



Schizophrénie(s)



Schizophrénie(s)

SOMMAIRE

Introduction	p. 02
Schizophrénie(s)	p. 03
Prendre en charge la schizophrénie	p. 06
Où s'adresser ?	p. 10
Pour en savoir plus	p. 11

Introduction

La schizophrénie est une affection psychotique⁽¹⁾, d'expression très variée. Elle touche 1 % de la population mondiale, soit en France environ 600 000 personnes. Les troubles débutent entre 15 et 30 ans et évoluent sur la vie entière. De nombreuses hypothèses existent sur ses causes, mais son origine reste inconnue. Actuellement les chercheurs pensent que l'addition de facteurs génétiques et de stress psychologiques et environnementaux créerait une vulnérabilité, permettant le développement des troubles. Elle peut avoir un impact important sur l'adaptation sociale et entraîner une grande souffrance chez la personne et ses proches.

(1) Trouble qui aboutit à une désorganisation de la personnalité et altère sévèrement le rapport à la réalité.

Schizophrénie(s)

Symptômes

- **Désorganisation ou dissociation**

C'est la perte de l'unité psychique, qui provoque un relâchement des associations entre idées, émotions et attitudes. La pensée devient floue, discontinue (diffluence). Le discours est parfois illogique et difficile à suivre. Le langage perd sa fonction de communication. L'expression émotionnelle est sans rapport avec la situation. Le contact peut être froid. On peut constater la présence simultanée de sentiments contraires (ambivalence affective).

Cette désorganisation se traduit par une bizarrerie, des sourires immotivés, des conduites qui paraissent étranges voire absurdes. Le comportement ne semble plus toujours dirigé vers un but compréhensible.

- **Délire paranoïde et symptômes dits positifs ou productifs**

C'est une perception erronée de la réalité : la personne voit, entend, sent ou ressent des choses qui n'existent pas pour ceux qui l'entourent. Il n'est pas possible de la convaincre de son erreur.

Ce délire est flou, mal structuré, non systématisé (les idées délirantes n'ont pas de lien entre elles). Il évolue vers la chronicité, avec des périodes de rémission. Il repose souvent sur des hallucinations acoustico-verbales (entendre des voix) et intrapsychiques avec automatisme mental (impression que la pensée est devinée, commentée ou volée, que des actes ou des pensées sont imposés). Souvent les hallucinations sont repérées indirectement : attitudes d'écoute, suspension de la parole, expression de peur ou de surprise, soliloque (la personne converse avec elle-même à haute voix). D'autres mécanismes délirants (intuition, illusion, interprétation, imagination) peuvent être présents.

Les thèmes délirants sont souvent récurrents pour une personne donnée. Ils peuvent être persécutifs, mystiques, mégalomaniques, d'influence (conviction d'être sous l'emprise d'une force extérieure), hypocondriaques, de référence (la personne attribue à l'environnement une signification particulière ayant trait à elle-même : les émissions de télévision, de radio ou Internet s'adressent à elle par exemple) ou de transformation corporelle. La personne est souvent réticente à exprimer ses convictions délirantes.

Cette activité délirante s'accompagne d'une forte angoisse ou bien est vécue dans l'indifférence.

• Symptômes dits négatifs ou déficitaires

Désinvestissement de la réalité, repli progressif de la personne, diminution des capacités de penser, de parler et d'agir qu'elle avait avant d'être malade, diminution des réactions émotionnelles et des troubles cognitifs (concentration, attention, mémoire et capacités d'abstraction).

Entrée dans la maladie

Une **bouffée délirante aiguë** (expérience psychotique transitoire de début brutal), un trouble de l'humeur (épisode dépressif, maniaque ou mixte) ou un passage à l'acte (tentative de suicide, fugue, délit...) peuvent être les signes d'entrée dans la maladie. La fin de l'épisode aigu n'est pas suivie d'un retour à l'état antérieur. La présence de symptômes dissociatifs, d'éléments délirants ou déficitaires peuvent être le signe d'une entrée dans la schizophrénie.

Souvent, les troubles apparaissent de façon **plus progressive et insidieuse**. Les symptômes de schizophrénie peuvent être masqués par un trouble des conduites alimentaires (anorexie, boulimie), une toxicomanie, des symptômes dépressifs atypiques ou des troubles obsessionnels et compulsifs. D'autres signes (fléchissement scolaire ou difficultés professionnelles chez un adulte jeune) peuvent être confondus avec une crise d'adolescence.

Tout changement de comportement, de fonctionnement, de caractère chez un adolescent ou un adulte jeune, surtout s'il est associé à de la bizarrerie ou une rupture de contact, impose un avis spécialisé. Le rôle du médecin de famille, des infirmiers, psychologues et médecins scolaires et des personnels enseignants et éducatifs est très important pour orienter les personnes et leur entourage.



Diagnostic

Il repose sur l'examen clinique (entretiens avec la personne et son entourage). Les examens complémentaires (imagerie cérébrale, électroencéphalogramme, biologie) ne sont utiles que pour éliminer certaines affections physiques.

La schizophrénie se caractérise par une dissociation psychique associée à des symptômes dits positifs et négatifs. Les symptômes doivent être présents de façon permanente **depuis au moins six mois** pour faire le diagnostic de schizophrénie.

Il est nécessaire **d'informer la personne sur sa maladie**, en tenant compte de son état et de sa capacité à comprendre les termes employés, pour favoriser la réussite du projet de soins. Les soins sont difficiles à maintenir dans la durée si la personne n'a pas conscience d'être malade.

En accord avec la personne, la famille ou l'entourage proche sont informés. Les échanges entre soignants et proches sont importants car ces derniers sont en général un soutien essentiel. Il faut aussi évaluer le besoin d'aide des proches et y répondre le cas échéant.

Évolution

Elle varie d'une personne à l'autre. Sous traitement, on constate une diminution des symptômes positifs. Mais l'interruption du traitement antipsychotique entraîne la recrudescence des symptômes en général dans les semaines ou mois suivant l'arrêt.

La qualité et la précocité de la prise en charge thérapeutique sont des éléments déterminants de l'évolution ultérieure de la maladie.

• Formes les plus fréquentes de la maladie

Schizophrénie paranoïde :
la plus fréquente. Activité délirante prédominante, évolution par poussées entrecoupées de périodes de rémission ; assez sensible au traitement médicamenteux.

Schizophrénie hébéphrénique :
début insidieux et précoce, évolution continue, dissociation et signes négatifs prédominants, impact sur l'adaptation sociale plus grand.

Schizophrénie dysthymique (trouble schizo-affectif) :
forme périodique, associe

symptômes schizophréniques et maniaco-dépressifs, périodes de rémission ; déficit moins important. Intérêt spécifique d'associer des médicaments régulateurs de l'humeur aux antipsychotiques.

Schizophrénie catatonique :
peut mettre en danger vital à court terme (survenue possible de périodes d'immobilité et de mutisme total).

Schizophrénie simple :
associe bizarrerie du comportement et marginalité, peu ou pas d'éléments délirants.

• Schizophrénie et risque suicidaire

10 à 15% des patients souffrant de schizophrénie se suicident, en particulier durant les premières années de la maladie, et près de la moitié font au moins une tentative de suicide au cours de leur vie⁽²⁾. Ce risque important peut être lié à des épisodes de dépression qui doivent être identifiés et traités. Paradoxalement, la capacité de comprendre la maladie augmente ce risque. La sortie d'une hospitalisation, un épisode dépressif ou une recrudescence hallucinatoire nécessitent une vigilance accrue.

(2) Besnier N. et coll. L'Encéphale ; 2009, vol.35, n°2, pp.176-181.

• Schizophrénie et consommation de toxiques

Le **cannabis** est très consommé par les personnes atteintes de schizophrénie. Son utilisation diminue l'efficacité des traitements et a un impact négatif sur l'évolution de la maladie (aggravation des symptômes négatifs et accroissement du nombre des rechutes, majoration de l'impulsivité). Pour certains chercheurs, la consommation de cannabis peut provoquer la survenue de symptômes schizophréniques chez des personnes présentant une vulnérabilité. Des personnes souffrant de schizophrénie croient que cette consommation peut calmer certains symptômes (angoisse, inhibition). En fait, ce soulagement est transitoire et la consommation aggrave le pronostic de la maladie.

Une consommation excessive d'**alcool**, utilisé pour lutter contre les conséquences de la maladie, entraîne une aggravation des symptômes. L'alcool peut augmenter les effets indésirables des psychotropes. Il altère l'état de santé et favorise les troubles du comportement.

Les personnes vivant avec une schizophrénie ont souvent une consommation de **tabac** importante. La nicotine peut atténuer certains effets indésirables des neuroleptiques. Ceci pourrait expliquer leur plus grande dépendance à la nicotine.

Schizophrénie et dangerosité ?

Contrairement à l'idée habituellement véhiculée par les media, ces personnes sont beaucoup plus souvent victimes qu'auteurs de violence⁽³⁾. Même si la maladie peut augmenter le risque de passage à l'acte hétéro-agressif, c'est surtout l'association d'une consommation de toxiques et d'alcool et l'absence ou la rupture des soins qui favorisent les comportements agressifs et violents.

Prendre en charge la schizophrénie

La prise en charge vise la diminution des symptômes et la préservation de la meilleure qualité de vie possible. Elle doit prendre en compte les symptômes, l'insertion sociale, familiale et affective. Elle comporte 3 volets : biologique, psychothérapique et social. Le traitement médicamenteux en représente l'élément central.

(3) Dangerosité psychiatrique. Haute autorité de santé, 2010 www.has-sante.fr

(4) Guide ALD n°23 « Schizophrénie » HAS, 2007 www.has-sante.fr et HAS Guide patient : vivre avec une schizophrénie - Nov 2007.

(5) Brochure Psycom-Prescrire : Prendre un médicament neuroleptique.

(6) Oro-dispersible : qui se désagrège en quelques secondes dans la bouche.

(7) Observance : respect de la prescription du médicament faite par le médecin.

(8) Indications et modalités de l'Electroconvulsivothérapie. ANAES. Avril 1997.

Traitements biologiques

• Médicaments psychotropes ⁽⁴⁾

En 1952, les premiers neuroleptiques ont révolutionné le pronostic de la maladie. Les neuroleptiques dits de seconde génération – risperidone (Risperidal®), olanzapine (Zyprexa®), aripiprazole (Abilify®), amisulpiride (Solian®), quétiapine (Xeroquel®) – ont une efficacité égale sur les symptômes dits positifs et probablement supérieure sur les symptômes dits négatifs, avec moins d'effets neurologiques (de type parkinsonien) et cognitifs mais parfois davantage de conséquences sur la prise de poids. Aujourd'hui, ces produits sont prescrits en première intention. Les neuroleptiques classiques sont parfois maintenus chez des personnes bien stabilisées ou initiés dans certaines situations liées à l'histoire thérapeutique. Ces médicaments dits suspensifs atténuent les symptômes de la maladie, mais celle-ci peut toujours évoluer.

Des formes buvables, oro-dispersibles ⁽⁶⁾, injectables, ou d'action prolongée (injection toutes les 4 à 6 semaines) peuvent améliorer le confort du patient et l'observance ⁽⁷⁾. La clozapine (Leponex®) est utilisée dans les formes résistantes (réponse insatisfaisante à deux traitements neuroleptiques de classes différentes correctement menés). Les prescriptions sont limitées à cette indication, car ce produit nécessite une surveillance régulière de la numération des globules blancs par une analyse sanguine.

Le traitement doit être administré dès que possible, pris en continu, à la posologie minimale efficace et en monothérapie (un seul produit à la fois) chaque fois que cela est possible.

D'autres médicaments peuvent être prescrits, par exemple :

- **Régulateurs de l'humeur** (sels de lithium (Téralithe®), carbamazépine (Tégrétoïl®), sels de l'acide valproïque (Dépamide®, Dépakote®) dans les formes dysthymiques ou dites résistantes ;
 - **Benzodiazépines** (anxiolytiques, efficaces dans les formes catatoniques) ;
 - **Antidépresseurs**, si symptômes dépressifs ;
 - **Correcteurs** des effets indésirables des antipsychotiques.
- **Electro-convulsivothérapie (ECT)** ⁽⁸⁾

Réservée à certaines situations où les médicaments ne sont pas suffisamment efficaces (formes catatoniques et formes résistantes) ou contre-indiqués (syndrome malin ⁽⁹⁾, mauvaise tolérance). Cure de plusieurs séances espacées dans le temps, sous brève anesthésie et curarisation (réduit le risque de complications en limitant l'intensité des contractions musculaires).

(9) Syndrome malin : survenue brutale au cours d'un traitement par un médicament antipsychotique d'une fièvre, d'une pâleur, d'une hypersudation, d'une rigidité musculaire et de troubles de la conscience. L'association de ces symptômes et de certains signes biologiques (augmentation du taux sanguin des CPK) nécessite l'arrêt du traitement et une prise en charge rapide en unité de soins intensifs.

- **rTMS (stimulation magnétique trans-crânienne répétée)** ⁽¹⁰⁾

Technique récente et moins contraignante que l'ECT, peu diffusée en France. L'activité électrique du cerveau est modifiée par des champs magnétiques brefs et intenses délivrés par un appareil positionné à la surface du crâne. Technique non invasive, non douloureuse, ne nécessitant pas d'anesthésie et ayant peu d'effets indésirables. Elle semble efficace sur les hallucinations. Ses résultats doivent être confirmés par de nouveaux travaux de recherche.

Psychothérapies

Permettent de modifier la perception, la compréhension et la gestion des symptômes. Doivent toujours s'associer au suivi psychiatrique et au traitement médicamenteux ; n'en sont jamais une alternative.

- **Thérapie de soutien**

Permet au patient d'avoir avec son psychiatre traitant, ou un thérapeute travaillant en lien avec ce dernier, des échanges sur son quotidien, sa maladie et ses conséquences, afin de mieux cerner les difficultés et trouver des solutions.

- **Thérapies comportementales et cognitives (TCC)**

Aident à réduire les symptômes, en particulier délirants, et peuvent améliorer la régulation des émotions, la gestion du traitement et de la vie quotidienne. L'entraînement aux habiletés sociales vise à améliorer la communication avec les soignants ou les proches.

- **Remédiation cognitive**

Individuelle ou en groupe, permet d'améliorer les troubles cognitifs. Exercices réalisés avec un professionnel à partir de différents supports (planches avec des mots, images, films, souvent à l'aide d'un ordinateur).

- **Éducation thérapeutique du patient (ETP) et psychoéducation**

Organisées par des psychiatres, psychologues et infirmiers, avec la participation de travailleurs sociaux, pharmaciens, diététiciens...

En groupe le plus souvent, aident patients et proches à comprendre causes, symptômes, traitement et effets sur l'entourage de la maladie. Le groupe permet un partage du vécu émotionnel et une entraide utiles à la résolution des problèmes. Cette approche a montré son efficacité, notamment sur le nombre de rechutes.

- **Thérapies familiales**

Parfois nécessaires pour résoudre les conflits que le système familial ne peut plus gérer. Les thérapeutes ne cherchent pas à culpabiliser les proches, mais à les aider à devenir des partenaires des soins.

(10) Stimulation magnétique transcrânienne répétée Haesebaert F, Brunelin J, Poulet E. AMP 2010, Vol 168, n°5, p.394-398.

(11) Ex-CAT : centre d'aide par le travail. (12) Ex-Atelier protégé.

(13) Brochure Psycom « Protection juridique ».

(14) Composée d'infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, psychomotriciens, éducateurs coordonnée par un psychiatre.

Mesures sociales thérapeutiques

Nécessaires pour maintenir ou rétablir l'insertion sociale et l'autonomie et améliorer la qualité de vie.

Si certaines personnes atteintes de schizophrénie sont parfaitement autonomes ou peu gênées, d'autres peuvent avoir besoin d'aide (droits sociaux, ressources, travail, logement...). Les possibilités d'accès ou de maintien d'une activité professionnelle sont évaluées avec l'équipe soignante (seules 20 à 30% des personnes atteintes de schizophrénie travaillent en milieu ordinaire).

La grande majorité des personnes vit de façon autonome, mais des aides au maintien à domicile peuvent être nécessaires : interventions d'auxiliaire de vie ou aide-ménagère (repas, hygiène...), visites infirmières à domicile, service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou service d'accompagnement médicosocial pour adulte handicapé (SAMSAH).

L'éligibilité à certaines aides et prestations est décidée dans les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) :

- Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) : accès à des formations adaptées au handicap ou des emplois en milieu ordinaire ou protégé (Établissement ou service d'aide par le travail (ESAT⁽¹¹⁾) et Entreprise adaptée (EA⁽¹²⁾).
- Allocation adulte handicapé (AAH) : versée quand l'état de santé n'est pas compatible avec une activité professionnelle.
- Accès à des modalités spécifiques de logement :
- foyer d'accueil médicalisé, foyer de vie, maison d'accueil spécialisée (MAS). Des professionnels assurent la gestion du quotidien, l'apprentissage des gestes de la vie quotidienne et proposent des activités. Leur nombre étant insuffisant, ce sont souvent les proches qui procurent l'assistance dont ont besoin les personnes vivant avec une schizophrénie.
- Accès à un SAVS ou un SAMSAH, etc.

Dans certains cas, il est nécessaire de solliciter une mesure de protection juridique (curatelle, tutelle ou sauvegarde de justice)⁽¹³⁾.

Lieux de soins et intervenants

L'hôpital n'est plus le lieu exclusif de la prise en charge de la schizophrénie. Les soins sont essentiellement ambulatoires, assurés et/ou coordonnés par un psychiatre (service public, associatif ou libéral).

Les services de psychiatrie, dits de secteur, organisés autour d'un Centre médico-psychologique (CMP), sont les mieux équipés pour suivre une personne atteinte de schizophrénie.

Une même équipe pluridisciplinaire⁽¹⁴⁾ assure les soins ambulatoires et à l'hôpital, favorisant la continuité du projet thérapeutique (consultations, accueils, accompagnements et visites à domicile).

Ces services, financés par la Sécurité Sociale, dispensent des soins gratuitement. Ils peuvent proposer une prise en charge à temps partiel (hôpital de jour, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)) et des alternatives à l'hospitalisation (foyer de post-cure, appartement thérapeutique, accueil familial thérapeutique, hospitalisation à domicile...).

Les indications **d'hospitalisation** (en hôpital ou clinique psychiatriques) sont relativement rares : épisodes aigus, gestion de l'anxiété, risque de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif, observation pour discussion diagnostique ou instauration de certaines thérapeutiques. Le mode d'hospitalisation⁽¹⁵⁾ (libre ou sans consentement) est décidé en fonction de la situation.

Comment gérer les crises ?

L'aggravation des symptômes (repli sur soi, réapparition d'idées bizarres ou délirantes, perceptions étranges, troubles du comportement avec agressivité ou violence) nécessite une prise en charge rapide. Si possible, consultation du psychiatre ou de l'équipe de soins habituels, éventuellement leur intervention à domicile ou encore consultation dans un service d'urgences.

Une hospitalisation peut être indispensable pour protéger la personne et/ou son entourage⁽¹⁶⁾.

Parfois, l'état de crise nécessite une intervention des pompiers (18), du SAMU (15) ou de la police (17), en coordination avec l'équipe de soins chaque fois que c'est possible.

Où s'adresser ?

Médecin traitant

Une bonne coordination entre psychiatre et généraliste est nécessaire pour un accompagnement de qualité de la personne et de sa famille. Les personnes vivant avec une schizophrénie ont besoin d'un suivi attentif en médecine générale pour prévenir et traiter les effets indésirables des traitements, et les effets néfastes du tabac.

Services spécialisés

- Services de psychiatrie de Secteur : prises en charge pour tous les troubles psychiques. Soins dispensés gratuitement. Coordonnées des CMP dans les annuaires.
- Consultations hospitalières de psychiatrie, psychiatres libéraux et centres d'accueil et de crises.
- Services d'urgences dans les hôpitaux généraux. Comprennent souvent une équipe psychiatrique, parfois liée à celle du Secteur.

(15) (16) Brochure Psycom « Modalités des soins psychiatriques ».

(17) Carte des GEM sur www.psycom.org

Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)

Liste sur le site www.handicap.gouv.fr

Groupes d'entraide mutuelle (GEM)⁽¹⁷⁾

Ce ne sont pas des structures de soins mais des espaces conviviaux où les personnes en souffrance psychique peuvent s'entraider, partager et organiser ensemble des activités culturelles, sportives et artistiques. Subventionnés par l'Etat, ils doivent être parrainés par des associations spécialisées en santé mentale, et gérés par des adhérents.

Associations de patients et proches

Regroupent des personnes souffrant de troubles psychiques et/ou leurs proches et proposent groupes de paroles, lignes d'écoute téléphoniques, conseils et entraide. Liste non exhaustive.

Advocacy France

5, place des Fêtes - 75019 Paris

06 33 13 73 38

siege@advocacy.fr

www.advocacy.fr

Fédération nationale

des associations d'usagers
en psychiatrie (FNAPsy)

33, rue Daviel - 75013 Paris

01 43 64 85 42

www.fnapsy.org

Schizo ? Oui !

54, rue Vergniaud - Bat D.

75013 Paris

01 45 89 49 44

contactschizo@free.fr

www.schizo-oui.com

Union nationale des amis et familles
de malades et/ou handicapés
psychiques (UNAFAM)

12, Villa Compoint - 75017 Paris

01 53 06 30 43

fax 01 42 63 44 00

écoute famille 01 42 63 03 03

infos@unafam.org - www.unafam.org

Pour en savoir plus

Haute autorité de santé : www.has-sante.fr

Prescrire : information indépendante sur les médicaments www.prescrire.org

Réseau PIC : Psychiatrie, information, communication www.reseau-pic.info

Brochures Psychom : disponibles à la commande ou en téléchargement sur www.psychom.org

- Les troubles schizophréniques. Gourion D. et Gut-Fayand A. Paris, Ellipse 2004.
- La schizophrénie de l'adulte. Saoud M. et d'Amato T. Paris, Masson, 2009.
- L'indispensable. Guide pour l'entourage d'une personne atteinte de maladie mentale. UNAFAM-FFAPAMM. 2013 téléchargeable sur www.unafam.org



Le Psycom est un organisme public d'information, de formation et de lutte contre la stigmatisation en santé mentale.

Le Psycom édite 6 collections de plaquettes d'information :

- Troubles psychiques
- Psychothérapies
- Médicaments psychotropes
- Soins, accompagnements et entraide
- Droits en psychiatrie
- Santé mentale et...

psycom 

11, rue Cabanis - 75674 Paris Cedex 14
facebook.com/psycom.org - @Psycom_actu
www.psycom.org - contact@psycom.org

Avec le soutien financier de :

ars
Agence Régionale de Santé
Île-de-France

35, rue de la Gare
75935 Paris Cedex 19
www.ars.iledefrance.sante.fr

Rédactrice en chef : Aude Caria (directrice, Psycom).

Rédaction : Dr Céline Bréan (psychiatre, CH Sainte-Anne), Dr Raphaël Gourevitch (psychiatre, CH Sainte-Anne) et Aude Caria (directrice, Psycom).

Comité de relecture : Caroline David (bénévole, UNAFAM), Claude Finkelstein (présidente, FNAPsy), Dr Marie-Jeanne Guedj (psychiatre, CH Sainte-Anne), Dr Vassilis Kapsambelis (psychiatre, ASM13), Dr Frédéric Khidichian (psychiatre, Hôpitaux de Saint-Maurice), Dr Christiane Santos (psychiatre, GPS Perray-Vaucluse) et Dr Norbert Skurnik (psychiatre, EPS Maison Blanche).

Illustration : Fotolia (libre de droits).