psychodysléptiques (LSD, cocaïne) L'origine iatrogène peut être suspecté notamment en cas de prise de corticoïdes, de la bromocriptine, les antiparkinsoniens...

3. Les causes psychiatriques :

- **Les troubles de l'humeur :** la manie et la dépression peuvent comprendre des symptômes psychotiques semblables à ceux de la schizophrénie (hallucinations, délire, catatonie). Le problème diagnostique se pose souvent avec les formes de début et il est important de pouvoir trancher en raison des implications thérapeutiques. Dans les troubles de l'humeur, il existe des intervalles libres entre les épisodes et les troubles psychotiques apparaissent exclusivement en association avec les symptômes thymiques. Dans la schizophrénie, les décompensations dépressives sont fréquentes mais sont surajoutées aux troubles psychotiques.
- **Le trouble schizo-affectif :** la symptomatologie psychotique est associée à celle répondant aux critères de trouble de l'humeur pendant une période importante de l'évolution de la maladie. Les symptômes psychotiques persistent durant les intervalles séparant les phases de décompensation de la maladie et ceci après disparition des symptômes thymiques.
- **Le trouble délirant :** L'âge de début est plus tardif que dans la schizophrénie, le délire est systématisé avec absence de désorganisation et il n'existe pas d'hallucinations.
- **Les troubles névrotiques :** au cours des phases prodromiques de la maladie des symptômes anxieux ou hystériques peuvent masquer les signes psychotiques débutants. La présence de symptômes psychotiques à minima oriente le diagnostic ainsi que les tests de personnalité.
- **Les troubles de la personnalité :** la personnalité schizotypique comporte des traits de caractères ou des modalités de comportement qui peuvent être confondues avec les signes présents pendant la phase prodromique ou résiduelle de la maladie. La présence d'une phase active de la maladie est nécessaire pour porter le diagnostic.

OBJECTIF 4 : Décrire les modalités évolutives de la schizophrénie

L'évolution vers une guérison totale est possible mais reste toutefois assez rare. L'évolution déficitaire est rare actuellement. L'évolution habituelle observée actuellement, sous l'effet des thérapeutiques modernes, s'effectue vers la persistance de symptômes résiduels, entrecoupés par des poussées aiguës. On retrouve aussi des formes résistantes au traitement.

Par ailleurs, globalement, il existe une surmortalité, liée notamment au taux important de suicide, 10 à 12 fois plus élevé que dans la population générale, mais aussi à une plus grande comorbidité somatique (tabac, abus de substances, sédentarité, neuroleptiques).

On retrouve aussi parmi les complications : une toxicomanie, une mauvaise insertion socio-professionnelle et des passages à l'acte violent. Ces derniers ne sont pas plus fréquents que dans la population générale mais se caractérisent par leur caractère étrange, imprévisible, absence de motivation apparente, froideur.

OBJECTIF 5 : Planifier la prise en charge médicamenteuse, psychologique et sociale de la schizophrénie

A. la prise en charge biologique :

1. Principes généraux du traitement biologique de la schizophrénie :

Le traitement biologique de la schizophrénie repose sur la prescription au long cours des neuroleptiques ou antipsychotiques :

- Les neuroleptiques réduisent les signes productifs de la maladie (hallucinations, délire, perturbations de la pensée) ainsi que l'agitation au cours des moments féconds. Le choix du produit sera déterminé par le profil de la molécule (« sédatif » ou « incisif »), du tableau clinique présenté par le malade et de sa tolérance au produit.
- Certains neuroleptiques (neuroleptiques « bipolaires » ou « désinhibiteurs ») sont susceptibles de corriger l'aspect déficitaire dans la schizophrénie désorganisée
- Dans la pratique on a tendance à privilégier une séquence chimiothérapique visant l'aspect productif ou au contraire déficitaire de la symptomatologie.
- Les neuroleptiques prescrits dans les phases résiduelles des troubles permettent de réduire le risque de rechutes psychotiques. Etant donné l'importance des effets

secondaires de cette classe de psychotropes, on privilégiera pendant cette phase de la maladie, le choix d'une molécule la mieux tolérée possible, à la plus faible dose efficace possible.

- L'électro-convulsivothérapie est parfois préconisée, en cas de résistance des symptômes psychotiques aux médicaments ou dans la forme catatonique.

2. les médicaments neuroleptiques

a - les antipsychotiques (neuroleptiques) classiques :

• Les neuroleptiques sédatifs :

- Ils ont une action sédatrice marquée

- Ils entraînent de nombreux effets secondaires neurovégétatifs : effets anticholinergiques (sécheresse de la bouche, constipation, troubles de l'accommodation, rétention urinaire) et cardio-vasculaires.

La chlorpromazine (Largactil*), la lévomopromazine (Nozinan*), la propériciazine (Neuleptil*) sont les représentants principaux de cette classe.

• Les neuroleptiques incisifs ou polyvalents :

- Ils sont également sédatifs à doses élevées mais sont surtout utilisés pour leur action sur les signes psychotiques (hallucinations et idées délirantes).

- Entraînent des effets neurologiques marqués.

L'halopéridol (Haldol*), la fluphénazine (Moditen* ou Modécate*), la pipothiazine (Piportil*), sont des représentants de cette classe.

• Les neuroleptiques désinhibiteurs

- A fortes doses ils sont polyvalents, à faibles doses ils exercent une action positive sur les signes négatifs (apragmatisme, retrait social, émoussement des affects). On les appelle également «bipolaires».

La pipothiazine (Piportil*), le sulpiride (Dogmatil*), l'amisulpride (Solian*) sont les principaux représentants de cette classe.

• Les neuroleptiques à action prolongée (NAP)

Modécate*, Piportil L4*, Haldol décanoas*

- sont prescrit par voie IM

- durée d'action : 3 à 4 semaines

- avantages : diminution de la posologie utile et amélioration de l'observance thérapeutique.

b- Les antipsychotiques atypiques :

Ils ont une action globale sur les symptômes productifs et déficitaires. Ces différentes molécules sont actuellement de plus en plus préconisées de fait de leur efficacité et de leur meilleure tolérance notamment neurologique. Ils diffèrent entre eux essentiellement au niveau des effets indésirables notamment métaboliques dont la prise de poids et les perturbations du métabolisme glucidique et lipidique qui sont plus fréquentes avec la clozapine et l'olanzapine et moindre avec l'aripiprazole et la ziprazidone.

Sur le marché tunisien nous disposons actuellement de :

- la clozapine (leponex®) indiquée principalement dans la schizophrénie résistante aux antipsychotiques classiques et atypiques ou en cas d'effets neurologiques sévères. Le risque principal avec cette molécule est celui d'agranulocytose (neutrophiles < 500/mm³) et concernerait 1,3% des patients par année de traitement par clozapine. Les doses recommandées sont de 200-450 mg/j et un maximum de 900 mg/j.

l'olanzapine (Vaincor®, Olanza®) à des doses de 5-20 mg/j, la rispéridone (risperdal®, respirox®, raxidone®, risperidone Teriak®) à des doses de 4-10 mg/j, l'amisulpride (solian®, zolen®) à des doses désinhibitrices de 50-200 mg/j et antidélirante et antihallucinatoire de 400-1200 mg/j, la ziprazidone (zeldox®) de 80-160 mg/j, l'aripiprazole (abilify®) de 15-30 mg/j et la quetiapine (seroquel®) de 300-800mg/j.

c-La voie d'administration :

Pour les épisodes aigus en hospitalisation, la voie IM est préférée pendant les 48 à 72 premières heures pour les neuroleptiques classiques, car les concentrations plasmatiques sont atteintes plus rapidement, et on est sûr de la prise du traitement et de la posologie administrée. La voie orale prendra ensuite le relai en doublant la dose si la tolérance est bonne.

B. Les techniques psychothérapeutiques

1. les psychothérapies de soutien : elles sont les plus utilisées et s'appuient sur une relation positive de soutien psychologique grâce à une attitude empathique et en donnant des conseils et des informations au patient et à sa famille.

2. Les thérapies cognitivo-comportementales: elles ont pour but d'améliorer les symptômes déficitaires, le comportement social, les habilités pratiques, l'autonomie et la communication interpersonnelle.

3. les psychothérapies familiales : elles visent à améliorer le fonctionnement de certaines familles quand celui-ci s'avère pathogène pour le malade.

4. La sociothérapie : elle vise la réadaptation sociale du malade en envisageant des congés de maladie, une réorientation professionnelle, une formation professionnelle en milieu protégé, des ateliers thérapeutiques, des mesures de protection des biens du malade.

L'ensemble de ces mesures de réhabilitation s'inscrit dans le cadre d'un projet thérapeutique au sein d'une équipe pluridisciplinaire incluant des travailleurs sociaux, les médecins de première ligne, les médecins hospitaliers, les infirmiers et les psychologues, tout en collaborant avec la famille.

C. les stratégies thérapeutiques :

1. Le traitement initial :

La monothérapie est toujours préférée aux associations des neuroleptiques. la dose du traitement est adaptée en fonction de l'évolution de la symptomatologie et des effets secondaires qui doivent être surveiller quotidiennement. Ainsi le neuroleptique peut être associé à un traitement correcteur en fonction des effets secondaires, ou à un autre psychotrope en fonction de la symptomatologie (thymorégulateur, benzodiazépines, hypnotiques).

- Les antipsychotiques atypiques ou « nouveaux antipsychotiques » sont mieux tolérés que les neuroleptiques classiques. Si le patient accepte un traitement oral et s'il a une assurance maladie (coût élevé de ces médicaments), on peut indiquer un antipsychotique en première intention.
- En cas de résistance (attendre six semaines pour évaluer l'efficacité du produit), ou d'intolérance à 2 ou trois neuroleptiques, un traitement par Clozapine peut être indiqué.
- L'électro-convulsivothérapie est réservée aux résistances aux médicaments (à raisons de 10 à 15 séances, avec des séances d'entretiens).
- Le traitement chimiothérapique doit s'inscrire dans un cadre de relation thérapeutique de confiance qui impliquera le malade et son entourage familial.

2- Le traitement au long cours:

Il s'inscrit dans un projet « biopsychosocial », où toutes les mesures disponibles seront mobilisées pour éviter le handicap, la désinsertion, les complications psychiatriques (surtout la dépression) et les rechutes.

- Si possible, privilégier les antipsychotiques atypiques en première intention à cause de leur bonne tolérance.
- Neuroleptique à doses minimales efficace de façon continue, parfois sous forme de neuroleptique à action prolongée qui peuvent être prescrit en IM tous les mois (Modécate., Pipartil., Haldol décanoas.)
- Donner le maximum d'informations au malade et sa famille pour garantir une alliance thérapeutique
- Associer des mesures psychothérapeutiques et socio-thérapeutiques.

OBJECTIF 6: Les éléments de surveillance d'un antipsychotique

1. Le bilan pré-thérapeutique doit comprendre :

- une évaluation psychiatrique précise portant sur :
 - les symptômes
 - l'évolution de la maladie, (ancienneté, mode de début, réponse aux médicaments antérieurement prescrits et de leurs effets secondaires, complications)
 - contexte socio-familial (relations familiales, insertion, type d'assurance maladie)
 - motivation du patient à s'engager dans un traitement au long cours
- un examen somatique soigneux avec la prise de poids, le tour de taille
- un bilan para clinique : NFS, VS, bilan hépatique, bilan lipidique, glycémie, EEG, ECG, examen ophtalmologique

2. La surveillance au cours du traitement :

a. Les effets indésirables :

les effets indésirables des antipsychotiques classiques :

- les effets neurologiques :
 - les dyskinésies aiguës (crises oculogyres, révulsion des yeux, torticolis)
 - le syndrome parkinsonien
 - les dyskinésies tardives (mouvements anormaux essentiellement au niveau des membres et de la région bucco-linguo-masticatrice)
 - l'abaissement du seuil épileptogène : se traduit par des crises chez un malade épileptique bien stabilisé ou des modifications de l'E.E.G.

- Les effets neuro-végétatifs :
 - Les effets cardio-vasculaires
 - Hypotension orthostatique (surtout pour les NL sédatifs)
 - Tachycardie
 - Modification de l'E.C.G. (aplatissement T allongement QT)
 - Le syndrome malin des neuroleptiques

se traduit par une hyperthermie avec une exagération des effets secondaires neurologiques, sueurs, tachycardie, variations de la TA. Sur le plan biologique : CPK > 1000U/l, hyperleucocytose, augmentation des enzymes hépatiques, signes biologiques d'hémoconcentration).

La gravité de cet accident impose une surveillance stricte de tout malade sous neuroleptique, elle porte en particulier sur la température, les signes neurologiques et neurovégétatifs.

En cas d'apparition d'une fièvre chez un schizophrène sous NL, il faut immédiatement interrompre le traitement, lancer des investigations pour éliminer un syndrome malin, chercher une étiologie à la fièvre.

- les accidents allergiques et toxiques
 - les accidents cutanés : photosensibilité au soleil (Largactil)
 - toxicité hématologique neutropénie, agranulocytose exceptionnelle.
- les effets digestifs :
 - hypo sialorrhée
 - constipation
- les effets métaboliques et endocriniens :
 - Prise de poids : la surveillance du poids ainsi que de la tour du taille
 - Oligo-spanioménorrhée ou aménorrhée –galactorrhée
 - Troubles sexuels (anorgasmie, anéjaculation, dysfonction érectile)

Les effets indésirables des antipsychotiques atypiques :

- La Clozapine:
 - elle a des effets indésirables particulièrement hématologiques : agranulocytose d'où la nécessité d'une surveillance régulières des NFS.
 - prise de poids
- L'olanzapine:

- Elle n'a pas d'effet secondaire neurologique, elle a des effets anticholinergiques et sédatifs.

- la prise de poids et le syndrome métabolique

• La rispéridone:

- elle a des effets secondaire neurologique mais moins que les antipsychotiques classiques

• L'Aripiprazole:

- elle moins d'effets indésirables métaboliques que les antipsychotiques classiques, la clozapine et l'olanzapine.

b. Le bilan biologique:

Le bilan biologique qui sera demandé au cours du traitement par neuroleptique doit comprendre :

-glycémie une fois par an

-bilan lipidique une fois par an

-bilan hépatique une fois par an

-NFS une fois par an sauf pour les patients sous Clozapine (une fois par mois)

-dosage de la prolactine devant l'existence de signes cliniques en faveur d'une hyperprolactinémie