

UNIVERSITE DE NANTES

---

FACULTE DE MEDECINE

---

Année 2006

N° 125

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE  
Qualification en Psychiatrie

Par

Anne SAUVAGET-OIRY

Née le 28 décembre 1976

---

Présentée et soutenue publiquement le mardi 10 octobre 2006

---

# **Clinique des troubles du comportement dans les schizophrénies débutantes**

Président et directeur de thèse : Monsieur le Professeur Jean-Marie Vanelle

# Table des matières

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>12</b>
<b>I. DÉFINITIONS.....</b>	<b>6</b>
<b>A. Définition des schizophrénies débutantes.....</b>	<b>6</b>
1. La notion de début.....	6
2. La notion de prodromes.....	7
a) Définition .....	7
b) Caractéristiques cliniques comportementales des prodromes .....	7
c) Définition de la phase prodromique .....	9
3. La notion de DUP (Duration of Untreated Psychosis) .....	9
4. Les données épidémiologiques générales.....	9
5. Conclusion.....	10
<b>B. Définition des troubles du comportement .....</b>	<b>11</b>
1. La notion de trouble .....	11
2. La notion de comportement.....	12
<b>II. ETUDE DE CAS.....</b>	<b>14</b>
<b>A. Préambule.....</b>	<b>14</b>
<b>B. Cas clinique n° 1 : Nathalie.....</b>	<b>14</b>
1. Enfance et adolescence.....	14
2. Première hospitalisation en psychiatrie .....	16
<b>C. Cas clinique n° 2 : Dimitri .....</b>	<b>17</b>
<b>D. Cas clinique n° 3 : Julien .....</b>	<b>20</b>
1. 1 <sup>ère</sup> Hospitalisation à l'hôpital psychiatrique de Saint-Paul.....	20
a) Eléments biographiques.....	20
b) Histoire des troubles.....	21
c) Evolution au cours de son hospitalisation .....	22
2. 2 <sup>ème</sup> hospitalisation à l'hôpital psychiatrique de Saint-Paul .....	22
<b>E. Cas clinique n° 4 : Arnaud.....</b>	<b>24</b>
1. Eléments biographiques et début des troubles à l'adolescence .....	24
2. De nombreuses hospitalisations en psychiatrie .....	25
3. Après la psychiatrie, la prison .....	26
4. Après la prison, la psychiatrie .....	27
5. Evolution dans les soins .....	28
<b>III. REVUE DE LA LITTÉRATURE ET ANALYSE ÉLÉMENTAIRE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT DANS LES SCHIZOPHRÉNIES DÉBUTANTES .....</b>	<b>29</b>
<b>A. Les différents troubles du comportement existants.....</b>	<b>29</b>
1. Les troubles psychomoteurs .....	29
2. Les troubles du comportement instinctuel.....	30
a) Le comportement alimentaire.....	30
1) Alimentation et schizophrénie en général.....	30
2) Troubles du comportement alimentaire et schizophrénie débutante.....	31
b) Le comportement sexuel .....	33
1) Données générales.....	33
2) Commentaires des cas cliniques .....	33
c) Le sommeil .....	34
1) Données générales.....	34
2) Application aux cas cliniques .....	34

d) Les troubles excrémentiels .....	35
e) L'hygiène .....	35
f) Notes sur les comportements instinctuels .....	35
3. Les comportements autoagressifs .....	36
a) Les automutilations .....	36
b) Les conduites suicidaires.....	37
1) Suicide et schizophrénie : épidémiologie .....	37
2) Idées suicidaires, tentatives de suicide et suicide dans les schizophrénies débutantes .....	38
3) Applications aux cas cliniques .....	40
4. Les troubles du comportement social .....	41
a) L'école et le monde du travail .....	41
b) Fugues, errances, vagabondage.....	43
c) Le repli social .....	44
5. Actes antisociaux.....	45
a) Généralités.....	45
b) Agressivité et violence .....	46
1) Définitions .....	46
2) Données épidémiologiques.....	47
3) Applications aux cas cliniques .....	50
c) Actes médico-légaux .....	50
1) Agressions sexuelles.....	50
2) Incendiaires .....	51
3) Homicides.....	52
4) Prison et schizophrénie débutante .....	53
<b>B. Troubles du comportement et modes de début des schizophrénies .....</b>	<b>54</b>
1. Mode de début aigu .....	55
a) La bouffée délirante aiguë.....	55
b) Le début aigu selon Henri Ey.....	56
2. Mode de début insidieux .....	56
a) Les travaux de Kraepelin et Bleuler.....	56
b) Les travaux d'Henri Ey .....	57
c) Les travaux de Deniker, Lempérière et Guyotat.....	58
d) Les travaux actuels.....	59
3. Discussion des cas cliniques.....	60
<b>IV. ANALYSE PSYCHOPATHOLOGIQUE ET CLINIQUE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT DANS LES SCHIZOPHRÉNIES DÉBUTANTES .....</b>	<b>62</b>
<b>A. Caractéristiques communes à ces troubles du comportement .....</b>	<b>62</b>
1. La régression .....	62
2. La discordance comportementale : principe unificateur ?.....	64
a) Le concept de discordance.....	64
b) Troubles du comportement et discordance.....	65
<b>B. Analyse nosographique .....</b>	<b>66</b>
1. DSM IV .....	66
2. CIM 10 .....	67
3. CFTMEA.....	68
<b>C. Analyse selon les approches cliniques actuelles .....</b>	<b>70</b>
1. La clinique catégorielle .....	70
a) Définition .....	70
b) Qualités des critères .....	70
1) Troubles du comportement et premier critère.....	71
2) Troubles du comportement et deuxième critère .....	71
3) Troubles du comportement et troisième critère .....	71
2. La clinique dimensionnelle .....	72
a) Définition .....	72
b) Les modèles bidimensionnels : la dichotomie négative/positive.....	72
c) Le modèle trisyndromique : ajout du facteur désorganisation.....	74

<b>V. LA QUESTION DE L'ADOLESCENCE, LES DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS ET LES COMORBIDITÉS .....</b>	<b>75</b>
<b>A. La question de l'adolescence .....</b>	<b>75</b>
1. Adolescence et symptômes psychotiques .....	75
2. Une clinique centrée sur le corps et l'agir .....	76
3. La question des schizophrénies précoces et des schizophrénies infantiles.....	77
<b>B. Les troubles de la personnalité.....</b>	<b>79</b>
1. La personnalité borderline.....	79
2. La personnalité psychopathe et antisociale .....	81
<b>C. La question des toxiques.....</b>	<b>82</b>
1. Quelques données générales.....	82
2. Les pharmacopsychoses .....	83
3. Le cannabis et les schizophrénies débutantes.....	83
<b>D. Les formes frontières de schizophrénie.....</b>	<b>83</b>
1. Les personnalités schizoïde et schizotypique .....	84
2. L'héboïdophrénie .....	84
<b>E. Les autres diagnostics .....</b>	<b>85</b>
<b>F. Le cas de Nathalie .....</b>	<b>85</b>
<b>VI. RÉFLEXIONS ÉPISTÉMOLOGIQUES, SOCIOLOGIQUES ET PRATIQUES ...</b>	<b>87</b>
<b>A. Troubles du comportement dans les schizophrénies débutantes : quelle entité ?.....</b>	<b>87</b>
<b>B. Troubles du comportement et société.....</b>	<b>88</b>
1. Quelle gêne pour la société ?.....	88
2. Relativiser la violence du schizophrène .....	89
3. Le cercle familial.....	89
<b>C. En pratique, la place du psychiatre .....</b>	<b>91</b>
1. Partir de la demande.....	91
2. La démarche clinique .....	92
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>94</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>104</b>

# INTRODUCTION

Qu'y a-t-il de commun entre Dimitri, qui saute d'un pont alors qu'il vit reclus dans sa chambre depuis des mois et Julien, qui met le feu à son appartement ? Entre Nathalie, qui fait des tentatives de suicide à répétition et Arnaud, qui violente ses parents puis dévaste la maison ? Rien, sinon qu'ils entrent ou sont déjà entrés dans la schizophrénie. Et qu'elle a débuté par des troubles du comportement.

Le terme de « troubles du comportement » est souvent employé, comme motif d'admission, comme conclusion de compte-rendu médical associé à celui de « schizophrénie ». Curieusement, les définitions des troubles du comportement sont imprécises ou inexistantes, tant dans les manuels de psychiatrie que dans les articles scientifiques qui abordent le sujet. Si la clinique de la schizophrénie est très variée, celle du comportement l'est encore plus.

**Alors, comment, face à des troubles du comportement, raisonnablement évoquer le diagnostic de schizophrénie ?**

Dans une première partie, nous tenterons de définir les délicates notions de schizophrénies débutantes et de troubles du comportement.

La clinique, pain quotidien du psychiatre, est un grand vivier de questions. Ce sont donc Nathalie, Dimitri, Julien et Arnaud qui, au travers de leurs histoires respectives, seront dès la deuxième partie le fil rouge de ce travail.

La troisième partie sera consacrée à la description clinique des troubles du comportement observés dans les schizophrénies débutantes, au moyen d'une revue de la littérature. Les relations entre les troubles du comportement et les modes de début des schizophrénies seront aussi étudiées.

La quatrième partie s'attachera à dégager les caractéristiques communes à ces troubles, à interroger la place qui leur est faite dans les classifications internationales et les approches cliniques contemporaines.

La cinquième partie abordera les principales questions diagnostiques posées par ces troubles, en particulier les diagnostics différentiels de la schizophrénie débutante, le rôle des toxiques et la problématique de l'adolescence.

Enfin, la sixième et dernière partie s'interrogera sur le statut épistémologique et social de ces troubles. Et elle verra comment, à partir d'une meilleure compréhension de ces troubles, le psychiatre peut construire sa démarche diagnostique.

# I. DÉFINITIONS

## A. DÉFINITION DES SCHIZOPHRÉNIES DÉBUTANTES

### 1. La notion de début

Si la **notion de la période d'état** d'une maladie est bien établie, comme c'est le cas de la schizophrénie quand les syndromes délirant, discordant et autistique sont tous présents, la **notion de début** de la maladie est beaucoup plus délicate en psychiatrie. Ainsi en témoigne la diversité du champ lexical qui se développe avec les termes de « prodromes », « vulnérabilité », « symptômes prémorbides », etc.

Les schizophrénies débutantes ont fait l'objet d'une conférence de consensus en 2003, et cette notion de début a été discutée par plusieurs auteurs.

Certains en donnent une définition très large. Pour Delamillieure et Dollfus [23], la définition du début de la schizophrénie « *la plus communément admise est en quelque sorte administrative, c'est le moment de la première admission à l'hôpital ou du premier contact avec un spécialiste de la santé mentale* ». Ce serait donc les premiers soins psychiatriques qui marqueraient le début de la maladie. Mais cette définition ne dit rien des troubles antérieurs à la prise en charge, ce qui laisse supposer une période où ils sont passés inaperçus. L'absence de soins ne signifie pas l'absence de la maladie, comme on le verra plus loin avec la notion de durée de psychose non traitée.

Casadebaig et Bursztejn [12] passent en revue les différents termes utilisés concernant le premier épisode psychotique : « premier début », « premier épisode », « schizophrénie précoce », « première admission ». Ils reprennent des repères chronologiques clefs qu'avaient identifiés Yung et McGorry [99], sachant qu'ils peuvent coexister à certains moments.

- perception de changements par le sujet lui-même (stress indéfinissable...)
- perception par la famille de changements chez le sujet (irritabilité, anxiété...)
- perception par le sujet de signes psychotiques (hallucinations...)
- perception par la famille de ces signes psychotiques (bizarrerie...)
- prise en charge psychiatrique devant la sévérité des signes psychotiques

Citant Jablensky, ils soulignent finalement « *l'absence de définition standardisée du commencement de la pathologie* », constat des plus réalistes. [12]

On voit dans toutes ses définitions possibles se décliner tous les paramètres inhérents à la notion de début : perception par le sujet de son état, par son entourage, la sévérité des troubles, et leur prise en charge. **Les troubles du comportement prennent ici une place importante, en ce sens qu'ils sont observables par le sujet, la société, le médecin. Et que ce sont ces troubles qui vont inquiéter ces différentes personnes. D'où la nécessité de mieux les comprendre d'un point de vue clinique.**

La notion de début implique l'idée d'un « avant », représenté par les prodromes de la maladie.

## 2. La notion de prodromes

### a) Définition

Pour Azorin [5], les prodromes sont les signes et les symptômes qui précèdent les manifestations typiques de la maladie, du grec « prodromos », qui signifie « avant-coureur ».

Les prodromes comprennent les signes négatifs et les signes non spécifiques.

La maladie débute avec les signes psychotiques positifs.

### b) Caractéristiques cliniques comportementales des prodromes

La caractérisation des prodromes est le plus souvent rétrospective.

Le comportement figure en bonne place dans les prodromes. Dès 1909, Kraepelin identifie des signes prodromiques de la schizophrénie : de légères modifications de la vie émotionnelle, **une irritabilité, une hyperactivité** et une baisse de concentration ». [5]

Dans une revue de la littérature en 1996, citée par Azorin [5], Yung et McGorry recensaient 7 catégories de symptômes prodromiques :

- symptômes « névrotiques »
- symptômes thymiques
- modifications de la volition
- troubles cognitifs
- symptômes physiques
- **modifications comportementales**

➤ catégorie résiduelle de symptômes divers

Les modifications comportementales renvoient selon Azorin au **retrait social, à la détérioration du fonctionnement de rôle, à la détérioration scolaire ou professionnelle aussi bien qu'à l'impulsivité, l'agressivité, la bizarrerie du comportement ou le comportement perturbateur.** [5]

L'étude ABC (Age, Beginning, Course) est une étude allemande centrée sur la psychose débutante, réalisée par l'équipe de Manheim (Häfner et al., 1995 [5]). Pendant deux ans, toutes les premières admissions de patients entre 12 et 59 ans avec un diagnostic de schizophrénie ont été inclus. Un questionnaire standardisé leur a été soumis pour recueillir rétrospectivement les données sur les débuts de la maladie. Cette étude a ainsi identifié dix symptômes les plus fréquents de la phase prodromique : **la nervosité**, l'humeur dépressive, l'anxiété, les troubles de la pensée et de la concentration, les soucis, le manque de confiance en soi, **la perte d'énergie avec ralentissement psychomoteur, la baisse du rendement scolaire ou professionnel, le repli social ou méfiance et le repli social avec baisse de la communication.**

Enfin, le DSM-III-R avait répertorié dans les années 80 un ensemble de symptômes prodromiques de la schizophrénie : **isolement ou retrait social, détérioration du fonctionnement social, comportement bizarre, incurie**, affect émoussé/inapproprié, discours agressif, vague, surélaboré ou circonstanciel, pauvreté du discours ou de son contenu, croyances bizarres ou pensée magique, **expériences perceptives insolites, manque d'initiative, d'intérêt ou d'énergie** [2]. Ces critères ne seront pas repris dans le DSM IV, en raison de leur non-spécificité. [3]

De Kraepelin au DSM-III-R, en passant par des études approfondies sur les prodromes, les troubles du comportement reviennent fréquemment, essentiellement sous trois aspects : **un aspect négatif (repli, ralentissement psychomoteur, manque d'initiative, isolement), un aspect social (détérioration du fonctionnement social) et un aspect discordant ou désorganisé (bizarrerie, incurie, impulsivité, agressivité).** Nous en détaillerons les aspects cliniques dans la deuxième partie.

### c) Définition de la phase prodromique

Azorin [5] pose la question des limites temporelles des prodromes. **Selon lui, on pourrait désigner comme prodromes le changement dans le comportement et/ou le vécu des sujets, changement qui marquerait ainsi la fin de la phase prémorbide.** Il insiste aussi sur le caractère égodystonique de ce changement, c'est-à-dire **perçu comme inhabituel par rapport au fonctionnement antérieur du sujet, et sur le caractère durable et datable de ce changement.**

La phase prodromique prend fin à l'apparition des premiers signes psychotiques positifs. Dans l'étude ABC, la phase prodromique dure en moyenne cinq ans.

## 3. La notion de DUP (Duration of Untreated Psychosis)

L'un des enjeux majeurs d'une meilleure connaissance des prodromes de la schizophrénie est de réduire la durée de psychose non traitée, qui est en moyenne de 1 an. [8]

La DUP ou durée de psychose non traitée est la période comprise entre l'apparition des premiers symptômes psychotiques et la mise en route du traitement.

**Un retard au traitement est associé à un risque plus élevé de troubles majeurs du comportement (violences, dépression, suicide) , d'abus de substance, de perturbations sociales graves.** [73]

Il existe un rapport étroit entre la DUP et les troubles du comportement dans les schizophrénies débutantes. Cet aspect sera détaillé dans la deuxième partie.

## 4. Les données épidémiologiques générales

La prévalence de la schizophrénie est évaluée à 1 % dans la population générale, dans le monde entier, et son incidence à 0,1 pour 1000 habitants.

Les données épidémiologiques suivantes sont issues pour la plupart des l'étude ABC.

Dans la majorité des cas, la schizophrénie apparaît avant l'âge de 25 ans, pour 62 % des hommes et 47 % des femmes. Le début est donc plus précoce pour les hommes que pour les femmes. Pour elles, les symptômes débutent 3 à 5 ans plus tard.

Dans 10 % des cas environ, elle apparaît avant l'âge de 15 ans [12]. Quand elle apparaît très tôt, on parle de schizophrénie précoce (avant 15 ans) ou très précoce (avant 12 ans). [23]

Dans 70 % cas, elle débute avec des symptômes négatifs, dans 20 % des cas avec des symptômes positifs et négatifs, dans 10 % des cas avec des symptômes positifs uniquement.

Le mode de début est soit aigu (moins d'un mois), soit chronique ou insidieux (plus d'une année). Certains parlent d'une troisième éventualité : le début subaigu (quelques semaines à quelques mois). Les formes de début insidieux sont plus fréquentes que les formes de début aigu. Plus le début de la maladie est précoce, plus il est insidieux. Les hommes présenteraient plus de formes insidieuses que les femmes. [23]

D'une façon générale, les signes négatifs se développent sur un mode chronique, et les signes positifs sur un mode aigu dans la moitié des cas.

Dans les mois qui précèdent l'hospitalisation en psychiatrie, les trois types de symptômes (négatifs, positifs et non spécifiques) s'aggravent sérieusement.

## 5. Conclusion

Le début de la schizophrénie est bien autre chose qu'une date précise où un sujet vulnérable se verrait précipité dans le chaos psychotique. Les différents repères chronologiques passés en revue témoignent des problèmes posés par cette notion de début. Faut-il tenir compte de la gravité de la maladie (pertinence du critère « première admission ») ? Des prémices subtiles de la maladie (pertinence du critère « changement perçu par le sujet ou son entourage ») ? Sachant que l'important est de pouvoir dépister des troubles dont le retard dans la prise en charge pourrait être préjudiciable au sujet. C'est parce que ces repères chronologiques sont insuffisants que se développent les notions de prodromes, de durée de psychose non traitée. Les données épidémiologiques enfin nous montrent à quel point l'entrée dans la schizophrénie est souvent insidieuse, mouvante, avec un incroyable polymorphisme clinique, réduisant en miettes la notion plate d'une temporalité linéaire. **Enfin, la terminologie « débutantes » est sans doute la plus appropriée. Il y a en elle l'idée d'un mouvement, d'une évolution, et implicitement celle d'un changement possible.**

## **B. DÉFINITION DES TROUBLES DU COMPORTEMENT**

### **1. La notion de trouble**

Au sens scientifique, le trouble (souvent au pluriel) désigne « **une modification pathologique des activités de l'organisme ou du comportement (physique ou mental) de l'être** ». Il a pour synonymes : dérèglement, désordre, désorganisation, perturbation. [55]

Au sens courant, un trouble (souvent au pluriel) est un **ensemble d'événements caractérisés par le désordre, l'agitation. C'est l'opposition plus ou moins violente d'un groupe à l'intérieur d'une société.** [55]

Ces deux définitions révèlent toute l'ambiguïté du terme .Il contient à la base l'idée du désordre mais l'origine de ce désordre peut varier, et les conséquences en seront tout à fait différentes. Si l'origine du trouble est l'organisme, l'être physiologique, on est dans le champ de la maladie et de la médecine. Si l'origine du trouble est l'être relationnel, social, ou le groupe, on est dans le champ sociologique et juridique.

Les moyens de remédier à ces troubles dépendront du champ considéré : traitement et prise en charge médicale ou bien mesures sociales ou légales. Il est illusoire de marquer une frontière bien nette entre ces deux champs. Mais nous essaierons tout au long de ce travail de redonner aux troubles du comportement, si variés soient-ils, une valeur médicale, tout en tenant compte de leurs implications sociologiques.

## 2. La notion de comportement

Au sens général, le comportement c'est, pour le dictionnaire Le Petit Robert, « **la manière de se comporter, l'attitude, la conduite** ». [55]

Selon que les dictionnaires consultés sont généraux, médicaux, psychologiques, psychiatriques, sociologiques ou philosophiques, la définition du mot « comportement » prend une couleur plus scientifique ou humaniste.

Il ressort tout de même de ces définitions quelques constantes.

➤ **Le comportement est observable et objectivable.**

Dans le champ de la psychologie, le comportement est « l'ensemble des réactions objectivement observables » [55]

Certains en font le résultat du fonctionnement biologique de l'être vivant. « Le comportement peut être défini comme une action ou une réaction du sujet observable de l'extérieur. Les comportements dirigés vers un but sont l'expression ultime du fonctionnement cérébral, dans la mesure où ils sont la résultante de l'intégration des composantes sensorielle, motrice, émotionnelle et de leur organisation dans un processus adapté et cohérent. » [55]

Cette possibilité d'être observé fait du comportement un objet scientifique, susceptible d'être quantifié et évalué. Cette démarche n'est concevable que pour les comportements les moins élaborés.

➤ **Le comportement d'un être vivant résulte d'une interaction avec son milieu.**

Certaines définitions précisent cette interaction : « Le comportement d'un être vivant est défini couramment par sa manière habituelle ou occasionnelle d'agir dans son milieu » [75]. Cela donne au comportement une dimension relationnelle, qui vient nécessairement modérer la notion d'objectivité observable évoquée ci-dessus.

C'est aussi compter sur les réactions de l'observateur. Une chose est d'observer des rats dans une cage, une autre est d'être face à un patient schizophrène en plein accès de violence !!! Cela dit, l'idée que le comportement d'autrui soit observable permet de se

détacher de ce même comportement, et donc de s'y adapter, dans le but de le modifier en retour, ce qui est à la base de la prise en charge psychiatrique.

➤ **Le comportement a un rapport avec la morale**

Le comportement est assimilé à la conduite. La conduite est, selon le Petit Robert, « la manière d'agir, du point de vue de la morale » [55]. Cela indique que, même en interaction avec son milieu, l'être humain garde la possibilité du choix de ses actes dont il porte la responsabilité des conséquences. Dans ce sens, le comportement humain est social, et, de la maladie au libre arbitre, les frontières sont parfois ténues.

Ainsi, les troubles et le comportement relèvent à la fois du domaine physiologique et social. Alors, ne nous étonnons pas que le terme « troubles du comportement » réunisse en lui cette ambiguïté. Le terme de troubles vient de plus donner une part de pathologique à un comportement désigné.

Puisque les définitions n'ont pas vraiment éclairé notre lanterne, changeons de point de vue, partons de la clinique. C'est elle qui donne un sens aux expressions qu'elle crée.

## II. ETUDE DE CAS

### A. PRÉAMBULE

Les quatre cas cliniques présentés ont été retenus pour la diversité des troubles du comportement présentés et pour le diagnostic possible de schizophrénie débutante, avec évidemment toutes les incertitudes que cette hypothèse comporte. Le choix de ces cas résulte soit d'interrogations personnelles suite à leur rencontre au cours d'un semestre en psychiatrie adulte ou de pédopsychiatrie, soit de discussions avec des psychiatres, des pédopsychiatres ou des psychologues à propos de patients qu'ils suivaient eux-mêmes et dont ils m'ont parlé spontanément quand j'ai abordé avec eux le thème de cette thèse.

Nathalie et Julien vivent à la Réunion, Dimitri et Arnaud en Métropole.

### B. CAS CLINIQUE N° 1 : NATHALIE

#### 1. Enfance et adolescence

Fille unique du couple parental, elle n'a que deux ans quand ses parents se séparent. Son père est décrit comme alcoolique et violent, à la fois envers sa femme et sa fille. Son père forme un nouveau couple après cette séparation, dont naît une fille. Nathalie garde peu de contact avec son père. Sa mère se remet également en ménage avec un homme dont elle a deux enfants : un garçon et une fille. Nathalie grandit dans ce foyer jusqu'à la survenue d'une agression sexuelle en septembre 2002, à l'âge de 14 ans, où elle aurait été victime de son copain et de ses amis.

Depuis cette agression, elle est en famille d'accueil, confiée au GUT (Groupement d'Unité Territoriale, équivalent réunionnais de l'Aide Sociale à l'Enfance de métropole) et débute un suivi pédopsychiatrique quelque peu cahotique. Elle est admise pour la première fois en pédiatrie suite à cette agression. Elle y est ensuite hospitalisée à de multiples reprises pour des **tentatives de suicide, des conduites à risque : fugues, prostitution.**

Depuis cette période, elle se présente très fréquemment au CAAA (centre d'accueil ambulatoire pour adolescents), demandant à quitter la famille d'accueil, parlant de maltraitance.

A 17 ans, elle est placée dans une nouvelle famille d'accueil, suite à **une fugue** dont on soupçonne qu'elle équivaudrait à une « mise à la porte ».

Le service social, est rapidement déconcerté par de multiples conduites déviantes : **tentatives de suicide répétées, médicamenteuses, à la pilule contraceptive notamment, phlébotomies**. Il sollicite à nouveau le centre adolescent pour un avis pédopsychiatrique.

A partir de novembre 2005, Nathalie voit le psychologue régulièrement et de façon plus irrégulière le pédopsychiatre. Bien qu'ayant deux consultants, Nathalie est connue du reste de l'équipe, assistantes sociales et éducateurs, puisque ce centre pour adolescents représente pour elle un point de repère important dans une vie d'errance et de ruptures. C'est ainsi qu'il lui arrive de dormir à proximité du CAAA, guettant son ouverture, espérant un soutien qu'elle sait pouvoir trouver.

Des tensions apparaissent entre Nathalie et un jeune garçon également accueilli dans la nouvelle famille, Nathalie craignant une agression de sa part. Nathalie relie cette crainte à son agression sexuelle antérieure. De plus, Nathalie éprouve de la jalousie envers les petits-fils de son assistante maternelle, en raison de l'attention et des soins qu'elle leur consacre. Finalement, l'assistante maternelle exprime son souhait de ne plus avoir à s'occuper de Nathalie.

Lors des consultations, le psychologue note différentes observations cliniques. Nathalie donne souvent plusieurs versions des faits qui concernent sa vie, elle évoque ses tentatives de suicide, ses fugues pour aller se jeter d'un pont. Puis émerge la notion de relations incestueuses entre elle et son demi-frère, de deux ans son cadet, relations survenues quelques années avant. Elle ressent beaucoup de rancœur envers ce demi-frère qu'elle décrit comme « tyrannique, voleur et brutal ». Elle parle aussi de sa mère et de son ti-père (beau-père en créole réunionnais) qui ont des rapports sexuels devant le reste de la famille.

Bien que les relations s'apaisent entre elle et l'assistante maternelle, un placement en foyer a été décidé suite à l'altercation dans la famille d'accueil. Nathalie, angoissée à l'idée d'aller dans un foyer, se place en victime de l'instance sociale, se dispute à nouveau avec l'assistante maternelle, et **passé la nuit dehors**.

Par le biais du Centre pour Adolescents, elle est hospitalisée en pédiatrie fin janvier 2006 pour un « séjour de rupture » et des troubles digestifs. On y apprend qu'elle aurait depuis 2 ans un compagnon de 33 ans, avec lequel les rapports sexuels ne seraient pas protégés. Elle a également stoppé toute contraception orale. Sur le plan scolaire, elle termine

un BEP secrétariat, qu'elle investit beaucoup : l'école est « le seul lieu où je ne fais pas de conneries ». Mais les troubles psychologiques sont plus inquiétants. Le pédopsychiatre de liaison relève des impulsions suicidaires et un syndrome hallucinatoire auditif : Nathalie **entend des voix qui « la poussent à se tuer, à se faire du mal »**. Un traitement par rispéridone (1mg le soir) et cyamémazine<sup>o</sup> (10 gouttes le soir) est débuté pendant l'hospitalisation. Il permet l'atténuation des hallucinations. Nathalie se réconcilie avec l'assistante maternelle, et retourne donc dans la famille d'accueil.

A nouveau, elle est envahie un **sentiment de jalousie et des idées d'agression, et même des idées de meurtre**. Les hallucinations sont moins présentes et laissent place à des interprétations « mon assistante maternelle ne m'aime pas, elle ne s'occupe pas de moi ». A priori, l'observance du traitement est régulière. A noter qu'à aucun moment il n'est question de prise de toxiques chez cette jeune fille. L'hypothèse diagnostique d'une « structuration psychotique ou d'un état limite de la personnalité » est évoquée.

## 2. Première hospitalisation en psychiatrie

Un jour, alors que l'assistante maternelle s'occupe de son petit-fils, **Nathalie la frappe sans prévenir**. Elle s'est sentie en colère contre l'assistante maternelle, « délaissée », et « frustrée ». Elle aurait eu envie de frapper le petit garçon mais elle n'a pas osé. Elle pense que son assistante maternelle ne l'aime pas autant que ses petits-fils.

Une hospitalisation est donc proposée, au motif de ses **actes hétéroagressifs, de ses conduites à risques**, d' « une discontinuité psychique » qui « s'inscrit dans des comportements chaotiques qu'aucun projet ne peut soutenir ». Hospitalisation d'autant plus pertinente que Nathalie elle-même demandait de plus en plus son « internement ». Elle a 17 ans et demi, on est en février 2006.

Elle va passer un mois dans un service pour adultes. Elle y entre calme, plutôt triste. Bien adaptée, elle a des attitudes volontiers régressives, nettement sensibles à la suggestibilité. Son discours reste centré sur les différentes agressions sexuelles dont elle a pu être victime. Elle critique ses actes agressifs, et ne semble pas persécutée. Elle rapporte par contre des hallucinations auditives, l'exhortant à se tuer, accompagnées d'une angoisse massive. L'angoisse diminue par les entretiens infirmiers et la prise d'hydroxysine. La rispéridone est diminuée de 1 à 0,5 mg par jour. Les plaintes physiques reprennent : céphalées

chroniques, constipation. Le psychologue de l'unité remarque : « un vécu abandonnique ancien, contemporain à la séparation précoce des parents, et persistant du fait de l'évolution de leurs relations ». Devant cette hospitalisation temps plein qui apparaît vite iatrogène (suggestibilité) et devant la problématique du placement s'imposant comme plus prégnant, Nathalie sort de l'hôpital.

Elle retourne chez son assistante maternelle, qui la trouve plus calme. Les relations s'apaisent entre elles. Des démarches sont en cours, dans une perspective plus soignante que sociale : recherche d'un accueil familial thérapeutique, discussion pour une admission dans un hôpital de jour pour adolescents. Elle se sent **déprimée, on note des fluctuations de l'humeur**. Elle dit ses peurs : « peur d'être à la rue », « peur d'être recherchée par son père qui voudrait la tuer ».

Interpellé par le détachement de Nathalie suite à une nouvelle altercation avec son assistante maternelle, le service de pédiatrie demande une deuxième hospitalisation en psychiatrie. Au vu des troubles présentés : signes d'allure psychotiques (détachement, sentiment de persécution et interprétation, hallucinations auditives), humeur fluctuantes, idées suicidaires, les psychiatres s'interrogent alors un peu plus sur le rôle des différents traumatismes subis par Nathalie (abandons, agressions sexuelle). Ces différentes étapes illustrent les difficultés diagnostiques posées par cette jeune fille, qui seront discutés au long de ce travail.

## **C. CAS CLINIQUE N° 2 : DIMITRI**

Dimitri a 20 ans. Hier, **il a sauté d'un pont, pour mourir**, parce qu'une voix le lui soufflait, parce qu'il souffrait trop, parce qu'il entendait d'autres voix qui lui faisaient peur. Et pourtant, il n'avait pas tout à fait envie de mourir, il a donc nagé jusqu'à la berge, pour y être repêché par les pompiers.

Avant ? C'était un **enfant turbulent**. Né avec trois semaines d'avance, « car une ampoule a éclaté et j'ai accouché », selon le témoignage de sa mère. Il s'est développé normalement, et n'a pas rencontré de problème à l'école. Il a sept ans quand ses parents divorcent. Son père quitte le foyer, et ne le voit que rarement. Sa mère s'occupe des quatre enfants : l'aîné a 12 ans, la deuxième 11 ans, Dimitri 7 ans et la dernière 3 ans. Il n'a pas

d'antécédents médicaux particulier, hormis une hospitalisation de 15 jours en pédiatrie quand il est enfant « il avait des boutons partout ». Son père souffrait d'alcoolisme. Il le voit très peu depuis le divorce.

Quatre ans que tout a commencé. Depuis l'entrée au lycée, il avait 16 ans, Dimitri **s'est replié sur lui-même.**

Et là, brutalement, Dimitri **change de comportement, de façon inexplicable. La communication devient très difficile, il devient impénétrable « je ne pouvais pas l'atteindre, il ne réagissait pas », explique sa mère.**

Il passe de plus en plus de temps à l'extérieur, avec ses copains, **disparaît des jours**, parfois des semaines « je traînais avec la bande ». Sa mère ne sait pas ce qu'il devient pendant ces périodes.

Il fume du tabac, du cannabis, en quantité variable, sous forme de joints. Avec ses amis, il s'alcoolise, essaie d'autres drogues et d'autres substances: LSD (L'acide lysergique diéthylamide), cocaïne, amphétamines, datura, antidépresseurs.

Une fois, sa mère va le chercher au poste de police, parce qu'il a été surpris à **casser des rétroviseurs**. Aucune plainte n'est cependant déposée contre lui. D'autres fois il fait des graffitis sur les abribus, et prend le tram sans billets. Les amendes s'entassent à la maison.

**Au lycée, il « décroche »**, échoue deux fois à l'examen du BEP électronique, qui pourtant l'intéressait, au début du moins. Il quitte l'école, retourne à la maison.

Depuis deux ans, **il vit dans sa chambre, reclus, sur son lit**. Sa mère a bien essayé de le motiver pour trouver du travail. Il s'est inscrit à une agence intérimaire, mais la seule fois où il s'est rendu sur un chantier, il n'a pas trouvé son chemin. Après, il n'a pas eu d'autres propositions. Et il n'a plus cherché. A la maison, il regarde la télévision, mais a du mal à se concentrer. Il lit aussi quelques livres, qu'il ne finit pas. Même le djumbe, dont il jouait avant, n'est plus digne d'intérêt.

Une fois, voilà quelques mois, il a fait « un délire », dit sa mère : « dans la maison, il **s'est mis à gesticuler dans tous les sens, il poussait des cris** », « j'ai eu très peur ». « Jamais il n'a été agressif avec nous », mais « j'avais peur pour lui ». « J'ai voulu l'emmener voir le médecin traitant, mais il n'a pas voulu ». « Je n'ai jamais osé parler de tout ça autour de moi, sauf à mes sœurs, j'avais peur qu'on me dise que c'était de ma faute, que j'avais mal fait » « mon ex-mari me disait de le mettre à la porte, puisqu'il ne faisait rien ».

« Notre père, il a jamais voulu comprendre que Dimitri avait des problèmes » dit sa petite sœur.

Après cet épisode, Dimitri se referme encore plus. Il est envahi par des **hallucinations auditives**, il pense percevoir les pensées des autres, et pense que les autres lisent les siennes. « Je pensais que tout le monde pouvait faire ça ». « On m'a dit que j'avais un don, maintenant je ne sais pas ». L'angoisse grandit de plus en plus.

Les dommages physiques dus à la tentative de suicide sont limités : une entorse cervicale bénigne. Après 48 heures de surveillance aux Urgences, et un examen psychiatrique qui relève une **discordance**, un automatisme mental, une angoisse importante, Dimitri est hospitalisé librement dans une unité ouverte de psychiatrie. Les premiers jours, ce jeune homme aux cheveux longs et au regard doux, au corps mince et voûté se montre discret, s'exprime d'une voix presque chuchotée. Une fois la confiance établie, il se confie assez facilement, évoque ses hallucinations, ses intuitions, avec quelques difficultés à trouver les mots pour expliquer sa souffrance. Dimitri reparle de ses conduites toxicomaniaques : LSD, acides, datura, il y a quelques mois « je n'ai pas atterri depuis cette expérience ». Il semble un peu **distant, en décalage avec la gravité de son passage à l'acte**.

Les examens paracliniques sont normaux (infectieux, sanguins). L'IRM (Imagerie par résonance magnétique) encéphalique fonctionnelle est normale.

Un traitement antipsychotique est débuté (aripiprazole, 15 mg par jour). Assez rapidement, il se met à faire du dessin, des puzzles, semble s'intéresser au monde qui l'entoure. Secondairement, des **symptômes thymiques** font leur apparition : Dimitri se sent coupable, parle « du mal que j'ai fait à mes amis, jamais ils ne pourront me pardonner », sans pouvoir préciser ce dont il s'agit. Son discours est diffluent, mais le repli sur soi et l'angoisse sont très nets, imposant une sédation par cyamémazine (60 mg par jour).

Il sort au bout d'un mois d'hospitalisation, avec le projet d'une formation de cuisinier. Un suivi en consultation est prévu, de même que la poursuite du traitement par aripiprazole. L'idée de l'orienter vers un hôpital de jour pour jeunes adultes reste d'actualité. L'indication dépendra de sa capacité à concrétiser son projet professionnel. Au jour de sa sortie, ni lui ni sa mère n'ont posé de question sur les troubles dont il souffre depuis pourtant quatre ans.

## D. CAS CLINIQUE N° 3 : JULIEN

### 1. 1<sup>ère</sup> Hospitalisation à l'hôpital psychiatrique de Saint-Paul

Julien est hospitalisé à 23 ans en psychiatrie en HDT (hospitalisation à la demande d'un tiers), au motif d' « **agitation sur la voie publique et d'ivresse pathologique** ». Il est amené par la police à l'UAPSY (Urgences Accueil Psychiatriques) au Centre Hospitalier Départemental de Saint-Denis de la Réunion, où il se montre **brutal** envers le personnel soignant, proférant menaces et insultes, donnant quelques coups.

A l'UAPSY, le psychiatre de garde constate « un trouble majeur du contact, des cris, des obscénités et un comportement théâtral ». L'alcoolisation est confirmée par une alcoolémie de 2,3 g/l. Son état d'excitation est tel qu'il nécessite une sédation par voie injectable de 2 ampoules de 50 mg de cyamémazine. Il est hospitalisé alors sous contrainte, à la demande de son père, à l'hôpital psychiatrique de Saint-Paul.

Dans le pavillon qui l'accueille, l'équipe soignante rencontre un jeune homme « froid, distant et discordant, manifestant une dissociation idéo-affective et une ambivalence majeures ». Il se montre « **irritable, très angoissé, méfiant, logorrhéique** ». Son comportement calme en apparence dissimule une impulsivité difficilement contenue : son regard est noir, les autres patients l'évitent. Sa thymie est basse, au sens que lui donne Delay [24], bien qu'il n'exprime ni idées noires ni idées suicidaires, ni troubles du sommeil. A part un écho et un dévidement de la pensée, aucun autre élément délirant n'est décelé, bien que subsistent des doutes de l'existence d'hallucinations sensorielles. Banalisant et niant ses troubles, il conteste vigoureusement son hospitalisation.

Par ailleurs Julien voyait un psychiatre libéral une fois par mois qui lui prescrivait de l'olanzapin à 10 mg par jour. Plusieurs semaines avant son hospitalisation, Julien avait arrêté le suivi et le traitement.

Une rencontre familiale est rapidement organisée, permettant ainsi de comprendre mieux l'histoire de ses troubles et sa biographie.

#### a) Éléments biographiques

La famille de Julien, d'origine métropolitaine, est installée sur l'île de la Réunion depuis que leurs enfants sont petits. Bien que né en Métropole, Julien a grandi à la Réunion. Il

est l'aîné de trois enfants. Il a ainsi une sœur de 21 ans, et un frère de 18 ans. Au divorce de ses parents, alors qu'il a 17 ans, il choisit de vivre avec son père, chef d'entreprise, tandis que les deux cadets suivent leur mère, enseignante.

## b) Histoire des troubles

La famille rapporte un « **fléchissement dans la vie sociale et familiale** » de Julien depuis ses 17 ans, c'est-à-dire au moment du divorce des parents : il s'intéresse moins à l'école, ne sort plus avec ses amis, arrête le tennis. Par la suite, il a été hospitalisé à deux reprises dans une clinique privée, à cause de « voix, de mutisme et d'isolement ». En fait, renseignements pris auprès du psychiatre traitant, il s'agissait de **deux bouffées délirantes aiguës**, survenues brutalement alors qu'il se repliait sur lui-même.

Ses antécédents familiaux sont marqués par une dépression chez sa mère, qui souffre également d'un cancer du sein et a perdu l'usage d'un œil, pour des raisons inconnues.

Ses antécédents personnels se réduisent à l'ablation des dents de sagesse.

Il a coutume de s'alcooliser régulièrement, de fumer du tabac et du « zamal », nom créole pour le cannabis. Sa consommation de cannabis a débuté au lycée, et s'est accentuée les quelques semaines précédant son hospitalisation (plusieurs joints par jour).

Des entretiens avec le père mettent à jour des conflits anciens entre lui et son fils. Julien a des comportements agressifs contre son père : **menaces, parfois des coups**, souvent induits par un vécu intrusif. Julien vit mal les interventions de son père pour « diriger sa vie ». Depuis qu'il a 22 ans, Julien a quitté le domicile de son père pour s'installer dans son propre studio. Son père raconte que depuis ce départ, les troubles du comportement se sont majorés : **Julien s'isole dans son studio, dans un bazar épouvantable, au milieu d'images mystiques. Un jour, alors qu'il est persuadé d'être entouré de démons, il y met le feu, qui est rapidement maîtrisé par les pompiers.**

Sur le plan professionnel, Julien avait souhaité intégrer l'armée vers l'âge de 20 ans, suite à son deuxième séjour en clinique, mais il n'avait pas été admis. Par contre, il avait pu commencer une formation d'électricien au RSMA. Le RSMA (régiment du service militaire adapté) est né dans les Départements d'Outre-Mer. Il permet à des jeunes, essentiellement

ceux en difficulté sociale, familiale ou scolaire, de se former. Julien n'a pas pu mener à bien sa formation en raison des troubles du comportement qui se sont installés ensuite.

Alors qu'il était en formation, Julien entretenait une relation amoureuse avec une jeune fille qui s'est suicidée quelques mois avant l'hospitalisation de Mr G.

### c) Evolution au cours de son hospitalisation

Au fil des jours, Julien parvient à aborder sa souffrance de la solitude, ses difficultés relationnelles avec son père et son isolement social. Malgré tout, son discours reste elliptique, le contact froid et l'équipe infirmière note des **bizarries** (un maniérisme, des tics moteurs), des sourires immotivés, un comportement impulsif.

L'hospitalisation prend fin au bout de trois semaines, avec mise en place d'un suivi : poursuite du suivi psychothérapeutique avec son psychiatre libéral, consultations médicales au CMP (centre médico-psychologique) pour le renouvellement des traitements, et CATTP (centre d'accueil thérapeutique à temps partiel) deux fois par semaine. Il sort avec un traitement retard par rispéridone une ampoule IM de 37,5 mg tous les 15 jours et de la loxapine per os : 50 mg par jour.

## 2. 2<sup>ème</sup> hospitalisation à l'hôpital psychiatrique de Saint-Paul

Un mois et demi après sa sortie, Julien est hospitalisé de nouveau pour des troubles du comportement à type de « **repli et isolement depuis plusieurs jours** » et d'idées suicidaires. Affolée, sa mère fait appel au SAMU.

Il est d'abord admis sur un mode libre, transformé dès le lendemain en HDTU (Hospitalisation à la Demande d'un Tiers d'Urgence), devant l'apparition d'une **agressivité**, **d'une irritabilité**, et surtout d'une opposition aux soins.

Bien qu'ayant interrompu le suivi libéral pour des problèmes financiers semble-t-il, Julien n'est pas en rupture de soins puisque sa dernière injection remonte à quatre jours. Par contre, la dose de rispéridone a été diminuée en raison d'effets secondaires (vomissements). Il

n'a pas repris ses alcoolisations depuis sa sortie. Il dit souffrir de la solitude, ne pas savoir garder ses amis, « ce qui n'arrange pas son estime de soi » et être de nouveau en conflit avec son père qui « l'empêche de vivre, s'occupe de son argent ». Il aimerait ne plus dépendre de ses parents et de son père en particulier.

L'entretien d'entrée révèle un vécu intrusif vis-à-vis de son père, une froideur affective, un contact difficile et des idées suicidaires. La tension anxieuse est perceptible, comme un grand « mal-être ». Ne sont notés ni délire ni hallucinations.

Au cours de cette deuxième hospitalisation, **les signes psychotiques s'expriment sur un versant essentiellement négatif, avec un repli, un apragmatisme.** La discordance se complète, sur le plan idéique, avec un discours pauvre, des barrages, sur le plan comportemental, avec une réticence, une méfiance, une bizarrerie. Il se montre anxieux, irritable, limite agressif. Son humeur est basse avec des idées noires et suicidaires, une anhédonie. Il se plaint de douleurs diverses, de sensations désagréables depuis le début de sa maladie, fortement évocatrices d'hallucinations cénesthésiques. Très ambivalent aux soins, il banalise ou nie ses troubles, justifiant par là le maintien des soins sous contrainte.

Alors qu'un départ en permission est finalement reporté, **il s'agite, veut arracher les plants de palmistes de la cour, donne des coups de pieds dans le bureau et, s'attaquant aux soignants, est mis en chambre d'isolement, avec un traitement sédatif** (loxépine, une ampoule intramusculaire de 50 mg).

Une réunion de synthèse propose une prise en charge conjointe d'hôpital de jour et de CATTP d'une part, et une prise en charge familiale hors du CMP d'autre part.

Le traitement est modifié : en plus de la rispéridone retard, les médecins prescrivent un neuroleptique sédatif (cyamémazine) et un antidépresseur (mirtazapine,) suite à l'apparition d'éléments dépressifs (idées noires et suicidaires).

L'état clinique se modifie : Julien devient **figé, ralenti**. Ses angoisses s'atténuent. L'humeur semble s'améliorer. Peu à peu, il coopère aux soins.

Devant son incapacité à se prendre en charge dans la vie quotidienne, et notamment sur le plan financier, une mesure de curatelle est appliquée. Cela permet aussi à Julien et à sa famille de se dégager d'un terrain conflictuel.

Deux mois et demi après son admission, Julien est toujours hospitalisé et lentement s'améliore sur le plan thymique, cognitif et déficitaire. Il peut ainsi travailler les mathématiques, n'ayant jamais eu son bac, et entretenir le secret espoir de réussir des études comme ses cadets. De leur côté, les parents de Julien évoluent : sa mère a du mal à accepter la maladie, tandis que son père dit l' « avoir comprise ».

## E. CAS CLINIQUE N° 4 : ARNAUD

### 1. Eléments biographiques et début des troubles à l'adolescence

D'origine marocaine, le père d'Arnaud est venu en France quand il était jeune. Carrossier de formation, il s'est marié à une bretonne, dont il a eu trois fils. Deuxième fils, Arnaud a un frère de trois ans son aîné, qui fera des études dans un IUT, et un frère qui a 7 ans de moins que lui.

La scolarité d'Arnaud est très tôt perturbée : **dès 10 ans, il a « des conduites d'opposition avec provocation itératives envers les instituteurs »**. Un suivi pédopsychiatrique commence, mais il est plus tard interrompu par la famille. Vers 14 ans, débutent des **« conduites d'alcoolisations massives et paroxystiques, avec prise concomitante de haschisch, entraînant des moments d'agressivité très importantes au sein de la famille : coups, insultes, dégâts matériels »**.

Bien que sa scolarité soit entravée par ces conduites, Arnaud obtient un BEP de matériaux composites.

Au fil des différentes hospitalisations à l'âge adulte, Arnaud évoquera régulièrement des violences physiques qu'il dit avoir subi de son père qui « le battait quand il avait de mauvais résultats scolaires ». Il parlera aussi des violences conjugales de son père à l'encontre de sa mère. Celle-ci sera hospitalisée en psychiatrie suite à une tentative de suicide, « à cause de son fils Arnaud ».

A part une expérience professionnelle de trois mois dans une entreprise à Guérande, dont il est exclu en raison de la prise de toxiques, Arnaud vit chez ses parents jusqu'à sa première hospitalisation, à l'âge de 21 ans. Ce sont ses **conduites d'agressivité verbale et physique à l'encontre de ses parents, de ses frères, qui, s'aggravant progressivement,**

parallèlement à la consommation d'alcool et de cannabis, seront à l'origine de sa première hospitalisation en psychiatrie, à l'âge de 21 ans, sous contrainte.

## 2. De nombreuses hospitalisations en psychiatrie

### ➤ 1<sup>ère</sup> hospitalisation en psychiatrie à 21 ans...

C'est une famille épuisée qui fait admettre en HDT (hospitalisation à la demande d'un tiers) pour la première fois Arnaud, alors âgé de 21 ans..

Au cours de ce premier séjour, qui dure quatre mois, Arnaud se montre adapté dans l'unité, motivé pour un projet professionnel, et les relations familiales se sont nettement améliorées. Sur le plan clinique, rien ne semble préoccupant mise à part « une indifférence tout à fait étonnante, ainsi qu'une froideur inquiétante » manifestée par Arnaud à propos de son adolescence et des troubles du comportement responsables de son hospitalisation. Un traitement retard a été débuté, par des injections de zuclopenthixol tous les quinze jours. Un premier diagnostic est avancé, celui d'un « **trouble de la personnalité type état-limite** », appuyé par la réalisation de tests projectifs.

Peu de temps après la levée de l'HDT, Arnaud ne réintègre pas l'unité à la fin d'une permission. Introuvable pendant trois jours, il finit par revenir en consultation avec sa mère. Le psychiatre décide conjointement avec Arnaud et sa mère de mettre fin à l'hospitalisation ainsi qu'au traitement retard, devant le rétablissement de « relations familiales satisfaisantes » et paradoxalement devant le refus de Mr A. de poursuivre les traitements, refus non contesté par sa mère, ce qui limite la possibilité d'une nouvelle hospitalisation sous contrainte.

### ➤ Une kyrielle d'hospitalisations

Cette première hospitalisation préfigure les suivantes, qui sont en plusieurs points similaires. Elles surviennent entre janvier et juillet de chaque année, durent un à deux mois, et sont toutes sous contrainte, soit en HO (hospitalisation d'office), soit en HDT. Les motifs d'hospitalisation ont en commun les troubles du comportement : **héroagressivité envers le père et la famille, crises clastiques sur du matériel**. Mais les endroits où se déroulent les faits évoluent : d'abord restreints au cercle familial, les troubles du comportement d'Arnaud se manifestent sur la voie publique, et sur le lieu de travail du père. A la fin des

hospitalisations, les traitements, principalement des neuroleptiques ou des antipsychotiques ne sont pas poursuivis, les projets d'insertion professionnelle ou sociale n'aboutissent pas. Les troubles du comportement sont très longs à stabiliser, et s'accompagnent de difficultés d'adaptation. Arnaud **fugue parfois des services**.

Cliniquement, de nouveaux aspects émergent. Premièrement des **éléments délirants**. Ce qui était exprimé comme une colère à l'égard de son père prend peu à peu la forme chez Arnaud d'un sentiment de persécution accompagné d'un « désir de vengeance », qu'il dit prendre quand il se montre violent envers ce père. Arnaud devient interprétatif, revendiquant, sans exprimer de critiques quant à ses comportements violents. Un « délire d'allure paranoïaque avec plusieurs persécuteurs désignés (père, foyers sociaux), et un délire d'empoisonnement » apparaissent au cours d'une hospitalisation. Ils s'accompagnent de « barrages et d'hallucinations auditives », de moments d'angoisse et d'impulsivité, qui nécessitent un recours fréquent à la chambre d'isolement. A aucun moment ne sont relevés d'éléments thymiques à type d'état maniaque ou d'état dépressif. D'autre part, des **éléments psychopathiques** : Arnaud transgresse facilement le cadre hospitalier, se montre intolérant aux frustrations. Bien qu'il les reconnaisse, il banalise ses addictions au cannabis et à l'alcool.

Le diagnostic évolue : en plus d'un trouble de grave de personnalité, les médecins parlent des décompensations délirantes sous l'emprise de toxiques.

Entre les hospitalisations, la vie d'Arnaud n'est guère stable : sans emploi ni ressources, **souvent SDF (sans domicile fixe), il squatte des logements plus ou moins salubres**, fait de très brefs séjours dans des foyers d'hébergement, dont il est rapidement exclu à cause de ses comportements, ou bien réside dans sa famille (parents, mais aussi grand-mère, frère). Les soins sont quasi-inexistants, les consultations hasardeuses et les traitements illusoires. Les violences entre père et fils se poursuivent.

### 3. Après la psychiatrie, la prison

Quelques mois après sa dernière hospitalisation, à presque 24 ans, Arnaud est incarcéré pour la première fois au motif de « **vol aggravé et vol par effraction** ». Il avait déjà été condamné à six reprises pour **délits d'atteintes aux biens**. Il va rester en prison pendant 19 mois.

Il séjourne d'abord en maison d'arrêt pendant neuf mois, en l'attente de son jugement. Il y est suivi par un psychiatre en consultation pour « troubles du comportement avec agressivité, et sentiment de persécution », et prend un traitement par rispéridone.

Un mois après le jugement, qui le condamne à « trois ans de prison dont 18 mois fermes et 18 mois avec sursis et trois ans de mise à l'épreuve », alors qu'il est incarcéré au centre de détention, il est admis en observation au SMPR (Service Médico-Psychologique Régional, service qui dispense des soins psychiatriques en prison), pour troubles du comportement : **refus de la nourriture, déambulations incessantes et sthénicité.**

Au SMPR, les idées délirantes de persécution sont très présentes, avec des hallucinations cénesthésiques (sensation de bouche déformée, de yeux brûlés par le soleil) et olfactives « ça sent la merde dans ma cellule ». Arnaud est persuadé qu'on « empoisonne sa nourriture, qu'on cache des médicaments dans son café », « que sa famille l'influence à travers les murs, que les juges, médecins et surveillants complotent contre lui ». Il refuse de toucher à la nourriture, commence à maigrir. Il tient des propos très orduriers et dévalorisants envers lui-même. La conviction au délire est totale, l'angoisse importante, le contact très limité. Arnaud menace de tuer son père. **Il casse la porte de la salle d'activité, acte sanctionné par 48 heures dans le quartier disciplinaire.**

Devant ces troubles majeurs du comportement, et le refus catégorique des traitements, une hospitalisation d'office est décidée. Il reste un mois en psychiatrie : l'amélioration clinique est lente et fragile, avec une adhésion précaire au traitement proposé (rispéridone). Il réintègre ensuite le SMPR, dont il sort quelques mois après.

## 4. Après la prison, la psychiatrie

Deux mois après sa sortie de prison, il a alors 25 ans, Arnaud se retrouve à nouveau dans une détresse psychosociale. Loin d'avoir disparu, les idées de persécution s'accroissent, essentiellement à l'égard des acteurs sociaux et des soignants. Arnaud agit de façon menaçante envers eux (**crachats, insultes, coups**). Dans un état délirant, il est donc hospitalisé une nouvelle fois en HO, au cours de laquelle il parle de sa vie de SDF : « de la peur des microbes, des crachats des drogués ». Il reste trois mois à l'hôpital. L'évolution clinique favorable autorise les sorties accompagnées, les permissions en famille, l'élaboration d'un projet social...avant une **nouvelle fugue** quelques jours avant sa sortie définitive « je ne supportais plus l'hôpital ».

Quinze jours plus tard, il est de nouveau incarcéré. En effet, il ne s'est pas présenté comme prévu à une convocation du juge d'application des peines, séance qui devait justement débattre de son non-respect des procédures de mise à l'épreuve...

Il reste plusieurs mois en prison, où il reprend ses consommations de toxiques.

## 5. Evolution dans les soins

A presque 27 ans, Arnaud, après une hospitalisation de 2 mois, en HDT, semble s'inscrire dans une démarche de soins différente. Il est en effet admis dans un hôpital de jour intersectoriel, et hébergé dans un hôtel thérapeutique la nuit. Le traitement actuel comprend à la fois un antipsychotique administré de façon retard et un antiépileptique, dans le but de réguler les comportements agressifs.

Un projet à plus long terme est envisagé, une fois que son état sera stabilisé sur une période suffisamment longue : intégrer une structure de réadaptation psychosociale pour jeunes psychotiques.

# III. REVUE DE LA LITTÉRATURE ET ANALYSE ÉLÉMENTAIRE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT DANS LES SCHIZOPHRÉNIES DÉBUTANTES

Cette partie se propose de faire le point sur les différents troubles du comportement qui existent dans les schizophrénies débutantes, sur le plan épidémiologique et clinique. Auparavant, quelques remarques préalables sont nécessaires. D'abord, il faut souligner leur extrême diversité, selon le type du comportement rencontré, la gravité, le degré de complexité. Ensuite, ils sont également variables selon le sexe, l'âge, la période d'apparition de la maladie.

L'abondance de la littérature scientifique est très inégale selon le type de comportement considéré : autant les articles sont nombreux en ce qui concerne l'agressivité, la violence ou les crimes des schizophrènes, autant ils sont rares pour ce qui est du repli social, de l'inhibition, bref des signes dits « négatifs ».

Afin d'en faciliter la présentation, ils seront classés selon le degré d'élaboration croissante : des troubles du comportement psychomoteurs aux troubles du comportement sociaux.

Au cours ou à la fin de chaque paragraphe concernant un trouble, les cas cliniques présentés feront l'objet d'un commentaire.

## A. LES DIFFÉRENTS TROUBLES DU COMPORTEMENT EXISTANTS

### 1. Les troubles psychomoteurs

La catatonie est un ensemble de troubles psychomoteurs (catalepsie, flexibilité cireuse, parakinésies, opposition négativiste et suggestibilité) sur fond d'inertie et de passivité, ponctué de possibles décharges psychomotrices soudaines (agitation catatoniques).

Bien qu'elle puisse se voir dans d'autres pathologies (infections, intoxications, tumeurs cérébrales), elle constitue un syndrome psychomoteur clef de la schizophrénie.

Quand ils ne sont pas totalement ignorés, les troubles psychomoteurs dans les schizophrénies débutantes sont très peu étudiés. Ils se présentent alors plutôt sous une forme mineure, « les petits symptômes de la catatonie » [30] : refus de la main tendue, grimaces, sourires immotivés, autant de signes illustrant la discordance sur un plan comportemental.

Une récente étude sur la catatonie chez les adolescents [15] a mis en évidence que le syndrome catatonique était rare (0,6 % des adolescents hospitalisés âgés de 12 à 18 ans). Il est fréquemment associé à la schizophrénie, d'autant plus qu'il débute de façon insidieuse, qu'il est sévère et qu'il comporte des mouvements automatiques et des stéréotypies.

Seuls Dimitri et Julien présentent des signes discrets de la catatonie, essentiellement négativisme à certains moments. Dimitri a présenté un épisode d'agitation à domicile. Il « gesticulait dans tous les sens, poussait des cris ». Sachant que la plupart du temps, il était clinophile et replié sur lui-même, on peut considérer cet épisode comme une agitation catatonique.

## 2. Les troubles du comportement instinctuel

### a) Le comportement alimentaire

#### 1) Alimentation et schizophrénie en général

Les troubles du comportement alimentaires dans la schizophrénie ont déjà été décrits par les auteurs du début du 20<sup>ème</sup> siècle. Bleuler en 1916 rapporte la fréquence des comportements boulimiques, des conduites de restriction alimentaire, souvent dans le cadre d'un délire d'empoisonnement et, dans certaines formes déficitaires, des conduites de pica (ingestion de substances non comestibles : terre, cailloux...) ou de coprophagie. [10]

Kapsambélis [45] complète ces descriptions en évoquant le comportement de succion, la polyphagie, la potomanie, et par extension le tabagisme compulsif. Notons que la potomanie est observée dans les schizophrénies plus évoluées, qu'elle est plutôt rare dans les schizophrénies débutantes.

Pour Henri Ey [30], les troubles du comportement alimentaires de types fringales, boulimie, sont une expression comportementale de l'impulsivité si caractéristique aux schizophrènes. Il parle d'ailleurs pour désigner ces comportements de « décharges de protopulsions kinétiques ou instinctives ». Ces descriptions un peu anciennes sont envisagées maintenant dans le cadre plus spécifique des « troubles des conduites alimentaires », qui comprend la boulimie, l'anorexie mentale et les troubles des conduites alimentaires non spécifiées, dans le DSM-IV. [3]

## **2) Troubles du comportement alimentaire et schizophrénie débutante**

Deniker, Lempérière et Guyotat [25] décrivent dans les débuts insidieux de la schizophrénie des formes hypocondriaques et dysmorphophobiques, caractérisées notamment par des comportements bizarres : régimes aberrants, abus de laxatifs, de fortifiants, parfois restrictions alimentaires, préoccupations anormales sur l'état des selles et des urines.

Ces régimes aberrants, ces restrictions alimentaires ou des crises de boulimie à l'adolescence soulèvent la question diagnostique de troubles du comportement alimentaires liés à l'anorexie mentale ou à la boulimie. L'anorexie/boulimie partage avec la schizophrénie certaines similarités cliniques telles que perturbations de l'image du corps, sentiments de dépersonnalisation, troubles de la pensée formelle. Les manifestations psychotiques sont fréquentes au cours de l'anorexie mentale : manifestations délirantes aiguës, déni de la réalité, sentiment de vide...Pour autant, la comorbidité entre anorexie et schizophrénie, en terme de catégories diagnostiques, reste rare.[10]

En effet, selon Bouvard [10], les quelques études longitudinales ayant suivi sur plusieurs années des patients anorexiques ont montré que la fréquence de la schizophrénie dans l'évolution de l'anorexie n'est pas supérieure à la population générale. Ces données sont contredites par Koupernik [48], pour qui 20 à 30 % des anorexies mentales évolueraient sur un mode psychotique. Ce dernier pourcentage reste anecdotique, d'autant que l'auteur ne cite pas ses références.

Deckelman et al. [22] rapportent les cas de quatre femmes ayant à la fois un diagnostic de schizophrénie et un diagnostic de trouble du comportement alimentaire. Pour une de ces femmes, la conduite boulimique a clairement précédé de plusieurs années l'apparition d'hallucinations auditives marquant le début d'une schizophrénie paranoïde.

Il convient d'accorder une attention particulière à l'anorexie mentale masculine. Pour Marcelli, il n'est pas rare qu'elle s'installe dans une psychose parquée par un investissement délirant de la nourriture ou de l'incorporation. [62]

Parallèlement à ces questions de comorbidité ou de l'évolution d'une maladie vers une autre, Lyketsos [61] s'est intéressé aux caractéristiques cliniques des perturbations alimentaires chez 137 schizophrènes, à l'aide de l'EAT (Eating Attitude Test) de Garner. Il ressort de cette étude :

- La fréquence (60 % des patients) d'idées délirantes ou de troubles de la pensée ayant pour thème l'alimentation. (délire d'empoisonnement, peur obsédante de grossir)
- L'existence de perturbations alimentaires chez plus de la moitié des patients (53 %) à type de vomissements, refus alimentaires, accès de boulimie, prise de laxatifs, voire pica.
- Dans 20 % des cas, hallucinations auditives ou olfactives axées sur l'alimentation.
- Seules les femmes schizophrènes étaient en surpoids.

Elle illustre parfaitement bien à quel point un processus délirant peut sous-tendre un comportement de restriction alimentaire.

On retrouve ce comportement chez Arnaud, qui refuse de manger en prison par crainte d'être empoisonné.

La question du surpoids mérite d'être soulignée, d'autant plus qu'elle joue un rôle primordial dans la morbidité du schizophrène, par le biais du syndrome métabolique, et que, étant un des effets indésirables possible des traitements, notamment antipsychotiques, elle peut en perturber l'observance. Ceci dit, tous les problèmes de surpoids ne peuvent pas être uniquement considérés comme secondaires aux traitements, puisque les anciens auteurs signalaient déjà des perturbations métaboliques et physiques chez les schizophrènes avant même l'ère des psychotropes. Ainsi Henri Ey [30] décrivait-il des alternances d'obésité et de maigreur, rapportées à des troubles du métabolisme des protides et des lipides dus à une lésion du système nerveux central.

## **b) Le comportement sexuel**

### **1) Données générales**

Les données cliniques de la sexualité dans les schizophrénies débutantes proviennent essentiellement des manuels, la littérature scientifique étant plutôt pauvre sur ce sujet.

L'apragmatisme sexuel regroupe l'impuissance, la frigidité, les inhibitions, toutes ces anomalies qui empêchent le schizophrène d'établir des relations amoureuses satisfaisantes. [30]

Deniker et al. [25] sont plus précis : les flirts sont rares ou absents, les relations hétérosexuelles vécues comme dangereuses. Une poussée délirante peut d'ailleurs suivre une tentative de rapport sexuel. Les masturbations sont fréquentes. Chez les garçons, les attachements homosexuels sont possibles, alors que les filles présenteront davantage de conduites nymphomaniaques. Toutes ces conduites sexuelles disent beaucoup de la difficulté à établir un lien amoureux, du moins affectif. Ou bien le schizophrène vit une relation à distance, idéalisée.

Kapsambélis [45] complète en évoquant les exhibitions, les conduites onanistes étranges ou compulsives, l'ambisexualité, et les agressions sexuelles possibles.

### **2) Commentaires des cas cliniques**

Des quatre patients présentés, on connaît peu de choses de leur vie intime. Peut-on évoquer la réticence des patients à aborder la question de la sexualité, de celle des psychiatres à ne pas vouloir franchir trop vite les portes d'un monde secret dont le gardien est déjà bien perturbé ? Parler de la sexualité, ce n'est pas seulement parler mécanique et prouesses, c'est aussi approcher les fantasmes et les désirs, ce qui n'est pas sans poser des questions éthiques, lorsque le premier souci du psychiatre est d'établir un lien de confiance.

A part Nathalie qui semble attachée affectivement, mais pas sexuellement, au même homme depuis 2 ans, Julien, Dimitri et Arnaud sont célibataires. Julien a eu une compagne quelques mois, qui s'est suicidée, événement traumatisant pour lui alors que cette relation représentait un point d'ancrage et de soutien autre que sa famille. Dimitri et Arnaud n'ont

jamais évoqué de relation affective, envers les femmes ou les hommes. Faut-il pour autant parler d'apragmatisme sexuel ?

Nathalie a eu des conduites de prostitution, dont il faut se garder de les attribuer uniquement à une schizophrénie débutante, puisqu'elle est aussi une victime d'abus sexuel, traumatisme dont on sait qu'il peut mener à des conduites sexuelles déviantes.

## c) Le sommeil

### 1) Données générales

L'insomnie se rencontre très souvent comme signal d'alarme au début des psychoses [29]. Les perturbations du sommeil sont actuellement considérés comme un prodrome majeur de la schizophrénie [99]. Elles peuvent s'accompagner d'une clinophilie, conduite plus complexe que rejoignent l'apragmatisme et le repli sur soi.

Les recherches actuelles se penchent sur les perturbations électrophysiologiques du sommeil dans les schizophrénies débutantes et leurs corrélations avec la symptomatologie clinique et cognitive.

L'architecture du sommeil est altérée chez les schizophrènes.

Au cours d'un premier épisode psychotique, alors qu'ils ne reçoivent pas de traitement par neuroleptiques, des patients schizophrènes ont montré qu'ils avaient des difficultés d'endormissement, mais pas de maintien du sommeil. Il a été noté une relation entre les paramètres du sommeil et les symptômes cliniques de la schizophrénie, suggérant une base neurophysiologique commune. [76]

L'altération des tracés électroencéphalographiques pendant les périodes d'éveil et de la phase REM (Rapid eye movement) constatés chez des schizophrènes, par comparaison avec des témoins, expliqueraient en partie les difficultés de traitement de l'information dans les psychoses. [47]

### 2) Application aux cas cliniques

Dans les quatre cas cliniques présentés, le sommeil n'est pas une donnée clinique très détaillée. On sait tout au plus s'il y a eu ou non une insomnie, et si elle a nécessité un traitement. Les troubles du sommeil se mêlent étroitement aux habitudes quotidiennes. Un

patient qui dort dans la rue ou dans des squats, comme c'est le cas pour Arnaud, et parfois Dimitri, est inévitablement perturbé sur ce plan-là.

#### **d) Les troubles excrémentiels**

Dans les cas graves de schizophrénies, les troubles du comportement peuvent être majeurs, jusqu'aux conduites les plus régressives : coprophagies, manipulation des excréments...

Ces troubles ne sont pas particulièrement observés dans les schizophrénies débutantes.

#### **e) L'hygiène**

L'aspect déficitaire ou discordant du schizophrène se ressent au niveau de l'hygiène corporelle et vestimentaire. L'incurie est la conduite la plus fréquente. Parfois, on pourra observer une apparence très soignée, en rapport avec le maniérisme. L'hygiène et le soin apporté à l'habillement illustrent le rapport que le patient entretient avec son corps dans sa fonction physique et sociale.

Elle s'intègre dans le cadre de la vie quotidienne.

Dimitri et Arnaud sont des exemples d'incurie qui résultent de mécanismes différents : repli et apragmatisme pour le premier, vie de sans-abri pour le second.

#### **f) Notes sur les comportements instinctuels**

Les comportements instinctuels, mis à part l'alimentation quand elle est susceptible de créer un surpoids, un syndrome métabolique et d'entraîner alors un facteur de risque cardiovasculaire, et le sommeil quand il est gravement perturbé, ne sont pas au centre des préoccupations du clinicien, en comparaison avec le délire. L'étude de ces comportements reste assez confidentielle, réservée à des domaines pointus de la recherche, par exemple l'étude des perturbations des différentes phases du sommeil et de leurs corrélations avec la symptomatologie clinique. Par contre, les observations infirmières et de l'entourage sont les seules qui puissent rendre, à la façon des riches descriptions de leurs malades par les anciens psychiatres, la réalité de ces troubles qui témoignent de l'impact de la schizophrénie sur la totalité de la personne, dans le sens d'une profonde désorganisation.

### 3. Les comportements autoagressifs

L'autoagressivité revêt essentiellement deux formes : les automutilations et les conduites suicidaires, qui se différencient par la présence ou non de l'intention de mourir.

#### a) Les automutilations

L'automutilation est un acte délibéré de porter atteinte à l'intégrité de son propre corps, sans intention suicidaire consciente. Il s'agit d'un symptôme qui n'a pas la même signification selon la pathologie dans laquelle il s'inscrit, selon l'âge du patient, selon son caractère chronique ou impulsif, selon sa nature (scarifications, amputation...) ou le moyen utilisé pour le mettre en acte (objet contendant, brûlures...). Les conduites d'automutilations s'observent principalement à la période de l'adolescence, et dans certaines pathologies psychiatriques : personnalités borderline, schizophrénies.

Dans les schizophrénies, sont citées classiquement les énucléations, les amputations d'une main, les autocastrations, plus rarement encore les auto-immolations. Ces automutilations très violentes, bien que rares soulignent l'ampleur d'un délire sous-jacent ou d'une angoisse inexprimable.

Les automutilations dans les schizophrénies débutantes ne sont pas l'objet d'une recherche effrénée. Myers [69] rapporte le cas d'un homme dont l'automutilation génitale marqua son entrée dans la schizophrénie. Il est hospitalisé pour la première fois en psychiatrie à 29 ans après s'être amputé le scrotum et les testicules au rasoir. Il a comme seul antécédent une dépendance à l'alcool, sevrée depuis plusieurs mois au moment de son passage à l'acte. Un premier diagnostic de trouble de la personnalité schizotypique est posé, devant l'absence de toute symptomatologie délirante et de discordance. Trois ans plus tard, il présente un tableau clinique de schizophrénie de type paranoïde. (délire paranoïde et discordance). Les auteurs considèrent que l'automutilation a marqué l'entrée dans la maladie.

Niethammer [70] cite le cas d'une femme qui, au cours d'un premier épisode psychotique, tenta de s'immoler, sous l'influence d'hallucinations auditives. Convaincue de l'imminence de la fin du monde, elle mit le feu à ses deux jambes pensant rejoindre la déesse

Vénus et ainsi échapper à la mort. Sévèrement brûlée, elle fut amputée des jambes mais son état se stabilisa sous clozapine.

A côté de ces deux cas anecdotiques, d'autres auteurs comme Haw et al. [40] se sont penchés sur les facteurs de risque des automutilations (dans les schizophrénies), qu'ils considèrent elles-mêmes comme fortement prédictives du suicide chez les schizophrènes. Ils ont ainsi identifié :

- idées suicidaires récentes ou anciennes
- antécédents de DSH (deliberate self-harm syndrome), syndrome caractérisé par des atteintes auto-dirigées délibérées, directes et de faible létalité.
- d'épisode dépressif
- d'abus de toxiques
- nombre élevé d'hospitalisations

Nous verrons ci-dessous que les automutilations et les suicides partagent une partie de ces facteurs de risque.

Hormis Nathalie qui s'automutile par des phlébotomies, aucune conduite d'automutilation n'a été relevée dans les autres cas cliniques.

## **b) Les conduites suicidaires**

### ***1) Suicide et schizophrénie : épidémiologie***

Les suicides constituent une cause importante de la mortalité des schizophrènes. On estime que entre 20 et 40 % des schizophrènes font au moins une tentative de suicide et que 10 à 15 % d'entre eux mourront de cette façon. Cette probabilité de mourir suicidé est 30 à 40 fois plus grande que pour la population générale.

Le suicide représente la part la plus élevée de la mortalité non naturelle des schizophrènes (76 %) devant les accidents (26 %) et les homicides dont ils peuvent être victimes (1 %).

Les facteurs de risque de suicide chez les schizophrènes sont d'abord communs à d'autres troubles mentaux, selon Gelder. [36]

- sexe masculin
- isolement social
- chômage
- antécédents de comportement suicidaire

Les schizophrènes ont néanmoins des facteurs de risque supplémentaires, selon De Hert et al. [21] :

- la dépression et la perte d'espoir
- des exacerbations fréquentes de la maladie
- un bon fonctionnement prémorbide (absence de dysfonctionnement social, professionnel, relationnel...)
- les stades initiaux de l'évolution de la maladie
- l'hospitalisation et les périodes de rechute peu après la sortie de l'hôpital

D'autres auteurs, comme Heilä [41] ajoute à cette liste la prise d'alcool.

Les patients présentant des symptômes négatifs marqués font moins de tentatives de suicide.

## **2) Idées suicidaires, tentatives de suicide et suicide dans les schizophrénies débutantes**

Les schizophrénies débutantes sont particulièrement concernées par la suicidalité.

- Les 10 premières années de la maladie sont les plus à risque pour le suicide [77]. Plus la DUP (Duration of Untreated Psychosis) est prolongée, plus le risque de suicide existe. [29]
- La tentative de suicide constitue parfois l'acte inaugural permettant le diagnostic de la maladie et, paradoxalement le début de la prise en charge.
- La suicidalité dans la schizophrénie débutante présente des particularités que des études récentes tentent de cerner, dans un souci de prévention. Elles sont présentées ci-après.

Des études se penchent par exemple sur les facteurs sociaux, démographiques, cliniques et psychologiques associés aux facteurs de risque suicidaires que sont les idées et les tentatives de suicide.

Ainsi, Tarrrier et al. [88] en examinant 59 patients avec un diagnostic récent de schizophrénie ont estimé que :

- 25 % rapportent des idées suicidaires fréquentes
- 47 % ont fait au moins une tentative de suicide

Un profond désespoir et la durée de la maladie augmentent significativement le risque d'avoir des idées suicidaires ou de faire des tentatives de suicide. Le désespoir est associé à une mauvaise estime de soi et à un repli social. L'isolement social est lui-même majoré pour les patients chômeurs, plus âgés, affectés par davantage de symptômes positifs et une plus longue durée de la maladie.

Les facteurs de risque déjà identifiés plus hauts, de suicide pour les schizophrènes (chômage, isolement social) le sont donc également pour les idées suicidaires et les tentatives d'autolyse.

Young et al. [98] en suivant de manière prospective une série de schizophrènes débutants ont mis en évidence que des idées suicidaires modérées étaient un meilleur facteur prédictif que l'humeur dépressive pour de futures idées ou comportement suicidaires. Pour eux, l'humeur dépressive est simplement corrélée à un comportement suicidaire concomitant, et pas ultérieur. Cela vient pondérer l'importance de l'humeur dépressive dans la prévision d'un comportement suicidaire des schizophrènes.

Nyman [72] estime pour sa part que le sexe féminin est un facteur de risque pour les tentatives de suicide.

De Hert [21], au cours d'une étude cas-témoin, comparant 63 schizophrènes décédés par suicide avec 63 jeunes schizophrènes (moins de 30 ans) hospitalisés, ont identifié quelques facteurs de risque de suicide.

- En ce qui concerne leurs antécédents, les suicidés avaient des rechutes fréquentes, des hospitalisations plus nombreuses et plus courtes, une moins bonne observance du traitement.
- Les suicidés avaient montré des troubles du comportement plus importants : plus de tentatives de suicide dont les moyens étaient plus radicaux (noyade, pendaison...), plus de fugues au cours des hospitalisations, plus de sorties

contre avis médical, plus d'hospitalisations sous contrainte. Ces comportements témoignent d'une plus forte impulsivité.

- Le suicide était plus fréquent pour les hommes (9,1 %) que pour les femmes (4,2 %).
- 52,4 % des suicides ont eu lieu au cours d'une hospitalisation (principalement lors d'une permission ou d'une fugue).

Ils ont également identifié des facteurs protecteurs :

- patient ayant eu un début précoce d'un état déficitaire
- patient ayant une activité quotidienne (professionnelle, scolaire...)

Radomsky [77] dans une étude sur le comportement suicidaire chez les schizophrènes a identifié le jeune âge comme facteur de risque, ce qui entre dans le cadre des schizophrénies débutantes, qui commencent principalement entre 15 et 30 ans.

Les relations entre le suicide et formes de schizophrénie sont les suivantes selon Fenton [32] :

- les formes paranoïdes sont les plus exposées
- les formes qui débutent avec des symptômes négatifs semblent protégées contre le suicide
- les formes déficitaires représentent un groupe à risque faible

### **3) Applications aux cas cliniques**

Deux des cas cliniques présentés sont principalement concernés par les conduites suicidaires.

D'abord Nathalie, 17 ans. Elle est hospitalisée à plusieurs reprises en pédiatrie pour des tentatives de suicide, essentiellement médicamenteuses. Au niveau des facteurs de risque, elle en a l'âge et le sexe. Le médicament incriminé, à savoir la pilule contraceptive, est plutôt inhabituel, ce qui prend certainement un sens dans son histoire personnelle, elle qui est issue d'un couple tôt séparé, aux conduites sexuelles exhibitionnistes, elle qui a également été victime d'agression sexuelle et qui parallèlement aurait à l'occasion des conduites de prostitution. Dans ce contexte, auquel s'ajoutent des automutilations de type phlébotomies,

ces conduites autoagressives s'insèrent à première vue dans un rapport à la vie basé sur la prise de risque en général : fugues, errance, rapports sexuels non protégés. L'agressivité est également tournée vers les autres, en particulier envers celle qui a un lien de proximité : l'assistante maternelle. Ce n'est que plus tard qu'apparaissent des troubles d'allure psychotiques : jalousie malade frisant le sentiment de persécution, hallucinations auditives l'exhortant à se tuer, intuition délirante que son père la cherche pour la tuer. Ce qui n'était que « conduites à risque » s'enrichit de troubles psychiatriques.

Dimitri a fait une tentative de suicide par noyade, au cours de l'évolution d'une schizophrénie hébéphrénique. Il cumule plusieurs facteurs de risque : sexe masculin, isolement social, se situe dans les 10 premières années de la maladie (en souffre depuis 4 ans), et a déjà fait une intoxication médicamenteuse volontaire. Il a dans son histoire deux facteurs protecteurs : le début précoce d'un état déficitaire, et la prédominance de signes négatifs. L'apparition assez récente d'éléments paranoïdes dans un contexte de prise de toxiques vient cependant modérer ce dernier aspect. Chez les schizophrènes comme dans la population générale, la toxicomanie semble associée à une impulsivité plus importante et à un plus grand risque suicidaire. [38]

On retrouve les caractéristiques des tentatives de suicide des schizophrènes : passage à l'acte brutal, imprévisible, déclenché par des hallucinations impératives qui lui ordonnent de mettre fin à ses jours, soit un véritable automatisme mental, l'absence de critique du geste, le détachement apparent qui suit l'acte.

## 4. Les troubles du comportement social

### a) L'école et le monde du travail

L'école et le monde du travail sont des lieux privilégiés pour constater des troubles du comportement, des difficultés relationnelles. Il s'agit d'irrégularités, d'absences non motivées et d'instabilité, doublées d'une baisse du rendement scolaire ou professionnel. Ces conduites sont à relier à des idées délirantes ou des hallucinations qui entraînent des réactions de défense, de fuite ou bien à une symptomatologie déficitaire marquée par le repli et l'apragmatisme. Il faut aussi mentionner le rôle indéniable des troubles cognitifs qui viennent entraver les capacités d'adaptation et de planification des sujets schizophrènes.

Pour certains, l'incapacité à avoir une activité scolaire ou professionnelle est un signe clinique de la maladie. Par exemple, le sentiment de détérioration du fonctionnement social et occupationnel est considéré comme un prodrome de la schizophrénie. [99]

Pour d'autres, l'altération du fonctionnement psychosocial augmente en cas de DUP (Duration of Untreated Psychosis) prolongée, avec une interruption des études ou du travail [23]. Alors, signe clinique de schizophrénie ou conséquence de l'évolution naturelle de la maladie, le dysfonctionnement psychosocial est bien présent.

Comme la schizophrénie apparaît plus tôt chez les hommes que chez les femmes, les hommes sont plus atteints au niveau de leur fonctionnement social. En effet, la maladie débute pour eux à un moment crucial pour les acquisitions scolaires, sociales, maritales [12]. De plus, les troubles des conduites, comme le laisser-aller, le retrait social et l'inadaptation sociale sont plus fréquents chez eux. Plus le début de la maladie est tardif, plus les acquis sociaux et familiaux seront présents, ce qui est plus souvent le cas pour les femmes.

L'inactivité et le chômage des schizophrènes ne sont pas seulement dus qu'à leur maladie. Il y a d'autres facteurs qui entrent en jeu. C'est ce qu'explique Marwaha [63] dans une revue de la littérature sur la schizophrénie et l'emploi. Le taux de chômage des schizophrènes tend à augmenter dans le temps. La plupart des schizophrènes qui ont un travail sont encore au début de leur maladie. Après, ils se heurtent à plusieurs barrières : la discrimination, la crainte d'un manque de productivité de la part des employeurs, et l'insuffisance de formation professionnelle adaptée. De plus, la capacité de travail dépend de la symptomatologie, de la gravité des symptômes, de la qualité de vie et de l'estime de soi. Marwaha conclut en considérant que le faible taux de travailleurs chez les schizophrènes est le reflet d'une interaction entre les pressions sociales et économiques auxquelles se heurtent les patients, le marché du travail et les handicaps psychologiques et sociaux du schizophrène.

Il est primordial de considérer ces activités humaines complexes que sont l'instruction, l'éducation et le travail à la lumière de la clinique, du potentiel intellectuel et manuel du patient et de sa capacité à s'en servir. Dimitri a été en échec scolaire à partir du lycée, par désintérêt et apragmatisme progressifs. Le tableau d'allure déficitaire est ici au premier plan, avec une incapacité cognitive et motivationnelle à réussir un BEP (Brevet d'études professionnelles).

Julien a su maintenir un niveau de fonctionnement jusqu'au baccalauréat, bien qu'il ne l'ait pas obtenu. Ce sont les signes délirants qui par la suite ont freiné puis bloqué ses projets professionnels. La motivation et les capacités intellectuelles ne semblent pas en cause.

Seul Arnaud a obtenu un diplôme suivi d'une expérience professionnelle. Chez lui, c'est la dimension discordante, désorganisée, qu'il faut incriminer dans l'échec de son insertion, aidée en cela par un délire de persécution de plus en plus envahissant qui compliquent les relations humaines.

Nathalie, paradoxalement, semble se plaire à l'école, et y trouver une valorisation narcissique : « c'est le seul lieu où je ne fais pas de conneries ». Chez elle, l'activité délirante et les conduites à risque apparaissent progressivement et n'entravent que tardivement la scolarisation.

## **b) Fugues, errances, vagabondage**

Les fugues font partie de ces comportements étranges et impulsifs qui caractérisent l'entrée dans la schizophrénie. Les raisons de fuguer sont légion. Les fugues « schizophréniques » sont soudaines, assez longues, et répétées, sans troubles de la conscience ni amnésie consécutive, et sans mobile évident. [30]

La désintégration du comportement social se manifeste plus tard par des errances et un vagabondage qui sont davantage des « modes de vie », caractérisés par l'absence de domicile fixe et de projet. Bien des schizophrènes, jeunes de surcroît, connaissent la rue avant le soin, et passent par le statut de marginal et d'asocial avant d'acquérir celui de malade. Cependant, certains d'entre eux trouvent une sorte de stabilité dans des groupes de marginaux dont ils adoptent les règles, les modes de vie et les valeurs, ce qui leur donne une vie somme toute sociale.

Il apparaît que 15 % des patients avec un diagnostic récent de troubles psychotiques ont eu au moins une fois l'expérience d'être sans domicile fixe, très tôt dans leur maladie. C'est la constatation faite par Herman [42], à partir d'un échantillon de 237 patients souffrant de troubles psychotiques. Ces patients étaient jeunes, à un stade précoce de leur maladie, et provenaient en majorité de zones non urbaines. 2/3 des psychotiques ayant connu le statut de

sans abri l'avaient été avant leur première hospitalisation en psychiatrie, ce qui tend à conforter l'hypothèse que l'absence de domicile fixe apparaît tôt dans les tous débuts de la psychose, à un moment où le fonctionnement social et occupationnel est déjà fort détérioré. D'autre part, les patients avec une symptomatologie négative prédominante sont plus à risque d'être sans abri avant leur première hospitalisation.

Nathalie, Dimitri, Julien et Arnaud ont présenté à des degrés divers et dans des contextes différents certaines de ces conduites.

Les fugues et les errances de Nathalie sont clairement liés à un mal-être au domicile de son assistante maternelle, à l'impossibilité pour elle de trouver un endroit où elle se sente en sécurité, sauf peut-être au centre d'accueil ambulatoire pour adolescents. Ses conduites ont la couleur de la fuite.

Dimitri, bien qu'ayant un domicile chez sa mère, part plusieurs jours, parfois plusieurs semaines, sans donner de nouvelles, se drogue, erre dans les transports en commun sans but. Ses fugues et errances sont plus de nature schizophrénique.

Julien est le plus stable de tous. Les seuls comportements déviants qu'il ait eus, des agitations sur la voie publique, sont en rapport avec des états d'ivresse et de prise de cannabis.

Depuis la fin de l'adolescence, Arnaud est véritablement un sans domicile fixe, un squatteur, incapable de se fixer dans un lieu d'hébergement, encore moins dans un travail. Pour autant, il n'est pas non plus un marginal intégré dans un groupe. Aucun projet de stabilisation socio-professionnel n'a pu aboutir, en dépit de nombreuses hospitalisations et d'un soutien social conséquent. Même la prison, dont on aurait pu penser qu'elle aurait, par sa fonction contenante de rappel physique à la loi, stabiliser un état psychologique très désorganisé, semble avoir échoué. C'est dire l'intensité de la désorganisation de son psychisme.

### **c) Le repli social**

Le repli social fait partie des troubles du comportement observés dans les schizophrénies débutantes. C'est une notion floue qui embrasse plusieurs significations. Pour

certain il appartient aux signes négatifs, pour d'autres au syndrome autistique de la schizophrénie. On peut le considérer comme l'expression d'une méfiance sous-jacente, ou d'une baisse de la communication.

Il a été identifié comme un prodrome de la schizophrénie sous le vocable de « retrait social ». [5]

Le repli social s'associe à une apathie, une négligence d'hygiène, un manque d'énergie physique. Il s'observe surtout dans les débuts insidieux de schizophrénies.

Etonnamment, dans la conférence de consensus sur les schizophrénies débutantes, il n'est pas considéré « comme un trouble grave du comportement » [11], contrairement aux comportements agressifs, à la violence.

Des quatre cas présentés, celui de Dimitri est le plus représentatif de ce genre de conduite, lui qui va jusqu'à s'isoler dans sa chambre, à se couper de ses amis, à n'avoir plus aucune activité. Ce repli est quasi-autistique, et s'inscrit dans une présentation déficitaire de sa maladie. Pour Julien, le retrait social est plus en lien avec un délire de persécution, qui le pousse à s'isoler dans son studio.

## 5. Actes antisociaux

### a) Généralités

Dès le début du XX<sup>ème</sup> siècle, Antheaume et Mignot, dans leur article *La période médico-légale prodromique de la démence précoce* [4] remarquaient que « la démence précoce peut, d'une manière prodromique, se manifester pendant plusieurs années par les perturbations les plus graves du sens moral, alors que les troubles intellectuels sont nuls ou du moins restent inaperçus ». Ils décrivent trois cas cliniques d'hommes jeunes qui, à la puberté ont présenté un changement de caractère, des écarts de conduite et des actes délictueux et dont les troubles cognitifs et délirants ne sont apparus qu'après plusieurs années de délinquance. Ils notaient également que les perversions morales cessaient ou diminuaient à mesure que l'affaiblissement intellectuel progressait. Non seulement leurs trois patients avaient eu des conduites de vagabondages, abandonné études et travail, mais avaient tour à tour versé dans l'alcoolisme, les rixes et les larcins, l'insoumission militaire et des brutalités diverses.

Pour Henri Ey [29], l'acte médico-légal inaugurant la schizophrénie fait partie d'une des quatre formes d'entrée dans la schizophrénie : la forme monosymptomatique, dans laquelle le symptôme présent est d'autant plus déconcertant qu'il est isolé. Les autres formes d'entrée seront abordées au cours du paragraphe « troubles du comportement et modes d'entrée dans la schizophrénie ».

Par acte antisocial, on entend tout acte qui s'oppose à l'organisation de la société, à l'ordre social. Il comprend donc l'agressivité, la violence et les actes médico-légaux.

## **b) Agressivité et violence**

### **1) Définitions**

L'agressivité est un acte délibéré, verbal ou physique dirigé contre une personne ou un objet susceptible de causer un dommage physique ou émotionnel [6]. Elle s'exprime de plusieurs façons : verbale ou physique, attitudes hostiles, patente ou latente. Elle est dirigée contre soi ou contre les autres. Elle peut être consciente, et chez les schizophrènes exister en dehors de toute activité délirante, en réaction à une intrusion, à une frustration. Elle peut aussi bien être inconsciente, comme dans des états psychotiques aigus, sous-tendue par des thèmes délirants.

Les facteurs de risque d'agressivité sont multiples :

- Antécédents de comportements agressifs
- Antécédents développementaux
- Facteurs psychopathologiques : toxiques, troubles mentaux d'origine organique, tentatives de suicide répétées, troubles psychiatriques graves
- Facteurs liés à la personnalité : intolérance à la frustration et impulsivité, labilité émotionnelle intense ; égocentrisme et incapacité à s'autocritiquer orientent plutôt l'agressivité vers autrui, alors qu'une faible estime de soi est associée aux comportements autoagressifs
- Facteurs démographiques : portrait robot dressé par les études statistiques : homme jeune, de faible niveau social, mal inséré et vivant dans un milieu tolérant la violence [64]

Sans compter le délire qui constitue un motif possible d'agressivité, les schizophrénies débutantes sont caractérisées sur le plan épidémiologique par certains de ces facteurs (homme jeune, consommation de toxiques).

L'agressivité est un comportement violent dirigé vers quelque chose ou quelqu'un, contrairement à la violence qui n'a pas d'objet en soi.

Ces notions cliniques sont éminemment importantes à souligner pour deux raisons principales. D'abord parce que l'agressivité relève à la fois de facteurs personnels et contextuels, impliquant de fait l'existence d'interactions entre deux êtres vivants. Ce qui fait qu'on ne peut pas attribuer à la seule maladie mentale et donc à la personne qui en souffre, l'entière responsabilité de ces comportements. Ensuite, parce que plusieurs études qui se sont penchées sur la violence et la schizophrénie ne s'embarrassent pas de considérations sémiologiques. Par exemple, elles ne donnent pas de définition des actes agressifs qu'elles sont supposées recenser, et peuvent gonfler de façon artificielle les statistiques sur les comportements violents des schizophrènes.

## **2) Données épidémiologiques**

### **(a) Lieu des agressions**

Une grande part des actes agressifs des schizophrènes a lieu dans leur famille. [67] ;[87]

### **(b) Agressions et hospitalisations**

Il est fréquent d'observer des comportements agressifs chez les schizophrènes débutants avant leur première hospitalisation. Cette fréquence est estimée à 20 % environ. [44] ; [67] ; [84]

Parmi ces schizophrènes agressifs hospitalisés pour la première fois, la maladie a débuté il y a plus d'un an. Cependant, c'est seulement dans moins de la moitié des cas que leur comportement dangereux a constitué le motif de l'hospitalisation. Pour Foley [33], qui a suivi prospectivement sur 4 ans une population de jeunes schizophrènes, aussi bien hospitalisés que suivis en ambulatoire, la proportion de comportements agressifs est légèrement plus élevée : 33 % des patients suivis ont été agressifs. L'intérêt de cette étude est qu'elle inclut des patients hospitalisés et externes, et qu'elle tient compte par conséquent des comportements agressifs qui n'ont pas donné lieu à une hospitalisation.

### **(c) Symptomatologie psychotique et agressivité**

L'agressivité peut être en rapport avec la symptomatologie psychotique. Pour Humphrey [44], 85 % des patients qui s'étaient montré violents avant une première admission à l'hôpital ont dits s'être senti menacés avant leur passage à l'acte, ce qui évoque un sentiment de persécution. Par contre, pour Milton [67], il n'y a pas de lien établi entre les comportements agressifs de schizophrènes débutants et des symptômes psychotiques ou des catégories diagnostiques particulières.

### **(d) Age et durée de la maladie**

Le rôle de l'âge du schizophrène dans les comportements agressifs est controversé. Pour certains auteurs, les schizophrènes agressifs seraient plus jeunes que les schizophrènes non agressifs [46]. Pour d'autres, l'âge n'intervient pas [66] ;[84]. Enfin, troisième donnée confusionnante, les agresseurs violents diagnostiqués comme schizophrènes sont un peu plus âgés que les agresseurs sans trouble mental. [51]

L'âge est une donnée trop isolée pour être pertinente dans l'analyse de la schizophrénie et les comportements violents.

La durée de la maladie est une donnée temporelle différente mais plus prédictive de la violence pour certains. Selon Humphrey [44], la fréquence des comportements menaçants est corrélée à la durée de la maladie.

Un début insidieux augmenterait la dangerosité des schizophrènes. [51]

### **(e) Sexe**

Dans les schizophrénies débutantes, les hommes sont dans l'ensemble plus agressifs que les femmes, comme en témoigne une étude des comportements agressifs sur les deux années ayant suivi la première hospitalisation de schizophrènes, de manière rétrospective : 75 % des hommes, contre 53 % des femmes [84]. Cette différence entre hommes et femmes est également confirmée par Foley. [33]

### **(f) Facteurs sociaux**

Dans une étude prospective de suivi de 337 adolescents ayant des troubles psychiatriques, pendant 4 ans, Vance [93] a cherché à distinguer la valeur pronostique des facteurs cliniques d'une part, et sociaux, familiaux, environnementaux d'autre part, dans la dangerosité des adolescents.

Les résultats sont les suivants :

- les symptômes psychiatriques présents au début de l'étude n'ont pas de valeur prédictive.
- Au niveau social, familial et environnemental, il y a des facteurs de risque (niveau intellectuel bas, antécédent d'agression, relations avec les parents vécues comme négatives) et des facteurs de protection (absence de chômage des parents, bonnes relations parents-enfants, bons contacts sociaux avec les aînés, bon niveau de lecture, bonnes capacités à résoudre les problèmes et à établir des liens interpersonnels)

Cette étude a le mérite de venir pondérer l'importance accordée aux symptômes psychiatriques dans l'agressivité des malades mentaux.

### **(g) Gravité des agressions**

Si les agressions de type verbal sont fréquentes, la violence physique envers les personnes reste plutôt rare dans les premiers épisodes psychotiques. [33]

Milton [67] estime que 9,6 % des patients ayant eu un premier épisode psychotique a commis un acte grave (usage d'une arme, agression sexuelle, blessure de la victime). Pour Milton toujours, ces sujets présentaient un début de schizophrénie insidieux et avaient déjà eu des condamnations pour faits de violence.

### **(h) Rôle des toxiques**

Contrairement au facteur âge, le lien entre prise de toxiques et comportements violents ne fait pas l'ombre d'un doute, que ce soit la prise de drogues ou d'alcool. [33] ; [67] ; [84]

Les toxiques en tous genre sont responsables d'un manque de contrôle des impulsions, lui-même à l'origine de la dangerosité des schizophrènes. [51]

Plusieurs traits cliniques ont été retrouvés dans la comorbidité schizophrénie et toxicomanie : sexe masculin, âge jeune, fort pourcentage de sans-abri, jeune âge de première admission en psychiatrie, symptômes psychotiques plus prononcés, troubles affectifs associés plus fréquents, taux élevé de suicide, non-adhérence au traitement, résistance au traitement, mauvais pronostic, violence et agression [43]. On retrouve certains de ces facteurs comme facteurs de risque pour l'agressivité, lesquels viennent ici se conjuguer avec une maladie la schizophrénie et une addiction aux toxiques, évoquant un aspect cumulatif de facteurs de risque.

### **3) Applications aux cas cliniques**

A part Dimitri, les trois autres patients présentés ont eu des conduites agressives, dirigées préférentiellement contre leurs proches : Nathalie contre son assistante maternelle, Julien contre son père, Arnaud contre sa famille.

Toutes ont été à l'origine de certaines hospitalisations ou prises en charges spécialisées. Principalement verbales ou physiques, elles restent de gravité modérées pour Nathalie et Julien, dont l'agressivité semble réactionnelle à un vécu intrusif et à un milieu où les relations sont souvent tendues.

Pour Arnaud, le contexte est différent. Il agresse également d'autres personnes que sa famille : soignants, passants, acteurs sociaux. Une plainte suivie d'un emprisonnement témoigne de la plus grande gravité de ses actes. La consommation de toxiques renforce l'impulsivité et le vécu délirant persécutif.

## **c) Actes médico-légaux**

### **1) Agressions sexuelles**

Peu d'études détaillent le type d'acte agressif commis par les schizophrènes au début de leur maladie. Cependant, ils peuvent être les auteurs d'agressions sexuelles.

La prévalence des agressions graves antérieurement commises par des sujets hospitalisés pour un premier épisode psychotique oscille entre 9,6 % [67] et 13,7 % [95]. Un acte agressif grave est défini par : l'usage d'une arme, une agression sexuelle, des coups et blessures.

Les agressions par des schizophrènes sont réputées pour être particulièrement violentes ou bizarres, dirigées contre l'entourage et les proches. Pourtant, en 2000, Smith a analysé les caractéristiques d'agressions sexuelles commises par 80 schizophrènes hommes sur des femmes. 61 % des agresseurs étaient des inconnus, l'agression sexuelle avait alors eu lieu en dehors du domicile de la victime. Une violence excessive ou un comportement bizarre n'étaient retrouvés que dans une minorité de cas. Selon Smith, les différentes caractéristiques des agresseurs sexuels schizophrènes ne différaient pas beaucoup de celles des agresseurs sexuels non schizophrènes. [82]

## 2) Incendiaires

Parmi les auteurs d'incendie criminels, 90 % ont une histoire psychiatrique, 36 % souffrent de schizophrénie ou de troubles bipolaires, et 64 % ont consommé de l'alcool ou des drogues au moment du geste incendiaire [78]. Les motifs retrouvés sont le plus souvent la colère, le désir de vengeance ou le délire.

Les incendiaires récidivistes ont pour la plupart des troubles de la personnalité, psychoses et retards mentaux, souvent avec une comorbidité alcoolique.

Les psychotiques représentent environ 20 % des incendiaires récidivistes. La majorité n'a pas eu d'autres activités criminelles. La haine et la vengeance sont à l'origine de leur geste criminel lorsque l'acte est commis une seule fois. Par contre, lorsque les incendies sont répétés, ce sont le délire et les troubles du cours de la pensée qui expliquent les passages à l'acte. [57]

Il n'y a pas de données plus précises sur les schizophrènes débutants incendiaires.

Julien est le seul des patients présentés à avoir présenté un épisode de ce genre, manifestement au cours d'un délire aigu de persécution, sans intention suicidaire sous-jacente. Il n'a pas récidivé par la suite.

### **3) Homicides**

#### **(a) Données épidémiologiques générales**

##### **(i) Prévalence de la schizophrénie parmi les auteurs d'homicide**

Elle varie selon les études

- Entre 8 et 15 % des auteurs d'homicide seraient schizophrènes selon Taylor [89]
- 12,6 % selon Cote [18]
- 20 % des hommes meurtriers et 44 % des meurtrières seraient des schizophrènes, selon Gottlieb [37]

##### **(ii) Risque d'homicide chez les schizophrènes**

la schizophrénie augmente le risque d'homicide par 8 chez les hommes et par 6,5 chez les femmes [27]. La prise d'alcool double le risque de passage à l'acte.

##### **(iii) Les formes de maladie**

- 50 à 75 % des schizophrènes meurtriers souffrent d'une forme paranoïde
- Les autres formes sont, par ordre décroissant de fréquence, les formes indifférenciées, schizo-affective, puis hétéroforme [28]

##### **(iv) L'âge de début de la maladie des schizophrènes meurtriers**

Sur un échantillon de 80 schizophrènes hospitalisés dans une unité pour malades difficiles, 60 % d'entre eux étaient meurtriers. Leur maladie avait débuté en moyenne à 24 ans, soit plus tardivement que les schizophrènes non meurtriers (20 ans). Les schizophrènes meurtriers semblent débiter plus tardivement leur psychose, selon Senninger [81]. Un crime commis au début de la maladie est surtout le fait des schizophrènes déficitaires, alors que les schizophrènes à forme productive ont une potentialité criminelle plus tardive, après huit ans d'évolution généralement.

## **(b) Caractéristiques du passage à l'acte meurtrier du schizophrène**

Les homicides perpétrés par les schizophrènes sont impulsifs, violents et immotivés. « Immotivés » parce qu'en apparence il n'y a aucun motif compréhensible à ce passage à l'acte qui est donc hermétique. L'acharnement et la multiplicité des coups sont fréquents. Après son geste, le schizophrène meurtrier ne cherche pas à dissimuler son geste, ni à se sauver, certains préviennent eux-mêmes la police. Il ne manifeste ni remords ni agitation.

Les victimes sont essentiellement les proches du schizophrènes, en particulier leurs ascendants. Les schizophrènes sont d'ailleurs sur-représentés dans les matricides par rapport aux autres crimes [1]. L'arme du crime est le plus souvent une arme blanche.

Les facteurs de risque de dangerosité sont des antécédents de violence ou de passage à l'acte criminel, l'existence de thèmes délirants notamment persécutifs, l'adhérence et la conviction de ces idées délirantes, la systématisation du délire, l'acuité de la symptomatologie psychotique, l'apparition de manifestations dépressives, l'usage de drogues ou d'alcool et l'absence ou la non-observance du traitement. [7]

Deux périodes dans l'évolution de la maladie sont critiques pour leur dangerosité :

- l'acte médico-légal prodromique
- l'acte qui survient après une dizaine d'années d'évolution [1]

En fait, quand on parle d'acte médico-légal prodromique, on sous-entend qu'il est la première expression patente de la maladie, dont le début lui est en général bien antérieur. C'est ainsi qu'est présentée par Loridon l'histoire de N., jeune fille de 17 ans qui est accusée de tentative de meurtre sur une amie, qu'elle a tenté d'égorger avec une lame de rasoir, dans un geste totalement impulsif et incompréhensible. Ce n'est que dans un second temps qu'elle développe des signes cliniques en faveur d'une schizophrénie. Un geste inaugural brutal, suivi d'une relative accalmie puis de l'émergence d'un tableau psychotique franc est l'évolution caractéristique en trois temps qui signe la schizophrénie. [60]

## **4) Prison et schizophrénie débutante**

Selon Gallet [34], dans une étude consacrée aux psychotiques incarcérés,

- Dans 31 % des cas, le passage à l'acte criminel était la première manifestation de la maladie.
- Dans 23 % des cas, le diagnostic est porté pour la première fois en détention.

La prévalence de la schizophrénie chez les détenus (2,7 %) est 2 à 3 fois plus élevée qu'en population générale. La schizophrénie est liée non seulement à des comportements violents mais aussi à d'autres délits : vols, trafics, toxicomanies...[91]

Arnaud a été condamné à de la prison ferme pour avoir commis un vol à main armé. Cet acte médico-légal intervient bien après d'autres agressions contre sa famille, des soignants. Il n'est pas inaugural de sa maladie mais vient en émailler le cours. La flambée de son délire de persécution (peur d'être empoisonné) peu après son emprisonnement, nécessitant son hospitalisation d'office en psychiatrie, pose la question de sa capacité à être accessible à la loi. En effet, il ne s'est pas soumis, à sa sortie de prison, aux démarches imposées par une mise à l'épreuve de trois ans qui assortissait sa peine de 18 mois pour braquage. A cause de cela, sa peine de prison avec sursis a été appliquée. Entre l'hôpital, la prison, et la rue, quel lieu d'apaisement possible ?

## **B. TROUBLES DU COMPORTEMENT ET MODES DE DÉBUT DES SCHIZOPHRÉNIES**

Habituellement, on distingue deux modes d'entrée dans la schizophrénie, selon la rapidité d'évolution : l'entrée aiguë et l'entrée insidieuse. Pour les faciliter l'exposé, on retiendra ces deux modes d'entrée.

Cependant, certains auteurs incontournables, comme Henri Ey, sont plus précis dans leur appréciation des débuts de schizophrénie [29]. Il distingue 4 groupes de formes débutantes :

- Les formes progressives et insidieuses
- Les formes à début aigu

- Les formes cycliques : par assauts progressifs, la schizophrénie s'installe au bout de trois épisodes.
- Les formes monosymptomatiques : le symptôme présent est d'autant plus déconcertant qu'il est isolé. Henri Ey évoque notamment le comportement impulsif médico-légal, problématique déjà abordée dans le paragraphe sur les actes antisociaux.

En fait, Delamillieure et Dollfus [23], se basant sur les travaux de Maurer et Häfner (1995), résumant la problématique des modes de début en disant que « *c'est surtout la vitesse de développement des symptômes et syndromes constituant les différentes phases précoces de la maladie qui caractérisent le type de début de la maladie* ». On passe donc de la dimension « date d'apparition » à la dimension « cinétique d'évolution »...

## 1. Mode de début aigu

### a) La bouffée délirante aiguë

C'est la classique bouffée délirante aiguë (BDA) chère aux français, depuis sa description par Magnan en 1880, ou les troubles psychotiques aigus des anglo-saxons. La différence fondamentale entre les conceptions française et anglo-saxonne réside dans le rapport de ces deux entités avec la schizophrénie. [19]

Pour les français, la BDA est autonome par rapport à la schizophrénie, en cela que la BDA est un processus aigu et la schizophrénie un processus chronique. La schizophrénie aiguë n'existe pas pour eux, même si la BDA a une potentialité évolutive schizophrénique.

Pour les anglo-saxons, il n'y a pas d'autonomie des troubles psychotiques aigus par rapport à la schizophrénie. Les troubles psychotiques aigus (trouble schizophréniforme et trouble psychotique bref) appartiennent aux schizophrénies aiguës.

Toutes les BDA n'évoluent pas vers la schizophrénie. Selon Daléry [19], on distingue trois évolutions possibles :

- accès unique : 25 à 50 % des cas
- récurrences ultérieures : 20 à 50 % des cas
- vers la schizophrénie ou un trouble bipolaire : 20 à 60 % des cas

Certains auteurs tentent de repérer des éléments cliniques susceptibles d'indiquer une évolution vers la schizophrénie.

D'abord Laboucarié [50] a isolé les facteurs suivants, dits de « mauvais pronostic » : anomalies antérieures de la personnalité, adaptation prépsychotique fragile, traits schizoïdes et type leptosome, prédominance des éléments processuels sur les manifestations réactionnelles, début insidieux, préface d'allure paranoïde.

Marcelli [62] estime que les signes suivants sont suspects d'évoluer vers une schizophrénie : froideur du contact, bizarrerie des conduites, incohérence du discours, mouvements stéréotypés, mauvais contrôle émotionnel avec décharges clastiques, pauvreté des émergences délirantes, thèmes de persécution, préoccupation hypocondriaque.

## **b) Le début aigu selon Henri Ey**

Henri Ey [29] estime que les débuts aigus représentent 30 à 50 % des modes d'entrée dans la schizophrénie.

Pour lui, le début aigu comprend :

- les crises délirantes et hallucinatoires aiguës
- les états d'excitation maniaque atypiques
- Les états dépressifs atypiques
- Les états confuso-oniriques

## **2. Mode de début insidieux**

Les formes de début insidieux sont plus fréquentes que les formes de début aigu.

### **a) Les travaux de Kraepelin et Bleuler**

Au début du XXème siècle, Kraepelin identifiait des signes annonciateurs ou prodromiques de la démence précoce : des modifications de l'humeur, des troubles du comportement, des manifestations psychosensorielles élémentaires et des troubles du cours de la pensée.

Bleuler réfute la notion de signes prodromiques. Pour lui, le début est insidieux, marqué par des modifications du caractère, une tendance au repli sur soi, une irritabilité, une instabilité qui constituent les premiers symptômes.

## **b) Les travaux d'Henri Ey**

Dans les formes de début insidieux, Henri Ey sépare la préschizophrénie et l'invasion progressive du délire. [29]

### **La préschizophrénie**

C'est une organisation caractérielle de la personnalité dont les traits vont s'aggraver pour devenir schizophréniques. La préschizophrénie englobe :

#### □ **la schizoïdie évolutive**

C'est l'accentuation des positions d'inhibition et de rigidité du caractère...fléchissement de l'activité (flânerie, incurie, abandon du travail, changement répété d'emplois, modification de l'affectivité, l'hostilité contre la famille, les modifications du caractère : accentuations des conduites extrêmes (isolement/sauvagerie, passivité/agressivité). Dans ce que Henri Ey désigne comme schizoïdie, les modifications du caractère sont superposables en tout point avec les troubles du comportement passés en revue précédemment. C'est dire le bouleversement total que la schizophrénie peut imprimer à un être, dont le comportement en vient à résumer le caractère...

#### □ **la névrose prépsychotique**

La schizophrénie peut prendre l'allure d'une névrose qui évolue par poussées. Henri Ey fait ici référence aux travaux de Claude sur les schizoses et crises schizomaniaques. Claude décrivait sous le terme de schizose des formes de début par assauts progressifs. Sur un fond pseudonévrotique, le sujet présente de temps en temps des crises schizomaniaques. Ces crises peuvent être violentes, avec fureur, mutisme, refus d'alimentation, exaltation...

La névrose prépsychotique de Ey ou le tableau pseudonévrotique de Claude prennent des allures hystériques, obsessionnelles, anxieuses.

- **Une forme particulière : l'héboïdophrénie.** Nous reviendrons sur cette forme dans le chapitre consacré aux diagnostics différentiels.

### **L'invasion progressive du délire**

C'est l'apparition progressive des symptômes positifs

### **c) Les travaux de Deniker, Lempérière et Guyotat**

Deniker, Lempérière et Guyotat [25] décrivent :

- **Des formes hypocondriaques et dysmorphophobiques.**

Elles sont dominées par des préoccupations excessives sur le fonctionnement corporel. Ces plaintes peuvent retentir sur le comportement avec notamment des bizarreries (régimes aberrants, préoccupations anormales sur l'état des selles et des urines).

- **Des formes pseudonévrotiques.**

On retrouve là les formes déjà décrites par Henri Ey. Quand la schizophrénie débute par des tableaux pseudo-névrotiques, les comportements observés sont en rapport avec la névrose « correspondante » : comportement obsessionnel et ritualisé, comportement phobique, comportement théâtral et hystérioriforme. Cependant, on ne retrouve ni la honte ou ni la lutte anxieuse de l'obsessionnel. La phobie du schizophrène s'accompagne d'un mélange d'angoisse et d'indifférence. Le comportement extravagant et bizarre du schizophrène est peu modifié par l'attention qu'on peut porter, contrairement aux hystériques. Toutes ces petites subtilités sémiologiques permettent alors d'évoquer une pathologie hors du champ de la névrose.

- **Phénomènes délirants et hallucinatoires insidieux**
- **Des modifications de la vie affective et de la vie sexuelle**

□ *L'entrée par des conduites toxicomaniaques*

Cette modalité d'entrée dans la schizophrénie sera discutée dans le chapitre des questions diagnostiques.

□ *Des modifications des mécanismes intellectuels*

## **d) Les travaux actuels**

Les travaux actuels, comme le disent Delamillieure et Dollfus [23], se basent davantage sur la caractérisation et le repérage des phases prodromique et psychotique, contrairement aux travaux classiques qui avaient plus le souci du détail clinique.

Les prodromes pourraient représenter la difficulté des sujets à s'adapter à l'apparition des premiers symptômes psychotiques. Ils correspondraient alors à la rupture du fonctionnement social habituel, sur le plan comportemental. C'est la question que pose le cas clinique de Dimitri, qui selon sa mère « a brutalement changé de comportement à 16 ans, lors de son passage au lycée ». Il paraît difficile de penser qu'il n'y avait aucun trouble avant. Cette rupture brutale avec un fonctionnement scolaire antérieur évoque l'existence de premiers signes psychotiques discrets, auxquels Dimitri n'a pas pu faire face.

Les symptômes psychotiques, dans les formes insidieuses, sont souvent atténués, c'est-à-dire peu nombreux et peu marqués. Puis ils vont s'associer entre eux et gagner en intensité.

Dans les signes psychotiques, on sépare les signes positifs (délires) et négatifs (retrait, déficit, autisme).

Les signes positifs se développent de façon insidieuse dans 25 % des cas, et de façon aiguë dans 75 % des cas. Le sujet, envahi par des idées délirantes, peut avoir tendance à s'isoler, pour fuir un danger potentiel. Son comportement peut apparaître bizarre aux yeux des autres. Julien et Dimitri présentent tous les deux ce comportement qui alterne entre le repli, la fuite, et la bizarrerie. L'examen psychiatrique a mis en évidence chez eux la présence d'idées

délirantes et d'hallucinations, qui ne se manifestaient aux yeux de l'entourage qu'à travers leurs troubles du comportement.

Les signes négatifs, pourtant les premiers à apparaître (par rapport aux signes positifs) dans 50 à 70 % des cas, sont diagnostiqués plus tardivement. Sur le comportement, ils s'expriment par le repli, le déficit psychomoteur, l'apathie, la négligence dans l'hygiène et l'apparence personnelle, le manque d'énergie physique. Fenton et McGlashan [31] ont établi que les patients avec un taux élevé de signes négatifs présentaient plus fréquemment un début insidieux.

Pour résumer, les débuts insidieux de schizophrénie sont plus fréquents que les débuts aigus, et comportent davantage de signes négatifs.

### 3. Discussion des cas cliniques

Sous des modalités différentes certes, l'entrée dans la schizophrénie de Dimitri, Julien et Arnaud entrent sur un mode aigu ou insidieux se discutent, selon les définitions abordées dans l'introduction.

Il est vrai que la prise en charge de Dimitri a commencé après une grave tentative de suicide, qui pourrait passer pour un début brutal. Mais si début brutal il y avait, alors il faudrait parler du changement de comportement à 16 ans, lui aussi soudain. Entre ces deux événements, il y a une longue période d'installation de signes négatifs et positifs, visibles surtout par un comportement de repli. Alors, début aigu ? installation progressive de troubles psychotiques, avec un « deuxième » début aigu (tentative de suicide), à l'origine de la première hospitalisation ? Si on respecte la définition rigoureuse du début de la maladie (premier épisode psychotique), on date l'entrée à 20 ans, la tentative de suicide étant l'expression directe d'un délire. Mais ce raisonnement ne tient pas deux minutes car on ne peut pas faire abstraction de sa vie avant cet acte autodestructeur. Le début insidieux est plus sensé. Même si ces réflexions illustrent toute la difficulté à faire la part des choses entre les prodromes, le début de la maladie, et alimentent les débats terminologiques, la question essentielle n'est pas là. Combien de temps aurait-il encore fallu pour que Dimitri soit pris en charge, s'il ne s'était pas jeté à l'eau ? Sans être ironique, on peut dire que cet acte a été salvateur pour lui d'une certaine façon...

Pour Julien, la problématique est différente. Lui aussi a eu un changement de comportement suite au divorce de ses parents. Plus tard, il a présenté des bouffées délirantes aiguës, des accès d'agressivité. La symptomatologie négative est moins présente que pour Dimitri. Les épisodes aigus à chaque fois à l'origine d'hospitalisations évoquent la forme cyclique de Henri Ey (entrée dans la schizophrénie par assauts successifs). D'un point de « vue moderne », on peut parler d'un début insidieux vers 17 ans, suivie d'une évolution par à-coups, d'aggravation progressive.

Pour Arnaud, la question des signes positifs ou négatifs n'est pas tellement opérante. Très tôt apparaissent des troubles du comportement, dès l'âge de 10 ans, qui deviennent majeurs à 14 ans, avec des conduites toxicomaniaques, de l'agressivité, de la violence. C'est à 21 ans, lors de sa première hospitalisation, que sont relevés des signes évocateurs de psychose (froideur affective, indifférence). Le recours aux travaux classiques est plus tentante. La notion de schizoïdie évolutive de Henri Ey est intéressante, car elle se réfère à des modifications profondes du caractère, qui précèdent l'entrée dans la schizophrénie. La question des troubles de la personnalité sera abordée dans le chapitre suivant. Arnaud présente donc une entrée insidieuse dans la schizophrénie, sur plusieurs années.

Nathalie, sous réserve qu'elle souffre bien d'une schizophrénie, est encore jeune, et ses troubles du comportement, essentiellement auto et hétéroagressifs, et d'errances, ne sont ni « positifs » ni « négatifs ». Tout au plus pourraient-ils se rattacher à de la discordance, mais cette vision des choses est elle aussi discutable. Son cas sera plus amplement discuté à propos des diagnostics différentiels des schizophrénies débutantes.

# IV. ANALYSE PSYCHOPATHOLOGIQUE ET CLINIQUE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT DANS LES SCHIZOPHRÉNIES DÉBUTANTES

La revue de la littérature et l'analyse élémentaire des troubles du comportement dans les schizophrénies débutantes laissent une impression de désordre, d'une superposition de troubles variés qui pourtant s'expriment dans le cadre d'un même ensemble de pathologies, les schizophrénies. Nous allons donc dans cette quatrième partie tenter d'analyser ces troubles à la lumière de la psychopathologie, pour dégager ce qu'ils peuvent avoir en commun. Ensuite, nous verrons la place qu'ils occupent dans les classifications psychiatriques les plus courantes. Enfin, nous envisagerons comment les approches cliniques contemporaines peuvent nous aider à mieux les appréhender.

## A. CARACTÉRISTIQUES COMMUNES À CES TROUBLES DU COMPORTEMENT

C'est peu dire que tous les troubles du comportement qui peuvent annoncer une entrée dans la schizophrénie sont très variés et aspécifiques. Quelles caractéristiques peuvent-ils avoir en commun ?

### 1. La régression

Notion psychanalytique, décrite par Freud, la régression désigne un retour à des formes antérieures du développement de la pensée, des relations d'objets et de la structuration du comportement. [54]

On distingue trois sortes de régressions :

- La régression topique

Freud conçoit l'appareil psychique comme une succession orientée de systèmes. Normalement, à l'état de veille, les excitations les parcourent du stade de la perception au stade de la motilité. Pendant le sommeil, les pensées, n'ayant pas accès au système moteur,

font le chemin inverse et régressent jusqu'au système de perception où elles s'expriment sous forme d'images sensorielles...C'est le rêve...

- **La régression temporelle**

Elle désigne le retour du sujet à des étapes antérieures de son développement.

- **La régression formelle**

C'est le passage à des modes d'expression et de comportement d'un niveau inférieur du point de vue de la complexité, de la structuration et de la différenciation. C'est la descente d'une hiérarchie de fonctions ou de structures, au sens de la déstructuration de la neurophysiologie jaksonienne. On pourrait aussi parler d'une descente de l'échelle de l'évolution au sens de Darwin.

C'est un concept d'abord descriptif d'un mouvement, d'un point de vue temporel, spatial ou logique.

La schizophrénie est probablement concernée par les trois sortes de régression. Certains avancent l'hypothèse que les hallucinations résultent du même phénomène que le rêve : la régression topique [75]. Pour ce qui est des comportements régressifs, la part des choses est délicate à faire entre la régression temporelle et la régression formelle : est-ce que les troubles du comportement régressifs relèvent d'un retour du sujet à des étapes antérieures de son développement ? où bien est-ce que la psychose déstructure-t-elle à ce point le sujet pour qu'il ne subsiste en lui à certains moments que des fonctions instinctuelles et animales, suite à la désagrégation des fonctions sociales ?

Quoiqu'il en soit, Laplanche et Pontalis rappellent que « *certaines états psychopathologiques frappants incitent à entendre la régression sur un mode réaliste* », rappelant le défaut de symbolisation du schizophrène. [54]

La régression est également une notion utilisée en psychiatrie. Kapsambélis [45], explique qu'elle « *désigne de façon peu spécifique des conduites qui nous paraîtraient sinon plus ordinaires, du moins plus habituelles à des âges antérieures de la vie du sujet* ». Sa définition rejoint celle de la régression temporelle. Les troubles instinctuels ( comportement

alimentaire, sommeil, sexuel) observés dans la schizophrénie sont un exemple frappant de régression. L'apragmatisme, le négativisme sont l'illustration de la régression sous un angle comportemental, selon Kapsambélis. [45]

De ce point de vue, Dimitri est un cas explicite de régression : clinophilie, apragmatisme, repli au domicile maternel.

Si on essaie de rapprocher la psychopathologie et la psychiatrie dimensionnelle, il est possible de relier la notion de régression avec certains signes négatifs. Finalement, quel que soit l'angle de vue adopté, ces similitudes nous rappellent ce qu'ont en commun les troubles du comportement dans la schizophrénie : une sorte de retour à un état asocial assez archaïque, quand ce n'est pas un état végétatif tout court.

## 2. La discordance comportementale : principe unificateur ?

### a) Le concept de discordance

La discordance est un concept créé par Chaslin pour désigner **l'absence de cohérence entre des éléments cliniques, qu'ils soient normaux ou pathologiques**. Par exemple, c'est l'association chez un même patient d'une mimique souriante et d'un discours triste. Le sourire et la tristesse ne sont pas des éléments pathologiques en soi, c'est l'incohérence entre les deux qui est anormale. La démarche de Chaslin est d'avant tout clinique, basée sur l'observation et l'objectivité.

Elle dépasse cependant la simple observation clinique, car elle suppose le rapprochement entre les différents symptômes et une réflexion sur leur valeur sémiologique. Lantéri-Laura parle de la discordance comme d'un syndrome, terme désignant un regroupement de symptômes, qui s'accompagne en plus de la constatation d'une incohérence. [53]

Henri Ey en élargit plus tard la signification puisqu'il en confirme le noyau sémiotique de la schizophrénie, auquel s'ajoutent le délire et l'autisme [30]. Pour lui, la discordance s'exprime dans plusieurs sphères : intellectuelle, verbale, affective et comportementale. Elle est caractérisée par :

- **l'ambivalence**, qui est le partage en termes contradictoires de toutes les opérations ou états psychologiques : vouloir/pas vouloir...
- **la bizarrerie** : c'est l'impression d'étrangeté ressentie par l'interlocuteur
- **l'impénétrabilité** : c'est « l'opacité des relations de compréhension »
- **le détachement**, qui correspond à une « perte de contact avec le réel » (selon les termes de Minkowski)

Il intègre la discordance comportementale dans le cadre du comportement catatonique, et en reprend les quatre caractéristiques fondamentales :

Les manifestations psychomotrices de l'ambivalence sont « *placées sous le signe de l'aboulie et de l'hésitation et particulièrement visible à la mimique (sourit et fronce des sourcils à la fois)* » Elles se voient au travers des actes sociaux complexes (comportements ambigus, conduites contradictoires) et de la tenue vestimentaire. Elles sont un « *mélange d'opposition et de suggestibilité* ».

Les bizarreries du comportement comprennent le maniérisme et théâtralisme. Le maniérisme est un comportement dépourvu de naturel. C'est la minauderie, la préciosité. Le théâtralisme est un artifice de la présentation, une comédie.

L'impénétrabilité des motifs est « *L'incapacité de prévoir les réactions de ces malades. Il reste un symptôme clinique de la plus haute importance.* » Les impulsions au meurtre, les crimes immotivés, les auto-mutilations, la castration et les suicides étranges en sont des exemples.

Le détachement, le repliement négativiste et les conduites d'inertie représentent l'aspect « négatif » de la discordance comportementale.

## **b) Troubles du comportement et discordance**

Aujourd'hui, la discordance a toutes les apparences d'une notion classique, toujours utile à ressortir lorsqu'on évoque l'histoire de la psychiatrie. Elle a été balayée par les concepts plus séduisants de signes négatifs et positifs. On la voit renaître timidement sous d'autres appellations, comme la « désorganisation » dans les classifications internationales. Si on doit à Chaslin sa création, on doit à Henri Ey son développement sémiologique précis, exposé ci-dessus. A présent, la discordance comportementale seule résume en grande partie

les caractéristiques des troubles du comportement dans les schizophrénies débutantes. **A un niveau descriptif, malgré leur grande variété, ils sont marqués eux aussi par l’ambivalence, la bizarrerie, l’impénétrabilité et le détachement.**

S’il était besoin de démontrer la pertinence du concept de discordance dans la schizophrénie, on ne saurait passer sous silence le remarquable travail effectué par Danet. Il a mené, en 1998, l’étude psychométrique d’une échelle nominale de discordance, à partir de l’oeuvre méthodique opérée par Chaslin presque un siècle avant. Cette échelle distingue quatre formes de discordance : psychomotrice, verbale, délirante et comportementale. Son travail a mis en évidence la spécificité de trois de ces formes de discordance dans la schizophrénie. Seule la discordance du délire semble avoir une tendance transnosographique. [20]

## **B. ANALYSE NOSOGRAPHIQUE**

### **1. DSM IV**

Le DSM-IV est la 4ème version du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux. C’est une classification catégorielle qui répartit les troubles mentaux en types fondés sur des groupes de critères bien définis. C’est aussi un système multiaxial qui implique une évaluation du patient sur plusieurs axes (troubles cliniques, troubles de la personnalité et retard mental, affections médicales générales, problèmes psychosociaux et environnementaux, évaluation global de fonctionnement).

C’est principalement dans l’axe I (troubles cliniques) que l’on trouve des descriptions sur les troubles du comportement dans les schizophrénies.

Il y a cinq critères (de A à E) qui permettent de faire le diagnostic de schizophrénie.

Le critère A, qui décrit les symptômes caractéristiques de la phase active de la maladie, définit que « deux (ou plus) des manifestations suivantes doivent être présentes, chacune pendant une partie significative du temps, pendant une période d’un mois (ou moins quand elles ont répondu favorablement au traitement) » :

- idées délirantes
- hallucinations
- discours désorganisé (par exemple, coq-à-l’âne fréquents ou incohérence)
- **comportement grossièrement désorganisé ou catatonique**
- symptômes négatifs, par exemple émoussement affectif, alogie (ou perte de volonté)

Une seule de ces manifestations mentionne directement le comportement désorganisé ou catatonique, ce qui rappelle la discordance telle que définie auparavant.

Le critère A fait état des signes cliniques les plus simples.

Le critère B s'intéresse au dysfonctionnement social et/ou professionnel : « pendant une partie significative du temps depuis la survenue de la perturbation, un ou plusieurs 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 (ou, en cas de survenue dans l'enfance ou l'adolescence, incapacité à atteindre le niveau de réalisation interpersonnelle, scolaire ou dans d'autres activités auxquelles on aurait pu s'attendre) ». Il décrit un niveau plus élaboré de troubles du comportement.

Le critère C, selon lequel « les signes permanents de la perturbation doivent persister pendant au moins six mois », évoque la présence possible de prodromes, soit des signes négatifs, soit des symptômes du critère A sous une forme atténuée. Il n'y a aucune précision supplémentaire sur le comportement.

Les critères D, E et F ne font état que des diagnostics différentiels de la schizophrénie.

D'autre part, le DSM-IV décrit aussi le **comportement retrouvé dans les quatre principales formes de schizophrénie**. Dans la forme **paranoïde**, les troubles du comportement ne sont pas au premier plan. Dans la forme **désorganisée**, le comportement est très logiquement désorganisé. La forme **catatonique** se caractérise par un comportement du même nom (immobilité motrice, activité motrice excessive, négativisme extrême, positions catatoniques, écholalies ou échopraxies). La forme **indifférenciée** porte bien son nom.

Au total, les troubles du comportement des schizophrénies ne sont pas considérés comme un critère fondamental de diagnostic, et quand le DSM-IV y fait allusion, il les détaille très peu.

## 2. CIM 10

La CIM 10 est la dixième version de la Classification Internationale des Maladies, conçue par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé). La catégorie F 20 réunit les formes

cliniques habituelles de schizophrénie ainsi que des formes moins fréquentes et des troubles apparentés. Les critères généraux pour les formes paranoïde, hébéphrénique, catatonique et indifférenciée précisent les troubles du comportement rencontrés dans ces formes de schizophrénie : « comportement catatonique », « symptômes négatifs comme une apathie importante ». [14]

Ensuite, les troubles du comportement plus propres à chaque forme sont repris dans la description de chacune d'elle. Dans la **forme paranoïde**, la CIM-10 parle de « symptômes catatoniques ». Dans la **forme hébéphrénique**, elle décrit un « comportement sans but et désorganisé ». Il faut noter que la forme hébéphrénique de la schizophrénie dans la CIM-10 correspond à la forme désorganisée du DSM-IV. La **forme catatonique** comprend quelques symptômes catatoniques : « stupeur, excitation, posture, négativisme, rigidité, flexibilité cireuse ou suggestibilité catatoniques ». La **forme indifférenciée** n'a pas de comportement spécifique.

**La schizophrénie simple**, qui est une forme plus particulière de schizophrénie, se caractérise par « une altération globale nette et persistante de certains aspects du comportement (manque d'énergie, inactivité, comportement sans but, retrait social). Les symptômes négatifs doivent être très présents et s'aggraver progressivement : « apathie, hypoactivité, passivité et manque d'initiative, pauvreté de la communication non verbale ». Enfin, la « diminution des performances sociales, scolaires ou professionnelles » est importante.

Dans la CIM-10 on observe que, là où le délire est plus pauvre ou moins accessible à l'examen clinique, **les troubles du comportement deviennent un critère de choix pour caractériser au moins la forme de la schizophrénie**. Le comportement du schizophrène est en effet beaucoup plus défini pour la forme simple que pour la forme paranoïde par exemple.

### 3. CFTMEA

La CFTMEA est la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent. [13]

Les schizophrénies sont classées dans la catégorie « autisme et troubles psychotiques ». Elles comprennent la schizophrénie de l'enfant et la schizophrénie de l'adolescent.

Pour la **schizophrénie de l'enfant**, les troubles du comportement sont représentés par « un retrait et une désorganisation majeure de la vie mentale avec perte rapide des capacités adaptatives ». Ce défaut d'adaptation aurait gagné à être développé dans les classifications pour l'adulte. Les facultés d'adaptation, bien que très présentes chez l'enfant, restent possibles toute la vie. On retrouve cependant cette idée de défaut d'adaptation dans cette hypothèse d'une hypofrontalité dans le cerveau des schizophrènes.

Ce qui est intéressant dans la **schizophrénie de l'adolescent**, c'est que la CFTMEA en aborde les aspects prodromiques. Ces aspects sont présentés comme une « multitude de symptômes atypiques ». Les signes du registre comportemental sont « le retrait social, la tendance à l'isolement, l'inversion du rythme nyctéméral, l'irritabilité, des accès de violence, des gestes suicidaires ». Le tableau clinique peut être dominé par « des conduites anti-sociales et des irruptions violentes incontrôlables, des passages à l'acte violents hétéro ou autoagressifs ». Ces tableaux s'associent de plus en plus fréquemment à une prise de drogues ou d'alcool.

En conclusion, les trois classifications les plus couramment utilisées en psychiatrie prennent en compte de façon variable le « critère » troubles du comportement dans les schizophrénies. Le DSM-IV est avare de précisions cliniques en ce domaine, la CIM-10 l'est plutôt moins. Ces deux classifications utilisent les troubles du comportement surtout pour différencier les formes principales de schizophrénies, c'est-à-dire celles où le délire n'est pas au premier plan, à savoir les formes hébéphrénique (ou désorganisée) et catatonique, et la forme simple pour la CIM-10.

Il n'y a que dans la CFTMEA que les descriptions du comportement dans les schizophrénies débutantes sont les plus riches. Cela paraît normal, car c'est une classification centrée sur les premières périodes de développement de l'être humain (enfance et adolescence), à laquelle correspond un pic d'incidence des schizophrénies. De plus, l'adolescent s'exprime volontiers par le biais de l'agir et du comportement, notion qui sera reprise plus tard.

## C. ANALYSE SELON LES APPROCHES CLINIQUES ACTUELLES

Les schizophrénies constituent un groupe hétérogène de maladies dont la définition et la compréhension sont en constante évolution. Ce souci de mieux individualiser les schizophrénies répond à une logique médicale : pouvoir établir un diagnostic et mettre en place un traitement. De plus en plus, la médecine préventive se développe et vient imperceptiblement modifier cette logique « diagnostic/traitement », en se penchant sur les prodromes et les vulnérabilités des sujets.

Toutes ces données expliquent la variété des approches cliniques des schizophrénies : approche catégorielle, dimensionnelle, le modèle de vulnérabilité, la clinique explicative.

Nous allons à présent voir de quelle façon les troubles du comportement sont traités dans les approches catégorielle et dimensionnelle.

### 1. La clinique catégorielle

#### a) Définition

Les classifications catégorielles ou critériologiques ont été créées à partir du constat que les étiologies de nombreuses maladies étaient inconnues. A partir de là, les théories étiopathogéniques ne pouvaient être fiables et il fallait trouver un autre moyen de classer les maladies qui, en l'absence d'étiologie, devenaient des « troubles ». [79]

**Tout diagnostic établi selon l'approche critériologique repose sur une logique statistique.**

Est schizophrène celui qui présente un ensemble de signes (ou critères) qui statistiquement se retrouvent fréquemment associés chez les patients schizophrènes [79]. La clinique catégorielle cherche à évincer les signes repérés intuitivement par le clinicien. Elle privilégie les signes comportementaux d'observation. Les systèmes de classifications catégorielles sont nombreux, depuis le système de Saint Louis en 1972 jusqu'aux plus modernes comme le DSM-IV et la CIM 10.

#### b) Qualités des critères

Dans l'approche catégorielle, selon Hardy-Bayle [39], les critères retenus doivent :

- Etre **descriptifs et précis**, faciles à objectiver, pour faciliter la convergence des jugements entre psychiatres.
- Avoir une pertinence clinique, donc être **fréquents**, et non spécifiques et rares comme le signe « barrages »
- Faire l'objet d'un **consensus** entre experts

### **1) Troubles du comportement et premier critère**

Par définition, le comportement d'un individu est objectivable, donc descriptif. Un trouble implique une connotation pathologique. A partir de quel moment peut-on objectiver du pathologique dans un comportement ? Est-ce qu'une tenue vestimentaire farfelue, observable, relève du trouble pour autant ?

### **2) Troubles du comportement et deuxième critère**

Les troubles du comportement sont fréquents, mais tellement fréquents qu'ils peuvent se voir dans bien d'autres catégories, et que cette fréquence frisant la banalité finit par ne plus avoir de pertinence. La pertinence clinique réside alors peut-être, derrière l'apparente banalité de quelques uns de ces troubles, dans un certain particularisme clinique emprunt de bizarrerie et de discordance.

### **3) Troubles du comportement et troisième critère**

Certains d'entre eux font l'objet d'un consensus entre experts. Par exemple l'isolement social, dans le DSM-IV. Mais les troubles du comportement, par trop nombreux, ne font pas l'objet d'un consensus actuel en tant que « critère ».

Par conséquent, les troubles du comportement présentent certaines des qualités requises pour satisfaire aux exigences de la clinique catégorielle : ils sont descriptifs et fréquents. Une de leur caractéristique vient modérer ces qualités : leur considérable polymorphisme, qui rend ridicule toute tentative d'en faire un critère homogène.

De plus, la clinique catégorielle trouve ses limites dans la multiplication des systèmes diagnostiques, des critères, des classes diagnostiques...[39]

## 2. La clinique dimensionnelle

### a) Définition

Hardy-Bayle [39] dans son article sur les approches cliniques contemporaines de la schizophrénie en donne la définition suivante : « *Les modèles dimensionnels résultent d'une approche de psychopathologie quantitative qui utilise des instruments permettant de quantifier les aspects symptomatiques des états schizophréniques et des méthodes statistiques permettant d'analyser les données obtenues.* »

La clinique dimensionnelle est née dans les années 80 avec Crow et Andreasen.

La schizophrénie a été considérée longtemps sous deux dimensions (positive et négative), avant que Liddle n'introduise une troisième dimension : « la désorganisation ».

### b) Les modèles bidimensionnels : la dichotomie négative/positive

Les termes de signes négatifs et de signes positifs reviennent souvent dans la littérature et le langage clinique à propos des schizophrénies. Mais leurs définitions sont parfois opaques.

La dichotomie positive/négative est volontiers associée à d'autres oppositions: aiguë/chronique, réactive/processuelle, secondaire/primaire, accessoire/fondamentale, active/résiduelle, floride/quiescente, productive/déficitaire [39]. Chaque couple d'antonymes renvoie à des conceptions différentes. Par exemple, l'opposition aiguë/chronique, qui prend en considération le facteur temps, ne peut pas être superposé au couple productive/déficitaire, qui lui prend plus en considération le facteur psychopathologique clinique.

Historiquement, les termes positif et négatif sont issus de la neurologie. Jackson (1875), considère que le cerveau possède de multiples niveaux de fonctions intégrées. Pour lui, « *la maladie ne provoque que des symptômes mentaux négatifs correspondant à la*

*dissolution et tous les symptômes mentaux positifs élaborés sont la conséquence de l'activité d'éléments nerveux qui ne sont touchés par aucun processus pathologique, mais qui correspondent à l'activité d'un niveau inférieur archaïque »*

C'est de Clérambault en 1942 qui introduit en psychiatrie le concept de symptômes positifs et négatifs.

La psychiatrie s'est donc inspirée de termes neurologiques pour tenter d'appréhender des phénomènes cliniques complexes. **Mais à la conception « mécanistique » proposée par Jackson sont venues se greffer des conceptions psychopathologiques, étiopathogéniques et cliniques. Ce qui rend les termes négatifs et positifs difficiles d'utilisation.**

On retrouve les troubles du comportement dans les deux dimensions.

Le modèle d'Andreasen distingue :

- symptômes positifs : idées délirantes, hallucinations, troubles formels de la pensée positifs et **comportement bizarre**.
- symptômes négatifs : retrait ou pauvreté affective, alogie, avolition et **apathie**, anhédonie et **retrait social**, et troubles de l'attention.

Elle a conçu deux échelles pour évaluer ces dimensions : La SANS (Scale for the Assessment of Negative Symptoms) pour les symptômes négatifs et la SAPS (Scale for the Assessment of Positive Symptoms) pour les symptômes positifs.

Plus tard, Kay et al (1987) ont élaboré la PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale), qui reprend des items de la SAPS et de la SANS.

Elle individualise cinq facteurs : le syndrome nucléaire de la schizophrénie (items de la SANS : **ralentissement moteur**, trouble de la volition, évitement social actif), **hostilité-excitation**, désorganisation cognitive, anxiété-dépression et paranoïde.

En définitive, la dimension positive recouvre les hallucinations et le délire, la dimension négative le retrait ou pauvreté affective, la pauvreté du discours. L'anhédonie, l'apathie, l'avolition sont classées la plupart du temps dans les symptômes négatifs. Par contre le trouble de la pensée, le comportement bizarre et l'affect inapproprié sont classés soit en négatif, soit en positif, soit dans une autre dimension. [39]

**L'intérêt de considérer les troubles du comportement sous le modèle bidimensionnel, c'est de redonner de l'importance à toute la dimension négative de ces troubles : à savoir le repli social, l'apathie, l'apragmatisme, la clinophilie, le**

**ralentissement.** Cela vient contrebalancer le poids donné à la dimension positive des troubles du comportement (agressivité, hostilité, agitation). Enfin, la dimension négative comportementale permet de faire des liens entre le plan clinique et le plan psychopathologique, puisqu'elle rejoint sur ce dernier la **notion de régression**, déjà détaillée au début de quatrième partie.

### **c) Le modèle trisyndromique : ajout du facteur désorganisation**

C'est donc en constatant que certains symptômes, comme le trouble de la pensée, le comportement bizarre, l'affect inapproprié et les troubles de l'attention n'étaient ni négatifs ni positifs que l'idée d'une troisième dimension est née.

A l'issue de ses travaux, Liddle a isolé trois dimensions :

- pauvreté psychomotrice (renvoyant à la dimension négative)
- distorsion de la réalité (renvoyant à la dimension positive)
- désorganisation (nouvelle dimension)

Notons que cette dimension de désorganisation n'est pas sans rappeler la discordance.

# V. LA QUESTION DE L'ADOLESCENCE, LES DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS ET LES COMORBIDITÉS

Les troubles du comportement chez l'adolescent et le jeune adulte ne sont spécifiques d'aucune pathologie particulière. Ils posent au psychiatre et au pédopsychiatre les questions délicates de troubles psychopathologiques en relation directe avec l'adolescence. Ils soulèvent aussi la question des troubles de la personnalité, du rôle des toxiques et des formes frontières des schizophrénies.

## A. LA QUESTION DE L'ADOLESCENCE

### 1. Adolescence et symptômes psychotiques

Le diagnostic de schizophrénie à l'adolescence est un problème plus délicat qu'à l'âge adulte.

A l'âge adulte, l'être humain est censé être structuré dans sa personnalité et dans son corps. L'adolescence est une période de profonde mutation biologique, psychique et sociale.

Face aux difficultés que pose l'adaptation à ces changements, l'adolescent a la possibilité d'avoir « recours » à des mécanismes de défense archaïques ou psychotiques. Sur le plan clinique, ces mécanismes de défense (clivage, identification projective, déni, etc.) peuvent se traduire par d'authentiques symptômes psychotiques. Pour autant, la présence de symptômes psychotiques à l'adolescence n'est pas synonyme de schizophrénie [17]. Ils peuvent être présents aussi dans d'autres troubles : épisodes thymiques graves, troubles des conduites, troubles bipolaires.

Il se trouve que, pour compliquer l'affaire, l'adolescence est également l'âge préférentiel d'éclosion de la plupart des maladies psychiatriques à potentiel chronique. De plus celles-ci n'ont pas, à leur début, les caractéristiques cliniques qui les rendront plus tard reconnaissables...[9]

Marcelli estime que 5 à 20 % des adolescents consultants ou hospitalisés présentent des troubles psychotiques. [62]

En pratique, devant tout symptôme psychotique à l'adolescence, il convient d'évoquer autant des troubles d'ordre psychopathologique que des troubles psychiatriques. Il faut entendre par « psychopathologique » l'idée que les troubles présentés sont susceptibles de s'améliorer, et qu'ils ne relèvent pas tous d'une maladie caractérisée.

Dans la catégorie « troubles psychopathologiques », on retiendra la classique « **crise juvénile ou crise d'adolescence** ». C'est une de ces crises que sont susceptibles de traverser les adolescents : actes excentriques, attitudes étranges, fugue ou tentative de suicide inattendue. Oscillantes entre normal et pathologique, ces crises disparaissent avant la fin de l'adolescence. L'évolution des troubles du comportement est primordiale pour différencier la crise d'adolescence et la schizophrénie. [62]

Dans la catégorie « troubles psychiatriques », on citera les troubles thymiques, les troubles schizoaffectifs, les états limites, les abus de substances. Sans oublier certains troubles organiques qui se manifestent par des symptômes psychotiques : affections cérébrales ou générales, intoxications.

## 2. Une clinique centrée sur le corps et l'agir

A l'adolescence, l'agir et les conduites centrées sur le corps sont considérés comme des modes d'expression privilégiée des conflits et des angoisses. **Les troubles du comportement représente un des motifs de consultation des plus fréquents en psychiatrie de l'adolescence.** [62]

Nombreux sont les troubles du comportement à l'adolescence. Marcelli distingue les conduites centrées sur le corps, le problème de l'agir et du passage à l'acte.

Les conduites centrées sur le corps comprennent les troubles des conduites alimentaires (obésité, anorexie mentale, boulimie), les troubles du sommeil, de la sexualité. Les relations entre ces conduites et les schizophrénies débutantes ont été discutées dans la deuxième partie.

Le problème de l'agir et du passage à l'acte regroupe les fugues et errances, les vols, l'hétéro et l'autoagressivité. Trois éventualités diagnostiques doivent être évoquées plus

spécifiquement à l'adolescence : **les crises juvéniles, les troubles de la personnalité lorsque les conduites sont graves (Délinquance, conduites toxicomaniaques, tentatives de suicide), et la dépression.**

Dans les structures psychotiques et les psychopathies graves, l'impulsivité et la destructivité sont au premier plan. Dans le champ de l'autoagressivité, Marcelli parle des « conduites suicidaires » ou « équivalents suicidaires » comme de « *conduites au cours desquelles la vie du sujet est mise en danger du point de vue d'un observateur externe, mais au cours desquelles le sujet dénie le risque pris* ». Les comportements qui sont des équivalents usicidaires sont nombreux : abus de substances, actes antisociaux...

Dans un article récent, Michel discute les conduites à risque chez l'adolescent. Curieusement, la question de la psychose et de la schizophrénie n'est pas abordée. [65]

On a déjà souligné l'absence de spécificité des troubles du comportement dans les schizophrénies débutantes. Certains signes identifiés comme prodromes de la schizophrénie se rencontrent de fréquemment chez les adolescents normaux [62] :

- Ainsi, 25,2 % des adolescents dits normaux présentent des comportements étranges
- 18,4 % d'entre eux présentent un isolement ou un repli social
- 8,1 % d'entre eux une diminution importante de l'hygiène

Fort heureusement, ils sont loin d'être tous schizophrènes !

### **3. La question des schizophrénies précoces et des schizophrénies infantiles**

La majorité des schizophrénies apparaissent avant l'âge de 25 ans avec un début plus précoce pour les hommes.

Dans certains cas, elles commencent plus tôt, et l'on parle de schizophrénie précoce et de schizophrénie très précoce ou infantile.

La schizophrénie précoce a une définition variable selon les auteurs : avant 15 ans pour Delamillieure et Dollfus [23], avant 16 ou 17 ans pour Speranza (EOS ou early-onset schizophrenia) [83], entre 12 et 18 ans pour Schothorst [80]. L'incidence de la maladie croît

durant l'adolescence : 13,5 % des schizophrénies surviennent avant 20 ans (et 47,3 % entre 21 et 30 ans), l'incidence augmentant surtout entre 15 et 17 ans [9].

L'âge de début de la schizophrénie très précoce ou infantile est moins sujet à discussion : avant 12 ans pour Delamillieure et Dollfus [23], avant 12 ou 13 ans pour Speranza (schizophrénie prépubertaire ou VEOS ou very early-onset schizophrenia) [83].

La puberté semble le critère essentiel pour différencier schizophrénie précoce et infantile.

**Les caractéristiques clinique de la schizophrénie précoce** ont été analysées dans une étude menée par Schothorst [80], à partir de 129 sujets de 12 à 18 ans présentant des symptômes psychotiques. Il en ressort que :

- l'âge moyen de début de la schizophrénie est de 16,3 ans.
- Des symptômes prodromaux ont été identifiés, principalement d'ordre social et comportemental : 78 % ont des problèmes d'adaptation à l'école, 42 % sont agressifs, 22 % un manque d'hygiène, 61 % sont introvertis.
- La suicidalité est importante : 47 % sont suicidaires : 33 % ont des idées, 14 % ont fait des tentatives.
- Etaient indicateurs d'un sous-groupe schizophrénique : le sexe masculin, une longue phase prodromale, des problèmes scolaires et un abus de drogues.
- L'introversion est caractéristique des garçons avec une schizophrénie.
- Les prodromes les plus fréquents étaient : problèmes scolaires, suspicion, introversion, troubles du sommeil, et prodromes à composante comportementale ou physique.

**La schizophrénie infantile** reste une entité rare et méconnue. Le développement de ces enfants et préadolescents atteints de schizophrénie très précoce est parsemé de diverses manifestations cliniques. Dans le registre moteur et comportemental, ce sont, d'après une analyse critique de la littérature par Speranza [83]

- des anomalies du développement psychomoteur
- des difficultés de régulation affective et d'interaction sociale : enfants passifs, en retrait, hypersensibles aux critiques et anxieux en situation sociale. Comportements bizarres ou inhabituels, préférant les jeux solitaires. Ou hyperactifs, agressifs, comportements antisociaux.

Au-delà de son existence, la schizophrénie infantile rejoint les notions de vulnérabilité et de l'hypothèse neurodéveloppementale de la schizophrénie adulte.

Le modèle de vulnérabilité suppose la présence chez certains sujets de dysfonctionnements neurocognitifs déterminés génétiquement. Ces sujets seraient susceptibles de développer des symptômes psychotiques sous la pression de facteurs environnementaux, le stress par exemple.

L'hypothèse neurodéveloppementale postule que les anomalies cognitives des schizophrènes résultent d'un désordre cérébral survenu pendant la grossesse, par agression infectieuse, nutritionnelle sur un terrain génétiquement prédisposé. Plus tard, les lésions neurologiques se manifestent par les signes prémorbides et prodromiques.

L'existence de ces deux modèles rappelle le débat séculaire de l'inné et de l'acquis et du repérage de sujets à risque. Ce qui est plus sûr, c'est que, au cours du développement du futur schizophrène, des signes appelés prodromes sont là, qu'ils sont repérables et que leur modalité d'expression privilégiée est du registre comportemental.

## **B. LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ**

### **1. La personnalité borderline**

Les troubles du comportement à l'adolescence ou chez le jeune adulte ne sont pas l'apanage des schizophrénies. Un des principal diagnostic différentiel est la personnalité borderline (pour les anglosaxons), encore appelée états limites pour les francophones. La notion d'états limites est née d'une double constatation d'abord psychanalytique puis clinique. Les psychiatres observaient que des patients n'étaient ni vraiment psychotiques, ni vraiment névrosés. Les psychanalystes observaient que des patients à l'allure névrotique se comportaient en réalité dans la cure comme des patients psychotiques. D'où l'idée de définir un nouveau concept pour rendre compte de cette réalité.

Les états limites sont définis par une clinique et un fonctionnement mental particulier. Sur le plan clinique, ils se caractérisent par une angoisse importante, une propension au passage à l'acte (tentatives de suicide, actes de délinquance), une dépendance fréquente à l'alcool et aux drogues. Les dépressions se font sur un mode anaclitique, les décompensations transitoires sur un mode délirant préférentiellement. Ils peuvent manifester de multiples symptômes névrotiques.

Leur fonctionnement mental a recours essentiellement aux mécanismes de défense archaïques, comme dans la psychose : clivage, identification projective, idéalisation, déni.

On retrouve fréquemment dans l'enfance des sujets borderline des antécédents de mauvais traitements physiques et sexuels, de négligence parentale, de conflits parentaux, ou de perte ou de séparation parentale précoce. [3]

Les troubles du comportement des états limites sont marqués par **l'impulsivité, l'autoagressivité (tentatives de suicide et automutilations), les conduites à risque (automobile, sexualité), les addictions** [3]. Tous ces comportements sont présents dans les schizophrénies débutantes.

Des études épidémiologiques ont confirmé que le diagnostic était délicat à poser entre états limites et schizophrénie. Botbol [9] rapporte ainsi une étude de Thomsen. Ce dernier trouve que, sur un groupe d'enfants et d'adolescents qui ont reçu un diagnostic de schizophrénie, que 10 ans plus tard, 21 % souffrent d'un trouble de la personnalité (dont 12,4 % de type borderline) et non d'une schizophrénie. Il conclut qu'environ la moitié des patients qui reçoivent à tort un diagnostic de schizophrénie souffrent en fait de troubles de la personnalité, et plus particulièrement d'un trouble antisocial ou borderline.

Pour Susser [85], le diagnostic de schizophrénie porté devant un épisode aigu n'est pas automatiquement confirmé par la suite. Dans son étude, dans 29,8 % des cas, le diagnostic n'était pas confirmé par la suite. La moitié d'entre eux avaient ensuite un diagnostic de troubles de la personnalité antisociale ou borderline.

Nathalie et Arnaud sont concernés par cette hypothèse de trouble de la personnalité. Nathalie parce qu'elle multiplie les troubles du comportement, qu'elle présente un fonctionnement mental évocateur (clivage), et qu'elle semble débiter un épisode dépressif de type anaclitique. Elle a aussi souffert de carences affectives.

Arnaud a très tôt été affecté par son impulsivité, ses actes hétéroagressifs. Il consomme des toxiques. L'identification projective et le déni marquent très fortement son fonctionnement mental. Il rapporte régulièrement au cours des entretiens des histoires de maltraitance physique de la part de son père. Même si au fil du temps la symptomatologie psychotique semble prendre de plus en plus d'importance dans son parcours psychiatrique, on ne peut exclure un diagnostic associé de trouble de la personnalité.

## 2. La personnalité psychopathique et antisociale

La psychopathie, la personnalité antisociale (DSM-IV [3]), la personnalité dyssociale (CIM-10 [14]) font référence à une personnalité a priori pathologique dans ses rapports avec la société.

L'enfance du psychopathe est déjà marquée par des comportements troublés : école buissonnière, actes de petite délinquance, conduites de dissimulation...

La personnalité psychopathique est caractérisée par son comportement transgressif, son incapacité à se conformer aux normes sociales. Ce sont des personnes impulsives, irritables, agressives, intolérantes à la frustration et peu accessibles à la culpabilité. L'instabilité professionnelle, affective est fréquente. Les actes de délinquance sont monnaie courante : bagarres, détérioration matérielle, vols... Les conduites autoagressives existent aussi : tentatives de suicide, automutilations, conduites dangereuses. Les addictions à l'alcool et aux drogues sont fréquentes.

Les relations aux autres sont marquées par un contact facile, superficiel, qui, à la suite d'une frustration par exemple, devient distant et agressif.

Derrière ces conduites déviantes, se cache une fragilité importante. Elle est perceptible à la passivité du patient, sa dépendance aux autres.

Schizophrénies débutantes et psychopathie partagent des troubles du comportement essentiellement dans le domaine médico-légal. D'ailleurs, c'est parfois un diagnostic de comorbidité retrouvé dans les études sur les personnes incarcérées. Cependant, la façon de fonctionner avec les autres et les signes cliniques d'accompagnement ne sont pas les mêmes.

Il n'y a pas chez le psychopathe de froideur au contact, ni de discordance. Il ne perd pas le sens de la réalité et se montre plutôt « hyperadaptable », par sa tendance à la passivité et à la dépendance à autrui.

Seul Arnaud présente suffisamment d'actes de délinquance pour que ce diagnostic différentiel soit évoqué. Cependant, les signes d'indifférence affective, de psychorigidité et de délire de persécution apparaissent assez tôt dans son histoire clinique pour qu'on privilégie le diagnostic de schizophrénie.

## C. LA QUESTION DES TOXIQUES

### 1. Quelques données générales

Les liens entre schizophrénie et toxicomanie sont très forts. Il s'agit là d'une véritable comorbidité dont les tenants et aboutissants ne sont pas encore connus. 47 % des schizophrènes ont présenté au cours de leur vie un épisode d'abus ou de dépendance à l'alcool ou à une drogue. [26]

Les sujets schizophrènes ont une histoire d'addictions plus fréquente que dans la population générale. [51]

- 23,7 % pour l'alcool (contre 12,3 %), soit le double
- 14,2 % pour les drogues (contre 7 %), soit le double

La polytoxicomanie est d'usage plus courant que la consommation d'une seule substance.

La consommation de cannabis, d'alcool ou d'opiacés précéderait la schizophrénie dans deux tiers des cas. L'usage de stimulants (cocaïne, amphétamines) surviendrait 2 ans après le début des troubles.

La cause des toxicomanies chez les schizophrènes se base sur l'hypothèse de l'automédication. Elles serviraient à diminuer les signes négatifs, l'angoisse et les effets indésirables des neuroleptiques.

**Le problème, c'est que les toxiques ont aussi des conséquences néfastes sur les schizophrènes.** Des conséquences sociales d'une part : désinsertion, absence de domicile fixe. Conséquences comportementales d'autre part : comportements violents et explosifs plus fréquents, symptômes psychotiques, dépression et suicide. Dimitri souffre des conséquences sociales de ses consommations, Julien des conséquences comportementales, Arnaud des deux.

Deniker, Lempérière et Guyotat [25] font des toxicomanies une forme d'entrée possible dans la schizophrénie. Pour eux, « *le contrôle du corps a souvent une composante autoagressive qui peut mener à la cachexie ou au suicide. La prise de drogue assigne à celui qui la prend l'identité de drogué, elle permet au psychotique d'appartenir à un groupe « les marginaux », tout en s'opposant à sa famille et à la société* ».

## 2. Les pharmacopsychoses

Ce sont des troubles d'allure psychotique provoquées par la consommation de substances psychoactives. Le terme de pharmacopsychose est maintenant remplacé dans les classifications par celui de « troubles psychotiques induits par une substance ». Les signes cliniques seront différents selon les toxiques consommés. Ces troubles cessent quelques temps après l'arrêt de la substance incriminée (moins de 6 mois pour la CIM 10, moins de 1 mois pour le DSM-IV). Seulement, les critères ne permettent pas de différencier la schizophrénie de la pharmacopsychose chez les consommateurs réguliers non sevrés. [26]

Le syndrome amotivationnel est une forme de pharmacopsychose, caractérisé par une indifférence affective, une inhibition, une pauvreté intellectuelle et un apragmatisme. Lié à une très forte imprégnation cannabique, il évoque une forme déficitaire de schizophrénie. Normalement, les troubles disparaissent spontanément en quelques semaines d'abstinence.

Le principal diagnostic différentiel à discuter dans le cas de Dimitri, outre celui de schizophrénie hébéphrénique, serait celui de syndrome amotivationnel. Cependant, il ne consomme pas que du cannabis, et l'obtention d'une abstinence de plusieurs semaines supposerait une hospitalisation d'une durée suffisante, et en l'absence de traitement, ce qui d'un point de vue pratique n'est pas vraiment envisageable.

## 3. Le cannabis et les schizophrénies débutantes

Le cannabis provoquerait un début plus précoce de la maladie, plus de rechutes, des épisodes plus sévères et une moindre adhésion aux soins. Il serait responsable de l'émergence d'une schizophrénie chez les sujets vulnérables. Ce risque semble proportionnel à l'augmentation de la consommation. [49]; [59]; [94]

Dimitri, Arnaud et Julien ont commencé précocement leurs troubles, respectivement à 16, 14 et 17 ans. Tous ont consommé du cannabis à cette période.

## D. LES FORMES FRONTIÈRES DE SCHIZOPHRÉNIE

En marge des formes « classiques » de schizophrénie (paranoïde, hétéroïde, catatonique et indifférenciée), des formes mineures ou des états « préschizophréniques » existent. Sans entrer dans les débats de leur appartenance ou non au groupe des schizophrénies, nous allons voir leur intérêt sur le plan comportemental.

## 1. Les personnalités schizoïde et schizotypique

La personnalité schizoïde est définie par un « mode de détachement par rapport aux relations sociales et de restrictions de la variété des expressions émotionnelles dans les rapports avec autrui », selon le DSM-IV.

Dans la personnalité schizotypique, d'autres signes s'ajoutent à la gêne sociale et relationnelle. Il s'agit des idées de référence (interprétations...), de croyances bizarres, de perceptions inhabituelles, de bizarrerie comportementale ou verbale, d'anxiété excessive, d'une méfiance.

Ces deux troubles de la personnalité rassemblent à elles deux a minima les trois syndromes de la schizophrénie : délire, autisme, discordance. Le comportement de ces sujets est marqué par la bizarrerie et le retrait. Ces personnalités peuvent évoluer vers une schizophrénie. Dans cette perspective, on peut dire que les troubles du comportement qui existent dans ces personnalités pathologiques sont inauguraux d'une certaine manière de la schizophrénie.

Bien avant son geste suicidaire, Dimitri avait des aspects que l'on pourrait qualifier de schizotypiques : repli sur soi, bizarrerie, il croyait qu'il « avait un don de voyance »...

## 2. L'hétéroïdophrénie

Depuis son individualisation par Kahlbaum en 1885, l'hétéroïdophrénie est aussi appelée par certains « schizophrénie pseudopsychopathique », bien que cette équivalence soit largement discutée. Hétéroïdophrène vient de « Hété », la déesse de la jeunesse, « oïde », « qui ressemble à ». L'hétéroïdophrénie ressemble donc à l'hétéroïde.

Henri Ey [29] la décrit comme une forme caractérielle de schizophrénie. Le tableau clinique est un « comportement chez des sujets jeunes d'opposition à la famille et à la société qui les fait considérer comme des psychopathes pervers »

Garrabé [35], dans son article « Note historique sur l'hétéroïdophrénie » en reprend les caractéristiques cliniques qui permettent de la différencier de la psychopathie. Elle débute à

l'adolescence, sous une forme hébéphrénique, sans en avoir l'évolution. Il n'y a pas d'affaiblissement intellectuel ni d'aggravation déficitaire. Par contre, le sujet se conduit comme un psychopathe en apparence. Il est impulsif, toxicomane à ses heures, intolérant à la frustration, avec des troubles du comportement multiples. Cependant, ces actes ne sont pas utilitaires comme ceux du psychopathe. Puis les épisodes dissociatifs surviennent à intervalles réguliers, ce qui évoque un processus schizophrénique sous-jacent. Alors que le psychopathe n'est pas un psychotique par définition. Enfin, l'héboïdophrène présente une froideur affective que n'a pas le psychopathe.

L'héboïdophrénie présente un intérêt dans les formes de début de schizophrénies par les comportements médico-légaux qui peuvent être au premier plan. Elle relance l'idée d'une comorbidité possible entre un trouble de la personnalité et la schizophrénie.

Arnaud pourrait être vu comme un héboïdophrène. Son parcours de délinquant est parsemé d'épisodes psychotiques plus ou moins longs, entre lesquels il semble pourtant récupérer. Comme on l'a déjà vu, il n'a du psychopathe que l'apparence des actes délictueux, sans en avoir le contact ni la trajectoire existentielle.

## **E. LES AUTRES DIAGNOSTICS**

Il est important de signaler que, même si le sujet de ce travail se limite à l'étude des schizophrénies débutantes, d'autres maladies peuvent se manifester par des troubles du comportement, à l'adolescence notamment. Et que ces maladies font partie des diagnostics différentiels à évoquer, d'autant plus que, comme on a pu le voir avec les troubles de la personnalité, un diagnostic posé à un moment a toutes les chances d'être révisé ultérieurement. Il s'agit principalement :

- Des troubles bipolaires
- Des troubles schizoaffectifs

## **F. LE CAS DE NATHALIE**

Le cas de Nathalie permet d'illustrer une bonne partie des questions autour de la problématique de l'adolescence et des diagnostics différentiels.

Elle présente donc depuis l'âge de 14 ans environ des conduites à risque : errances, fugues, parfois prostitution. Elle se montre autoagressive : tentatives de suicide par intoxications médicamenteuses volontaires, scarifications. Elle se montre hétéroagressive : coups sur son assistante maternelle. Vers 16 ans, des signes d'allure psychotique font leur apparition : idées délirantes de persécution et de jalousie morbide, hallucinations auditives l'enjoignant au suicide. Il y a aussi des éléments thymiques : mouvements dépressifs, idées suicidaires. Elle exprime de façon récurrente des plaintes physiques (digestives, céphalées).

Son histoire de vie est placée sous le signe des ruptures affectives (séparation parentale, placements divers), ce qui évoque des carences affectives et éducatives. Et dans un contexte de traumatismes (un viol, des doutes sur des relations incestueuses avec son frère), ce qui laisse à penser que des failles profondes se sont constituées dans le développement de sa personnalité, déjà « affaiblie » par des liens insécures puisque discontinus (carences).

A 17 ans, on ne peut exclure une entrée dans la schizophrénie. Mais d'autres hypothèses sont aussi valables : celle d'un trouble de la personnalité de type état limite, de type hystérique (suggestibilité, plaintes physiques régulières). La piste de troubles psychopathologiques graves liés à son parcours de vie n'est pas à exclure non plus, son adolescence n'est pas terminée, et elle se montre non dépourvue de ressources : capacité à prendre du plaisir à l'école, capacité à garder un lien avec le suivi psychologique et pédopsychiatrique qui lui est proposé. Alors, dans son cas, la tentative de traitement par psychotropes (antipsychotiques) et le suivi psychothérapeutique ont autant de poids l'un que l'autre. Il faut pouvoir soigner des symptômes tout en accompagnant l'émergence de la parole.

# VI. RÉFLEXIONS ÉPISTÉMOLOGIQUES, SOCIOLOGIQUES ET PRATIQUES

## A. TROUBLES DU COMPORTEMENT DANS LES SCHIZOPHRÉNIES DÉBUTANTES : QUELLE ENTITÉ ?

Signe, symptôme, syndrome, trouble, sous-type, maladie ? Quel statut épistémologique donner aux troubles du comportement inauguraux des schizophrénies ?

Trop complexes pour n'être qu'un signe ou qu'un symptôme, ils pourraient répondre à la définition du syndrome selon Lançon : « ensemble de caractéristiques observables qui tendent à survenir ensemble plus fréquemment que ne le voudrait le seul hasard. Ces caractéristiques peuvent être évaluées de manière dichotomique (présent/absent) ou quantitative. » Les troubles du comportement sont observables. On peut en apprécier la sévérité par leur retentissement sur la vie familiale, sociale, professionnelle.

Un trouble correspond, dans l'approche clinique catégorielle, à une entité pathologique dont l'étiologie n'est pas identifiée. C'est en ce sens là que le trouble diffère de la maladie [79]. Les troubles du comportement, bien que contenant le mot « trouble » ne répondent pas à cette définition. C'est un ensemble disparate qui ne correspond à aucune entité pathologique reconnue. Il est étonnant qu'une catégorie « troubles du comportement alimentaire » soit ainsi isolée dans les classifications internationales.

Un sous-type selon Lançon [52] « implique une relation hiérarchique entre deux principes de classification. Par exemple, des sous-types positif et négatif sont distingués au sein de la maladie appelée schizophrénie. » « Un sous-type se réfère à des différences individuelles au sein d'un ensemble plus large d'individus ». Les patients dits négatifs se différencient des patients dits positifs. « Enfin, le sous-type possède des implications étiologiques pour le groupe auquel il appartient » [52]. On devine déjà que, par leurs aspects à la fois positifs et négatifs, les troubles du comportement ne peuvent satisfaire à la définition d'un sous-type.

Il n'est pas envisageable de les considérer comme une maladie, vu les définitions ci-dessus. Cette démarche est abusive d'un point de vue méthodologique. Pourtant, elle semble répondre à des attentes sociales très fortes, comme en témoignent le souci récent des politiques à prévenir la délinquance par le dépistage de troubles du comportement chez les petits enfants, et les réactions suscitées par les professionnels de santé comme Misès. [68]

**Pour conclure, on dira que les troubles du comportement pourraient correspondre au maximum à un syndrome.** Que ce syndrome est en apparence disparate : diversité des types de comportement (du repli aux automutilations) et diversité de la sévérité. Qu'il est cependant homogène par la « couleur clinique » que lui confère la schizophrénie : discordance, bizarrerie, régression. Et que par son aspect à la fois multidimensionnel (aspects négatifs, positifs, et désorganisation) et transnosographique (peut se voir dans les personnalités schizoïdes, schizotypiques, borderline...), ce syndrome a l'intérêt d'évoquer d'emblée l'idée d'un diagnostic différentiel. Et donc de pousser le clinicien à adopter une démarche diagnostique rigoureuse.

## **B. TROUBLES DU COMPORTEMENT ET SOCIÉTÉ**

### **1. Quelle gêne pour la société ?**

Force est de constater que les troubles du comportement dans les schizophrénies débutantes évoquent d'emblée l'agressivité, la violence, la dangerosité. Il n'est que de voir le nombre d'articles scientifiques consacrés à ce thème, et les tollés soulevés par un passage à l'acte d'un schizophrène non hospitalisé : « *on savait qu'il était malade, et pourtant on le laisse en liberté* », crie la rue. Hôpital et prison, hôpital ou prison, hôpital/prison, que font les psychiatres face à de tels troubles ? que font-ils pour protéger la société ? Une enquête réalisée auprès de 875 psychiatres français a montré que les critères de définition de la stabilisation des schizophrénies relevaient majoritairement du registre social : pas de troubles du comportement, pas d'idées suicidaire [96]. Une preuve s'il en fallait que les psychiatres sont sensibles aux attentes de la société...

Paradoxalement, la société ne propose une prise en charge judiciaire à ces patients schizophrènes violents qu'assez tardivement. Dans son étude sur l'auto et l'hétéroagressivité des schizophrènes hospitalisés pour la première fois, Steinert [84] estimait que la plupart des actes agressifs n'étaient pas trop sévères et que les poursuites judiciaires avec emprisonnement ne survenaient qu'après plusieurs années d'évolution dans la maladie.

Il résume les réactions de la société ou de l'hôpital contre ces agressions : 41% des patients sont sous contrainte suite à ces comportements. La police est appelée dans 37 % des cas. 22% sont placés en isolement. La seule différence entre les hommes et les femmes concernent les poursuites (17% hommes, 3% des femmes).

Contrairement aux comportements agressifs, tous les signes de la lignée négative (repli, absentéisme scolaire, clinophilie) peinent à interpeller la société en général. Pour l'heure, seuls les services psychiatriques et sociaux, aidés des familles, oeuvrent pour ces patients dits « déficitaires ».

## 2. Relativiser la violence du schizophrène

Dans l'inconscient collectif, le schizophrène incarne le fou dont il faut se méfier. Il est investi d'un important pouvoir de destruction et de violence. Dans une récente enquête réalisée auprès de 1444 personnes, 61 % des personnes interrogées pensent que les schizophrènes sont susceptibles voire très susceptibles d'être violent envers autrui [58]. Les termes « abus d'alcool », « schizophrénie », « abus de cocaïne » sont des représentations négatives très puissantes dans l'opinion publique. Selon Bornstein et Raymond (cités par Kapsambélis [45]), « *d'un point de vue potentiel, le schizophrène est le plus dangereux des malades mentaux* ». Certes, environ 20 % des schizophrènes ont déjà commis un acte agressif avant leur première prise en charge psychiatrique. Certes, la prévalence de la schizophrénie en prison est supérieure à la prévalence de cette maladie dans la population générale. Cependant, les études qui ont étudié les comportements violents au sein d'échantillons indifférenciés ont permis de relativiser ces pourcentages. Swanson [86], à partir d'un échantillon de 10 059 individus, a identifié que, tandis que 2 % de la population générale est violente, seulement 8 % de l'ensemble des schizophrènes sont violents. Ainsi, la participation des schizophrènes à la violence sociale reste modérée. [97]

Si le schizophrène peut agresser, il a aussi plus de risque d'être victime. Par rapport à la population générale, un schizophrène a un risque d'accident 3,5 fois plus élevé, un risque d'homicide 6 fois plus élevé, un risque d'être victime d'une agression 14 fois plus élevé [51]. Payne [74] a trouvé dans une étude sur les schizophrènes débutants que 14,4 % d'entre eux avaient déjà subi des blessures avant leur première hospitalisation.

## 3. Le cercle familial

Après le cercle large de la société, c'est le cercle intime, familial des schizophrènes en début de maladie qu'il faut interroger. Bien avant les soins et la prise en charge psychosociale, c'est la famille qui supporte le sujet malade, dans les deux sens du terme : elle le soutient et souvent endure ses dysfonctionnements.

Tennakoon [90] a cherché à évaluer le retentissement psychologique de sujets débutant une schizophrénie sur leur entourage. Il ressort de cette étude que les symptômes négatifs et les comportements difficiles génèrent un niveau élevé d'inquiétude chez l'entourage et que leur adaptation émotionnelle s'en trouve perturbée. L'entourage désigne comme comportements difficiles : labilité de l'humeur, imprévisibilité, irritabilité, manque d'égard, agitation, méfiance, apparences bizarres et comportements étranges. Leur inquiétude est en rapport avec les opportunités que perdent les malades, la crainte d'être agressés par eux, le suicide du malade, et leur propre responsabilité en tant que proche dans l'apparition de la maladie. L'entourage augmente sa surveillance face à ces comportements. Les proches consultent plus souvent leur médecin traitant, mais pour eux-mêmes, pas pour le sujet schizophrène.

Steinert [84] souligne également l'extrême tolérance des familles des patients à l'égard de comportements agressifs, ce qui laisse à penser selon eux que les évaluations uniquement criminelles donnent une vision incomplète des comportements violents.

En ce qui concerne les parents de schizophrènes meurtriers, Nordtöm [71] a dégagé quelques caractéristiques intéressantes : bien avant son crime, le schizophrène s'était déjà montré violent envers sa famille, mais sans que celle-ci porte plainte. Après la peur, la culpabilité, l'angoisse, vient l'impuissance face à une situation qui les dépasse. La prise de contact avec le psychiatre a lieu quand la situation devient précaire, qu'il y ait des consommations de toxiques ou que le comportement devienne franchement bizarre. Ce contact avec la psychiatrie est décrite comme une expérience « horrible et douloureuse ».

Par contre, une fois que les patients commencent à être pris en charge, les attentes de l'entourage vis-à-vis des soins sont plus grandes que celles des schizophrènes eux-mêmes. Par exemple, ils se plaignent de ne pas recevoir d'information suffisante et de conseils adaptés par le corps médical, en particulier concernant la conduite à tenir en cas de potentielle crise. [56]

Le ressenti des familles à l'égard des troubles comportementaux manifestés par un membre schizophrène semble suivre une évolution en deux temps : d'abord le temps de la souffrance silencieuse jusqu'à l'extrême parfois, puis le temps de la prise en charge du patient, avec une attente quasi « magique » des soins.

Les familles de Dimitri et d'Arnaud illustrent bien les différents ressentis décrits plus hauts. La mère de Dimitri dit qu'elle « *n'a pas osé en parler au médecin traitant, avait peur qu'on l'accuse d'avoir mal élevé son fils* ». Cette période a duré quatre ans. Après l'hospitalisation de Dimitri, elle se montre soulagée. Les parents d'Arnaud ont supporté les violences de leur fils pendant plusieurs années avant de le faire hospitaliser et n'ont, jusqu'à ce jour, jamais porté plainte contre lui.

## **C. EN PRATIQUE, LA PLACE DU PSYCHIATRE**

### **1. Partir de la demande**

A l'origine d'une consultation, il y a toujours une demande. Lorsqu'il s'agit de troubles du comportement, c'est moins le patient que son entourage qui est amené à se plaindre. Nous avons vu à quel point, dans les schizophrénies débutantes, ces troubles peuvent être dérangeants, quand ils ne sont pas dangereux. Le médecin ou le psychiatre doivent se fier aux témoignages recueillis, puisqu'ils n'ont pas accès à toute la partie quotidienne de ces troubles. Les hallucinations et les idées délirantes relèvent plus du domaine « privé », « intime » du patient. Il faut parfois du temps pour y avoir accès. D'un point de vue médical, l'aspect social des troubles du comportement devient très utile : ils sont « partageables » avec le psychiatre. Au-delà même de leur valeur clinique, ils constituent un premier pas vers la confiance, et vers le soin.

Cependant, il faut se garder du danger que représente une sémiologie comportementale non critique : « faire l'amalgame entre des états n'ayant en commun que leurs aspects superficiels », selon Porot [75] Toutes les violences ne sont pas identiques, tous les replis ne sont pas psychotiques.

La prise en compte du contexte, du fait que le comportement soit aussi un langage, et le résultat d'interactions complexes entre l'individu et son milieu, redonne à la démarche

médicale tout son sens, sur une vision sociale des événements, et au psychiatre toute sa place de spécialiste.

## 2. La démarche clinique

Tous les auteurs conviennent de l'aspécificité de ces troubles et, comme le dit si bien Henri Ey, que « c'est plutôt à l'organisation progressive des troubles, à leur mouvement évolutif qu'on reconnaîtra le processus schizophrénique en voie de formation ».[29]

Sur quels éléments cliniques s'appuyer alors pour avancer l'hypothèse d'une schizophrénie débutante ?

Marcelli [62] propose un questionnement simple en trois points, dont nous allons nous inspirer.

- L'analyse des antécédents
- Les éléments cliniques
- Le fonctionnement mental

Les antécédents : s'agit-il d'un premier épisode ou pas ? L'interrogatoire impose de rechercher des signes prodromiques, et des facteurs de risque connus de schizophrénie (Parents schizophrènes, difficultés durant la grossesse ou néonatales, faible poids de naissance, retard du développement sensorimoteur) [62]. Il importe aussi de rechercher des traits de personnalité schizoïdes.

Les éléments cliniques d'accompagnement des troubles du comportement sont primordiaux. Dans le cas de schizophrénie, le contact est **étrange**, et les troubles du comportement restent incompréhensibles même aux yeux de l'entourage. Par opposition, l'adolescent non psychotique maintient un contact adéquat avec la réalité et l'étrangeté de son comportement se limite à une sphère relationnelle précise (famille, parents) [62]. Il faut repérer la **discordance** du comportement, mais aussi dans le domaine affectif et verbal.

Le fonctionnement mental est important à considérer. Nous avons déjà vu que la crise juvénile et les états psychotiques partageaient des points communs (mécanismes de défense archaïques...), ce qui rendait la part des choses difficile pour différencier ce qui ressortait de l'adolescence de processus psychotique. Chez l'adulte, il faut être attentif à un processus délirant sous-jacent. **L'angoisse** est le trait commun à tous ces modes de début : diffuse,

envahissante. La CFTMEA abonde dans ce sens : « c'est le regroupement des signes prodromiques et surtout leur accentuation régulière sur plusieurs mois, ainsi que leur association à une anxiété constante, envahissante, voire à une angoisse massive, indicible, quasi continue, qui permet de retenir le diagnostic de schizophrénie ». [13]

Les tests de personnalité peuvent être d'une aide considérable, quand la clinique manque de clarté.

# CONCLUSION

Le but de ce travail était de comprendre l'écart entre l'imprécision clinique d'un terme « troubles du comportement » dans le champ des schizophrénies et sa vulgarisation pourtant large auprès des milieux médicaux et dans la société plus généralement. Afin de pouvoir, avec cette compréhension, répondre à la question du début : « comment, face à des troubles du comportement, raisonnablement évoquer le diagnostic de schizophrénie (débutante) ? »

**La définition** des schizophrénies débutantes est en constante évolution, selon les préoccupations des cliniciens et thérapeutes, plutôt d'orientation préventive actuellement. C'est ainsi que les notions de prodromes, de durée de psychose non traitée sont apparues.

La définition des termes « troubles » et « comportement » relève à la fois du champ médical et social. Les croisements des champs « troubles du comportement » et « schizophrénies débutantes » témoignent des imprécisions et des questionnements que ces définitions recèlent en elles.

**Sur le plan clinique**, la revue de la littérature illustrée d'études de cas a montré que les troubles du comportement dans les schizophrénies débutantes sont très variés en terme de type de comportement et de gravité, et totalement aspécifiques. Ce polymorphisme implique de se pencher sur d'autres critères que la simple constatation de ces troubles du comportement.

Les études anglosaxonnes restent descriptives, épidémiologiques et sont conçues dans une logique statistique et de prévention d'un risque essentiellement agressif : conduites autoagressives, comme le suicide et hétéroagressives, comme les violences.

Les différentes approches cliniques contemporaines psychiatriques (catégorielle et dimensionnelle principalement) ont permis de mettre en évidence que cette entité est trop floue pour servir de critère discriminant de la schizophrénie et qu'il embrasse toutes les dimensions explorées : négative, positive et de désorganisation.

Les approches psychopathologiques et les approches cliniques des anciens psychiatres, comme Chaslin et Ey pour n'en citer que deux, sont plus efficaces en ce sens qu'elles proposent des concepts qui donnent une « coloration » clinique cohérente aux troubles du comportement : la régression et la discordance.

**Sur le plan diagnostique**, les troubles du comportement dans les schizophrénies débutantes soulèvent nombre de questions. Celles-ci relèvent de plusieurs registres à la fois.

- Registre de la psycho(patho)logie développementale, au moment de l'adolescence en particulier, période de la vie dont les difficultés existentielles s'expriment au travers des conduites agies. Cette période contient à la fois des risques d'éclosion de maladies mentales évolutives et des potentialités résolutive de dépassement de crises dites « juvéniles ».
- Registre des comorbidités, essentiellement des abus et dépendances aux toxiques.
- Registre des diagnostics différentiels, principalement des troubles de la personnalité (borderline et psychopathie), sans oublier les formes frontières de schizophrénies comme l'héboïdophrénie et les personnalités schizotypique et schizoïde.

**Sur le plan de son statut épistémologique**, bien qu'il n'y ait pas de consensus sur la définition de cette entité, on pourrait dire que les troubles du comportement des schizophrénies débutantes constituent un syndrome. Ce syndrome est homogène par sa « coloration clinique » conférée par la schizophrénie, au travers de la discordance, la bizarrerie et la régression.

**Sur le plan social**, les troubles du comportement des schizophrénies débutantes ont des implications non négligeables. Ils alimentent l'image collective du fou dangereux, alors que la participation du schizophrène à la criminalité générale est plutôt faible. N'oublions pas qu'ils peuvent aussi être des victimes. Les troubles du comportement sont aussi un poids pour la famille, souvent à l'origine de la demande de soins.

Pour se défendre du risque de privilégier la demande sociale sur l'intérêt du patient, le psychiatre se doit d'avoir **une démarche clinique rigoureuse**, en prenant en considération le contexte, les éléments cliniques d'accompagnement et le fonctionnement mental du patient.

**Cette démarche est la seule qui lui permettra d'envisager le diagnostic de schizophrénie débutante face à des troubles du comportement, dont il aura retrouvé les caractéristiques de discordance.** Il peut ainsi prendre en charge les troubles du comportement sous un aspect médical qui légitime son intervention.

**Au total**, les troubles du comportement des schizophrénies débutantes sont un concept à deux visages :

➤ La faiblesse d'un concept

C'est un concept assez flou, qui dépend des contextes historiques et sociaux. Autrefois dénommés catatonie, maintenant dénommés agressivité, conduites suicidaires, les troubles du comportement ont quelque chose d'indémoudable. Le danger d'avoir affaire à une définition large est de restreindre paradoxalement son attention à ce qu'on met soi-même dedans et de se priver d'une réflexion clinique plus approfondie. Et de privilégier certaines dimensions (agressivité) au détriment d'autres dimensions (le repli).

➤ La force du concept

Ce terme de « troubles du comportement » est largement employé par les cliniciens. Il a donc une utilité pratique. Imagé, dynamique, il évoque des situations réelles. Et reflète indiciblement le mode de pensée qui caractérise la psychose : un mode de pensée concret, qui infiltre celui du clinicien. Cela nous renvoie à la capacité du schizophrène à entraîner le psychiatre sur le terrain du comportement. [45]

Ils sont importants dans le sens où ce sont eux qui témoignent de troubles beaucoup plus fondamentaux comme l'atteinte de l'affectivité, comme le délire sous-jacent.

Le comportement, c'est d'abord ce qui est perçu par l'extérieur, c'est une clinique du regard, de la tolérance personnelle à l'agir de l'autre, c'est une clinique de l'interaction-réaction, une clinique animale, primitive. Mais si c'est une porte d'entrée que nous propose le patient, alors il faut l'ouvrir...

**Bien plus qu'une porte d'entrée dans la schizophrénie, ils sont une porte d'entrée dans le soin, dans la relation.** Paradoxalement, ces troubles du comportement qui créent de la crainte parmi la famille, de la peur et du rejet dans la société, ce sont pourtant eux qui permettent au patient d'être reconnu comme tel, et non plus comme un perturbateur ou un criminel en puissance.

# Bibliographie

1. Albernhe T. Criminologie et psychiatrie. Ellipses, 1997, 752 p.
2. American Psychiatric Association, Mini DSM-III-R, Critères diagnostiques, Coordination générale de la traduction française par JD. Guelfi, Direction de la traduction française par P. Boyer, Paris : Masson, 1992, 373 p.
3. American Psychiatric Association, DSM-IV : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : version internationale avec les codes CIM-10, Coordination générale de la traduction française par JD. Guelfi, Direction de la traduction française par P. Boyer, 4e éd. Paris : Masson, 1996, 1008 p.
4. Antheaume A, Mignot R. La période médico-légale prodromique de la démence précoce. *Encéphale*, 1907, 2: 126-35.
5. Azorin JM. Diagnostic et modalités thérapeutiques In Conférence de consensus sur les schizophrénies débutantes, Paris : John Libbey Eurotext : Fédération française de psychiatrie, 2003 : 51-60.
6. Baylé FJ. Impulsivité et agressivité. In Séminaire de psychiatrie biologique, hôpital Sainte-Anne, Saint-Denis : Rhône-Poulenc, 2000, 32: 65-77.
7. Benezech M, Addad M. L'homicide des psychotiques en France. A propos d'une enquête portant sur cinq années (1977-1981), *Société médico-psychologique*, 1982:101-5.
8. Beaufils B. Traitement des premières manifestations psychotiques. *Annales médico-psychologiques*, 2001, 159, 4 : 307-311.
9. Botbol M, Barrère Y, Speranza M. Psychoses à l'adolescence. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie/Pédopsychiatrie*, 2005, 37-215-B-30 : 9p.
10. Bouvard M. Troubles alimentaires et schizophrénie. Cahiers de Prisme, Rueil-Malmaison : Sandoz éditions, 1991, 1 : 33-38.
11. Carrière P. Quels sont les troubles graves du comportement qui peuvent indiquer un début de pathologie schizophrénique ? In Conférence de consensus sur les schizophrénies débutantes, Paris: John Libbey Eurotext: Fédération française de psychiatrie, 2003:175-82.
12. Casadebaig F, Bursztein C. Quelles sont les données épidémiologiques actuelles sur les formes de début de la schizophrénie ? In Conférence de consensus sur les schizophrénies débutantes, Paris: John Libbey Eurotext: Fédération française de psychiatrie, 2003:151-57.

13. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent- R- 2000 par R. Misès et N. Quemada. Ctnerhi, 2002, 189 p.
14. Classification internationale des maladies-Dixième révision- Chapitre V (F) : troubles mentaux et troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche/Organisation Mondiale de la Santé ; Traduction de l'anglais coordonné par CB Pull. Paris : Masson, 1999 : 226p.
15. Cohen D, Nicolas JD, Flament MF, et al. Clinical relevance of chronic catatonic schizophrenia in children and adolescents: evidence from a prospective naturalistic study. *Schizophrenia Research*, 2005, 76, 2-3: 301-308.
16. Conférence de consensus sur les schizophrénies débutantes. Paris : John Libbey Eurotext : Fédération française de psychiatrie, 2003, 440 p.
17. Corcos M, Jeammet P. Expression névrotique. Etats limites. Fonctionnement psychotique à l'adolescence. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie/Pédopsychiatrie*, 2002, 37-215-B-20 : 10 p.
18. Cote G, Hodgins S. The prevalence of major mental disorders among homicide offenders, *International Journal of Law and Psychiatry*, 1992, 15: 89-99.
19. Daléry J. Quelles sont les caractéristiques cliniques permettant d'évoquer une schizophrénie lors de l'apparition d'un premier épisode psychotique aigu ? In Conférence de consensus sur les schizophrénies débutantes. Paris : John Libbey Eurotext : Fédération française de psychiatrie, 2003 : 9-16.
20. Danet F. Schizophrénie et discordance: étude historique, épistémologique et clinique. Thèse d'exercice : Médecine : Lyon I, 1998.
21. De Hert M, McKenzie K, Peuskens J. Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long-term follow-up study. *Schizophrenia Research*, 2001, 47, 2-3: 127-134.
22. Deckelman MC, Dixon LB, Conley RR. Comorbid bulimia nervosa and schizophrenia. *International Journal of Eating Disorders*, 1997, 22, 1: 101-105.
23. Delamillieure P, Dollfus S. Quelles sont les caractéristiques cliniques des formes de début insidieux des schizophrénies ? In Conférence de consensus sur les schizophrénies débutantes. Paris : John Libbey Eurotext : Fédération française de psychiatrie, 2003:17-30
24. Delay J. Les dérèglements de l'humeur. Paris : Acanthe Editions, 2001 : 179 p.
25. Deniker P, Lempérière T, Guyotat J. Précis de psychiatrie clinique de l'adulte. Paris : Masson, 1990, 633 p.
26. Duaux E, Dervaux A. Toxicomanie et schizophrénie. In Séminaire de psychiatrie biologique, hôpital Sainte Anne, Saint-Denis : Rhône-Poulenc, 2000, 30: 93-112.
27. Eronen M, Hakola P, Tiihonen J. Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Archives of General Psychiatry*, 1996, 53, 6: 497-501.

28. Eronen M, Tiihonen J, Hakola P.. Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophrenia Bulletin* 1996, 22, 1: 83-9.
29. Ey H, Bernard P, Brisset CH. Manuel de psychiatrie, 6<sup>e</sup> éd., Paris : Masson, 1989, 1166 p.
30. Ey H. Schizophrénie: études cliniques et psychopathologiques. Le Plessis-Robinson : Synthélabo, 1996, 429 p.
31. Fenton SW, Mc Glashan T. Testing systems for the assessment of negative symptoms in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 1992, 49: 179-84.
32. Fenton SW, McGlashan TH, Blyler CR. Suicide risk factors in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 1997, 24, 1-2: 15.
33. Foley SR, Kelly BD, Clarke M, et al. Incidence and clinical correlates of aggression and violence at presentation in patients with first episode psychosis. *Schizophrenia research*, 2005, 72, 2-3: 161-68.
34. Gallet E, et al. Les psychotiques incarcérés. *Forensic*, 2000, 2-3: 48-52.
35. Garrabé J. Note historique sur l'héboïdophrénie. *L'Evolution Psychiatrique*, 1996, 61, 1:75-85.
36. Gelder M, Mayou R, Cowen P. Traité de psychiatrie. Paris : Flammarion médecine-sciences, 2005, 997 p.
37. Gottlieb P, Gabrielsen G, Kramp P. Psychotic homicides in Copengahen from 1959 to 1983. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1987, 76 : 285-92.
38. Gut-Fayand A, Dervaux A, Olié JP, et al. Substance abuse and suicidality in schizophrenia: a common risk factor linked to impulsivity. *Psychiatry Research*, 2001, 102, 1: 65-72.
39. Hardy-Bayle MC, Olivier V, Sarfati Y et al. Approches contemporaines de la clinique des troubles schizophréniques. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Psychiatrie*, 1996, 37-282-A20, 35p.
40. Haw C, Hawton K, Sutton L, et al. Schizophrenia and deliberate self-harm : a systematic review of risk factors. *Suicide and life-threatening behaviour*, 2005, 35,1:50-62.
41. Heilä H, Erkki T, Henriksson M, et al. Suicide and schizophrenia: a nationwide psychological autopsy study on age and sex specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 1997, 154: 1235-42.
42. Herman DB, Susser ES, Jandorf L, et al. Homelessness among individuals with psychotic disorders hospitalized for the first time and deliberate self-harm: a systematic review of risk factors. *Suicide and life-threatening behaviour*, 2005, 35, 1: 50-62.

43. Horreard AS. Facteurs associés au passage à l'acte criminel chez le schizophrène. In Les dangers : de la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie. Paris : John Libbey Eurotext, 2004 : 161-68.
44. Humphrey MS, Johnstone EC, MacMillan JF, et al. Dangerous behaviour preceding first admissions for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 1992, 161: 501-5.
45. Kapsambélis V. Troubles du comportement et pathologie schizophrénique. Séminaire de psychiatrie biologique, hôpital Sainte Anne, Saint-Denis : Rhône-Poulenc, 2000-2001, 32: 97-110.
46. Kay SR, Wolkenfeld F, Murrill LM. Profiles of aggression among psychiatric patients. II. Covariates and predictors. *The Journal of nervous and Mental Disease*, 1988, 176, 9: 547-57.
47. Keshavan MS, Cashmere JD, Miewald J, et al. Decreased nonlinear complexity and chaos during sleep in first episode schizophrenia: a preliminary report. *Schizophrenia Research*, 2004, 71, 2-3 : 263-72.
48. Koupernik C, Loo H, Zarifian E. Précis de psychiatrie. Paris : Flammarion médecine-sciences, 1982, 478 p.
49. Krebs MO, Goldberger C, Dervaux A. Est-il possible d'établir un lien de causalité entre abus de substances psychoactives et schizophrénie débutante? In Conférence de consensus sur les schizophrénies débutantes. Paris : John Libbey Eurotext : Fédération française de psychiatrie, 2003 :159-74.
50. Laboucarie J. Le devenir des psychoses délirantes aiguës et le risque de leur évolution schizophrénique. *Confrontations Psychiatriques*, 1968, 2: 31-52.
51. Lachaux B. A propos de la dangerosité des patients schizophrènes. In Les dangers : de la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie. Paris : John Libbey Eurotext, 2004: 169-75.
52. Lançon C. Aspects historiques. In Les psychoses. Sous la coordination de PM Llorca. Montrouge: John Libbey Eurotext, 2001: 188 p.
53. Lantéri-Laura G, Gros M. La discordance. Paris : Unicet, 1984 : 110 p.
54. Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulaire de la psychanalyse. 13<sup>e</sup> éd. Paris : Presses universitaires de France, 1997, 523p.
55. Le nouveau petit Robert dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française, texte remanié et amplifié sous la direction de Josette Rey-Debove et Alain Rey, Paris : Dictionnaires le Robert, 2002, 2949 p.
56. Leavey G, King M, Cole E, et al. First-onset psychotic illness: patients' and relatives' satisfaction with services. *British Journal of Psychiatry*, 1997, 170: 53-7.

57. Lindberg N, Holi MM, Tani P, et al. Looking for pyromania : Characteristics of a consecutive sample of Finnish male criminals with histories of recidivist fire-setting between 1973 and 1993. *BioMed Central Psychiatry*, 2005, 5: 47-52.
58. Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, et al. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*, 1999, 89: 1328-33.
59. Linszen DH, Dingemans PM, Lenior ME. Cannabis abuse and the course of recent-onset schizophrenic disorders. *Archives of General Psychiatry*, 1994, 51: 273-9.
60. Loridon L. Le passage à l'acte criminel dans la schizophrénie débutante. 75p. Thèse d'exercice : Médecine : Paris 6, 1999.
61. Lyketsos GC, Paterakis P, Beis A, : findings from the Suffolk County Mental Health Project. *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155:109-113.
62. Marcelli D, Braconnier A. Adolescence et psychopathologie 6<sup>e</sup> éd. Paris: Masson, 2004,631 p.
63. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment, a review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2004, 39: 337-349.
64. Mercuel A, Rampa S, Dardennes R, et al. Sémiologie des conduites agressives. *Encyclopédie Medico-Chirurgicale, Psychiatrie*, 1997, 37-114-A-50: 9p.
65. Michel G, Purper-Ouakil D, Mouren-Simeoni MC. Clinique et recherche sur les conduites à risques chez l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2006, 54 : 62-76.
66. Miller RJ, Zadolinsky K, Hafner RJ : Profils and predictors of assaultiveness for different psychiatric ward populations. *American Journal of Psychiatry*, 1993, 150: 1368-73.
67. Milton J, Amin S, Singh SP, et al. Agressive incidents in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 2001, 178: 433-40.
68. Misès R. A propos de l'expertise Inserm relative au « trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2006, 54: 77-79.
69. Myers WC, Nguyen M. Autocastration as a presenting sign of incipient schizophrenia. *Psychiatric Services*, 2001, 52, 5: 685-6.
70. Niethammer R, Breitmaier J. Self-immolation as an effort of self-rescue during a psychotic episode. *Psychiatrische Praxis*, 2005, 32, 5: 252-4.
71. Nordtöm A, Kullgren G, Dahlgren L. Schizophrenia and violent crime: the experience of parents *International Journal of Law and Psychiatry*, 2006, 29, 1: 57-67.

72. Nyman AK, Jonsson H. Patterns of self-destructive behaviour in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1986, 73, 3: 252-262.
73. Orgibet A. Les caractéristiques cliniques des prodromes de la schizophrénie: revue de la littérature. 95 p. Thèse d'exercice : Médecine : Paris 6, 2005.
74. Payne J, Malla A, Norman R, et al. Status of first-episode psychosis patients presenting for routine care in a defined catchment area. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2006, 51, 1: 42-7.
75. Porot A. Manuel alphabétique de psychiatrie 7<sup>e</sup> ed. Paris : Presse universitaire de France, 1996, 755 p.
76. Poulain J, Daoust AM, Forest G, et al. Sleep architecture and its clinical correlates in first episode and neuroleptic-naïve patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 2003, 62, 1-2: 147-153.
77. Radomsky ED, Haas GL, Mann JJ, et al. Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *American Journal of Psychiatry*, 1999, 156: 1590-5.
78. Ritchie EC, Huff TG. Psychiatric aspects of arsonists. *Journal of Forensic Science*, 1999, 44, 4: 733-40.
79. Sarfati Y. Clinique critériologique In Les Schizophrénies, Des avancées théoriques à la pratique clinique Sous la coordination de Christian Spadone. Ed Pil, 2004: 11-26.
80. Schothorst PF, Emck C, Van Engeland H. Characteristics of early psychosis. *Comprehensive Psychiatry*, 2006 Article in press
81. Senninger JL. Contribution à l'étude des schizophrènes meurtriers, *Actualités psychiatriques*, 1986, 8 : 46-47.
82. Smith AD. Offence characteristics of psychotic men who sexually assault women. *Med Sci Law*, 2000, 40, 3: 223-8.
83. Speranza M. Approche psychopathologique et développementale de la schizophrénie infantile. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2006, 54: 45-53.
84. Steinert T, Wiebe C, Gebhardt RP. Aggressive behavior against self and others among first-admission patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 1999, 50, 1: 85-90.
85. Susser E, Fenning S, Jandorf L, et al. Epidemiology, diagnosis, and course of brief psychoses. *American Journal of Psychiatry*, 1995, 152: 1743-8.
86. Swanson J, Holzer CE III, Ganju VK, et al. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hospital and Community Psychiatry*, 1990, 41: 761-70.
87. Tardiff K, Koenigsberg HW. Assaultive behaviour among psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 1985, 142: 960-63.

88. Tarrier N, Barrowclough C, Andrews B, et al. Risk of non-fatal suicide ideation and behaviour in recent onset schizophrenia--the influence of clinical, social, self-esteem and demographic factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2004, 39, 11: 927-37.
89. Taylor P, Gunn J. Homicides by people with mental illness: myth and reality. *British Journal of Psychiatry* 1999, 174: 9-14.
90. Tennakoon L, Fannon D, Doku V, et al. Experience of caregiving: relatives of people experiencing a first episode of psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 2000, 177: 529-33.
91. Teplin LA. The prevalence of severe mental disorder among urban jail detainees: comparison with the epidemiologic catchment area program. *American Journal of Public Health*, 1990, 80: 663-69.
92. Thomsen PH. Schizophrenia with childhood and adolescent onset: a nationwide register-based study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1996, 94: 187-93.
93. Vance JE, Bowen NK, Fernandez G, et al. Risk and protective factors as predictors of outcome in adolescents with psychiatric disorder and aggression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2002, 41: 36-43.
94. Veen ND, Selten JP, Van der Tweel I, et al. Cannabis use and age at onset of schizophrenia. *American Journal Psychiatry*, 2004, 161: 501-6.
95. Verma S, Poon LY, Subramaniam M, et al. Aggression in Asian patients with first-episode psychosis. *International Journal of Social Psychiatry*, 2005, 51, 4: 365-71.
96. Vidon G, Canet E. Prise en charge psychosociale In Les Schizophrénies, Des avancées théoriques à la pratique clinique Sous la coordination de Christian Spadone Ed Pil, 2004 : 137-154.:
97. Walsh E, Buchanan A, Fahy T. Violence and schizophrenia: examining the evidence. *British Journal of Psychiatry*, 2001, 180: 490-5.
98. Young AS, Nuechterlein KH, Mintz J, et al. Suicidal ideation and behavior in recent-onset schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 1996, 39, 7: 521-29.
99. Yung AR, Mc Gorry PD, Mc Farlane CA. Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 1996, 22, 2: 283-303.

**TITRE DE THESE**

**CLINIQUE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT  
DANS LES SCHIZOPHRENIES DEBUTANTES**

**RESUME**

Les troubles du comportement marquent fréquemment l'entrée dans la schizophrénie. Ils sont aspécifiques et très variés : troubles psychomoteurs, troubles du comportement instinctuel, comportements autoagressifs, troubles du comportement social général et troubles antisociaux. Ce sont l'étude de quatre cas cliniques et une revue de la littérature qui servent de matière première pour caractériser ces troubles du comportement des schizophrénies débutantes. Sous l'apparence d'un syndrome disparate et indéfinissable, ils ont pourtant en commun la discordance et la régression. Ils sont aussi au carrefour de multiples questions sur les diagnostics différentiels (troubles de la personnalité, abus de toxiques), sur la période de l'adolescence caractérisée par les conduites agies, sur les formes particulières ou frontières de schizophrénies que sont l'héboïdophrénie et les concepts de personnalité schizoïde ou schizotypique. Enfin, ils ont des implications sociales non négligeables et un retentissement important sur la famille et l'entourage. Des troubles du comportement invitent le psychiatre à adopter une démarche clinique rigoureuse afin d'évoquer raisonnablement le diagnostic de schizophrénie.

**MOTS-CLES**

Troubles du comportement – schizophrénies débutantes – agressivité – suicide – adolescence – toxiques – troubles de la personnalité – actes anti-sociaux - société – famille -