

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2012

N° 25

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en psychiatrie

par

Mickaël CRAPET

Né le 02 août 1983 à Le Quesnoy (59)

Présentée et soutenue publiquement le
25 avril 2012

**Le concept de discordance dans la schizophrénie :
est-il toujours d'intérêt en 2012?**

Président de thèse : Monsieur le Professeur Jean-Marie Vanelle

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Eric Esposito

Plan.

Introduction.

Première partie : la construction du concept de discordance.

A : un peu d'histoire de la psychiatrie.

1 : naissance de la psychiatrie.

2 : évolution des concepts de la maladie mentale en fonction des écoles française et germanique : étude de la démarche nosographique.

B : évolution du concept de discordance.

1 : évolution de l'aire sémantique de la discordance : de Chaslin à nos jours.

2 : évolution des signes cliniques caractérisants la discordance.

Deuxième partie : la construction d'une échelle ordinale d'évaluation de la discordance.

A : pourquoi construire une échelle d'évaluation de la discordance?

1 : le diagnostic de la schizophrénie.

2 : l'effet des traitements médicamenteux sur les signes cliniques de discordance.

B : comment construire une échelle d'évaluation de la discordance?

1 : analyse des items des échelles existantes en comparaison à la définition proposée de la discordance.

2 : construction de l'échelle ordinale d'évaluation de la discordance.

Troisième partie : études pour la validation partielle de l'échelle ordinale d'évaluation de la discordance.

A : comment valider une échelle d'évaluation ordinale?

1 : les critères métrologiques de validation d'une échelle.

2 : étude pour valider les validités faciale et de contenu.

B : étude pour l'évaluation de la validité de construit.

1 : introduction et méthode.

2 : résultats et discussion.

Conclusion.

Bibliographie.

Annexes.

Introduction.

Si le titre de cette thèse peut paraître provocateur, il n'en reste pas moins légitime de par les interrogations qu'il suppose. Demandez en effet à un psychiatre français s'il connaît la notion de discordance et il pourra s'en trouver offensé tant la réponse lui apparaît évidente. Demandez lui alors d'en donner une définition claire et audible même pour le profane, ou simplement de décrire les symptômes qui constituent la discordance sans en omettre, et alors il s'en trouvera certainement gêné et difficilement capable de répondre à ces deux questions, qui pourtant sont déduites de la première réponse. Mon professeur de lycée de Sciences de la Vie et de la Terre, qui m'a fait aimé la biologie et a fortement influencé le choix de mon métier, me disait que si l'on veut être sûr d'avoir compris une notion, il fallait savoir l'expliquer sans réciter par cœur une définition apprise. J'ai alors compris qu'il m'était difficile, et pas seulement pour moi d'ailleurs, de concevoir clairement ce qu'est la discordance. Pourtant c'est un syndrome pilier de la schizophrénie, peut-être même le pilier central, car le seul qui se retrouve dans toutes les formes de schizophrénie évoquées dans le DSM-IV-TR, bien que ces sous-types soient en cours de révision (cf annexe 2, GUELFY et ROUILLON 2007, APA 2000).

Le groupe des schizophrénies a un taux de prévalence sensiblement identique dans tous les pays du monde quelles que soient les caractéristiques sociologiques ou culturelles. Elle est d'1% environ. De nombreuses hypothèses tentent d'expliquer sa physiopathologie et à l'heure actuelle les modèles intégratifs, multifactoriels, tiennent compte du rôle de l'environnement psychosocial et des données de la génétique en évoquant la notion de vulnérabilité (GUELFY et ROUILLON 2007). Ces modèles intégratifs s'appliquent-ils également à la discordance ou alors est-ce une notion qui n'appartient qu'à un domaine particulier, et auquel cas quel domaine?

Dans une première partie je m'efforcerai de répondre à ces questions et d'en donner une définition claire, ou du moins la plus compréhensible et admise possible.

Ensuite j'expliquerai en quoi le concept de discordance est d'intérêt de nos jours, notamment dans les cadres du diagnostic, du suivi de l'évolution de la maladie et de l'efficacité des traitements. Je proposerai alors une utilisation de ce concept sous les traits d'une échelle spécifique de la discordance.

Enfin, et dans le but de confirmer ces divers intérêts, je présenterai une étude qui participera à la validité de l'échelle ordinale de discordance que j'aurai proposée en deuxième partie. Bien sûr je ne prétends pas valider cette échelle avec cette simple étude mais plutôt susciter l'intérêt de son utilisation, tant au niveau diagnostique que pour l'évaluation de l'efficacité thérapeutique.

Première partie : la construction du concept de discordance.

A : un peu d'histoire de la psychiatrie.

Afin de comprendre la construction du concept de discordance il apparaît nécessaire de s'intéresser à celle des maladies mentales. Comment en effet les médecins ont abordé la folie au fil des siècles et comment ont-ils construit ce domaine d'activité médicale si spécifique qu'est la psychiatrie? Quel est le contexte socio-culturel et politique du début du XX ème siècle dans lequel Philippe Chaslin (1857-1923) va initialement construire la notion de discordance, et qui va nécessairement l'influencer? En répondant à ces deux questions nous pourrons nous approcher de la notion de discordance telle qu'elle fut envisagée initialement, ce qui pourra nous servir de fondement pour aborder le devenir de l'aire sémantique qui entoure le mot discordance.

1 : naissance de la psychiatrie.

A : de l'Antiquité à la Révolution Française.

Dans l'Antiquité gréco-romaine la psychiatrie en tant que discipline médicale n'existait pas, mais les malades mentaux étaient bel et bien présents. De nombreux médecins tentèrent de les soigner en se basant sur la théorie des humeurs et le fait que la santé repose sur leur équilibre. Il n'y a ainsi pas de distinction entre maladie somatique et psychique puisque toute maladie a une explication physiologique. Il n'y a donc pas de psychiatrie au sens où nous l'entendons actuellement, la psychopathologie n'apporte ni explications ni sens aux souffrances morales. Cependant diverses parties du corps sont reconnues comme particulièrement affectées dans certaines maladies et c'est le cas du cerveau dans les maladies mentales. Même si le cerveau ne crée pas les maladies mentales, puisqu'elles sont secondaires au déséquilibre des humeurs, il permet de constater l'expression clinique de ce déséquilibre. Si la notion d'appareil psychique est absente, il n'en reste pas moins que la psychothérapie est présente dans le traitement, le médecin attachant en effet une grande importance à l'écoute et au dialogue avec le malade, avant d'expliquer et d'ordonner.

De plus de nombreux écrits décrivent des pathologies mentales qui ont leur importance dans la naissance d'une psychiatrie autonome, car pour la première fois on observe les malades mentaux et on tente de les soigner, parfois même avec violence. Et c'est grâce à cette finesse dans les premières descriptions de la manie et des folies partielles que les pionniers de la psychiatrie à proprement

parler vont construire cette discipline (POSTEL et QUETEL 2004).

Le Moyen-Age est marqué par l'apport arabe dans le domaine des connaissances. La médecine ne fait pas exception et, si l'héritage antique est essentiellement basé sur les auteurs de l'époque romaine, les traductions de l'arabe apportent de nouveaux traités et notamment deux consacrés à la maladie mentale, l'un aborde la mélancolie et l'autre traite de l'oubli.

La conception de la maladie à l'époque médiévale, que les apports proviennent du monde arabe ou des traductions latines, se fonde sur la distinction entre les maladies générales ou fièvres (très souvent d'ordre infectieux) et les maladies dont le siège se trouve dans une partie du corps. Ainsi, et comme à l'Antiquité, le cerveau a un rôle dans les maladies mentales même si ce rôle est différent puisqu'au Moyen-Age le cerveau est la cause des maladies mentales. Cependant les descriptions cliniques de l'hystérie se retrouvent dans les livres consacrés aux organes de la reproduction.

A cette époque se poursuit la tentative de lien entre médecine et philosophie qui favorise la compréhension psychopathologique des maladies mentales. La conception de la physiologie médiévale stipule que le corps est constitué de quatre éléments principaux que sont les humeurs, les membres ou les parties solides, les complexions qui caractérisent le tempérament mais s'appliquent aussi aux parties du corps, et enfin les esprits qui sont des constituants physiques véhiculant des forces ou vertus et agissent alors comme intermédiaires entre le corps et l'âme. Ainsi la théorie des sens internes décrit des sens, différents des cinq sens externes ainsi que des capacités intellectuelles, qui sont des forces ou vertus transmises par les esprits. Leur siège se situe dans les trois ventricules cérébraux et leur nombre varie en fonction des auteurs. La vertu estimative exerce ainsi un jugement sur les intentions non perçues par les sens externes alors que la mémoire en retient et conserve les intentions par exemple.

Les maladies ainsi que leurs symptômes sont alors expliqués par le rapport devenu pathologique entre ces différents constituants. Ainsi l'amour-maladie est expliquée très schématiquement de cette façon : la perception de l'objet d'amour entraîne la conception d'un plaisir, la vertu estimative juge que ce plaisir est très grand et ce jugement est conservé par la mémoire et la vertu imaginative. La vertu cognitive va alors s'exercer continuellement à trouver le moyen d'atteindre l'objet d'amour, source du très grand plaisir, et cette réflexion assidue peut devenir trop intense et mener à la folie.

Indépendamment de toute considération à propos de l'amour, ce qui est notable ici est le lien entre la folie et la passion, car l'amour fait partie des passions dans le domaine de la philosophie.

La Renaissance est elle aussi caractérisée par le fait que les maladies mentales sont abordées comme les maladies où il y a passion d'esprit. Les maladies trouvent leur origine dans le corps et la particularité des maladies mentales est, comme au Moyen-Age, qu'elles font sentir leurs effets sur le

cerveau. La folie reste donc corporelle et est examinée en tant que telle. La discipline que nous appelons psychiatrie n'existe pas et n'a pas sa place dans la conception des maladies du XVI^{ème} siècle. La folie fait en effet partie des maladies internes de la tête, au même titre que la migraine, les troubles de mémoire ou encore le vertige. Cependant certains médecins commencent à percevoir la spécificité des maladies mentales et les regroupent parfois entre elles, mais sans jamais concevoir pour autant une discipline particulièrement consacrée à leur étude.

L'explication étiopathogénique est là encore fortement empreinte de la théorie des humeurs, et trois causes principales sont imputées pour expliquer les maladies : l'intempérature qui touche les parties similaires, la mauvaise composition qui affecte les parties instrumentales (luxation), et la solution de continuité (plaie, fracture) qui peut perturber le fonctionnement des deux parties évoquées ci-dessus. Les maladies du cerveau sont liées à l'intempérature, c'est-à-dire un désordre humoral, qui provoque une perturbation de la faculté animale dont le siège se trouve être précisément le cerveau. La faculté animale se divise elle-même en trois « capacités » : motive, sensitive et principale. C'est cette dernière qui est affectée dans la folie où la ratiocination, la mémoire et la fantaisie sont perturbées. Cette conception des maladies mentales, où il y a passion d'esprit, est très largement acceptée par les médecins de la Renaissance mais même si ces derniers tentent d'expliquer les maladies par des causes naturelles, la démonologie reste fortement présente et est même parfois appuyée par des médecins. Si le déséquilibre des humeurs apparaît être le mécanisme causal des maladies, la raison en est encore souvent attribuée au diable, notamment dans la mélancolie.

Notons tout de même l'évolution de l'image du diable au cours de la Renaissance dont le pouvoir qui lui est attribué décline. D'abord opposé à Dieu, le diable ne peut l'affronter de face et s'en trouve obligé d'agir sournoisement, de façon détournée et par simulation. C'est d'ailleurs ainsi qu'on lui attribue la modification des humeurs. Or les médecins de la Renaissance vont de plus en plus souvent rechercher les preuves des actions du diable, et n'en trouvant guère, vont alors de plus en plus reconnaître l'autonomie de la nature. Les causes naturelles deviennent alors les causes principales pour expliquer les maladies, et la conception de la folie évolue elle aussi : « elle devient le symptôme d'une nature qui éprouve ses propres limites et non qui rencontre le surnaturel » (POSTEL et QUETEL 2004).

B : Paris, théâtre du changement dans les conceptions de la folie.

La Révolution Française et la première moitié du XIX^{ème} siècle voient la naissance de la psychiatrie avec en 1790 deux décrets, des 16 et 26 mars, qui ordonnent la mise en liberté des prisonniers par lettres de cachet et « la constatation médicale de l'état des personnes détenues pour cause de démence [synonyme alors de folie], afin de les élargir ou de les faire soigner dans les

hôpitaux qui seront ultérieurement indiqués ». Philippe Pinel (1745-1826) a de toute évidence influencé cette décision car il était à l'époque un fervent citoyen et défenseur des causes de la Révolution Française, avant que la Terreur ne lui fasse prendre quelque recul sur la mesure de sa détermination. Il a réuni philosophie et médecine dans une même conception de la folie et, bien qu'il fallût attendre fin 1801 pour découvrir la première édition de son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie*, ses idées étaient déjà bien présentes dans sa pratique clinique. Pinel a en effet d'abord exercé à Bicêtre, avant d'être nommé médecin chef de la Salpêtrière en 1795, et rencontre Jean-Baptiste Pussin (1745-1811), surveillant de l'asile où sont internés malades mentaux, mendiants et prostitués. Ce dernier tentait déjà de laisser libre les malades qui se comportaient bien et, bien que cette notion soit de toute évidence subjective, on peut souligner le désir de bienveillance envers les malades mentaux.

Cette pratique pour le moins inhabituelle raisonne avec les idées de Pinel sur la conception de l'aliénation. Alors que l'âme était réservée à l'étude de la philosophie et le corps à celle de la médecine, Pinel incorpore les passions à ce dernier domaine. En les abordant de façon stoïcienne, Pinel s'inspire de son éducation latine et religieuse pour décrire les passions comme à la fois des maladies et aussi la cause la plus fréquente de l'aliénation de l'esprit, tout comme le faisait Cicéron selon lui. Il fait de la folie une entité morbide en la démythifiant et en lui permettant de devenir un sujet d'étude de la médecine à part entière. Cependant Pinel n'est pas pour la pratique d'une cure supprimant tout affect mais bien pour un contre-balancement des passions. La vision bienveillante des fous et la conception théorique de l'aliénation poussent Pinel à considérer le fou comme une personne avec laquelle la communication est possible, car sa raison n'est jamais totalement perdue. Et cette part de raison intacte sera le moyen de communication, l'espace de rencontre entre l'homme sensé et l'aliéné, qui est alors perçu comme une personne avec sa subjectivité.

De ces aspects découle le traitement moral, dont le but est de permettre au malade de s'appuyer sur la partie saine de raison qui lui reste pour critiquer son délire, le médecin faisant référence à ce qui est sain ou pas. Bien que préconisant une écoute compatissante et un discours avec douceur afin d'établir un climat de confiance, Pinel va plus loin en affirmant qu'il faut aussi susciter « l'espoir consolant d'un sort plus heureux » dans son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie*. Cette volonté de ramener à la raison l'aliéné sera certainement à l'origine de l'échec du traitement moral car le thérapeute se place alors en position supérieure, de celui qui connaît la réalité en laquelle il faut croire, et devient l'idéal à suivre et à atteindre pour les malades. Le médecin est à la fois autoritaire et séducteur et induit ainsi la soumission du patient; le traitement moral devient pédagogique et perd son objectif de soin en tentant de rééduquer le malade.

Cependant l'important ici est de constater le changement de paradigme, tant théorique que dans la pratique, qui permet de considérer l'aliénation, terme réunissant toutes les formes de maladies

mentales, comme une maladie liée aux passions et aux émotions et qui n'est donc plus exclusivement corporelle mais dont la causalité est bel et bien psychique.

Appuyé par la place centrale qu'occupe Paris à cette époque, tant culturellement et politiquement, et aussi par sa famille, notamment les psychiatres de la deuxième moitié du XIX^{ème} siècle, Pinel se verra attribuer la création de la psychiatrie à la fois sur le plan théorique mais aussi institutionnel, bien que J.C. Reil (1759-1813) en Allemagne fût le premier à utiliser le terme de « psychiaterie » (cf annexe 1).

Jean Esquirol (1772-1840), qui est contemporain de Philippe Pinel, va conforter la théorie avancée par ce dernier dans *Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale* qu'il publie en 1805. Il y relie lui aussi les passions à l'aliénation mentale par un lien causal.

Tout d'abord par analogie, Esquirol y décrit la ressemblance entre l'effet de la colère sur le corps et l'état de ce dernier dans la manie. Il précise ensuite que « toutes les espèces d'aliénation ont leur analogie, et pour ainsi dire leur type primitif dans le caractère de chaque passion ». On voit dans cette évocation théorique un appui sur des observations cliniques fines des patients, observations qui feront, on le sait bien, sa renommée.

Ensuite Esquirol va reprendre le concept de la philosophie morale dont le but est de « se vaincre soi-même », cette philosophie morale étant inspirée de Socrate qui reconnaissait avoir de nombreux vices et les avoir vaincus par la raison. Esquirol explique alors que la nature même entre les passions et l'aliénation est identique et que seule change la quantité de passions. Là encore il s'appuie sur ses observations cliniques et constate que : « il n'est pas d'aliéné dont les facultés morales ne soient altérées, désordonnées, perverties. ». Il considère en effet que l'intensité des passions des aliénés perturbe leur sens moral.

Enfin c'est dans la question du traitement qu'Esquirol se distingue de Pinel. Si ce dernier utilisait la raison pour soigner, Esquirol pense que les passions doivent servir au traitement des maladies. Ainsi il précise que les conseils et les raisonnements sont des moyens de guérison qui ne fonctionnent que si, avant de les employer, le médecin donne une secousse morale ou s'il place l'aliéné dans un état de passion opposé et contraire à celui dans lequel il est, et qui est cause de sa folie.

Esquirol renforce donc ce changement de paradigme de la maladie mentale et s'appuie même sur le fait que, pour lui, le génie d'Hippocrate lorsqu'il décrit la mélancolie dans son aphorisme VI, 23 = IV L 568 : « Quand crainte ou tristesse durent longtemps, c'est un état mélancolique », est de faire coexister deux sentiments et l'humeur sans évoquer la cause physiologique, affirmée par Galien, mais en laissant possible la cause psychologique. Cette dernière affirmation n'est pas à comprendre comme étant une recherche de la véracité des propos d'Hippocrate mais bel et bien comme une

affirmation que la maladie mentale a un fonctionnement psychique qui lui est propre et que les médecins se doivent d'étudier : la psychiatrie est née.

Du moins l'esprit de la psychiatrie moderne car Esquirol et Pinel considèrent qu'il n'existe qu'une seule maladie mentale, l'aliénation, et qu'elle peut prendre différentes formes cliniques, comme des aspects symptomatiques d'une même maladie. Elle se distingue des autres pathologies médicales dont les causes se trouvent dans le corps et même des infections du cerveau regroupées sous le terme de phrenitis, qui depuis l'Antiquité faisaient partie de ce que l'on appelle aujourd'hui les maladies mentales (POSTEL et QUETEL 2004).

Parallèlement la médecine somatique moderne et les connaissances en anatomopathologie continuent de s'enrichir et déterminent plusieurs causes, plusieurs mécanismes d'action et donc plusieurs maladies qui peuvent affecter un même appareil. Ainsi l'abcès du poumon se distingue de la dilatation des bronches et de la pneumonie alors que tous les trois touchent l'appareil respiratoire. Pourquoi alors n'en serait-il pas de même pour l'appareil psychique? Même si la perspective psycho-génétique décrite par Pinel et Esquirol va s'effacer au profit d'une perspective organo-génétique pendant près de soixante ans, animée alors par des médecins soucieux de trouver la lésion anatomique cérébrale qui serait la cause des pathologies mentales et qu'ils cesseront de chercher après l'échec de J.M. Charcot (1825-1893) à identifier la cause de l'hystérie. Ces mêmes médecins, comme J.P. Falret (1794-1870), ancien interne d'Esquirol, vont décrire différentes maladies mentales, comme la folie circulaire en 1854, devenue aujourd'hui le trouble bipolaire. Et bien d'autres descriptions cliniques de diverses maladies mentales vont suivre, que les psychiatres essaient d'individualiser. Pour cela ils se fondent sur deux grandes écoles dont les approches de la maladie mentale sont nettement différentes et influencent indéniablement leur construction (GUELFY et ROUILLON 2007).

2 : évolution des concepts de la maladie mentale en fonction des écoles française et germanique : étude de la démarche nosographique.

A : les traditions psychiatriques en France et en Allemagne.

La tradition psychiatrique française va se construire initialement grâce au travail d'Esquirol à savoir l'élaboration des descriptions cliniques précises et détaillées des pathologies mentales observées. Revenons très succinctement sur ce qui a permis à Esquirol de constituer ces observations précieuses de la maladie mentale. En 1789 il y a autant de lieux d'enfermements que de raisons d'enfermer les personnes : opposition à la Révolution, prostitution, crimes, mendicité et bien sûr l'aliénation. Malgré un régime administratif unique pour régulariser ces « enfermements », les aliénés étaient souvent mis à part mais avec des conditions de vie et une attention à leur difficultés déplorables et de loin les plus défavorables. Esquirol se sent particulièrement concerné par ces conditions d'enfermement et entreprend plusieurs voyages en France et en Europe pour visiter les différents asiles, et s'entretenir avec les psychiatres sur la façon dont ils prennent en charge les malades mentaux. Il visite notamment des asiles en Russie et en Italie, mais aussi en Allemagne à Bayreuth, où en 1805 se construit la première maison de santé pour malades mentaux (WEINER 2005). Il publie alors en 1818 son rapport au ministre de l'Intérieur : *Des établissements consacrés aux aliénés en France et des moyens de les améliorer*, qui sera suivi l'année suivante d'une instruction ministérielle prescrivant aux préfets l'amélioration du sort des aliénés dispersés dans les hospices, les prisons et les dépôts de mendicité. Esquirol va même, aidé d'un administrateur à savoir Benjamin Desportes (1766-1840), rédiger un plan pour la construction d'un asile qui se base sur la séparation des malades en fonction des éléments cliniques constatés (POSTEL et QUETEL 2004). L'objet d'intérêt qui peut être apporté ici est le fait qu'en débutant la construction des asiles en France, et par débiter je reste volontairement prudent car il y aurait beaucoup à dire mais ce n'est pas le but de cette thèse, Esquirol et tous les aliénistes qui l'ont suivi ainsi que les « psychiatres » étrangers de l'époque ont permis d'offrir des lieux de soins et surtout d'observation de la pathologie mentale. *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal* publié en 1838 par Esquirol va notamment apporter à la fois ces descriptions cliniques mais aussi permettre de constater les premières catégorisations nosographiques des maladies mentales. Or Esquirol fonde une démarche « syndromique » pour catégoriser les différentes observations cliniques car il considère qu'il n'existe qu'une seule pathologie mentale : l'aliénation. La tradition psychiatrique française est donc basée sur la sémiologie psychiatrique sans,

pour le moment du moins, avoir de considération pour l'étiologie ou même les mécanismes psycho-ou-physiopathologiques. D'ailleurs Bénédicte Augustin Morel (1809-1873) va poursuivre ces descriptions cliniques dans son *Traité des maladies mentales* publié en 1860 sans les catégoriser nosographiquement, alors qu'il est bien connu pour sa théorie sur la dégénérescence qui évoque que les maladies mentales sont pour la plupart d'origine héréditaire.

La tradition psychiatrique française est influencée par la démarche syndromique d'Esquirol et aussi par celle, clinique et diagnostique, de Pinel. Ce dernier considère que les aliénistes doivent recueillir de nombreuses observations cliniques et regrouper les maladies mentales en des entités cliniques, en évitant de s'égarer dans des systèmes trop théoriques, et donc de rester empirique. Ces entités sont caractérisées par la description précise des symptômes cliniques qui coexistent chez différents patients, et dont la fréquence est significativement plus élevée que celle de la population générale qui suit une distribution au hasard (HAOUZIR et BERNOUSSI 2010). Le maître de la Salpêtrière avait en effet perçu le danger, surtout en psychiatrie, de « plaquer » une classification de syndromes cliniques sur une classification de facteurs ou de processus étiologiques, et donc de faire correspondre les signes cliniques des maladies mentales aux théories psycho-ou-physiopathologiques voire étiologiques, donc en inversant la démarche logique de l'étude des pathologies psychiatriques (GUELFY et ROUILLON 2007).

En Allemagne au XIX^{ème} siècle, les psychiatres vont également pouvoir observer les patients grâce à la construction d'asiles, qui remplaceront progressivement les salles de fous des communes et les couvents. Le courant de la psychiatrie romantique est fortement présent à cette époque et soutient le développement des établissements psychiatriques. C'est L. Meyer (1827-1900) qui en fut à l'origine est vite rejoint par d'autres comme J.C. Reil. Ce dernier voulait que les asiles publics puissent servir aux soins et l'internement des fous incurables et aussi aux soins des fous « subjectivement » curables mais avec la possibilité de les libérer. Ainsi les établissements d'internement devaient permettre aux fous incurables d'être gardés de manière à ce qu'ils ne puissent nuire ni à eux-mêmes ni aux autres, tout en leur procurant le maximum de bien-être et une occupation adaptée à leur état.

Ces pionniers de la psychiatrie romantique considèrent la maladie mentale comme une maladie de l'âme. Appelés « psychiciens » ou Psychiker de part leur attitude moraliste plutôt que « psychologue » (POSTEL et QUETEL 2004), ils évoquaient la cause des maladies mentales en rapport avec le péché, notamment J.C.A. Heinroth (1773-1843) qui décrit un « ça » incluant instinct et sentiments, un « moi » et une instance de la conscience appelée « sur-nous », et qui pourrait être considéré comme le précurseur de la psychanalyse. Il y avait aussi les « psychiciens éthiques » comme K.W. Ideler (1795-1860) qui en 1835, dans son *Précis de thérapeutique de l'âme*, rapporte

pour la première fois des anamnèses de malades et théorise la maladie mentale comme étant causée par un écroulement psychique, lié lui-même à des pulsions instinctives non satisfaites.

Parallèlement se développe la psychiatrie clinique organique dont le fondateur est W. Griesinger (1817-1869) et qui s'oppose au courant de la psychiatrie romantique. Ce courant évoque en effet que les maladies mentales trouvent leur genèse dans des causalités psychologiques et organiques (HAOUZIR et BERNOUSSI 2010). Griesinger va travailler comme professeur de médecine interne puis comme professeur de psychiatrie et de neurologie. Il considère que la psychiatrie est constituée de différents états cérébraux anormaux, formant un complexe de symptômes. Il tente alors d'approcher l'analyse clinique aux constats anatomopathologiques, mais reste critique et reconnaît une causalité psychologique aux maladies mentales tout en mettant en garde contre la surestimation de l'implication de cette causalité face à celle organique. Il évoque déjà la complexité de la genèse des maladies mentales.

La psychiatrie universitaire allemande poursuit sa construction par les créations successives de deux courants de pensée différents : le courant anatomo-clinique explicatif ou « psychiatrie du cerveau », et le courant de la psychiatrie clinique descriptive ou « école clinique ». Ces deux courants tentent d'établir une nosologie des maladies mentales.

Le courant anatomo-clinique est représenté notamment par T. Meynert (1833-1893) et son élève C. Wernicke (1848-1905) qui proposent un modèle des troubles psychiques sur le modèle des aphasies qu'ils ont particulièrement étudiées. Ce modèle sera ensuite modifié par K. Kleist (1879-1961) et les recherches microscopiques des lésions cérébrales qui ont apporté des découvertes anatomopathologiques, mais sans contribuer à la nosologie psychiatrique.

Le courant de la psychiatrie clinique descriptive se fonde sur l'application de la démarche clinique, utilisée en médecine somatique, dans le domaine de la psychiatrie. De cette façon les psychiatres de ce courant vont tenter d'isoler des types de maladies mentales en fonction de l'observation de leur évolution. Les défenseurs de cette orientation les plus connus furent K. Kahlbaum (1828-1899), E. Hecker (1843-1901), qui ont décrit respectivement la catatonie et l'hébéphrénie; puis E. Kraepelin (1856-1926) regroupe ces deux maladies sous le terme de *dementia praecox* et qui deviennent alors deux formes d'une même maladie, la forme paranoïde étant la troisième forme de cette pathologie. Kraepelin écrit aussi son *Traité de psychiatrie* qui sera réédité à neuf reprises et dans lequel il expose son système nosologique, basé sur la différenciation entre les psychoses endogènes ou « psychoses évoluant vers une détérioration totale », et les psychoses exogènes ou « affections dégénératives congénitales ou acquises », ces groupes étant distingués par leur mode évolutif.

La tradition psychiatrique allemande se fonde donc sur une nosographie qui, quels que soient les courants, de la psychiatrie romantique à celle clinique descriptive en passant par le courant anatomo-clinique, va incorporer aux observations cliniques une explication psycho-et/ou-

physiopathologique voire étiologique. Même si la psychiatrie clinique descriptive n'évoque guère d'étiologie, elle décrit un mode évolutif pour chacune des maladies mentales et répond au besoin d'expliquer le fonctionnement pathologique des maladies mentales.

B : les processus pathogéniques au centre de l'évolution de la nosographie.

De nombreux échanges entre les psychiatres de chaque côté du Rhin vont permettre de continuer à faire évoluer la nosographie psychiatrique. Ainsi Morel et V. Magnan (1835-1916) vont diviser les psychoses en deux grands groupes avec d'un côté les maladies typiques, observées chez les malades non « dégénérés », et celles atypiques, correspondantes aux premières mais déformées par la dégénérescence. Mais très vite cette nosographie sera critiquée et la folie « des dégénérés » va être la folie où l'on retrouve les malades qui seront ensuite intégrés à ceux appartenant au groupe de la démence précoce.

Par la suite P. Sérieux (1864-1947) et J. Capgras (1873-1950) vont décrire les délires d'interprétation, E. Dupré (1862-1921) crée le délire d'imagination, G. Ballet (1853-1916) définit la psychose hallucinatoire chronique et G. Gatian de Clérambault (1872-1934) individualise les délires passionnels en France alors qu'E. Kretschmer (1888-1964) en Allemagne complète le travail sur la paranoïa en décrivant un syndrome qui porte encore aujourd'hui son nom : le délire de relation des sensitifs. Toutes ces classifications nosographiques portent en elles les théories étiopathogéniques plus ou moins avouées par leurs auteurs et « l'empirisme clinique » prôné par Pinel ne s'y retrouve plus.

S. Freud (1856-1939) quitte l'Institut de physiologie d'Ernest W. Von Brücke (1819-1892) en 1882 pour l'Hôpital général de Vienne où il travaillera pendant trois ans. Il passe alors de poste en poste et durant un semestre il sera « Sekundärarzt » dans le service de T. Meynert. En obtenant une bourse de travail pour Paris où il rejoindra Jean-Martin Charcot dans son étude de l'hystérie, Freud est alors marqué par la volonté de son maître de faire apparaître de l'ordre dans un apparent chaos. Puis il va rapidement ouvrir son cabinet au retour de Paris et commencer alors ses recherches métapsychologiques, employant la méthode des associations libres à laquelle s'oppose celle des résistances. Il met ainsi en relief les notions de défenses, de transfert et de psychosexualité.

Freud se démarque rapidement de J. Breuer (1842-1925) et de sa méthode cathartique pour une entreprise d'auto-analyse qui le mènera à la création du complexe d'œdipe.

Mais il n'est pas soutenu par les psychiatres de l'époque et même son lien avec W. Fliess (1858-1928), pourtant d'amitié au départ, devient un lien d'opposition suite aux revendications de Fliess sur la paternité d'un certain nombre de notions créées par Freud. Cependant Freud poursuit son

travail et, avec quelques disciples, constituent *La société de psychologie du mercredi* en 1902 qui deviendra sans doute la *Société de psychanalyse de Vienne* en 1908. En 1910 *L'Association psychanalytique internationale* est créée et renforce la renommée de Freud, qui continue de publier ses théories psychanalytiques avec notamment : *Cinq leçons de psychanalyse* en 1909.

Remarqué par E. Bleuler (1857-1939) dès 1904, Freud va bénéficier de son soutien, marqué notamment par la présence de C.G. Jung (1875-1961), élève de Bleuler et travaillant au « Burghölzli », et qui deviendra un collaborateur de Freud avant de s'en distancer pour des raisons de divergences théoriques.

Freud rédige alors ses premiers ouvrages dans lesquels il explique ses théories qu'il n'aura de cesse de faire évoluer, en commençant en 1905 par *Dora* et *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Il va alors être confronté à de nombreux opposants qui scandalisent de ses théories. Mais Freud persiste et rédige de nombreux livres toujours avec cet objectif d'exposer ses découvertes psychanalytiques et de les faire évoluer pour les voir intégrer, ainsi que sa pratique analytique, dans le domaine de la psychiatrie.

Cependant cette « pénétration pacifique » comme il la nomme lui-même dans son *Autobiographie* en 1925 ne se fera ni simplement ni en continu. En reprenant l'hystérie à son compte et en la sortant du champ cérébral, il se retrouve opposant à la neurologie et intrus à la psychiatrie. Car Freud a aussi la volonté de refondre la nosologie psychiatrique sur des bases théoriques nouvelles.

Freud tente en effet dans ses différentes productions d'apporter un éclairage psychopathologique aux maladies mentales en exposant ses considérations économique-dynamiques.

J'en resterai là pour mon propos sur la psychanalyse qui, indifféremment des orientations prises par les psychiatres en terme d'appareil théorique ou de pratique clinique, fait désormais partie intégrante de la psychiatrie. C'est d'ailleurs pourquoi il m'était impossible d'évoquer le développement de la démarche nosographique sans parler de la psychanalyse. Ce que l'on constate c'est que son créateur s'inspire culturellement de l'école germanique et suisse également, représentée par Bleuler. Rien d'étonnant donc à retrouver dans le développement des théories psychanalytiques ce désir d'explication du processus psychopathologique et même d'en donner du sens.

La tradition psychiatrique française, portée initialement par Philippe Pinel, est donc basée sur une description clinique précise et détaillée des pathologies psychiatriques rencontrées sans évoquer aucun processus psychopathologique ou physiopathologique. Elle est donc fondamentalement sémiologique. Cependant les échanges avec les psychiatres étrangers, qui cherchent à introduire une compréhension des mécanismes d'action de la maladie mentale dans la nosographie, vont venir marquer la nosographie française. Qu'en est-il alors pour le concept de discordance qui nous intéresse? Comment est-il envisagé et construit? Quelle sera son évolution?

B : évolution du concept de discordance.

Le concept de discordance est rattaché au nom de Philippe Chaslin qui l'évoque pour la première fois en 1912 dans *Eléments de sémiologie et clinique mentale*. Pourtant même en France il n'est pas très connu, sans doute parce qu'à la même époque Bleuler décrit en 1911 dans *Dementia praecox ou groupe des schizophrénies* sa vision de la « Spaltung » ou dissociation. Nous verrons dans un premier temps comment ces deux notions sont aussi distantes que liées et comment finalement leurs aires sémantiques respectives vont finir par se confondre. Nous étudierons dans un deuxième temps les signes cliniques qui composent cette discordance dans la schizophrénie.

1 : évolution de l'aire sémantique de la discordance : de Chaslin à nos jours.

A : les descriptions cliniques de Chaslin constituent la base de la discordance.

Chaslin en 1895 rédige *La confusion mentale primitive* où il décrit la confusion comme un syndrome constitué de symptômes. Il confirme aussi sa conviction que la maladie mentale est plusieurs et qu'il y a différentes entités cliniques qui la composent.

Pour autant Chaslin ne parle pas de maladies mentales car pour lui l'aire sémantique du mot maladie renvoie à une étiologie identifiée que l'on peut rattacher au syndrome clinique. Cette cause spécifique doit être identifiée, et de toute évidence ce point de vue est nettement influencé par les progrès à la fois en anatomopathologie et aussi en infectiologie. Rappelons brièvement que Louis Pasteur (1822-1895) meurt l'année même de la parution de *La confusion mentale primitive* et qu'il a contribué à l'identification de nombreuses causes de maladies dans ce dernier domaine.

Ainsi pour Chaslin les signes cliniques sont les éléments constatés suite à l'examen du patient et ils peuvent se réunir en syndromes, c'est à dire en un regroupement de signes cliniques. L'affection intègre en plus l'ensemble des phénomènes histo-physiopathologiques qui produisent ces signes cliniques. Cependant l'affection est perçue comme un mécanisme d'action, car une même affection peut résulter d'une ou plusieurs causes, et donc elle ne suffit pas à caractériser une maladie. Pour connaître une maladie il faut à la fois en connaître les signes cliniques par lesquels elle se manifeste, l'affection c'est-à-dire le processus anatomo-physiopathologique, et la cause précise et spécifique de l'affection, c'est-à-dire l'étiologie.

Lorsque des syndromes cliniques sont expliqués par une affection déterminée mais dont la cause est encore inconnue, Chaslin va alors parler de type clinique. La neurologie en fournit de nombreux

exemples et, élève de Charcot, Chaslin va par analogie penser que la psychiatrie peut elle aussi isoler des types cliniques sans prétendre connaître l'étiologie. On perçoit ici l'influence de l'école française à d'abord déterminer les signes cliniques, réunis ensuite en syndrome, avant de s'attaquer aux mécanismes d'action physio-psychopathologiques.

Dans son œuvre de 1895 Chaslin décrit donc un type clinique, plus qu'un syndrome et moins qu'une maladie, appelé confusion mentale. Il réfléchit ainsi à la sémiologie, à la clinique et la causalité dans la médecine mentale, terme qu'il préfère à celui de psychiatrie (CHASLIN 1999).

Inspiré par Pinel, Chaslin fait de nombreuses descriptions cliniques qui lui permettent de constater que les mêmes signes cliniques peuvent se retrouver dans plusieurs types morbides. Une classification des signes cliniques et une autre des types cliniques ou troubles mentaux s'imposent alors. C'est ainsi que Chaslin va s'attacher à repérer les principaux syndromes cliniques tout au long de sa vie. Et il prend bien garde de ne pas parler de maladies mentales, qui font référence à une étiologie et dont la classification nosographique n'est pas sans rappeler l'école psychiatrique germanique. Or pour Chaslin l'étiologie des maladies mentales est encore à découvrir. Rappelons en effet qu'il lutte contre l'implication à outrance de l'hérédité, la dégénérescence, dans ces étiologies présumées des maladies mentales.

Philippe Chaslin décrit une classification avec d'un côté les troubles mentaux de causes connues, internes ou externes, et d'un autre côté les troubles mentaux de cause inconnue. C'est à ce deuxième groupe qu'appartiennent les folies discordantes, terme que préfère Chaslin à celui de démence précoce. En 1906 A. Alzheimer (1864-1915) caractérise en effet la notion de démence, suite à l'analyse histologique du cerveau d'une de ses patientes. Or la notion de délire chronique s'en distingue car tous les délires chroniques n'évoluent pas vers un état déficitaire (LANTERI-LAURA 1992).

Chaslin expose la notion de discordance en 1912 dans *Eléments de sémiologie et clinique mentale* à la fois dans la partie consacrée à la sémiologie mais aussi dans celle réservée aux types cliniques, ce qui sous-entend déjà l'hésitation de Chaslin à émettre une hypothèse psychopathologique expliquant le syndrome de discordance qu'il décrit.

Partant de l'observation d'une patiente souffrant d'un délire paranoïde, Chaslin évoque qu'elle : « émet ses idées de grandeur ou ses idées d'empoisonnement et de mort, non pas avec indifférence, mais avec une mimique et un sourire ironique sans aucun fond émotif qui font contraste avec la grandeur ou l'atrocité de sa prétendue situation. Cette discordance entre la mimique, l'émotion et le délire est assez caractéristique de ces états de « démence précoce » ». Il y a un désaccord entre l'humeur et les thèmes délirants, le signe clinique ici décrit est constitué par l'absence même d'harmonie, de congruence, entre ces deux éléments. On repère en effet les premiers signes

cliniques de la discordance affective (cf I.B.2).

Chaslin poursuit ses différentes descriptions et décrit la folie discordante verbale qui est caractérisée par : « [l'] indépendance entre l'intelligence et le langage, le langage et l'intelligence se séparent[...] quand le langage n'est pas complètement adapté à la pensée, il y a langage non approprié ou inapproprié ». Il décrit ainsi un langage constitué de néologismes et aussi de mots dont le sens n'est pas en rapport l'un avec l'autre, ou dont les idées ne sont pas en rapport avec le langage employé.

Pour Chaslin c'est l'absence de concordance entre la morphologie et la syntaxe irréprochable de la phrase, c'est l'impossibilité de saisir de quoi parle le patient qui est ici symptôme et non le fond même des éléments évoqués, délirants ou pas.

B : le choix du signifiant.

Les études de Chaslin sur la discordance portent sur la description de ce défaut de concordance qui se rencontre surtout chez les patients décrit par Kraepelin puis par Bleuler. Fort de ce constat Chaslin va chercher un terme, un signifiant dirions-nous maintenant que nous connaissons F. de Saussure (1857-1913) et son *Cours de linguistique générale* publiée post-mortem en 1916, pour y décrire son signifié. Signifié qui, à ce moment, n'est composé que du signe clinique que Chaslin cherche à caractériser.

Pour construire ce signifiant deux choix se proposaient à lui : soit l'utilisation du grec ou du latin, soit celle d'un nom commun et d'en définir clairement l'aire sémantique dans le cadre de la médecine mentale. On le sait Chaslin n'aimait pas les communications employées par la psychiatrie et son article, *La psychiatrie est-elle une langue bien faite?*, est en ce sens édifiant. Comme précisé ci-dessus, Chaslin n'aimait pas le terme de psychiatrie et en disait dans ce même article : « Je crois vraiment que l'imprécision du terme n'est pas due à autre chose qu'à l'imprécision des idées. Mais je pense aussi que le langage inexact peut amener à l'inexactitude de l'idée ».

Il décide donc de n'utiliser ni le grec ni le latin et choisit un mot français, de la langue commune, et utilisé d'ailleurs par les écrivains classiques. Ces mêmes écrivains qui offrent régulièrement dans leurs œuvres, et de façon presque involontaire, de belles descriptions de pathologies mentales.

Le mot discordant est le participe présent du verbe discorder, qui vient lui-même du latin *discordare* et qui voulait dire : être en désaccord, en dissension, mal assorti, brouillé. L'aire sémantique latine est encore présente au début du XX^{ème} siècle et la notion de défaut d'accord entre deux éléments, du défaut de symétrie entre deux séries de constituants qui devraient s'accorder, correspond bien à l'idée que Chaslin veut exposer dans la description de ce nouveau signe clinique. Il disait en effet que le délire, l'émotion et la mimique auraient dû s'accorder, et comme ce n'est pas le cas, le clinicien observe qu'il y a discordance entre ces différents éléments. La discordance ne décrit donc

pas un trouble dans le défaut ou l'excès, mais bien un trouble de manque partiel ou total d'harmonie entre différents éléments fonctionnels qui devraient concorder.

Ainsi lorsque Chaslin choisit le signifiant discordance, c'est dans l'objectif initial de bien décrire la clinique à laquelle il est farouchement attaché, sans faire allusion à un quelconque mécanisme psychopathologique ni à une étiologie présumée.

Cette discordance est observée chez les patients qui présentent, le plus souvent, d'autres signes cliniques qui les font entrer dans le groupe de la démence précoce de Kraepelin. Mais Chaslin n'aime pas ce terme car, tout comme Bleuler, il est en désaccord avec l'aspect démentiel et de dégénérescence. Il préfère construire le groupe provisoire des folies discordantes, et en exclut le délire systématisé hallucinatoire. Ce groupe est caractérisé par la discordance qui est évoquée là encore comme le symptôme général commun mais pas comme un mécanisme psychopathologique (LANTERI-LAURA 1992).

Cependant Chaslin caractérise la discordance comme l'altération de la concordance, de l'harmonie entre ce qui est représenté et l'humeur qui accompagne cette représentation, entre les divers domaines de la vie mentale et leurs liens avec la réalité. Ce faisant il présuppose un postulat : celui que la congruence entre ces différents éléments soit l'état « normal » ou « naturel ». N'est-ce-pas ici le début d'un concept psychopathologique qui se dessine? Chaslin n'évoque certes jamais d'étiologie à ces folies discordantes mais présuppose à demi-mots la psychopathologie du concept de discordance, tout en rappelant régulièrement l'importance de la clinique. D'ailleurs il est bien conscient que cette hypothèse psychopathologique renforce l'unité des folies discordantes, et Chaslin prend en ce but position pour Bleuler en affirmant que le terme schizophrénie est préférable à celui de démence précoce. Il est en effet bien au fait des travaux de son confrère Suisse que nous allons étudier.

La discordance est donc d'abord un signe clinique puis rapidement devient un syndrome clinique, et continue son évolution avec Chaslin lui-même, qui est lui aussi influencé par la nosographie germanique, devenant aussi porteur progressivement d'un concept psychopathologique qui ne lui était pas attribué initialement.

C : la dissociation de Bleuler : dénomination du processus psychopathologique de la discordance?

En 1911 Eugène Bleuler expose sa conception d'une maladie mentale qu'il désignera par un néologisme dans *Dementia praecox ou groupe des schizophrénies*. Il évoque un processus psychopathologique, à la différence de Chaslin qui veut rester dans une description purement

clinique, et qui expliquerait les signes cliniques de dissociation. Mais la dissociation reflète-t-elle les signes cliniques décrits par Chaslin, réunis sous le terme discordance?

Bleuler décrit dès son introduction que l'emploi du mot schizophrénie est lié à la dislocation (Spaltung) des diverses fonctions psychiques, qui pour lui est un des caractères les plus importants des éléments cliniques de la schizophrénie. C'est le processus psychopathologique qui explique les signes cliniques fondateurs du concept de schizophrénie et qui en sont pathognomoniques. La schizophrénie est alors définie comme « un groupe de psychoses évoluant, soit chroniquement, soit par poussées, de telle façon que ne peut s'ensuivre une restitution ad integrum ». Ce groupe est caractérisé par la dislocation (Spaltung) des fonctions psychiques (système de complexes indépendants qui compromettent l'unité de la personnalité), par des troubles associatifs (cause des barrages), par des troubles affectifs. Bleuler décrit ensuite les hallucinations et les délires et réunit les symptômes en deux groupes distincts : les symptômes fondamentaux et les symptômes accessoires.

Les premiers vont comprendre les troubles des associations et de l'affectivité ainsi que l'autisme. Bleuler considère ces symptômes comme caractéristiques de la schizophrénie et par cela il entend propre à cette maladie. Il expose ainsi que des fonctions élémentaires peuvent être altérées et que d'autres sont intactes. Bleuler accorde la même importance à la présence de ces fonctions altérées qu'à la « normalité » des fonctions qui doivent rester intactes.

Parmi les fonctions élémentaires altérées, certaines sont proches des signes cliniques de la discordance de Chaslin. Ainsi on retrouve l'altération des associations, avec l'étrangeté de la pensée, l'impulsion des idées et les barrages; l'altération de l'affectivité qui est sans doute la plus proche des signes cliniques de la discordance, avec l'indifférence et le désintérêt mais surtout ce sont les « sautes extraordinaires » de l'affectivité et le fait que : « les malades ne prennent pas au sérieux les événements importants » qui sont éloquents. Bleuler précise néanmoins que les schizophrènes ont des affects et décrit alors la parathymie qui « est un phénomène de grande importance. On désigne sous ce nom la réaction affective paradoxale et discordante. Une forme fréquente de parathymie est le rire immotivé ». L'ambivalence est également une fonction pathologique qui marque la « tendance de l'esprit schizophrénique à considérer dans le même temps sous leurs deux aspects négatif et positif, les divers actes psychologiques », et Bleuler ajoute que même si elle n'est pas très marquée elle est toujours présente.

Parmi les fonctions complexes, qui résultent de l'action des fonctions élémentaires dans leur ensemble, certaines font aussi référence à la discordance. Lorsque Bleuler évoque « la démence schizophrénique », il décrit l'incapacité pour les schizophrènes à utiliser leur intelligence du fait du trouble des associations et celui de l'affectivité. Il expose la difficulté des schizophrènes à maintenir une activité professionnelle au long cours avec « le grand nombre de lacunes existantes dans toutes

les pensées et dans toutes les conduites ». Chaslin décrit ces mêmes signes cliniques en caractérisant le type hétérophrénie de ses folies discordantes, avec une discordance entre une intelligence normale et un repli, une aboulie. Ce repli est nommé autisme par Bleuler. De plus la conduite et l'attitude sont aussi altérées avec à nouveau ce défaut d'intérêt, mais aussi l'inadaptation à l'ambiance, l'originalité et la soudaineté des caprices, l'impulsivité inadaptée avec de possibles accès de colère ou d'excitation sans facteurs déclenchants.

Enfin parmi les symptômes accessoires on retrouve les troubles du langage, notamment la « tendance à parler » où le malade parle sans se soucier de la réponse. La tonalité de la voix peut aussi subir des modifications paradoxales de la modulation. La présence de « manières », où les liens entre les conceptions et leurs expressions verbales semblent très relâchés, est aussi évocatrice de discordance.

Bleuler décrit donc un concept psychopathologique basé sur la non association des fonctions psychiques et dont les signes cliniques sont plus nombreux encore que ceux que je viens d'évoquer. Mais ces derniers ont l'avantage d'être clairement liés à ceux décrits par Chaslin dans son concept de discordance. Or ce dernier présuppose que la congruence entre les divers domaines de la vie mentale et leurs liens avec la réalité est la situation « normale ». Bleuler pour sa part aborde la dissociation du point de vue de la pathologie. Force est de constater la forte proximité de ces deux concepts, si tenté que l'on soit d'attribuer, et ce malgré le désir profond de rester fidèle à la clinique, l'existence d'un concept psychopathologique y compris chez le père de cette notion de discordance en psychiatrie.

D : la discordance au fil des ans.

Bleuler évoque Chaslin lors du congrès tenu à Genève et Lausanne en 1926, trois ans donc après la mort du psychiatre français. Il y justifie le néologisme de schizophrénie et le met d'ailleurs en lien avec celui de folie discordante, qui aurait tout aussi bien pu être choisi.

Cependant pour le psychiatre suisse, la schizophrénie renvoie bel et bien à un groupe de maladies, et non de troubles mentaux comme l'évoquait Chaslin. Ce n'est pas une simple donnée scientifique mais nosographique.

H. Claude (1869-1945), qui fait cette conférence en compagnie de Bleuler, va d'ailleurs faire référence à Chaslin et surtout au terme de discordance comme un processus psychopathologique et non comme un syndrome clinique.

Notons néanmoins que le terme discordance ne dépassera pas les frontières françaises et que Bleuler ne l'intégrera pas dans la clinique de la schizophrénie, où le mot dissociation est pour lui celui qui correspond à sa théorie et aux descriptions cliniques. D'ailleurs le terme discordance ne sera jamais

traduit, ni en allemand ni en anglais, et ne se retrouve dans aucun manuel de psychiatrie autre que français. La renommée de Bleuler efface en effet pratiquement la portée des recherches de Chaslin. Mais si le signifiant est absent du vocabulaire de la psychiatrie étrangère, la notion de signes cliniques évoquant la discordance est présente. Ainsi les auteurs germaniques et anglo-saxons repèrent un défaut d'harmonie entre le contenu des affects et son expression émotionnelle. Ils décrivent aussi l'une des perturbations du langage qui est caractérisée par une salade de mots et l'appellent schizophasie, ce qui rappelle la folie discordante verbale.

Il faudra cependant attendre le DSM III pour retrouver les éléments cliniques sémiologiques de la discordance, bien que le terme lui-même n'apparaisse pas. C'est notamment l'explication de l'affect dans la schizophrénie qui fait référence à Chaslin puisqu'il est supposé pouvoir être émoussé, abrasé, inapproprié. Et c'est ce troisième qualificatif qui renvoie au psychiatre français, les deux premiers renvoyant aux signes déficitaires. Coïncidence ou non, le DSM III et Chaslin ont certes une approche très différente de la maladie mentale mais partagent le même désir d'être a-théorique et de ne pas exprimer de mécanismes physiopathologiques ou psychopathologiques ni aucune étiologie éventuelle.

La tradition psychiatrique française va presque paradoxalement être beaucoup moins conservatrice. Si le signifiant discordance est maintenu dans le vocabulaire médical jusqu'à nos jours, son aire sémantique va considérablement changer ne renvoyant plus guère ni à la clinique ni à la pathologie de folies discordantes décrites par Chaslin.

Bleuler influence beaucoup les psychiatres français et le signifiant de discordance ne se maintient dans la psychiatrie française que grâce à trois malentendus (LANTERI-LAURA 1992).

- D'abord c'est la difficulté à traduire le mot Spaltung, qui signifie métaphoriquement fendage, clivage, fissure, scissure, division, schisme, qui fut à l'origine du maintien du terme discordance dans le vocabulaire de la psychiatrie. En utilisant le mot discordance pour traduire Spaltung, les psychiatres français lui faisaient hériter de la valeur métaphorique du terme germanique. Ils placèrent donc Chaslin et Bleuler dans des positions synonymes malgré les différences nettes de leur point de vue, l'un sémiologique et l'autre psychopathologique.
- Ensuite H. Claude va se distinguer de Bleuler en disant qu'il existe à la fois des schizophrénies et des démences précoces, en en donnant une définition relativement floue. Cela poussera nombre de psychiatres français à (ré)utiliser le terme de folies discordantes, puis on changera le terme désuet de folies par celui de psychoses, en gardant dans un premier temps du moins celui de « discordantes ».
- Enfin le mot discordance revient en usage avec une aire sémantique modifiée. Dès 1934,

Henri Ey (1900-1977) cherche à faire de la discordance « la manifestation sémiotique unitaire du processus schizophrénique » selon G. Lantéri-Laura (1930-2004). Ey poursuit dans ce sens en 1955 dans un article de l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale (EMC), où le mot discordance désigne alors le groupement des signes négatifs qui résultent du trouble schizophrénique lui-même. Ce terme regroupe alors toute une partie de la symptomatologie en cause et constitue l'un des trois piliers de la schizophrénie. Le mot discordance réunit aussi les traits sémiologiques tels que l'ambivalence, la bizarrerie, l'impénétrabilité, etc... Il est le reflet de la vie psychique dissociée du patient souffrant de schizophrénie.

Le mot discordance réunit un ensemble de signes cliniques dans un processus psychopathologique bien résumé par S. Follin : « la discordance apparaît comme une altération globale et spécifique de l'activité psychique prise comme un tout. Elle est la nature contradictoire du mouvement même des processus psychiques » (LANTERI-LAURA 1992).

H. Ey dans son *Manuel de psychiatrie* de 1960 va décrire la discordance comme « [une] désagrégation [qui] peut se définir comme un désordre discordant des phénomènes psychiques qui ont perdu leur cohésion interne ». Il élargit le concept de discordance comme étant l'ensemble des éléments cliniques expliqués par le processus de dissociation, ce faisant il maintient la discordance dans l'aire sémiotique alors que la dissociation appartient au domaine de la psychopathologie. Mais H. Ey élargit parfois cette aire sémantique en réunissant ces deux aspects. Il dit notamment de la discordance que: « Cette « dissociation » dissèque et désagrège toutes les modalités de la vie psychique, de telle sorte que l'on peut décrire ses symptômes dans la sphère gnoséo-intellectuelle, dans la sphère instinctivo-affective, et dans la sphère du comportement. Mais s'il est nécessaire de décrire sur ces divers plans les effets de la dissociation schizophrénique, il importe également de ne pas perdre de vue que tous ces symptômes ont des caractères communs. » (EY 1968).

Ensuite T. Lemperière, A. Féline et leurs collaborateurs recourent, dans leur traité de psychiatrie, au terme de discordance dans un cadre sémantique qui unifie là aussi le processus psychopathologique aux signes cliniques que l'on regroupe sous ce terme. Pourtant c'est l'expression de syndrome dissociatif qui est retenue et qui est utilisée comme synonyme de discordance (LEMPERIERE, FELINE et coll. 2006).

Le *Manuel de psychiatrie* de J-D. Guelfi et de F. Rouillon décrit les symptômes de la schizophrénie en trois dimensions principales : psychotique, de désorganisation et négative. C'est la dimension de désorganisation qui renvoie bien évidemment à la discordance et dans laquelle on retrouve les troubles de la pensée, de l'affectivité et du comportement. Cependant d'autres modèles de la schizophrénie envisagent les signes cliniques la composant dans le cadre de cinq dimensions (Positive and Negative Syndrom Scale ou PANSS), voire de onze dimensions dont les troubles de la pensée, l'affect inapproprié, le comportement bizarre, la perte des limites, la désorientation, qui

pourraient réunir les symptômes de la discordance. Notons néanmoins que dans l'index le mot discordance n'apparaît qu'une seule fois et qu'il est remplacé, là aussi comme synonyme, par le mot désorganisation. L'inspiration nord-américaine est assurément présente puisque c'est le même terme de « disorganization » qui est régulièrement employé, à la fois dans le DSM-IV-TR dans l'item discours désorganisé, que dans les articles traitants de ce symptôme (APA 2000).

La discordance est donc un concept psychiatrique qui réunit à la fois des éléments cliniques, que les anglo-saxons décrivent sous le terme de désorganisation, mais aussi un concept psychopathologique, qui tente d'expliquer le mécanisme psychique pathologique responsable de ces symptômes. Ce concept est actuellement le trouble des associations des processus psychiques entre eux ce qui perturbe le lien entre ces processus psychiques et la réalité et le rend dis-harmonieux. Dans cette définition le concept de discordance reste dans le cadre des phénomènes mentaux mais son aire sémantique continue son évolution, comme le concept de schizophrénie. Il est possible d'envisager des liens entre ce cadre et celui des sciences cognitives, ou même l'élargissement de l'aire sémantique de la discordance, au risque cependant de perdre au final toute notion de la discordance.

Afin de rester dans le cadre de la définition proposée attardons nous désormais sur les signes cliniques constituant la discordance.

2 : évolution des signes cliniques caractérisants la discordance.

A : Chaslin et Bleuler.

Afin de comprendre l'évolution des éléments cliniques qui définissent le concept de discordance je propose de reprendre leur historique et de voir comment ils se retrouvent dans les différentes traditions psychiatriques.

C'est en décrivant les folies discordantes que Chaslin fait référence aux signes cliniques de discordance, il décrit ainsi quatre types de ces folies :

- L'hébéphrénie
- La folie paranoïde
- La catatonie
- La folie discordante verbale

Chaslin abordait la discordance de différents points de vue. Affectif d'abord, il a en effet été marqué par l'absence d'harmonie entre l'idée, issue d'un processus intellectuel, et l'affectivité qui lui est habituellement associée. Il évoque ainsi l'étrangeté du comportement de certains patients qui évoquent des éléments délirants sans fond émotif : « Mais là où elle est la plus frappante, c'est dans la démence précoce où le malade vous raconte, par exemple en souriant, qu'on vient de le couper en morceaux, etc. On voit que la discordance existe entre l'émotion et le délire. ». Puis c'est l'usage d'un langage non approprié ou inapproprié qu'il décrit, avec : « [l']emploi d'un langage qui n'est pas en rapport complet avec la pensée » chez un patient ayant pourtant reçu une éducation correcte au séminaire. Il expose aussi les néologismes, les écholalies et stéréotypies verbales, notamment dans la description des folies discordantes verbales (CHASLIN 1912).

Il a également été attentif aux réactions psychomotrices contradictoires au contenu du discours, il évoque ainsi des accès de colère brutaux et sans motif qui décrivent un manque d'harmonie entre les idées, les affects et le comportement.

Bleuler va parallèlement décrire plusieurs signes cliniques expliqués par sa dissociation ou Spaltung et qui font clairement partie de la discordance. Je conserverai ici le regroupement que fait le psychiatre suisse dans *Dementia praecox ou groupe des schizophrénies*.

Tout d'abord parmi les fonctions élémentaires altérées on retrouve :

- les associations qui expliquent l'étrangeté de la pensée. Les associations peuvent être

fortuites, par assonances, par fusion etc... Ces troubles conduisent à l'incohérence et il n'y a pas de cohésion logique. On note donc ici à la fois des troubles dans le système logique employé par les schizophrènes et aussi l'association d'idées sans rapport les unes aux autres. De plus Bleuler intègre dans cet aspect les barrages, les écholalies et les stéréotypies, donc des éléments du langage mais qui intègrent tous la sphère cognitive.

- L'affectivité qui regroupe des éléments de signes négatifs (indifférence affective) et des éléments de discordance : l'absence de congruence entre le contenu du discours et l'expression, la parathymie : c'est la réaction affective paradoxale et discordante dont le rire immotivé en est l'exemple le plus connu.
- L'ambivalence affective qui est la tendance du schizophrène « à considérer dans le même temps sous leurs deux aspects négatif et positif, les divers actes psychologiques ». Bleuler distingue ensuite l'ambivalence affective, l'ambivalence volitionnelle (ambitendance) c'est-à-dire dans les intention des actes, et l'ambivalence intellectuelle (contradiction du jugement).

Ensuite, et parmi les atteintes des fonctions complexes, on retrouve :

- L'aboulie qui est décrite dans les grandes lignes comme un symptôme négatif et non un signe de discordance, sauf quand Bleuler évoque la présence de barrages de la volonté menant à la stupeur catatonique où là on retrouve les éléments de discordance.
- Les altérations conceptuelles, décrites dans le paragraphe sur la démence schizophrénique, évoquent aussi la discordance où les idées sont pensées par fragments de façon irrégulière, impliquant des rapports éloignés mais omettant des faits en rapport immédiat. On retrouve ici le trouble du cours de la pensée.
- La conduite et l'attitude où des éléments de la symptomatologie négative sont décrits (défaut d'intérêt, manque d'initiative et de but déterminé) mais aussi des éléments de discordance : inadaptation à l'ambiance, bizarreries de l'attitude, originalité et soudaineté des caprices.

Enfin dans les symptômes accessoires, certains relèvent de la discordance comme :

- L'écriture et le langage qui sont altérés avec des barrages, une pauvreté idéique, une incohérence, une tendance à parler sans attendre ni se soucier de la réponse, un mutisme, des néologismes.
- Les signes catatoniques où le mutisme est à nouveau décrit mais associé à d'autres symptômes comme la catalepsie avec prises d'attitudes prolongées sur fond de rigidité musculaire, la stupeur, les stéréotypies, l'impulsivité avec des décharges d'excitation automatiques, l'automatisme qui renvoie au fait que le malade commet un acte sans le vouloir tout en étant conscient de ce qu'il fait et de ne pas le vouloir, le maniérisme où le malade emprunte des poses ou alors des rythmes ou intonations inadaptés dans son discours, le négativisme c'est-à-dire que le malade fait l'opposé de la réaction attendue (négative

quand on sollicite une action positive et inversement).

- Les états akinétiques, avec une présentation calme pouvant être rompue par un raptus catatonique, ou les états hyperkinétiques, avec des mouvements incessants sans action déterminée. Des stéréotypies et des gestes désordonnés sont ainsi décrits.
- Par la confusion et l'incohérence Bleuler évoque des symptômes dont les caractéristiques sont en partie différentes des définitions actuelles : on retrouve des propos décousus, des actes inachevés, des éléments de la catatonie.
- Les fugues qui sont des états d'agitation impulsifs sans explication.

B : évolution des signes cliniques de la discordance dans la tradition psychiatrique française.

H. Ey reprendra ces symptômes dans son *Traité de psychiatrie* où il décrira la discordance en quatre aspects:

1. Les caractères généraux qui regroupent l'ambivalence, la bizarrerie, l'impénétrabilité (trouble de la structure de la pensée, hermétisme des propos), le détachement (détaché du réel, repli à l'intérieur de soi, indifférence à l'extérieur). Ce dernier symptôme pourrait être considéré comme un signe négatif plus qu'un signe de discordance cependant.
 2. Les signes cliniques de la sphère de la pensée : Ey caractérise plusieurs troubles qui affectent le déroulement de la pensée.
- Le trouble des fonctions élémentaires et de la structure de la pensée : trouble de l'attention, la concentration, la mémoire, l'assimilation, la synthèse, les associations. Là aussi on peut évoquer que ces signes cliniques relèvent plutôt de troubles neurocognitifs, et bien que le champ épistémologique de la discordance sera peut-être amené à évoluer j'ai fait le choix, en accord avec la définition d'un processus psychopathologique et donc intrapsychique, de considérer ces signes cliniques comme n'étant pas des signes de discordance.
 - Le trouble du cours de la pensée et du champ de conscience : avec un ralentissement du flux des idées (barrage, fading mental) qui n'a pas de rapport avec le ralentissement psychomoteur, présence aussi d'idées incohérentes, de dénominations automatiques de mots sans but. Ces signes par contre sont clairement en rapport avec la discordance.
 - La distorsion du système verbal : on repère l'altération de la sémantique avec l'utilisation de paralogismes ou de néologismes, l'altération de la phonétique avec modification inadaptée des intonations et du rythme des paroles, l'altération de l'écriture avec un graphisme ou des ornements bizarres et des poèmes étranges, le détournement de la fonction de

communication du discours avec un manque de sens du discours sauf pour le patient, un mutisme, des réponses saugrenues.

- La distorsion du système logique : l'altération du vécu « de la réalité » conduit à un détachement par rapport au fonctionnement habituel de la pensée. L'altération des concepts (de causalité, de non contradiction, d'identité notamment) mène à des pensées magiques, à un abstractionnisme systématique c'est-à-dire à l'utilisation de concepts créés par le patient lui-même.
3. Les signes cliniques de la sphère de l'affectivité : on retrouve les caractères généraux appliqués à l'affectivité et avec en plus : l'altération des affects de base (indifférence affective, athymhormie, émoussement des affects, aboulie, désintérêt affectif). Là encore ces symptômes semblent être des signes cliniques négatifs et non de discordance.
- De plus il y a le négativisme (opposition aux sollicitations passive ou active), la régression instinctivo-affective (avec impulsivité et sexualité inadaptée), la pathologie des émotions avec froideur ou émotion très intense de façon inappropriée, la pathologie des sentiments avec une relation sentimentale avec les proches inappropriée (haine, hostilité inexplicables). Ces éléments cliniques peuvent relever eux par contre de la discordance.
4. Les signes cliniques de la sphère comportementale se caractérisent par les manifestations psychomotrices de l'ambivalence (mimique), de la bizarrerie (maniérisme, théâtralisme inadapté), de l'impénétrabilité (comportement étrange, imprévisible), du détachement (repli négativiste, automatisme, isolement, clinophilie, fugue). Pour cette dernière manifestation l'automatisme, le repli négativiste et la fugue sont les seuls éléments cliniques relevant de la discordance, les autres faisant référence aux signes cliniques négatifs. En plus on retrouve les stéréotypies et la stupeur catatonique, avec ou non catalepsie, liée pour Ey à l'ambivalence entre l'initiative de l'acte et sa suspension.

Lionel Waintraub, dans *Manuel de psychiatrie* dirigé par J-D. Guelfi et F. Rouillon, va exposer les éléments de discordance en évoquant le modèle dimensionnel de la schizophrénie composé par l'axe psychotique ou délirant, l'axe de désorganisation et l'axe autistique. Dans cette désorganisation on trouve les troubles du cours de la pensée, de l'affectivité et du comportement (GUELFY et ROUILLON 2007).

- Les troubles du cours de la pensée réunissent des éléments cliniques parfois très discrets, ou rendant à l'inverse le discours inaudible. Il y a une perturbation de l'enchaînement des idées avec des associations floues, lointaines, impénétrables, incongrues, absurdes, qui procèdent par simple assonance ou en coq à l'âne sans cohésion du discours (alors que dans l'état maniaque le coq à l'âne ne perturbe pas la cohésion du discours qui reste compréhensible,

mais comme accéléré). Les idées ne sont plus orientées vers un but et le discours peut être décousu, le relâchement des associations mène à des digressions avec des détails inutiles, inappropriés et multiples, le discours est alors décrit comme diffluent. La réponse du patient aux questions paraît d'abord indirecte, puis est souvent tangentielle voire tout à fait à côté. Le système logique du discours est aussi perturbé avec un rationalisme complètement hors de propos dit rationalisme morbide, pour reprendre l'expression d'Eugène Minkowski (1885-1972).

Le langage est aussi altéré avec parfois des abstractions, symboles et métaphores inadaptés à propos de sujets terre à terre pour d'autres personnes. On rencontre quelques paralogismes et de rares néologismes rendant le discours incohérent, allant jusqu'à la vergibération et la schizophasie, c'est-à-dire la salade de mots ou de phrases non liés entre eux et incompréhensibles.

- L'affectivité est atteinte de plusieurs façons. Dans son expression émotionnelle, la mimique notamment, qui peut être ambivalente, inadaptée, non motivée au contenu du discours. Les sentiments eux-mêmes exprimés à l'égard d'autrui peuvent être ambivalents ou excessifs, parfois c'est l'indifférence qui frappe mais bien dans un cadre de discordance entre ce qui serait attendu et ce qui est exprimé, et non dans un cadre d'émoussement affectif qui reflète la dimension négative.
- Le comportement discordant est surtout marqué par l'absence de but des actes, ou des actes incompréhensibles. De plus des comportements opposés aux normes sociales sans intention dans ce sens, notamment sexuels, sont notables. Le maniérisme étrange, les stéréotypies, la tenue inadaptée ou en désordre (à différencier de l'incurie qui est un signe de la dimension négative par manque de volition à prendre soin de soi), la présentation insolite, la fuite du regard, les agitations voire l'agressivité sans motivation apparente et souvent imprévisibles, les conduites sexuelles inadaptées sont également des éléments du comportement discordant.

C : évolution des signes cliniques de la discordance dans les traditions psychiatriques étrangères notamment anglo-saxonnes.

Les traditions psychiatriques étrangères, dans le monde occidental du moins, sont marquées par le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM) qui en est à sa quatrième édition révisée et dont la cinquième est en cours de rédaction. Néanmoins d'autres manuels de psychiatrie existent et je propose d'en analyser le contenu afin de repérer les signes cliniques de la discordance, qui seront évoqués sous le terme de désorganisation comme nous l'avons vu

précédemment.

Dans l'*American Handbook of Psychiatry* le Dr Arieti et ses collaborateurs décrivent divers éléments cliniques relatifs à la désorganisation et qui peuvent être regroupés ainsi :

- Dans la sphère comportementale on retrouve le maniérisme, des grimaces inadaptées, des actes sans but, des stéréotypies, des gestes impulsifs. La catatonie est aussi décrite avec la stupeur, la catalepsie c'est-à-dire le maintien dans une position fixée par l'examineur d'une partie du corps de façon flexible, le négativisme à savoir le fait que le patient fait l'opposé de ce qu'on lui demande sans pouvoir l'expliquer.
- Dans la sphère cognitive on retrouve essentiellement les troubles du langage avec les réponses à côté ou évasives, l'utilisation d'un discours abstrait et sans but approprié, les salades de mots avec des persévérations et des stéréotypies verbales, l'utilisation de néologismes, le mutisme, le « blocking » ou barrage. Sont également décrits les troubles de la logique avec le trouble des associations des idées.
- Dans la sphère affective les émotions inadéquates par rapport au discours, le ton émotionnel inapproprié, les sourires immotivés, les préoccupations excessives à propos du corps ou de certaines parties du corps sont également évoquées.

Dans *Introduction textbook of psychiatry*, Nancy C. Andreasen et Donald W. Black ajoutent dans la sphère comportementale les éléments cliniques sur le comportement sexuel inadapté, l'habillement inapproprié et l'agitation ou l'agressivité sans but apparent. Dans la sphère cognitive sont en plus décrits la pauvreté du discours et de son contenu c'est-à-dire que le patient a un débit de parole très faible sans opposition à parler, ou le patient a un discours qui « tourne en rond », très pauvre en information, répétant les mêmes éléments.

Le DSM-III-R parle de désorganisation dans les critères diagnostiques de la schizophrénie. On retrouve notamment les items suivants : incohérence ou relâchement net des associations, le comportement catatonique, l'affect abasé ou grossièrement inapproprié. Les syndromes prodromiques ou résiduels évoquent aussi la discordance dans le comportement nettement bizarre (par exemple collectionner les ordures, se parler en public, ou stocker les aliments); l'affect émoussé ou inapproprié (plutôt sur ce deuxième terme); le discours digressif, vague, trop élaboré, circonstancié ou pauvreté du discours, ou pauvreté du contenu du discours.

Le DSM-IV-TR est beaucoup moins précis dans ce domaine et n'évoque la discordance que dans les items *discours désorganisé* et *comportement grossièrement désorganisé ou catatonique*.

Le futur DSM V est en cours de réflexion et on perçoit déjà des éléments nouveaux, en rapport avec la discordance, disponibles sur le site internet de l'American Psychiatric Association. La catatonie y est notamment détaillée avec comme signes cliniques la composant : la catalepsie, la flexibilité cireuse, la stupeur, l'agitation, le mutisme, le négativisme, le maniérisme, les stéréotypies,

la tendance aux grimaces, les écholalies, les échopraxies, les postures inadaptées. De plus les critères diagnostiques de schizophrénie sont modifiés, et les items affects restreints ou diminués (restricted affect), manque d'initiative (avolition) et absence de liens sociaux (asociality) renvoient aux signes cliniques négatifs. A noter le maintien du critère B du diagnostic qui évoque la difficulté des patients à maintenir une activité à l'extérieur durablement, pour beaucoup d'auteurs ce symptôme entre dans le cadre de la discordance.

La classification internationale des maladies, dixième édition, relate les signes cliniques suivants en rapport avec la discordance :

Des distorsions fondamentales et caractéristiques de la pensée, des affects inappropriés ou émoussés, la survenue d'idées ou de conduites bizarres, une humeur superficielle, capricieuse ou incongrue avec une ambivalence. La stupeur et le négativisme en sont les manifestations.

Ensuite les signes cliniques sont classés en groupes de symptômes dont certains font référence à la discordance :

- Le groupe (f) : interruption ou altération par interpolations du cours de la pensée, rendant le discours incohérent et hors de propos, ou néologismes.
- Le groupe (g) : comportement catatonique : excitation, posture catatonique, flexibilité cireuse, négativisme, mutisme ou stupeur.
- Le groupe (h) : il réunit des symptômes négatifs mais aussi de discordance, notamment la pauvreté du discours et les réponses affectives inadéquates.

La CIM-10 évoque enfin plusieurs formes de schizophrénies où l'on retrouve les mêmes signes cliniques que ceux des Manuels de psychiatrie.

D : définition de la discordance.

Afin de proposer une description précise et claire des signes cliniques de la discordance je propose de les réunir sous trois groupes : la discordance cognitive, la discordance affective et la discordance comportementale.

1. La discordance cognitive comprend donc : le trouble du cours de la pensée avec un trouble du flux des idées par des barrages ou fading mental; avec un trouble des associations qui peuvent être floues, lointaines, impénétrables, incongrues, absurdes, procédant par simple assonance ou par coq à l'âne sans cohésion du discours; avec des digressions inutiles, une diffluence du discours, avec des réponses aux questions inappropriées, tangentielles voire à côté; avec un discours qui tourne en rond et qui est pauvre à la fois dans le contenu et dans la quantité de paroles émises. On retrouve aussi le trouble de la logique avec un rationalisme morbide rendant possiblement le discours hermétique, le patient a sa propre logique et est incapable de l'expliquer;

une ambivalence des concepts c'est-à-dire l'affirmation simultanée ou dans deux phrases successives de propos contradictoires; l'utilisation de termes très abstraits ou à l'inverse très concrets de façon inadaptée par rapport à son but. Enfin le trouble du langage se caractérise par la présence de paralogismes, néologismes, stéréotypies verbales, par l'altération de la phonétique avec modification inadaptée des intonations et du rythme des paroles (logorrhée brutale et impulsive faisant suite à un mutisme), par l'altération de l'écriture avec un graphisme incongru, des ornements bizarres et des poèmes étranges, le détournement de la fonction de communication du langage avec salades de mots, idées bizarres ou le patient qui soliloque.

2. La discordance affective se compose : de l'ambivalence affective avec sourires immotivés; de la présence de sentiments contradictoires simultanés exprimés à propos d'une même personne; de l'absence de congruence entre le contenu du discours et l'expression affective du patient; du négativisme c'est-à-dire le fait de faire le contraire de ce qui est demandé sans raison apparente ou expliquée; de la stupeur à savoir l'arrêt de toute activité physique volontaire; du mutisme; de préoccupations anxieuses exagérées ou inadaptées à propos du corps; du refus d'établir le contact avec évitement du regard, d'un isolement inapproprié; du manque d'initiative sans anhédonie ni aboulie et qui reflète le trouble des associations entre l'envie de faire une activité et le fait de la mettre en œuvre; de la manifestation excessive ou au contraire inexistante d'affect qui est inappropriée à la situation rencontrée.

3. La discordance comportementale est caractérisée par : la présence de mimiques inadaptées et sans relation avec l'affect ou l'idée du discours; l'exagération d'attitudes avec parfois un maniérisme inapproprié; les écholalies; l'agitation voire l'agressivité brutale et impulsive sans but ou sans explication; les stéréotypies comportementales; la présentation ou des tenues inadaptées et dont la fonction n'a pas de lien ni avec l'habillement, ni avec le délire; les conduites sociales et notamment sexuelles inappropriées et sans explication; l'impénétrabilité du comportement qui est étrange, imprévisible et incompréhensible.

L'aire sémantique de la discordance a donc évolué de Chaslin, où elle n'entendait que la description des signes cliniques, à nos jours où le processus psychopathologique expliquant ces signes s'y intègre. Cependant dès Chaslin on peut dire que cette évolution était envisagée, d'une part parce que cette absence de congruence, d'harmonie entre les différents éléments de la vie psychique et leur lien avec la réalité était déjà un axiome (psychopathologique) présumé par Chaslin, et le mot axiome n'est pas pris au hasard car il était passionné par les mathématiques. D'autre part, la volonté de Chaslin de créer un groupe *temporaire* des folies discordantes était accompagnée du désir de faire évoluer ce concept, centré précisément sur la discordance qui ne pouvait donc elle aussi échapper à un développement. Ajoutons enfin que les limites et les frontières de la psychiatrie

ne sont pas aisées à définir et qu'il en est de même pour les concepts dans ce domaine. Or si deux « écoles » se distinguent à l'heure actuelle : la première empirique, représentée par l'Association Américaine de Psychiatrie et son DSM, et la seconde influencée par la psychanalyse, dont le champ n'a cessé de s'étendre passant de la thérapie à la métapsychologie voire l'anthropologie générale et ce malgré les discussions qui la concerne, il apparaît qu'aucune ne peut délimiter précisément le champ de la psychiatrie qui est donc en constante évolution (LANTERI-LAURA 2003). Néanmoins les concepts théoriques actuels en psychiatrie sont de plus en plus intégratifs et tentent d'expliquer le lien entre les différents apports, neurobiologiques, neurocognitifs, psychopathologiques etc..., qui contribuent chacun à mieux comprendre nos patients et leur souffrance. Comment se positionne alors, en 2012, le concept de discordance?

S'il faut en donner une définition ce jour, on comprendra aisément qu'elle est contextuelle et temporaire car elle évoluera certainement avec la psychiatrie et le concept auquel elle est attachée, la schizophrénie. De plus, il apparaît que pour être sensible à cette discordance, il faut aussi admettre ce que présupposait Chaslin, à savoir que la concordance prédomine nos processus psychiques. La discordance est-elle alors la simple défaillance de ce fonctionnement « naturel » ou alors est-elle en soi un processus pathologique venant perturber les liens existant entre la réalité et les éléments de la vie psychique? Bleuler se positionnait pour l'existence d'un trouble des associations entre ces différents éléments mais cette position était à l'époque spéculative. Or à l'heure actuelle aucun processus psychopathologique n'a clairement été établi et les recherches se poursuivent dans ce domaine, avec peut-être même l'élargissement potentiel de l'aire sémantique de la discordance. Les troubles de la mémoire appartiennent en effet à une épistémologie différente, cependant de plus en plus d'études, notamment dans le domaine de la mémoire épisodique (RIZZO, DANION, VAN DER LINDEN et GRANGE 1996a et b), amènent à penser qu'un lien existe entre la discordance et ces troubles. Ce lien serait la non association des « circuits » neuronaux de la mémoire, constitués par des réseaux de neurones, dont l'interaction permet une intégration fonctionnelle des informations (OLLAT 1999). Des auteurs comme Danion J.M. et coll évoquent que le déficit de la récupération consciente des événements, chez les patients schizophrènes, résulte de leurs difficultés à en associer les différents éléments en une représentation mnésique cohérente, difficultés affectant en fait les processus d'encodage. Bien sûr ces hypothèses sont à étayer mais, dans le cadre d'une conception dimensionnelle et intégrative de la schizophrénie, elles ne peuvent plus être ignorées. De plus ces hypothèses ont aussi l'avantage d'unir la conception psychopathologique de la discordance, qui reflète le travail des phénomènes mentaux, à la conception structurelle cérébrale par le niveau cognitif, qui fonctionne avec ses propres lois et serait l'interface entre ces deux conceptions. Cependant il s'agit là simplement d'une des possibilités d'évolution du concept de discordance et qui pourrait tout aussi bien rester au niveau des processus

psychiques. Pour comprendre la relation entre ces différents abords, il faudrait pouvoir mettre en corrélation les phénomènes mentaux, mesurés par des tests psychométriques, et les opérations cognitives sous-jacentes, mesurées par d'autres méthodes spécifiques notamment dans le cadre du traitement de l'information. Si cette hypothèse est ici évoquée c'est parce qu'initialement mon intérêt s'est porté sur la relation entre les troubles mnésiques épisodiques des patients schizophrènes et la discordance. Or il n'existe aucun instrument psychométrique spécifique de la discordance validé, alors que de nombreux items d'autres échelles évoquent clairement ces signes cliniques. Le sujet de cette thèse s'est alors recentré sur la discordance et il apparaissait nécessaire dans un premier temps d'en éclaircir la définition.

Le mot dissociation renvoyait pour H. Ey au seul mécanisme psychopathologique alors que le mot discordance désignait les éléments cliniques qui lui correspondaient. Or nous venons de le voir, l'aire sémantique du mot discordance s'est élargie et le concept de discordance, chez les schizophrènes, est donc désormais à la fois un mécanisme psychopathologique basé sur la non association des processus psychiques entre eux et qui perturbe le lien entre ces processus psychiques et la réalité, et le regroupement de signes cliniques expliqués par ce mécanisme. Je conserverai cette définition en 2012 en excluant donc les aspects neurocognitifs, tout en gardant en tête que ce concept est, comme d'autres en psychiatrie, évolutif.

Le mot dissociation a vu aussi son aire sémantique évoluer, notamment avec la psychanalyse, et désigne aussi un tout autre trouble, névrotique celui-ci. Le terme de discordance est donc peut-être préférable à celui de dissociation dans le cadre de la schizophrénie.

Quant au mot désorganisation il semble être pris comme synonyme de discordance, sauf qu'il n'est employé que dans le cadre de descriptions cliniques et, de façon ironique, renvoie à l'aire sémantique originelle du signifiant discordance à l'époque de Chaslin. Peut-être devrions-nous en conserver l'utilisation pour désigner précisément ces signes cliniques, sans entendre aucun concept psychopathologique sous-jacent? Il n'en serait que plus aisé de communiquer avec nos confrères étrangers et notamment anglo-saxons, mais cela bien sûr reste une simple proposition.

Deuxième partie : la construction d'une échelle ordinale d'évaluation de la discordance.

A : pourquoi construire une échelle d'évaluation de la discordance?

1 : le diagnostic de la schizophrénie.

A : comment poser un diagnostic en psychiatrie?

George Lantéri-Laura explique la démarche diagnostique dans un article : *La connaissance clinique : histoire et structure en médecine et en psychiatrie* publié en 1982, et pour se faire il se base sur la démarche utilisée en médecine somatique. Il explique que la base de tout diagnostic est l'observation clinique des signes anormaux, traduisant un processus pathologique en cours. Pour cela il faut bien évidemment avoir une idée de ce que l'Homme sain peut être, car repérer un signe c'est distinguer la différence entre ce qui devrait être fait (normal) de ce qui l'est dans le contexte de la maladie. Aujourd'hui cela suppose une connaissance de la physiologie ainsi que des processus biochimiques qui lui sont associés. Ensuite le médecin s'aide des examens paracliniques qu'il a à sa disposition, en fonction des hypothèses diagnostiques qu'il a émises, et ce dans le but de confirmer ou d'éliminer ces hypothèses. Néanmoins on perçoit déjà que ces aspects sont particulièrement difficiles à appliquer dans le domaine de la psychiatrie car le « normal » et le « pathologique » n'ont pas de frontières clairement définies et, l'établissement du diagnostic d'une maladie va reposer sur des aspects cliniques constatés lors de l'examen du patient, mais aussi sur les informations apportées par l'entourage, son intégration sociale et professionnelle, sa culture, les normes sociales communément admises notamment.

De plus, en psychiatrie il n'existe pas d'examens complémentaires, biologiques ou d'imagerie (ce qui lors du propos de George Lantéri-Laura était encore en évaluation mais dont il avait bien présumé la non spécificité dans le cadre de la psychiatrie), capables d'aider au diagnostic de troubles psychiatriques primaires, c'est-à-dire dont l'origine, ou du moins le mécanisme pathologique, appartient au domaine de l'appareil psychique. La clinique est donc la seule source d'informations pour déterminer si ce que nous constatons relève du normal ou du pathologique, d'où l'évidente importance d'un bon entretien clinique en psychiatrie.

Cependant le développement d'examens psychométriques et d'échelles d'évaluation a permis

d'apporter des arguments supplémentaires pour porter certains diagnostics qui sont parfois difficiles à poser. Ces échelles permettent d'orienter l'entretien psychiatrique à la recherche d'éléments qui ne sont pas toujours aisés à déterminer. Comme le radiologue apprend à augmenter sa sensibilité visuelle à repérer les contrastes anormaux, le psychiatre doit aussi de nos jours aller chercher les informations dont il a besoin pour porter un diagnostic. On ne trouve après tout que ce que l'on cherche, et pour cela il faut apprendre à chercher les signes cliniques qui nous aideront à comprendre ce dont souffre le patient.

Les échelles d'évaluation de la symptomatologie ont connu un développement important depuis une soixantaine d'années. Elles peuvent aider à porter le diagnostic ou à l'évaluation de l'efficacité d'un traitement. Mais elles sont aussi utiles pour la recherche dans le domaine de la psychopathologie (BOUVARD et COTTRAUX 2010). Elles se différencient par leur objectif principal, leur contenu, leur mode de cotation ou le domaine de la pathologie qu'elles évaluent.

La plupart du temps une échelle possède un contenu capable d'enregistrer la symptomatologie présente au moment de sa passation mais pas exclusivement. Le mode de cotation dépend du type d'échelle utilisée. On retrouve ainsi les échelles dites dichotomiques qui, comme leur nom l'indique, ont une cotation en présent/absent. Les échelles graduées ont pour leur part une cotation qui permet d'évaluer l'intensité des symptômes soit à l'aide d'adjectifs comme absent, léger, important, ou alors diverses définitions de chacun des degrés sont proposées.

Selon la nature de la pathologie psychiatrique étudiée on retrouve des échelles d'appréciation globale, les inventaires de la symptomatologie et les échelles dites spécifiques d'une pathologie ou d'un symptôme donné comme les échelles d'anxiété ou de dépression.

Le type de mesure envisagé par ces échelles détermine aussi les analyses statistiques pratiquées à partir de leurs résultats numériques. Ainsi on retrouve les échelles nominales dont les chiffres désignent des catégories (de signes cliniques par exemple), les échelles ordinales où les chiffres indiquent un classement, notamment dans l'intensité du symptôme. Si l'intervalle entre deux chiffres de ce classement est constant on parle alors d'échelle d'intervalle.

Pour conclure ce paragraphe citons George Lantéri-Laura qui définit ainsi le diagnostic : « c'est l'opération logique, qui, en vue d'organiser le traitement, tente de déterminer quelle maladie atteint tel patient singulier, c'est-à-dire comment, sans rien perdre de toutes ses singularités, l'état de ce patient correspond à un certain modèle, déjà connu dans le savoir de la pathologie, à un moment donné. ».

B : la difficulté du diagnostic de schizophrénie.

Le groupe des schizophrénies constitue une pathologie mentale dont les limites ne sont pas clairement cernées, même plus d'un siècle après les premières descriptions cliniques la concernant. Bleuler évoquait déjà en 1906 que, s'il employait le mot schizophrénie au singulier, le groupe évoqué devait vraisemblablement contenir plusieurs maladies. Les difficultés à en cerner les limites sont relatives à plusieurs éléments.

D'abord la schizophrénie est toujours sujette à des discussions concernant la grande variabilité des expressions cliniques qui composent les regroupements syndromiques. Ces derniers sont d'ailleurs eux-mêmes instables car l'abord dimensionnel de la schizophrénie est en évolution, et même si le modèle à trois dimensions est le plus communément admis, il n'en reste pas moins que d'autres modèles à cinq et même onze dimensions ont été proposés. J'ajouterai que d'autres symptômes ne sont pas évoqués par ces trois dimensions, et un certain nombre de travaux statistiques confortent les modèles à cinq ou onze dimensions (GUELFY et ROUILLON 2007). De plus, même en se basant sur le modèle le plus fréquemment utilisé, deux de ses dimensions sont in-homogènes et parfois se confondent dans le cadre de la pratique clinique. Dans la première partie j'ai en effet régulièrement précisé que certains symptômes placés dans la dimension de désorganisation renvoyaient plutôt à la dimension négative, et inversement. Je terminerai en évoquant que d'autres signes cliniques sont de plus en plus souvent considérés comme faisant partie de ceux de la schizophrénie, à savoir les troubles neurocognitifs avec les troubles de la mémoire épisodique et de l'attention sélective notamment.

Ensuite l'étiologie de la schizophrénie n'est toujours pas identifiée et on sait désormais qu'elle est multifactorielle. Des aspects génétiques et des facteurs environnementaux pourraient combiner leurs effets et ainsi déterminer un phénotype pathologique. Ce modèle étiopathogénique complexe évoque donc qu'une vulnérabilité génétique, étayée par de nombreuses études sur les pathologies schizophréniques au sein de familles dont notamment celles concernant les jumeaux, se combine aux facteurs environnementaux, eux-mêmes évoqués dans diverses études comme celles sur les facteurs neurotrophiques (NGF ou Nerve Growth Factor, BDNF ou Brain Derived Neurotrophic Factor) et neurodégénératifs (absence de gliose, diminution du taux de Bcl-2 au niveau du cortex temporal), afin d'aboutir à l'expression de la maladie. Ce modèle suppose aussi une continuité entre le normal et le pathologique dans une perspective neurodéveloppementale, or ce concept reste encore l'objet de fortes discussions. Ajoutons que l'expression de la maladie est variable en fonction des atteintes évoquées ci-dessus, en fonction des processus psychiques mis en place par le patient pour affronter ces atteintes en question et aussi en fonction des mécanismes neurocognitifs qui font

l'interface entre les aspects neurobiologiques et intrapsychiques. Ce modèle intégratif est néanmoins toujours en cours d'étayage ce qui explique une partie des difficultés à bien délimiter le concept de schizophrénie.

Enfin poser le diagnostic de schizophrénie est très difficile par moment alors qu'à d'autre, il est presque évident. La variabilité clinique est en effet en lien avec cette difficulté, à laquelle s'ajoute l'absence d'examen paracliniques contribuant significativement au diagnostic. Les symptômes de la schizophrénie sont parfois subtils et complexes à repérer, et leur appréciation exige une certaine expérience clinique et la prise en compte d'éléments culturels et sociaux. Ne voyons-nous pas en effet, par exemple, un grand nombre de personnes d'origine asiatique conserver un sourire malgré l'évocation de mauvaises nouvelles? Cependant évoquer ici cette discordance apparente comme pathologique serait une erreur car cette réaction est culturellement adaptée. De plus la question du diagnostic positif de schizophrénie ne se pose pas de la même façon si l'anamnèse, l'âge de début des troubles et les antécédents nous confortent dans notre hypothèse, alors qu'à d'autres moments la première rencontre avec le monde de la psychiatrie sera tardive. Le retentissement de la maladie sur la vie affective, professionnelle et sociale du patient sera cependant rapide dans l'évolution de la maladie et peut-être même le point d'appel initial du diagnostic.

Les symptômes de la schizophrénie ne sont nullement pathognomoniques et les diagnostics différentiels à éliminer sont assez nombreux. Face à des troubles de l'humeur qui évolueraient de façon cyclique on devra envisager le trouble bipolaire, la qualité des périodes de rémissions, notamment sur le plan socio-professionnel sera d'importance pour porter le diagnostic. Le critère de durée est aussi important pour éliminer un trouble psychotique bref ou schizophréniforme; de même pour la présence de trouble de l'humeur mais avec une qualité de vie altérée qui pourrait évoquer un trouble schizoaffectif. L'absence de la dimension négative et de désorganisation avec des thèmes délirants de persécution devra faire suspecter un autre trouble psychotique notamment paranoïaque. De plus, lorsque certains symptômes ne permettent pas d'en déterminer le moment précis d'apparition, et qu'ils font peu parler d'eux, un trouble de personnalité de type schizoïde ou schizotypique peut être évoqué. Et bien sûr tout diagnostic d'un trouble psychotique, et de maladies mentales en général d'ailleurs, doit faire éliminer au préalable une pathologie organique ou toxique.

Afin d'aider les psychiatres à poser ce diagnostic délicat qu'est la schizophrénie, plusieurs outils ont été proposés et deux sont particulièrement utilisés : le DSM-IV-TR et la CIM-10 (cf annexe deux), précisons cependant ici que ces outils ont été constitués dans des conceptions différentes de la maladie mais qu'ils recourent les mêmes symptômes et que porter le diagnostic avec l'un de ces outils, portera le même diagnostic avec l'autre de façon quasiment superposée.

Des échelles d'évaluation de mesure de l'intensité des symptômes ont été créées afin d'orienter plus facilement la recherche des signes cliniques essentiels au diagnostic lors de l'entretien psychiatrique. On retrouve ainsi la Brief Psychiatric Rating Scale ou BPRS (cf annexe 3) publiée en 1962 et possédant 18 items. Sa structure factorielle est stable et elle est sensible au changement de traitement. La Positive And Negative Syndrome Scale ou PANSS (cf annexe 4) date de 1987 et comporte 30 items, 7 dans les aspects positifs, 7 dans les négatifs et 16 dans ceux de psychopathologie générale. Là aussi la validité et la fidélité de l'échelle ont été vérifiées par plusieurs études psychométriques. La Scale for the Assessment of Negative Symptoms ou SANS (cf annexe 5) a été publiée en 1982 et est constituée de 25 items répartis en cinq symptômes globaux : alogie, retrait ou pauvreté affective, avolition-apathie, anhédonie-retrait social, attention. Elle possède une bonne fidélité inter-juge et une bonne cohérence interne. En complément de cette dernière fut créé en 1984 la Scale for the Assessment of Positive Symptoms ou SAPS (cf annexe 6), elle comporte 34 items répartis en quatre symptômes globaux : hallucinations, idées délirantes, comportement bizarre, troubles de la pensée formelle non déficitaire. Là aussi la fidélité inter-juge et la cohérence interne sont satisfaisantes. Ce qui est remarquable dans ces outils c'est que de nombreux items se rapportent à la discordance, mais qu'il n'en existe aucune qui soit spécifique de ce syndrome. Or comme le diagnostic de la schizophrénie est parfois difficile à poser, on peut supposer qu'avoir un outil plus spécifique de la discordance pourrait, dans les cas complexes où la désorganisation n'est précisément pas aisée à repérer, aider à identifier les signes cliniques de discordance et donc à affiner le diagnostic porté. Voici un premier intérêt non négligeable du concept de discordance.

2 : l'effet des traitements médicamenteux sur les signes cliniques de discordance.

A : quelles sont les difficultés rencontrées pour évaluer les traitements médicamenteux par les échelles psychométriques dans la schizophrénie?

La chlorpromazine est historiquement le premier traitement neuroleptique à avoir été utilisé en psychiatrie, néanmoins non dans le but d'apaiser les patients autrement que sur le plan de l'agitation, mais bien pour tester une hypothèse pathogénique émise par Jean Delay (1907-1987) et Pierre Denicker (1917-1998) en 1952. Les états d'excitation et confusionnel sont alors améliorés, et non uniquement les états d'agitation. Aucun effet n'est constaté vis-à-vis de la dépression mais des états délirants, notamment de patients schizophrènes, sont apaisés. De nombreuses recherches ont alors débuté dans ce domaine, devenu aujourd'hui incontournable dans notre pratique de la psychiatrie.

Or très vite il est apparu qu'un traitement médicamenteux entraîne deux effets conjugués, l'un pharmacologique à proprement parler et l'autre placebo, qui peut être positif ou négatif c'est-à-dire qu'il renforce ou diminue l'effet pharmacologique. L'effet placebo varie en fonction de divers facteurs comme les réactions psychologiques et psychopathologiques du patient ou encore les convictions du médecin.

De plus en psychiatrie le traitement médicamenteux ne représente qu'une partie des soins apportés au patient, car s'ajoutent en effet les psychothérapies (individuelles, familiales, de groupe) et le traitement institutionnel. Il est d'emblée important de signaler que chaque établissement doit faire face à ses atouts et ses difficultés institutionnels qui lui sont propres, et les psychothérapies ont différentes modalités (analytiques, cognitivo-comportementales, systémiques, individuelles ou de groupe) qui ne peuvent se comparer les unes par rapport aux autres. Donc quand un traitement médicamenteux est évalué, les thérapies adjacentes le sont aussi et la variance de la mesure d'un effet du médicament comprend aussi toutes les variabilités de ces divers facteurs (POSTEL et QUETEL 2004). Il m'apparaissait important de noter la relative prudence avec laquelle les études concernant l'efficacité des traitements médicamenteux doivent être interprétées.

A ce préambule il convient d'ajouter que l'utilisation d'échelles psychométriques n'est pas toujours adaptée. D'une part le choix de l'échelle utilisée est important car, comme nous le verrons plus en détail dans la troisième partie, il existe de nombreux critères permettant d'évaluer les échelles psychométriques. Il est donc important de choisir une échelle ayant fait l'objet de

nombreuses études confirmant la validité, la reproductibilité et la stabilité de la structure factorielle de l'échelle.

D'autre part, les échelles employées ne reflètent pas toujours précisément ce que l'on cherche à mettre en évidence. Il apparaît notamment que les signes cliniques dit positifs ou négatifs, et pour ceux qui nous concernent : de désorganisation, ne sont pas toujours bien repérés au sein de ces diverses échelles. La définition même du regroupement syndromique employée n'est pas toujours communément admise et apparaît variable en fonction des études, ainsi les signes cliniques qui composent cette définition ne seront pas toujours les mêmes.

De plus un même signe clinique peut se retrouver dans différentes définitions de regroupements syndromiques. D'abord parce que plusieurs syndromes différents peuvent être définis par des signes cliniques communs, l'association de ces différents signes caractérisant le syndrome. Ensuite en raison du « flou » autour de la définition du signe clinique lui-même, qui dans certains cas, et nous l'avons bien vu en première partie, peut se comprendre de façons différentes ou être difficile à repérer cliniquement. Ainsi les signes cliniques négatifs sont parfois associés aux signes de discordance voire même aux signes cliniques positifs (NICHOLSON, CHAPMAN et NEUFELD 1995). L'item n°7 maniérismes et posture constitue en ce sens un exemple flagrant. Clairement en rapport avec la désorganisation dans la définition proposée en première partie et reconnu comme tel par nombre d'auteurs, il se retrouve néanmoins parmi les signes cliniques négatifs et aussi positifs dans diverses études. Il conviendra donc de bien repérer les différents items utilisés dans l'évaluation des traitements médicamenteux ainsi que la définition qu'en font les auteurs avant de conclure à une efficacité ou non d'un traitement médicamenteux sur les signes cliniques de discordance.

Cependant ces éléments ne sont que rarement vérifiables, la majeure partie des études traite en effet de l'efficacité thérapeutique des médicaments en prenant en compte la baisse globale du score de BPRS. De plus le pourcentage de cette baisse, considéré comme significatif, ne fait pas l'objet d'un consensus et varie d'une étude à l'autre. Il semblerait qu'une diminution minimum de 50% du score total de la BPRS soit nécessaire pour considérer qu'un épisode aigu, initial ou de décompensation, soit nécessaire pour considérer l'effet thérapeutique des traitements comme efficace cliniquement (LEUCHT, KANE, KISSLING, HAMANN, ETSCHERL et ENGEL 2005). Certains auteurs français traitent également des effets cliniques des neuroleptiques. Delay et Denicker établirent une classification basée sur trois axes principaux : l'effet sédatif, l'effet réductrice des mécanismes psychotiques « productifs » et notamment le délire et les hallucinations, et enfin l'action « désinhibitrice » efficace sur l'inertie psychotique.

Le modèle le plus intéressant dans le cadre de la discordance est celui de Kapsambelis et Ginestet : il propose en effet trois axes d'actions thérapeutiques « de fond » des neuroleptiques qui se

combinent de façon variable dans l'effet clinique final. On retrouve ainsi l'effet angolytique qui représente l'action anxiolytique spécifique sur l'angoisse psychotique, l'effet psychoréorganisateur qui réduit la désorganisation psychique de certains états psychopathologiques comme la psychose aiguë et la schizophrénie, et enfin l'effet thymoleptique qui atténue les états d'hyperthymie et de sthénicité passionnelle. On constate dans ce modèle que les auteurs avaient noté l'efficacité clinique des traitements neuroleptiques sur la discordance, en évoquant l'effet psychoréorganisateur et l'amélioration de la désorganisation psychique dans la schizophrénie (GINESTET et KAPSAMBELIS 1996).

Fort de ces éléments, diverses études nous permettent de conclure à l'efficacité des neuroleptiques sur les éléments cliniques de la schizophrénie, qu'ils relèvent des dimensions psychotiques, négatives ou de désorganisation. Cependant ces dernières années se sont développés les traitements antipsychotiques de deuxième voire troisième génération. On retrouve ainsi l'amisulpride, l'olanzapine, la rispéridone, l'aripiprazole, le sulpiride et la clozapine même si ce dernier produit est relativement ancien. La quétiapine vient d'être récemment commercialisée en France depuis novembre 2011, le recul sur son efficacité nous vient donc principalement des pays anglo-saxons où son utilisation est régulière depuis plusieurs années. Tous les antipsychotiques sont aussi efficaces que les neuroleptiques classiques sur les symptômes productifs mais produisent nettement moins d'effets indésirables parkinsoniens. De plus ils permettent aussi une meilleure amélioration des symptômes négatifs et de désorganisation que les neuroleptiques traditionnels, cependant les critères définissant ces symptômes varient d'une étude à l'autre et certaines affirment une efficacité identique des neuroleptiques classiques dans toutes les dimensions de la schizophrénie (TANDON, BELMAKER, GATTAZ, LOPEZ-IBOR Jr, OKASHA, SINGH, STEIN, OLIE, FLEISCHHACKER et MOELLER 2008). On constate donc une hétérogénéité entre les divers essais cliniques thérapeutiques comparant les neuroleptiques classiques et les antipsychotiques.

Les modes d'action des antipsychotiques ne sont pas tous identiques. L'amisulpride est antagoniste du récepteur D2 de la dopamine, la rispéridone et l'olanzapine sont en plus antagonistes des récepteurs sérotoninergiques 5-HT₂. La clozapine a une forte affinité pour les récepteurs D4 de la dopamine et est utilisée dans les formes résistantes de la schizophrénie. L'aripiprazole est particulier car c'est un agoniste partiel des récepteurs dopaminergiques et un antagoniste des récepteurs sérotoninergiques 5-HT₂.

Mais si les mécanismes d'action varient, la différence entre ces différents antipsychotiques ne se retrouvent pas, pour le moment du moins, dans les essais cliniques sur l'efficacité thérapeutique. Certaines études vont conclure à une meilleure efficacité d'un antipsychotique plutôt qu'un autre,

mais seront démenties par d'autres études dont la puissance et les biais méthodologiques seront proches (LEUCHT, PITSCHEL-WALZ, ENGEL et KISSLING 2002).

Les difficultés à choisir la bonne échelle psychométrique peuvent être rapidement évincées si nous tenons compte des études concernant la validité, la reproductibilité et la structure factorielle de ces échelles. Cependant même si l'échelle est validée, elle ne reflète pas toujours ce que nous recherchons et des sous-échelles apparaissent nécessaires. Or les définitions de ces sous-échelles ne sont pas consensuelles et varient d'un essai clinique à l'autre.

De plus le critère d'efficacité clinique est lui aussi variable et les différences entre les neuroleptiques classiques et les antipsychotiques, ou même entre les différents antipsychotiques eux-mêmes, ne sont pas clairement établies sur ce plan. Ces difficultés nous amènent donc à aborder l'efficacité clinique des traitements médicamenteux en tenant compte des items relatifs à la discordance et des critères d'efficacité employés.

B : évaluation de l'efficacité des traitements médicamenteux sur la discordance.

Comme précisé ci-dessus, très peu d'études se sont spécifiquement intéressées à dégager les items les plus pertinents concernant les signes de discordance, et c'est en analysant les études détaillant les items, sans que ce soient leurs intentions, que nous pouvons évoquer l'efficacité des antipsychotiques sur ces symptômes. On retrouve ainsi des essais cliniques montrant non seulement une baisse significative du score total de la PANSS ou la BPRS, mais aussi des études qui analysent la baisse des items relatifs aux sous-échelles positive, négative et de psychopathologie générale de la PANSS (SECHTER, PEUSKENS, FLEUROT, REIN, LECRUBIER et coll. 2002), ou des items relatifs à des regroupements des symptômes positifs, négatifs ou de désorganisation de la BPRS, ou encore des items de la SANS ou de la SAPS (GUREJE et coll. 2003).

Quelques études se sont intéressées aux aspects cliniques des trois dimensions de la schizophrénie et au moyen de les évaluer. Dans une études sur les patterns de symptômes chez des patients schizophrènes naïfs de traitement (PERALTA, CUESTA, MARTINEZ-LARREA, SERRANO 2001), certains items ont été désignés pour décrire précisément des signes de désorganisation : comportement bizarre (item n°25 de la SAPS), trouble de la pensée formelle (item n°34 de la SAPS) : rappelons que ces deux items évaluent globalement les troubles correspondants, trouble de l'attention (item n°25 de la SANS) : c'est un item qui me semble en rapport avec les troubles cognitifs dont les liens avec la discordance, bien qu'existants, ne sont pas encore clairement définis, et s'ajoute enfin l'affect inapproprié (item n°6 de la SANS). D'autres

items désignent spécifiquement les signes cliniques négatifs et d'autres encore les signes cliniques psychotiques. Les items en rapport avec la discordance ont été évalués d'une part en terme de prévalence et d'autre part en terme d'intensité, avant et après traitement médicamenteux en monothérapie, soit par halopéridol, par olanzapine ou par rispéridone. Néanmoins le but principal de l'étude est d'étudier la stabilité du modèle tridimensionnel de la schizophrénie et non l'efficacité des traitements. On note ainsi la stabilité des signes cliniques négatifs et de discordance tout au long de l'évolution clinique de la maladie.

De plus on retrouve dans cette étude une corrélation importante entre les signes cliniques négatifs et les signes de désorganisation. Cette corrélation existe à la fois avant la mise en route de traitement, dans le cadre de patient n'ayant jamais reçu de traitement ou en rupture depuis au moins un mois, mais aussi après la mise en route de traitement. Cette corrélation marque la tendance des signes cliniques négatifs et de désorganisation à évoluer de façon proche (PERALTA, CUESTA, MARTINEZ-LARREA, SERRANO 2001). Grâce à cette corrélation, même si dans de nombreuses études les items composant les signes de désorganisation recoupent ceux de signes cliniques négatifs et inversement, on peut considérer que si l'un de ces regroupements évolue favorablement alors c'est chacun des items le composant qui évolue également favorablement. Par contre cette corrélation est faible entre les signes cliniques de la dimension psychotique et ceux des deux autres dimensions. Donc dans les nombreuses études qui ont mis en lien les signes cliniques psychotiques et ceux de la désorganisation sous le regroupement « signes positifs », on peut s'interroger sur la conclusion à porter vis-à-vis des signes cliniques de discordance. Nous allons donc nous intéresser aux études ayant analysé des sous-échelles dont les items relatifs aux symptômes de désorganisation ou aux signes cliniques négatifs sont associés.

Ce sont les études comparatives de traitements qui apportent les informations les plus éloquentes concernant l'efficacité des traitements médicamenteux sur la discordance. Bien que ce ne soit pas le but de ces études, elles montrent une amélioration significative des signes cliniques évalués par la PANSS ou la BPRS.

Pour la PANSS on retrouve notamment à la fois une amélioration du score total, mais aussi des échelles négatives et de psychopathologie, à la fois pour les antipsychotiques que les neuroleptiques classiques. L'échelle négative comporte des items en relation avec la discordance :

- l'item n°N5 relatif aux difficultés d'abstraction
- l'item n°N6 caractérise l'absence de spontanéité et de fluidité dans la conversation
- et l'item n°N7 évoquant les pensées stéréotypées.

La sous-échelle générale n'est pas spécifique des symptômes de la discordance et, même si une amélioration du score de cette sous-échelle est constatée, je ne peux conclure avec certitude

concernant les signes cliniques de discordance car la corrélation entre les items généraux et ceux qui sont relatifs à la discordance n'a pas été étudiée; de plus elle serait probablement trop faible vu les éléments cliniques composants cette sous-échelle générale (LIEBERMAN, TOLLEFSON, TOHEN, GREEN, GUR, KAHN, McEVOY, PERKINS, SHARMA, ZIPURSKY, WEI, HAMER, et coll. 2003).

Le score de la sous-échelle positive de la PANSS peut aussi être significativement diminué, en corrélation avec une amélioration clinique significative dans d'autres études. On y retrouve notamment l'item de désorganisation conceptuelle qui est régulièrement évoqué dans les études pour parler des signes de désorganisation.

Enfin la BPRS est une échelle également régulièrement utilisée pour évaluer l'efficacité des antipsychotiques ou des neuroleptiques. Elle est aussi subdivisée en sous-échelle positive et négative, de façon variable en fonction des études. Néanmoins plusieurs études reprennent les mêmes définitions de ces sous-échelles et montrent une efficacité à la fois des antipsychotiques et des neuroleptiques sur les signes cliniques composant la sous-échelle BPRS positive (désorganisation conceptuelle, méfiance, comportement hallucinatoire et pensées inhabituelles) ainsi que la sous-échelle BPRS négative (retrait affectif, ralentissement moteur et émoussement affectif). Pour cette dernière sous-échelle négative de la BPRS, les signes cliniques relèvent clairement des signes négatifs et non de la discordance, par contre pour la sous-échelle positive de la BPRS, deux symptômes sont clairement évocateurs de la désorganisation à savoir la désorganisation conceptuelle et les pensées inhabituelles (BEASLEY, TOLLESON, TRAN, SATTERLEE, SANGER, HAMILTON et THE OLANZAPINE HGAD STUDY GROUP 1996).

Toutes ces études montrent que les traitements médicamenteux, que ce soient les antipsychotiques ou les neuroleptiques, peuvent être efficaces sur les signes cliniques de discordance. Cependant en l'absence d'échelle spécifique évaluant la désorganisation, il est impossible de confirmer ces éléments sur l'ensemble des signes cliniques, ni d'ailleurs d'essayer de repérer les symptômes qui sont le plus modifiés par les traitements.

L'échelle nominale de DANET et MARIE-CARADINE (cf annexe 7) est très intéressante pour poser le diagnostic de discordance, elle se caractérise par 29 items dont on note la présence ou l'absence. Si 10 items au moins sont présents alors le patient présente un syndrome de discordance. Néanmoins cette échelle se révèle insuffisante pour évaluer l'efficacité des traitements, médicamenteux ou non. De part le type d'échelle même, à savoir « nominale », l'échelle de DANET et MARIE-CARADINE engendre en effet des faux positifs et faux négatifs dans le cadre de l'évaluation des traitements. D'ailleurs dans leur conclusion, les auteurs évoquent la création de sous-scores de sévérité de la discordance (DANET et MARIE-CARDINE 2003).

- Les faux positifs sont liés au fait que les traitements ne font pas disparaître totalement les signes cliniques de la discordance, donc les items sont cotés comme « présents », et s'ils sont 10 au moins l'examineur conclura à une inefficacité du traitement avec l'échelle nominale de discordance. Or avec une échelle ordinale, on mesure l'intensité des symptômes qui peut fortement diminuer, et permettre une amélioration de la qualité de vie du patient. La différence entre l'intensité des signes cliniques avant et après traitement peut en effet se révéler significative et montrer une amélioration des symptômes sous traitement.
- Quant aux faux négatifs ils sont engendrés par le fait inverse, le nombre total d'items présents peut être inférieur au seuil requis pour valider la présence de discordance, mais l'intensité des symptômes présents peut être forte et donner un score total, sur une échelle ordinale, qui ne sera pas significativement différent de celui avant traitement.

Nous constatons donc deux grands intérêts à l'établissement d'une échelle ordinale de discordance. D'une part cette échelle pourrait aider à repérer les signes cliniques de désorganisation qui ne sont pas toujours aisés, ni à identifier, ni à distinguer les uns des autres et surtout des signes cliniques négatifs. Les études le montrent d'ailleurs, l'absence d'échelle ordinale de discordance gêne les psychiatres, français mais aussi anglo-saxons et « occidentaux » en général, qui confondent parfois ces différents signes et associent même la dimension positive à celle de la désorganisation par moment. Pour ce seul intérêt l'échelle nominale de discordance de DANET et MARIE-CARADINE est en soi suffisante, d'autant plus qu'elle a montré une stabilité dans sa structure quadri-dimensionnelle (DANET et MARIE-CARDINE 2003).

D'autre part, l'évaluation de l'efficacité des traitements dans la schizophrénie nécessite la construction d'une échelle d'évaluation de la discordance, car cette dimension est reconnue par un grand nombre d'auteurs comme faisant partie intégrante de la schizophrénie et des troubles schizophréniformes. Or il est parfois difficile d'en distinguer les signes cliniques de certains symptômes négatifs, et surtout d'en évaluer l'intensité. Une échelle ordinale permettrait d'apporter un support aux cliniciens dans ce cadre. Comme nous venons de le voir, une échelle nominale, de part le type d'échelle lui-même, ne peut remplir cette fonction.

J'ajouterai même que dans le cadre de la recherche, une échelle ordinale de discordance peut représenter un intérêt pour faire évoluer le concept. Et avec les nombreuses études actuelles qui tentent de lier les signes cliniques neurocognitifs à ceux de la désorganisation, il apparaît qu'une échelle ordinale centrée sur les signes cliniques de la discordance pourrait aider à évaluer la corrélation entre ces symptômes, et sans doute même dans le cadre d'autres types d'études.

Nous allons maintenant nous intéresser à la façon de construire une telle échelle.

B : comment construire une échelle d'évaluation de la discordance?

1 : analyse des items des échelles existantes en comparaison à la définition proposée de la discordance.

A : analyse des items des échelles diagnostiques des troubles mentaux, notamment psychotiques.

Je propose dans cette sous-partie d'analyser les différents items constituant les échelles que j'ai mentionnées précédemment afin de repérer ceux qui font référence à la discordance. Ainsi nous pourrions identifier les items qui, d'une part sont acceptés par de nombreux psychiatres et qui, d'autre part renvoient aux éléments cliniques de la définition évoquée en première partie.

La BPRS regroupe 18 items dont plusieurs sont évocateurs de signes cliniques de désorganisation. Le premier item évoque les préoccupations somatiques même si ces préoccupations ne sont pas fondées. Cela peut évoquer la discordance entre l'anxiété et l'idée de ne pas avoir de troubles somatiques fondés. Cependant ce n'est pas dans un cadre délirant qu'il faut entendre cela et distinguer le délire hypocondriaque peut se révéler difficile dans ce contexte.

L'item n°2 sur l'anxiété exagérée sans prendre en compte les défenses névrotiques ou les signes physiques évoque un signe clinique qui peut être en lien avec la discordance mais pas de façon spécifique. Cet item renvoie en effet dans de nombreuses études à l'anxiété du syndrome dépressif.

L'item n°3 parle du retrait affectif au sens où un manque de contact avec inadaptation à la situation est présent. Cet item évoque clairement le refus de contact du schizophrène et la tendance à l'isolement, sans tenir compte du repli affectif et de l'anhédonie, et entre donc dans le cadre de la discordance.

L'item n°4 en est lui aussi évocateur mais dans un aspect cognitif. Il évoque la désorganisation conceptuelle évoquée notamment par les troubles de la production verbale. Il évoque le trouble du cours de la pensée et celui du langage, sans les distinguer cependant.

L'item n°7 évoque clairement la désorganisation par son titre même : maniérisme et attitude et dont la description correspond à celle évoquée dans la définition.

L'item n°13 évoque le ralentissement moteur avec baisse de la sthénie à la fois dans la lenteur du mouvement et du langage. Les gestes peuvent même devenir rares. Cela évoque d'une part des aspects cliniques de la discordance comportementale et d'autre part ceux de la discordance cognitive avec la diminution du débit verbal.

L'item n°14 intitulé non coopération évoque le négativisme de la catatonie.

L'item n°15 évoque les idées insolites et bizarres mais il y est précisé de ne pas tenir compte de la désorganisation du cours de la pensée. La présence de cet item semble donc renvoyer à la dimension délirante.

L'item n°16 évoque l'émoussement affectif et donc un signe clinique négatif.

L'item n°17 relate clairement un aspect de la discordance comportementale en parlant d'excitation et d'élévation de la tonalité émotionnelle. De même l'accélération du débit de parole brutale est évoquée, ce que j'ai évoqué en parlant de logorrhée non congruente à l'humeur dans la définition.

L'item n°18 parle de désorientation avec confusion de lieux, de personnes, d'événements. Cet item peut renvoyer aux aspects de troubles de l'attention et de la mémoire épisodique, mais j'ai choisi de laisser ces aspects neurocognitifs hors de la définition que j'ai proposée.

La PANSS se compose de 30 items et les sept premiers sont relatifs à l'échelle positive. Deux d'entre eux évoquent la discordance à savoir l'item n°2, relatif à la désorganisation conceptuelle c'est-à-dire aux signes cliniques de discordance cognitive du trouble du cours de la pensée, et l'item n°4 sur l'excitation qui peut être brutale et sans raison expliquée.

Les sept items suivants appartiennent à l'échelle négative et là encore certains d'entre eux sont évocateurs de la discordance. L'item n°5 évoque les difficultés d'abstraction qui peuvent faire référence à un discours trop concret et difficilement audible. L'item n°6 parle du manque de spontanéité et peut en partie relater les difficultés à prendre l'initiative malgré une volonté intacte.

Enfin l'item n°7 évoque clairement la discordance par les pensées stéréotypées.

Les items n°15 à 30 évaluent la psychopathologie générale et on retrouve les préoccupations somatiques et l'anxiété dans les deux premiers items. L'item n°5 parle du maniérisme et des troubles de la posture, les n°8 et 9 du manque de coopération (négativisme) et du contenu inhabituel de la pensée avec des pensées insolites et bizarres, et enfin le n°14 traite du mauvais contrôle pulsionnel et donc de l'agressivité ou agitation sans but et brutale, impulsive.

L'échelle d'évaluation détaillée des états mentaux à risque, ou Comprehensive Assessment of at risk mental states (CAARMS), a été proposée en 2006 par A. Yung, L. Phillips, M.B. Simmons, J. Ward, K. Thompson, P. French, P. McGorry qui travaillent à l'Université de Melbourne, dans le département de psychiatrie. Elle a été traduite en français par M.O. Krebs, D. Willard, C. Elkhazen, M. Kazès M.J. Marois, P. Conus.

Ses objectifs sont de déterminer si le sujet remplit les critères d'"état mental à risque", d'exclure ou de confirmer les critères d'une psychose aiguë, d'explorer l'évolution au cours du temps d'un ensemble de facteurs psychopathologiques et fonctionnels chez des sujets jeunes, à risque

extrêmement élevé de développer un trouble psychotique.

Cette échelle d'évaluation des états mentaux regroupe les symptômes en sept catégories : symptômes positifs, changement cognitif attention/concentration, perturbation émotionnelle, symptômes négatifs, modification du comportement, changement physique/moteur et psychopathologie générale.

Certains items sont évocateurs de signes cliniques de la discordance et je propose de les analyser.

Parmi les symptômes positifs on retrouve notamment les éléments du discours désorganisé avec :

- les changements subjectifs qui évoquent des signes cliniques de discordance mais sont demandés au patient pour savoir s'il en est conscient. Ces éléments cliniques sont déjà évoqués dans les échelles précédentes (cf ci-dessous) et de plus la capacité du patient à être conscient de son trouble est perturbée dans la schizophrénie, je centrerai donc mon sujet sur les troubles objectifs.
- Ces derniers évoquent un discours circonstancié, tangent ou agrémenté de mots incorrects ou inappropriés (néologismes et paralogismes). Le discours peut être diffluent avec des digressions, trop abstrait ou trop concret.

Les changements cognitifs attention/concentration sont caractérisés par certains symptômes en lien avec la discordance :

- là aussi les changements subjectifs sont évoqués avec notamment les barrages et fadings; la distractibilité, le trouble du cours de la pensée qui s'accélère ou devient confuse.
- Les modifications objectives ne permettent pas d'identifier de trouble en lien avec la discordance.

Dans le regroupement de la perturbation émotionnelle on retrouve :

- des signes cliniques subjectifs évocateurs de discordance comme la difficulté à regarder les gens dans les yeux; le fait de ressentir un affect de façon inappropriée; le fait d'avoir un ton monotone et monocorde quelque soit le contenu du discours.
- L'affect inapproprié évoqué par l'examineur ou les proches du patient de façon objective cette fois.

Parmi les symptômes négatifs, certains sont témoins de la discordance :

- l'alogie c'est-à-dire la difficulté à discuter, soit à entamer la conversation soit du fait d'un blocage de pensée. Il peut y avoir une pauvreté du discours voire un mutisme.
- l'avolition/apathie évoque plutôt des signes négatifs mais les difficultés du patient à maintenir ses engagements socio-professionnels sont aussi évocateurs de discordance. Cet item est à la jonction entre ces deux dimensions, y compris dans cette échelle.
- L'anhédonie renvoie aux signes cliniques négatifs.

Le changement comportemental expose également des signes de désorganisation :

- l'altération du comportement est caractérisée par une modification de l'investissement dans les activités (travail, école) avec des activités sans but et inexplicables.
- les comportements bizarres sont évoqués avec le fait de se parler à soi-même, d'amasser des objets sans avoir le but de les collectionner, de faire des mouvements bizarres, etc...
- les comportements agressifs et dangereux sont en partie liés à la discordance notamment lors d'explosion brutale, inattendue et inadaptée de violence.

Au sein des changements physiques et moteurs, on constate :

- le maniérisme et les attitudes inadaptées avec aussi le mutisme inapproprié.
- Les sensations corporelles bizarres pourraient aussi faire partie des signes cliniques de discordance mais sont difficilement détachables des hallucinations cénesthésiques. Sauf si le patient ne présente pas d'hallucinations par ailleurs, je n'intègre pas ces éléments dans la discordance étant donnée la difficulté à les identifier clairement en rapport avec cette dernière.

Enfin les signes cliniques de la psychopathologie générale ne sont pas évocateurs de symptômes de la discordance, ils entrent dans le cadre de défenses névrotiques ou de trouble de l'humeur pour la plupart d'entre eux.

B : analyse des items des échelles centrées sur les symptômes de la schizophrénie.

La SANS comporte pour sa part 25 items dont un grand nombre renvoie aux signes négatifs, traduisant un appauvrissement de la vie psychique, et d'autres à la discordance : nous allons ici essayer de les distinguer.

Parmi les huit premiers items concernant le retrait ou la pauvreté affective, seuls deux sont relatifs à la discordance, dont un sujet à discussion d'ailleurs.

L'item n°5 renvoie sans équivoque à la désorganisation par son titre lui-même : affect inapproprié qui est caractérisé par la présence d'un affect exprimé incongru et pas seulement pauvre et émoussé.

L'item n°4 est plus difficile à classer, il évoque la pauvreté du contact visuel. Il est décrit que le malade évite de regarder l'autre mais aussi que même lorsqu'il parle il ne regarde pas l'autre, comme s'il y avait discordance entre l'action verbale de communication et le regard qui est non communicant. Pour cette raison et parce que nombre d'auteurs classent aussi ce signe clinique dans la discordance, je maintiendrai ce symptôme dans la définition de la désorganisation.

Les cinq items suivants font partie de l'alogie et sont clairement évocateurs de discordance, à noter que l'item n°13 consiste en une évaluation globale de l'alogie basée essentiellement sur les items n°9 et 10.

Ces items évoquent en effet respectivement la pauvreté du discours, caractérisée par des réponses brèves et non élaborées, et la pauvreté du contenu du discours, où le langage est vague, trop abstrait ou concret avec des stéréotypies et répétitif. Bien que ces items puissent être aussi liés avec les symptômes négatifs, ils appartiennent aussi à la désorganisation et font partie de sa définition.

L'item n°11 parle des barrages et l'item n°12 de l'augmentation des temps de latence des réponses, alors que le patient a bien compris la question et est attentif, ce qui évoque clairement la discordance.

Les items n°14 à 17 traitent de l'avolition et l'apathie, et l'anergie physique (item n°16) peut renvoyer au manque d'initiative. Là encore il est difficile de trancher entre signe négatif et discordance, de même avec l'item n°15 où le malade ne peut assurer un travail ou une insertion scolaire. Ce qui me semble évoquer la discordance est le fait que ces signes se retrouvent rapidement, quelle que soit l'évolution du patient, or les symptômes négatifs ont tendance à s'installer insidieusement et lentement. Le choix peut être fait de maintenir le manque d'initiative, alors que la volonté est intacte, et les difficultés à assurer un travail et à s'y rendre régulièrement, alors que là aussi la volonté d'y aller et d'assurer son travail est intacte, parmi les signes cliniques de discordance entre la volonté et l'acte qui devrait lui correspondre.

Les items n°18 à 22 sont relatifs à l'anhédonie et au retrait social. Ils font assurément partie des symptômes négatifs et aucun ne relève de la discordance.

De même les items n°23 à 25 relèvent des troubles cognitifs de l'attention et ne reflètent pas la discordance.

La SAPS est constituée de 34 items, essentiellement centrés sur les signes positifs et dont certains font référence à la discordance.

Les items n°1 à 7 sont relatifs aux hallucinations et relèvent de la dimension délirante, cependant l'item n°2 évoque le commentaire des actes et de la pensée, soulignant le syndrome d'influence. Le mécanisme délirant lui correspondant est l'automatisme mental qui peut, en partie du moins, faire penser à la discordance entre la volonté et l'acte (par exemple quand un patient évoque que son bras se soulève sans qu'il le veuille). Cette discordance, source d'angoisse, pourrait être réinterprétée dans un cadre délirant qui serait alors le syndrome d'influence. Cet automatisme mental n'est pas en effet sans rappeler les gestes automatiques décrits depuis Bleuler.

Les items n°8 à 20 évoquent les diverses idées délirantes que peuvent avoir les patients schizophrènes et font référence aux signes cliniques délirants et non à la discordance.

Les items n°21 à 25 parlent du comportement bizarre et sont relatifs à la discordance.

L'item n°21 traite de l'habillement et de la présentation étrange et inadaptée, avec soit des objets insolites soit le fait que la tenue est inappropriée (à la saison par exemple).

L'item n°22 relate les comportements sexuels et sociaux inadaptés comme la masturbation en public.

L'agitation et l'agressivité imprévisible et sans raison sont évoquées dans l'item n°23 et le n°24 parle des stéréotypies et des répétitions comportementales.

L'item n°25 évalue en globalité les bizarreries comportementales par rapport aux normes sociales.

Les items n°26 à 34 éclairent le trouble de la pensée formelle non-déficitaire et sont partie intégrante de la discordance.

L'item n°26 est évocateur du relâchement des associations avec des idées évoquées sans lien entre elles. C'est l'item n°29 par contre qui évoque les aspects illogiques des liens qu'il peut y avoir entre les idées.

Les items n°27 et 28 évoquent respectivement la tangentialité et l'incohérence (par la présence de salade de mots ou schizophasie) du discours. Ce dernier peut être circonlocutoire, alimenté par des digressions et mettant beaucoup de temps à atteindre son objectif comme le décrit l'item n°30.

Les items n°31, 32 et 33 complètent ce propos en évoquant respectivement la logorrhée non congruente à l'humeur et brutale, sans raison apparente; la distractibilité du discours où le patient peut être facilement perturbé par les stimuli de l'environnement, ce dernier point pouvant aussi intégrer les signes cognitifs dans le cadre du trouble de l'attention; et l'association par assonances où les mots ne sont pas reliés par leur sémantiques mais par les sons qu'ils produisent lors de leur prononciation.

Enfin l'item n°34 évalue de façon globale les troubles de la pensée formelle en tenant compte de la difficulté du patient à communiquer et de la fréquence des symptômes chez le patient en question.

L'échelle nominale de discordance (cf annexe 7) de F. DANET et M. MARIE-CARDINE fut l'objet d'un article dans la Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale en 2003. Elle est constituée de 29 items qui tous relèvent bien évidemment de la discordance. Je propose ici d'évoquer uniquement les items qui pourraient compléter mon propos et qui n'ont pas été abordés dans les échelles précédentes.

Dans la partie discordance psychomotrice on retrouve :

- L'item n°3 : interruption d'un état de négativisme par la survenue d'une suggestibilité. Ce qui est notable ici c'est précisément le fait que la suggestion, à laquelle la plupart des patients psychotiques ne sont pas sensibles, soit la raison du changement d'état.
- L'item n°4 : Interruption d'une flexibilité cireuse par une rigidité entravant la mobilisation du membre. Cet item est complété par le suivant relatif aux postures bizarres et sans but intelligible.
- L'item n°6 : Ambivalence dans la finalité des actes dont l'objet est lui-même contradictoire

(par exemple se diriger avec hésitation vers une porte pour l'ouvrir et la fermer brutalement immédiatement après). Cette ambivalence est évoquée par différents auteurs et je la reprends dans la définition de la discordance.

- L'item n°8 évoque la mimique inappropriée qui est aussi évoquée par nombre d'auteurs (cf première partie)

Dans la partie discordance verbale les items suivants complètent mon propos :

- L'item n°12 qui évoque les néologismes, ce qui n'était pas précisément évoqué même si sous-entendu dans les troubles du langage.
- L'item n°17 complète le n°16 en parlant du fading, associé aux barrages et qui tous deux sont un trouble discordant du langage.

La discordance du délire traite des éléments cliniques de la désorganisation dans le cadre des divers syndromes délirants qui peuvent se rencontrer dans la schizophrénie :

- Les items n°19 et 20 parlent de la dépersonnalisation et de la déréalisation. Ces signes par contre ne sont pas spécifiques de la discordance et sont très en lien avec le trouble dissociatif névrotique.
- L'item n°21 qui évoque des idées délirantes non apparentées entre elles et plutôt évocateur du trouble de la logique des idées.
- Les items n°22, 23 et 24 sont des items relatifs à des caractéristiques du délire qui ne sont pas précises ou non justifiées (mécanisme, hallucinations ou degré d'adhésion variable). Là aussi il peut s'avérer difficile d'évaluer cliniquement de tels items qui, malgré leur intérêt certain, ne sont pas spécifiques de la discordance.

Enfin la discordance comportementale décrit en plus une bizarrerie dans les habitudes alimentaires, ce qui complète et conforte l'évocation d'attitudes étranges en lien avec la discordance.

De nombreux items des échelles évoquées sont relatifs aux signes cliniques de discordance, même si bien sûr, en dehors de l'échelle nominale de discordance, aucune n'est spécifique de ce syndrome. Je propose maintenant de poursuivre l'analyse de la définition et de voir si, parmi les signes cliniques évoqués, certains sont d'intérêt pour constituer des items. Une fois les items sélectionnés nous nous attarderons sur le mode de passation possible de l'échelle que je propose et sur le mode de cotation des symptômes.

2 : construction de l'échelle ordinale d'évaluation de la discordance.

A : les items complémentaires issus de la définition et proposition de ceux constituant l'échelle spécifique de la discordance.

Dans le cadre de la discordance cognitive, deux signes cliniques sont notables dans la définition proposée en première partie et pourraient faire l'objet d'items.

D'une part les troubles de l'écriture, avec un graphisme incongru et inadapté, des ornements étranges et des poèmes bizarres, sont des éléments complétant le trouble du langage, caractérisé ici par une désorganisation de l'expression écrite.

Cependant ces symptômes cliniques présentent deux difficultés pour l'évaluation de la discordance. D'abord ils ne peuvent être évalués que si le patient possède un niveau d'éducation suffisant pour savoir écrire. De plus, même si le patient sait écrire, il peut ne jamais utiliser ce mode de communication, du fait des signes cliniques négatifs et notamment de l'avolition et de l'apathie,. De ce fait toute forme d'écriture serait à réinterpréter dans le cadre des limites socio-éducatives ou de celui du manque d'emploi régulier. On sait en effet que les lecteurs assidus et les personnes qui écrivent régulièrement ont des structures de phrases et un vocabulaire plus élaborés. Les propos évoqués par le patient à l'écrit pourraient être limités et cela perturberait l'analyse de leur structure et de l'association des mots, qui devraient en théorie être perturbées en cas de discordance.

Ensuite l'évaluation de ce symptôme clinique ne peut se faire que si l'on a accès à des textes écrits par le patient, hors cela paraît difficile lors d'un entretien clinique. Qui plus est, même si on peut utiliser le dossier médical du patient, rien n'est moins sûr que d'y trouver de tels écrits. Par conséquent, il semble que ce signe clinique, bien qu'intéressant, soit très difficile à évaluer.

Je terminerai mon propos en évoquant le nombre très faible d'étude ayant analysé les troubles de l'écriture dans la schizophrénie et l'absence d'une valeur précise de sa fréquence dans ce cadre. Ces éléments me conduisent à ne pas intégrer ce symptôme parmi les items de l'échelle d'évaluation de la discordance.

D'autre part le rationalisme morbide est un discours hermétique à toute autre personne que la patient, de par la logique propre du patient utilisée pour expliquer à la fois ce qui lui arrive et des phénomènes plus généraux dans divers domaines, comme la science ou l'ésotérisme; de par la salade de mots employée dépourvue des affects qui devraient être associés au contenu du discours; de par la très fréquente psychorigidité du patient et son impossibilité à expliquer le sens de son discours ou même à le résumer. De plus le patient a la sensation d'avoir élucidé ou enfin compris

quelque chose d'essentiel, et si on lui demande comment il a construit sa pensée et à partir de quoi, il précisera le plus souvent qu'il est autodidacte et qu'il se suffit à lui-même. Minkowski écrit à ce sujet qu'il y a absence du sentiment d'harmonie avec la vie et les autres. La pensée est « autistique », c'est-à-dire qu'elle se suffit à elle-même, mais aussi qu'elle empêche le patient de comprendre les autres. Ce dernier ne peut pas concevoir en effet que les personnes qui l'entourent ne comprennent pas son discours, il y a en un sens un manque d'empathie dans le rationalisme morbide, un non accès à l'implicite qui existe dans les phénomènes sociaux. Certains auteurs mettent de ce fait le rationalisme morbide en lien avec la théorie du miroir, et le fait que le patient « regarde » ses propres pensées, notamment David Franck Allen, dans sa préface de la réédition du livre de François Klein : *Une folie psychiatrique*. Minkowski soulignait que l'élément manquant était ce « sentiment d'harmonie avec la vie » qui nous fait « vibrer à l'unisson avec l'ambiance et nous-mêmes » dans son article de 1923 : *Contribution à l'étude de la pensée et de l'attitude autistes (le rationalisme morbide)*, écrit avec Joseph Rogues de Fursac. C'est ce manque de sentiment d'harmonie qui signe la « perte du contact vital avec la réalité » et qui rapproche clairement cette notion de rationalisme morbide de celle de la discordance. Le processus, appelé rationalisme morbide, est aussi caractérisé par la recherche de règles rationnelles (mathématiques et géométrie en l'occurrence) par le sujet, venant ainsi pallier l'absence de perception des règles sociales implicites (POMMEPUY 2003).

Le rationalisme morbide apparaît donc être un signe clinique essentiel mais complexe de la discordance. Il était important d'en détailler les éléments le constituant afin d'en donner une description précise et de permettre la création d'un item le concernant. Cet item est d'autant plus important que le rationalisme morbide ne se rencontre pas dans d'autres situations cliniques que la discordance, et peut-être même que la schizophrénie. Cependant il n'est pas très fréquent, bien que je ne puisse appuyer mon propos à l'aide d'études car mes recherches bibliographiques dans ce domaine se sont révélées infructueuses. L'une des raisons possible à cela est qu'il est souvent confondu avec la rationalisation, plus connue notamment dans le cadre des pathologies addictives.

Dans le cadre de la discordance affective, la plupart des signes cliniques qui y font référence sont évoqués dans les différents items des échelles analysées. Cela semble presque attendu car les signes cliniques de la discordance affective sont les plus aisés à repérer et les plus faciles à expliquer, y compris à un profane qui pourrait demander à un psychiatre ce qu'est la discordance.

Enfin dans le cadre de la discordance comportementale les éléments cliniques de la définition font l'objet d'items, là aussi en raison de leur identification aisée et du contact particulier que présentent les patients schizophrènes.

Fort de l'analyse des items des différentes échelles étudiées et de la définition proposée en première partie, je propose désormais de détailler les items retenus pour l'échelle d'évaluation de la discordance.

La discordance cognitive comprend douze items.

L'item n°1 : altération des processus associatifs est relatif aux associations floues, lointaines et inappropriées. Il reflète l'item n°26 de la SAPS, le n°P2 de la PANSS et le n°13 de l'échelle nominale de discordance.

L'item n°2 : association par assonances évoque l'absence de liens sémantiques entre les mots, remplacés par celui des sons et renvoie à l'item n°33 de la SAPS.

L'item n°3 : trouble du cours de la pensée fait référence aux barrages, fadings et augmentation inadapté du temps de latence des réponses. On y retrouve les items n°11 et 12 de la SANS, n°N6 de la PANSS (absence de spontanéité et de fluidité dans la conversation) et n°16 et 17 de l'échelle nominale de discordance.

L'item n°4 : rationalisme morbide a déjà fait l'objet d'un paragraphe (cf ci-dessus).

L'item n°5 : pensée illogique relate l'absence de liens logiques entre les différentes phrases, voire les différents éléments d'une même phrase. L'item n°29 de la SAPS et le n°11 de l'échelle nominale de discordance y font référence.

L'item n°6 : discours circonlocutoire et diffluence. Cet item évoque les difficultés du patient à atteindre son but dans ses propos et la forte tendance aux digressions. Les items n°30 de la SAPS, N°N6 de la PANSS et n°14 de l'échelle nominale y font référence.

L'item n°7 : tangentialité des réponses reflète les aspects indirects ou inappropriés des réponses du patient aux questions qui lui sont posées et renvoie à l'item n°27 de la SAPS.

L'item n°8 : néologismes, paralogismes et approximation de mots est bien évoqué dans la définition proposée en première partie et dans l'item n°12 de l'échelle nominale de discordance.

L'item n°9 : pauvreté du discours évoque une diminution de la quantité de paroles sans opposition et se retrouve dans l'item n°9 de la SANS.

L'item n°10 : pauvreté du contenu du discours fait lui référence au manque d'informations apportées dans le discours du patient sans altération de la quantité de parole. L'item n°10 de la SANS y fait référence.

L'item n°11 : changement de rythme et de ton évoque les changements brutaux et sans raison du rythme et du timbre de la voix. Il n'y a pas de congruence à l'humeur ni au contenu du discours. Les items n°31 de la SAPS et n°1 et 10 de l'échelle nominale de la discordance en sont évocateurs.

L'item n°12 : pensées inhabituelles fait référence aux pensées insolites et bizarres non délirantes, souvent de survenue brutale et elles sont évoquées dans l'item N°G9 de la PANSS.

La discordance affective, complétant le précédent regroupement, comporte pour sa part sept items.

L'item n°13 : ambivalence affective évoque l'expression d'un affect inapproprié au contenu du discours ou au comportement constaté. L'item n°6 de la SAPS y fait référence.

L'item n°14 : négativisme traite du fait que le patient fait l'opposé de ce qui lui est demandé et se retrouve dans les items n°G8 de la PANSS et n°3 de l'échelle nominale.

L'item n°15 : préoccupations anxieuses exagérées et inadaptées : elles reflètent la discordance entre l'affect anxieux et les idées du patient. Cette anxiété peut concerner tout élément de la vie du patient et n'est pas modifiée par les explications de l'entourage ou du personnel soignant.

L'item n°16 : retrait affectif exprime l'impression que donne le patient à ne pas pouvoir se lier avec autrui et sa tendance à éviter les gens, notamment dans l'évitement du regard. On retrouve ces éléments dans les items n°4 et 5 de la SANS et n°N2 de la PANSS.

L'item n°17 : manque d'assiduité au travail ou à l'école traite de la difficulté des patients souffrant de discordance à assurer une activité au long cours, sans perte d'envie ni de plaisir pour autant. L'item n°15 de la SANS en parle.

L'item n°18 : manque de prise d'initiative marque l'absence d'initiation de toute activité en absence d'anhédonie, d'aboulie ou de perte d'envie à faire les choses. Cet item est proche des signes cliniques négatifs mais s'en dénote par le manque d'harmonie entre la volonté et la demande d'activités et la non action, sans ralentissement psychomoteur ni trouble de l'humeur.

L'item n°19 : manifestation excessive ou au contraire inexistante d'affect exprime la discordance entre l'affect et l'attitude ou ce qui est attendu du patient. Ici ce n'est pas la nature ambivalente, évaluée dans l'item n°13, mais bien l'excès ou l'absence d'affect qui est à prendre en compte.

La discordance comportementale est composée de neuf items.

L'item n°20 : mimique inappropriée est en soi évocateur et correspond à la définition donnée en première partie. L'item n°8 de l'échelle nominale de discordance l'aborde.

L'item n°21 : maniérismes et attitudes traite des gestes et postures inadaptés que peut prendre le patient, ainsi que de la rigidité possible, évocatrice de stupeur ou de catalepsie. Les items n°G5 de la PANSS et n°5 de l'échelle nominale en sont notamment évocateurs.

L'item n°22 : aprosodie écholalie aborde le ton monocorde du discours ou les répétitions de mots ou de phrases. Il s'agit là d'une discordance psychomotrice retrouvée dans les items n°7 de la SANS, n°N7 de la PANSS et n°18 de l'échelle nominale de discordance.

L'item n°23 : comportement répétitif ou stéréotypé complète le précédent en évoquant la répétition sans but d'action et qui se retrouve dans les items n°24 de la SAPS et n°7 de l'échelle nominale.

L'item n°24 : comportement agressif ou agité inapproprié est relatif aux changements brutaux de

comportement avec un contraste saisissant entre l'inactivité et l'agitation voire l'agressivité brutale et sans raison, élément clinique que l'on retrouve dans les items n°23 de la SAPS, n°G14 de la PANSS et n°2 et n°28 de l'échelle nominale de discordance.

L'item n°25 : ambivalence comportementale décrit les actes dont la finalité et le déroulement sont contradictoires. Cet item est plus aisé à évaluer en constatant l'évolution clinique du patient dans le service car en entretien il apparaît difficile à repérer.

L'item n°26 : présentation et tenues relate les éléments et habits inappropriés à la situation, par exemple mettre deux pull-over en été par 25°C à l'ombre, ou sans but précis, en dehors de tout contexte social ou culturel explicatifs. Les items n°21 de la SAPS et n°26 de l'échelle nominale en parlent également.

L'item n°27 : comportements et mouvements bizarres traite des éléments comportementaux qui rendent le patient étrange, y compris aux yeux du profane. Par exemple le fait de soliloquer, de collectionner sans but des choses inadaptées ou encore d'avoir des mouvements sans but. Les items n°25 de la SAPS, n°29 de l'échelle nominale de discordance peuvent en référer.

Enfin l'item n°28 : conduite sociale et sexuelle inadaptée est en soi explicite et se retrouve dans les items n°22 de la SAPS et n°G14 de la PANSS.

Les items proposés ne reflètent pas tous les signes cliniques de la discordance, cependant les plus fréquents en pratique clinique sont ici représentés. Nous allons maintenant aborder le mode de passation et de cotation de l'échelle que je propose avant de la présenter.

B : Modes de passation et de cotation de l'échelle ordinale d'évaluation de la discordance.

Pour la passation d'une échelle il faut tenir compte de plusieurs aspects. D'une part le fait que l'examineur va pouvoir faire passer l'échelle au patient au cours d'un entretien unique, ou au maximum deux entretiens qui doivent alors être proches dans le temps, afin que la clinique évaluée ne soit pas trop modifiée entre ces deux entretiens. Par conséquent il faut envisager une échelle dont l'évaluation peut se faire en 30 à 45 min, ce qui est la durée moyenne d'un entretien en psychiatrie. D'autre part l'entretien en question doit être suffisamment informatif pour que l'examineur puisse coter chacun des items. Il pourra aussi s'aider de la recherche des antécédents auprès de l'entourage. Le plus approprié en psychiatrie est l'entretien dit semi-structuré qui consiste en deux temps. Un premier temps libre de parole donné au patient afin de pouvoir constater les éléments cliniques librement exprimés par ce dernier et un deuxième temps, souvent lui aussi agrémenté de temps libres d'expression, mais qui est structuré par les questions plus précises que l'examineur pose au

57/113

patient. Bien sûr plus l'expérience clinique de l'examineur est importante, plus l'entretien de passation de l'échelle est complet et informatif.

Par conséquent l'échelle doit aussi être adaptée pour que divers examinateurs puissent la faire passer, ou alors, et c'est ce qui arrive le plus fréquemment, le mode de passation de l'échelle comprend une formation des examinateurs pour leur permettre de s'habituer à cette dernière. C'est le cas de la PANSS par exemple. Dans le cas de la SAPS et la SANS, les échelles sont accompagnées d'un livret explicatif de la cotation pour aider à la passation. Il est caractérisé par la description précise des items, telle que je l'ai faite pour l'échelle que je propose dans le paragraphe précédent, et en plus le mode de cotation est adapté à chacun des items, bien que la structure reste identique.

Cette cotation est d'ailleurs variable d'une échelle à l'autre et on retrouve la plupart de temps des niveaux variables d'intensité du symptôme. Comme il s'agit d'une échelle ordinale de discordance que je propose et, pour établir la mesure de l'intensité des symptômes, je me suis basé sur les échelles existantes présentées précédemment.

Ainsi la PANSS présente sept niveaux d'intensité du symptôme, cotée de 1 (absent) à 7 (extrême). Il me semble cependant que l'absence du symptôme pourrait être cotée par le « 0 », tout comme dans la SAPS et la SANS.

Néanmoins avec ses sept niveaux d'intensité des symptômes, la PANSS a l'avantage de désigner une médiane, cette médiane est bien représentative du niveau « moyen » des symptômes et peut être un soutien dans la graduation de l'intensité d'un signe clinique. Je conserverai donc cet atout et établirai une cotation à sept niveaux.

Le niveau 0 est donc relatif à l'absence de signes cliniques évocateurs de discordance.

Le niveau 1 fut relativement aisé à choisir. En psychiatrie on constate rapidement dès l'internat que des doutes sur la présence de symptômes sont fréquents mais pas clairement francs, il m'est donc apparu évident de donner à l'examineur la possibilité d'exprimer cette suspicion sur l'existence du signe clinique. Le niveau 1 est donc le niveau du doute et du discutable. Ce niveau se retrouve dans toutes les échelles ordinales que j'ai évoquées.

Le niveau 2 représente l'intensité légère, assurément présente mais faiblement exprimée. Les éléments cliniques sont un peu présents ou les fonctions « normales » sont un peu altérées. Ce niveau se retrouve dans la SAPS, la SANS et la PANSS; la BPRS présente un niveau similaire caractérisé par « peu » présent.

Le niveau 3 est le niveau médian dont j'ai parlé ci-dessus. Il est caractérisé par cette moyenne qui se confond ici avec la médiane, c'est donc le niveau « moyen » de l'intensité des symptômes. Même si la moyenne n'est pas toujours confondue avec la médiane, toutes les échelles ordinales comprennent ce niveau moyen. Bien sûr l'intérêt de confondre moyenne et médiane et de faciliter l'évaluation

statistique mais aussi de donner à l'examineur la possibilité de rendre proportionnel chacun des niveaux d'intensité.

Le niveau 4 fut le plus difficile à qualifier. C'est en effet un niveau reflétant une intensité supérieure à la moyenne mais inférieure à important. Hors les qualificatifs sont peu nombreux pour aider à définir ce niveau et c'est l'association de deux termes : *assez* et *important* qui permet de rendre compte de cette intensité si particulière. J'ai d'ailleurs ajouté une autre association qualificative composée elle aussi de deux termes, et issue de la PANSS, qui me semble tout aussi parlante à savoir : *modérément important*. J'ai toutefois remplacé le mot sévère par le terme important, nous verrons pourquoi ci-après.

Le niveau 5 fut au contraire très aisé, le mot important ayant déjà été utilisé juste avant. C'est donc le niveau où le symptôme est nettement présent mais aussi où il s'exprime de façon particulièrement gênante pour le patient (ou son entourage).

Enfin le dernier niveau, le niveau 6 est le plus intense, il traduit la sévérité de l'atteinte clinique et je lui ai donné le qualificatif de sévère, voire extrême. C'est la raison pour laquelle dans le niveau 4 j'ai remplacé le mot sévère par celui d'important, je voulais en effet permettre à ce dernier niveau de conserver toute la mesure et la gravité de son intensité.

Voici donc l'échelle ordinale d'évaluation de la discordance proposée :

ECHELLE ORDINALE D'EVALUATION DE LA DISCORDANCE.

Mode de passation de l'échelle:

Les symptômes cliniques évalués peuvent soit être constatés au cours d'un entretien semi-structuré (avec temps libre d'expression par le patient suivi d'un questionnement plus précis si nécessaire), soit être retrouvés dans les antécédents récents datant de moins d'un mois. Le but étant d'évaluer l'état clinique actuel du patient. Ne tenir compte que des éléments cliniques et non des interprétations psychopathologiques éventuelles.

Mesure de l'intensité des symptômes:

L'examineur indique le degré d'intensité des symptômes présents au cours de l'entretien ou recueillis dans les antécédents (par exemple auprès de l'entourage) et datant de moins d'un mois. Pour cela une échelle d'intensité des symptômes est proposée où l'on coche d'une croix la case correspondante.

0: absent

1: doute, discutable

2: léger, peu présent

3: moyen (note médiane en terme d'intensité)

4: assez important, modérément important

5: important

6: sévère, extrême

Discordance cognitive. Indiquer la moyenne des notes des items correspondants.	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td></td></tr></table>									0	1	2	3	4	5	6	
0	1	2	3	4	5	6											
1. Altération des processus associatifs. Passage d'un sujet à l'autre sans rapport ou rapport lointain, flou, incongru; le locuteur n'a pas conscience de l'absence de lien entre les deux idées et ne peut expliquer le lien qui existe entre les deux idées si on le lui demande. Les idées évoquées peuvent ou non être délirantes.	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td></td></tr></table>									0	1	2	3	4	5	6	
0	1	2	3	4	5	6											
2. Association par assonances. Discours dans lequel le choix des mots employés est gouverné par les sons et non les relations sémantiques.	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td></td></tr></table>									0	1	2	3	4	5	6	
0	1	2	3	4	5	6											
3. Trouble du cours de la pensée. Présence de barrages : brusque interruption du fil du discours de quelques secondes à plusieurs minutes et reprenant ensuite où le discours avait été interrompu. Présence de fadings : diminution rapide du débit de paroles et de son intensité, devenant inaudible et s'interrompant pour reprendre de façon progressive. Possibilité aussi d'augmentation du temps de latence des réponses alors que la question est comprise.	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td></td></tr></table>									0	1	2	3	4	5	6	
0	1	2	3	4	5	6											
4. Rationalisme morbide. Discours incohérent en dehors de toute excitation psychomotrice ou altération des fonctions supérieures du patient. Les propos sont incompréhensibles avec une logique propre au patient, rendant le discours hermétique à toute personne extérieure. Le patient tente dans ce discours d'expliquer ce qui lui arrive ou des phénomènes plus généraux (dans des domaines variés comme la science et l'ésotérisme). Le patient ne peut ni résumer son discours sans de grandes difficultés, ni l'interrompre ou alors il le reprend au début.	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td></td></tr></table>									0	1	2	3	4	5	6	
0	1	2	3	4	5	6											
5. Pensée illogique. Discours dont les articulations n'ont pas d'organisation logique. Le patient part de prémisses mais arrive à une conclusion erronée car le lien logique qui les lie est injustifié. Présence parfois de phrases contradictoires successives sans que le patient en soit conscient, ou alors il utilise une logique qui lui est propre pour s'en expliquer.	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td></td></tr></table>									0	1	2	3	4	5	6	
0	1	2	3	4	5	6											
6. Discours circonlocutoire et diffluence. Discours parcheminé de digressions avec égarement de la pensée et tardant à atteindre son objectif. Le discours peut être interrompu par la distractibilité du patient (stimuli de l'environnement par exemple). Le patient ouvre des parenthèses sans fin ou tient des propos	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td></td></tr></table>									0	1	2	3	4	5	6	
0	1	2	3	4	5	6											

divergents. Il ne répond pas aux questions posées.	
7.Tangentialité des réponses. Les réponses aux questions sont indirectes ou inappropriées. Le patient donne l'impression de répondre à côté ou de façon éloignée.	<input type="text"/> 0 1 2 3 4 5 6
8.Néologisme. Paralogisme et approximation de mots. Introduction dans le discours de mots nouveaux dont le sens et l'étymologie sont incompréhensibles ou de mots connus dont le sens est modifié et propre au patient.	<input type="text"/> 0 1 2 3 4 5 6
9.Pauvreté du discours. Réduction quantitative des propos spontanés, les réponses sont brèves, concrètes et non élaborées, non fluides.	<input type="text"/> 0 1 2 3 4 5 6
10. Pauvreté du contenu du discours. Les réponses sont suffisamment longues mais comportent peu d'informations. Le langage est vague, stéréotypé, trop abstrait ou trop concret. On ne note aucune réticence ni opposition.	<input type="text"/> 0 1 2 3 4 5 6
11.Changement de rythme et de ton. Apparition d'un débit verbal augmenté et souvent plus rapide (tachyphémie) faisant suite à un mutisme ou à une réticence. Cette logorrhée est brutale et impulsive. Elle n'est pas congruente à l'humeur. Possibilité aussi du changement d'intonation du discours, brutale et inadéquate, sans lien avec le contenu du discours.	<input type="text"/> 0 1 2 3 4 5 6
12.Pensées inhabituelles. Idées insolites, singulières ou bizarres. Le patient soliloque parfois. Le trouble du cours de la pensée n'est pas à prendre en compte (cf item n°3).	<input type="text"/> 0 1 2 3 4 5 6
Discordance affective. Indiquer la moyenne des notes des items correspondants.	<input type="text"/> 0 1 2 3 4 5 6
13.Ambivalence affective. Association d'un affect inapproprié voire contradictoire au discours tenu (par exemple le patient rit en évoquant le décès d'un proche). Les affects ne doivent pas être liés à la nervosité ou l'anxiété du vécu.	<input type="text"/> 0 1 2 3 4 5 6
14.Négativisme. Signes manifestes de non coopération, de résistance ou de ressentiment à coopérer avec l'interlocuteur pendant l'entretien. Les signes apparaissant après l'entretien ne doivent pas être pris en compte.	<input type="text"/> 0 1 2 3 4 5 6
15.Préoccupations anxieuses exagérées. D'ordres somatiques ou alors présence trop forte de craintes du présent ou de l'avenir. Ne pas déduire la présence de l'anxiété des signes physiques ou des systèmes de défenses névrotiques.	<input type="text"/> 0 1 2 3 4 5 6
16.Retrait affectif. Le patient donne l'impression de ne pas pouvoir établir de contact affectif ou de s'isoler de façon inappropriée. L'évitement du regard peut aussi être un signe de retrait affectif ou comportemental, sans tenir compte néanmoins de l'isolement « choisi » ou volontaire, qui relève des signes cliniques négatifs. Ne pas tenir compte également de la réduction du tonus émotionnel	<input type="text"/> 0 1 2 3 4 5 6

ou de l'impression d'un manque de participation affective, qui relèvent toutes deux de l'éroussement affectif.															
17.Manque d'assiduité au travail ou à l'école. Difficultés à trouver et/ou à garder un emploi ou une insertion scolaire en rapport avec son âge. Difficultés à effectuer les travaux ménagers ou à s'investir dans les activités du service si le patient est hospitalisé.	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> </table>								0	1	2	3	4	5	6
0	1	2	3	4	5	6									
18.Manque de prise d'initiative. Absence d'initiative à mener ou organiser une activité, même si celle-ci est appréciée du patient; en dehors de toute perte d'intérêt ou anhédonie. La volonté de faire l'activité est présente, sans repli affectif, mais aucune action n'est initiée.	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> </table>								0	1	2	3	4	5	6
0	1	2	3	4	5	6									
19.Manifestation excessive ou au contraire inexistante d'affect. Le patient manifeste de façon excessive ou au contraire n'exprime pas d'affect en rapport à une situation de vie. Ce n'est pas l'ambivalence mais l'excès ou l'absence d'affect qu'il faut repérer.															
Discordance comportementale. Indiquer la moyenne des notes des items correspondants.	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> </table>								0	1	2	3	4	5	6
0	1	2	3	4	5	6									
20.Mimique inappropriée. Expression figée du visage, rigide, mécanique Absence de changement d'expression quel que soit le contenu du discours.	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> </table>								0	1	2	3	4	5	6
0	1	2	3	4	5	6									
21.Maniérismes et attitudes. Exagération de certaines attitudes parfois en contradiction avec une diminution des mouvements spontanés donnant l'impression d'une stature rigide avec peu ou pas de changement de position pendant l'entretien.	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> </table>								0	1	2	3	4	5	6
0	1	2	3	4	5	6									
22.Aprosodie. Echolalies. Ton monocorde quel que soit le contenu idéique du discours. Répétition de mots ou de phrases, sans but et de façon inadaptée (notamment absence de but de communication).	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> </table>								0	1	2	3	4	5	6
0	1	2	3	4	5	6									
23.Comportement répétitif ou stéréotypé. Série d'actions ou de rituels répétés sans but apparent. Le patient n'évoque pas d'idées obsessionnelles associées.	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> </table>								0	1	2	3	4	5	6
0	1	2	3	4	5	6									
24.Comportement agressif ou agité inapproprié. Apparition brutale et imprévisible d'une agitation psychomotrice ou d'une agressivité contrastant souvent avec le calme préalable. Ce comportement n'a pas de but et ne peut être expliqué par le patient.	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> </table>								0	1	2	3	4	5	6
0	1	2	3	4	5	6									
25.Ambivalence comportementale. Acte dont la finalité paraît contradictoire avec l'objet ou le déroulement de l'acte lui-même. Par exemple le patient semble se diriger avec hésitation vers la porte pour l'ouvrir et la ferme brutalement.	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> </table>								0	1	2	3	4	5	6
0	1	2	3	4	5	6									
26.Présentation et tenues. Tenue inhabituelle et inappropriée, excentricité, ou maquillage débordant; en absence de trouble des fonctions supérieures ou de raison culturelle ou sociale. Ne pas tenir compte de l'incurie ou du fait que le patient ne prend pas soin de lui car ces signes cliniques relèvent de la dimension négative	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> </table>								0	1	2	3	4	5	6
0	1	2	3	4	5	6									

et non de la discordance.															
27. Comportements et mouvements bizarres. Le patient peut soliloquer, amasser des objets sans le but de les collectionner (comme des ordures ménagères) ou encore avoir des mouvements étranges et sans but ni explication.	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td> </tr> </table>								0	1	2	3	4	5	6
0	1	2	3	4	5	6									
28. Conduite sociale et sexuelle inadaptée. Non respect des normes sociales sans explication.	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td> </tr> </table>								0	1	2	3	4	5	6
0	1	2	3	4	5	6									

Identité du patient:

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Sexe:

Date de passation:

Examineur:

Nom:

Prénom:

Fonction:

Troisième partie : études pour la validation partielle de l'échelle ordinaire d'évaluation de la discordance.

Afin de valider une échelle psychométrique, il faut de nombreuses études mobilisant un grand nombre de moyens humains et financiers. Il faut en moyenne une dizaine d'années pour qu'une telle échelle soit validée. Dans le cadre de cette troisième partie je propose dans un premier temps d'expliquer quels sont les critères qui permettent de valider une échelle psychométrique, puis dans un deuxième temps de présenter une étude évaluant un certain nombre de ces critères.

A : comment valider une échelle d'évaluation ordinaire?

1 : les critères métrologiques de validation d'une échelle.

Différents éléments permettent de valider une échelle psychométrique, explorant divers aspects auxquels toute échelle doit pouvoir répondre de façon correcte. Trois critères sont ainsi déterminants : la validité, la reproductibilité et la structure factorielle (GUELFY, GAILLAC et DARDENNES 1995), (BOUVARD et COTTRAUX 2010).

A : la validité ou *validity*.

Cette qualité est certainement la plus importante car elle détermine si l'échelle mesure bien le phénomène qu'elle est censée mesurer. Différentes épreuves permettent de la tester, et elle se caractérise par plusieurs aspects différents qui se complètent en fonction du but de l'échelle psychométrique. Je mettrai en italique les termes anglophones qui correspondent aux notions abordées car les auteurs francophones ne s'accordent pas tous sur la traduction à apporter de ces termes.

La validité faciale ou *face validity* est analysée par un juge compétent qui se prononce sur la valeur apparente de l'échelle après une inspection attentive et minutieuse. L'objectif est de prendre en compte les aspects visibles de l'échelle : longueur, libellé des items, clarté des items, modalités de réponse... Dans certaines études ce n'est pas un seul juge mais un groupe de professionnels, spécialistes dans le domaine en question, qui évaluent l'échelle proposée. Il est important d'évaluer

l'ensemble de l'outil et non seulement un item, qui ne serait pas adapté. De cette façon on peut corriger le(s) item(s) qui ne correspond(ent) pas au phénomène mesuré par l'échelle.

La validité de contenu ou *content validity* est elle aussi évaluée par un juge compétent qui étudie chaque item afin de voir s'il explore correctement au moins une dimension du phénomène mesuré. Au préalable le juge a donc établi la liste des dimensions importantes du phénomène. Dans le cas de l'échelle ordinale de discordance que je propose, je présente trois dimensions : cognitive, affective et comportementale.

Parfois certains auteurs réunissent les validités faciales et de contenu en une seule validité, et dans les études elles sont souvent évaluées par le même juge ou jury compétent dans le domaine d'activité relatif à l'échelle psychométrique.

La validité de critère ou *criterion validity* se caractérise par la mesure d'un critère extérieur à l'échelle, qui évalue le même phénomène et qui est pris comme référence (gold standard). Un nombre suffisant de sujets sont évalués à la fois par l'échelle et le gold standard, on mesure alors l'intensité du lien statistique existant entre les deux évaluations. Le gold standard peut être l'opinion d'un ou plusieurs experts, ou bien encore le score obtenu à une autre échelle considérée comme une référence par la communauté scientifique.

Il y a deux types de *criterion validity* :

- La concurrent validity où le gold standard et l'échelle sont utilisés en même temps chez tous les sujets, en général au cours du même entretien.
- La predictive validity où le phénomène est mesuré dans un premier temps par la nouvelle échelle puis après un certain temps par le gold standard.

Le choix du gold standard est important car il doit être considéré par la communauté scientifique comme incontestable.

De plus les méthodes statistiques employées pour mesurer le lien entre les deux évaluations sont soit de simples coefficients de corrélation (paramétrique ou non paramétrique selon que les variables sont quantitatives ou ordonnées); soit des coefficients d'association dans un tableau de contingence (et non un test du Khi-Deux) lorsque les variables sont qualitatives.

La validité de construit ou *construct validity*. Elle se déroule en deux étapes :

- Tout d'abord on postule qu'il existe un lien entre le phénomène mesuré et un certain indicateur, en raison de considérations théoriques.
- Ensuite on met en place une expérimentation dans laquelle on mesure l'intensité du lien existant entre le phénomène observé et l'indicateur (qui doit être forte pour confirmer la

construct validity).

Soit on établit une forte corrélation entre l'indicateur et le phénomène mesuré, on a alors un argument en faveur de la validité convergente (convergent validity). Soit au cours d'une autre expérimentation on ne constate pas de corrélation entre le phénomène et l'indicateur, c'est alors un argument pour la validité discriminante (discriminant validity).

Cependant il n'y a pas toujours d'indicateur alors il est possible d'utiliser la méthode des groupes extrêmes: on constitue deux groupes de patients nettement différents pour le phénomène étudié: les moyennes des scores obtenus pour chacun des deux groupes doivent être significativement différentes.

B : la reproductibilité ou *reliability*.

La reproductibilité est la qualité d'une échelle à donner des scores proches lorsque cette dernière est utilisée à plusieurs reprises, pour mesurer le même phénomène, dans les mêmes conditions. Cette qualité est celle qui permet à différents observateurs, utilisant la même échelle, de savoir que les résultats obtenus par leurs confrères respectifs seraient les mêmes, ou suffisamment proches pour être considérés comme identiques, que ceux qu'eux-mêmes auraient obtenus.

On distingue trois types de reproductibilité :

1. La reproductibilité inter-juge ou *inter observer reliability*. On mesure ici l'accord entre les deux juges qui cotent de manière indépendante N sujets en utilisant la même échelle servant à mesurer le phénomène observé. En pratique soit les deux observateurs font la cotation au cours d'un même entretien soit par le biais d'un film sur bande vidéo. On peut s'intéresser au score global de l'échelle et faire ainsi un tableau à N lignes, chacune composée des scores respectifs des deux juges. On est alors dans une mesure quantitative de l'accord inter-juge. Si on s'intéresse à un item en particulier (par exemple côté de 1 à 4), on fait alors un tableau de contingence des effectifs. On se trouve alors dans une mesure qualitative de l'accord inter-juge.
2. La reproductibilité temporelle ou *intra observer reliability*. Un seul observateur cote ici tous les sujets mais à deux temps différents, tel que le phénomène observé reste stable entre ces deux temps. On mesure alors l'accord observé entre les deux cotations. Si on analyse le score global de l'échelle c'est encore une mesure quantitative de l'accord qui est établie et si l'on s'intéresse à un item en particulier on en mesure l'accord qualitativement.
3. La reproductibilité par auto-questionnaire ou *test-retest reliability*. Le patient remplit lui-même les auto-tests à deux temps différents mais il n'y a pas d'observateur externe. L'analyse statistique se déroule de la même façon.

Pour certaines échelles on mesure la cohérence interne ou *internal consistency*. Différentes méthodes sont possibles:

- Pour chaque item, on mesure la valeur du coefficient de corrélation entre l'item étudié et le score global auquel on retranche la note de l'item étudié. C'est la corrélation item-total.
- On tire au sort les items que l'on répartit en deux sous-échelles qui sont ensuite corrélées entre elles. C'est la split-half reliability.
- Le coefficient alpha de Cronbach se calcule lorsque chaque item a des modalités de réponse quantitative.

Dans tous les cas la cohérence interne d'une échelle ne peut être mesurée que si cette dernière est réellement unidimensionnelle et de plus la cohérence interne et la reproductibilité restent des concepts différents même s'ils sont proches et les mesures inter-juge, temporelle ou par auto-questionnaire restent les meilleures méthodes.

C : la structure factorielle.

Parfois classée dans la validité selon les auteurs, cette qualité métrologique révèle la structure des items et permet de les regrouper en sous-ensembles. Ces regroupements représentent des facteurs qui renvoient à des dimensions fondamentales sous-jacentes à la symptomatologie. Par exemple dans l'échelle d'Hamilton on retrouve trois facteurs qui sont le ralentissement, la somatisation et l'anxiété.

Pour évaluer la structure factorielle il faut un grand nombre de sujets (au moins 5 par item), clarifier les critères d'exclusion et d'inclusion et utiliser les techniques statistiques adaptées.

La validation des qualités métrologiques se fait en plusieurs études qui nécessitent des moyens techniques, matériels et humains importants. L'étude que je propose ne validera donc pas l'échelle d'évaluation de la discordance mais sera, je l'espère du moins, une pierre à l'édifice construit dans ce but.

2 : étude pour valider les validités faciales et de contenu.

A : protocole de l'étude pour la validation des validités faciales et de contenu.

D'abord il apparaît évident qu'avant toute étude tentant de valider une quelconque autre qualité métrologique, les deux épreuves concernant les validités faciales et de contenu doivent être réussies. D'une part il ne serait pas envisageable, d'un point de vue éthique, d'envisager une étude de validation d'échelle alors que cette dernière ne répond ni aux critères de définitions, ni d'évaluation, du phénomène qu'elle se veut mesurer. D'autre part, même si une telle étude était envisagée, l'échelle ne pourrait être validée car les autres critères métrologiques dépendent de ces deux épreuves.

Ensuite et comme nous l'avons vu précédemment, un jury compétent et qualifié dans le domaine d'activité relatif au phénomène mesuré est nécessaire pour l'évaluation de ces deux critères. Dans l'étude pour l'évaluation des validités faciales et de contenu, l'échelle ordinale de discordance sera évaluée par deux juges compétents qui pourront apporter les critiques concernant le contenu des items, leur intitulé, la longueur de l'échelle afin de déterminer si le phénomène que l'on cherche à mesurer, à savoir la discordance, est bien le phénomène étudié par cette échelle. Par ailleurs les juges pourront également proposer soit l'intégration de nouveaux items qui leur paraît nécessaire, soit à l'inverse la suppression d'items qui ne correspondraient pas au phénomène observé.

Enfin ces juges vont également évaluer la validité faciale de l'échelle en déterminant également si le mode de passation proposé, la mesure de l'intensité des symptômes et la clarté du recueil des informations sont adaptés.

Un remaniement de cette échelle sera alors proposé afin de permettre à l'échelle de correspondre au mieux au phénomène étudié tout en étant assez aisée à faire passer. Cette échelle remaniée sera alors à nouveau proposée aux juges compétents et si ces derniers valident la forme et le fond global de l'échelle, alors les validités faciales et de contenu seront considérées comme validées.

Dans le cadre de cette thèse d'exercice j'ai demandé au président de jury, Monsieur le Professeur Vanelle, et au directeur de thèse, Monsieur le Docteur Esposito, d'être les membres de ce jury compétent : ils seront donc les deux juges qui évalueront cette échelle.

B : résultats de l'étude pour la validation des validités faciales et de contenu.

Concernant la validité faciale, la première remarque a été de bien déterminer l'échelle d'intensité des symptômes. Cette dernière est basée sur celle de la BPRS qui fait l'objet cependant de critiques et qui pourrait évoluer en une échelle à 5 niveaux d'intensité au lieu de 7. Il m'apparaît néanmoins que le niveau 1 : doute, discutable semble nécessaire pour les raisons sus-citées. Le niveau 4 : assez important, modérément important est le niveau le plus sujet à caution. Il peut en effet être difficile de percevoir la différence entre le niveau moyen, assez important et important en absence d'une définition claire de cette intensité, comme il est proposé dans la PANSS. Cependant il est difficile de déterminer une définition claire de l'intensité de chacun des symptômes dans le cadre de cette échelle sans allonger de façon importante la durée de passation de l'échelle. Or, si la BPRS et la PANSS sont des échelles générales concernant la pathologie psychotique, l'échelle ordinale d'évaluation de la discordance est une échelle pour un symptôme précis. Il n'apparaît pas réaliste de proposer une échelle dont la passation nécessiterait presque autant de temps que celle de la PANSS dans ce cadre. Par conséquent aucune définition contenant des caractères précis d'évaluation de l'intensité des symptômes ne sera proposée. Cette définition, appliquée à chacun des items, allongeraient en effet considérablement le temps de passation de l'échelle.

Ensuite le mode de passation de cette échelle s'est en effet inspiré de celui de nombreuses autres échelles. L'entretien semi-structuré paraît être le moyen le plus efficace et le plus rapide pour recevoir l'histoire du patient et aussi pour rechercher, par des questions plus précises, les informations nécessaires afin de déterminer la présence/absence de chacun des items et leur intensité respective. De plus, un complément d'informations pourra être retrouvé par des entretiens avec la famille ou les membres de l'équipe soignante, qui auront constaté des comportements ou propos inhabituels. Ces éléments devront être aigus et par conséquent dater de moins d'un mois.

Concernant la validité de contenu, je n'évoquerai ici que les seuls items qui ont été sujets à discussion.

Tout d'abord l'item n°4 : rationalisme morbide. C'est la notion de schizophasie ou salade de mots, que j'avais initialement associée au contenu de cet item, qui a été retirée car elle renvoie en elle-même à un autre signe clinique de la schizophrénie. Le reste de l'item est inchangé.

L'item n°10 pauvreté du contenu du discours fut précisé dans un deuxième temps. L'absence de réticence et d'opposition est en effet importante à préciser dans l'item car c'est précisément cette absence, alors que le discours est pauvre, qui marque le manque d'harmonie entre le désir de communiquer et la non réalisation de cette communication : le discours perd en effet sa fonction de communication ici.

L'item n°11 : changement de rythme ou de ton a été renommé ainsi pour éviter la confusion avec la manie. Au départ cet item était nommé logorrhée et intonation, en référence à certaines échelles qui utilisent cette dénomination pour évaluer certains symptômes psychotiques. Mais après discussion il s'est avéré que le terme de « logorrhée » est très souvent connoté et associé à la manie, alors afin d'éviter tout amalgame la dénomination de cet item a été modifiée.

L'item n°13 : ambivalence affective ne fut pas discuté en lui-même ; sa description par contre nécessita quelques précisions. Il est en effet associé au sourire ou au rire inadapté, néanmoins tous les rires ou sourires inadaptés ne relèvent pas de la discordance : certains sont en effet secondaires à des hallucinations auditives, notamment verbales (par exemple quand le patient entend des voix qui le font rire). Il est donc important de demander au patient ce qui le fait rire à ce moment précis de l'entretien et de bien repérer l'incohérence de ses explications, ou son incapacité à s'en expliquer et pas une simple réticence (car certains patients n'osent pas parler des voix qu'ils entendent). De plus c'est l'intitulé ambivalence affective qui classe cet item dans la catégorie « discordance affective » car le rire immotivé pourrait très bien être classé dans la catégorie « discordance comportementale ». Il peut représenter en effet un manque d'harmonie entre l'affect lié à l'idée évoquée et le comportement qui en découle, à savoir le sourire. Mais il est aussi difficile de déterminer si ce sourire est lié au comportement ou plutôt à un affect qui serait lui-même inadapté à l'idée (par exemple un affect de joie alors que le patient parle de la mort d'un de ses proches). Après discussion, et parce que beaucoup de psychiatres classent ce signe clinique dans la discordance affective, il a été décidé de laisser cet item dans cette même catégorie.

Enfin il est notable qu'aucun patient ne présentera l'ensemble de ces 28 items qui tentent de « balayer » le plus largement possible les éléments cliniques de la discordance, même si certains pourraient être ajoutés et d'autres retirés. Dans l'échelle nominale de discordance de F. DANET et M. MARIE-CARDINE, la présence de 10 items était le seuil proposé, puis validé dans l'étude concernant la sensibilité et la spécificité (DANET et MARIE-CARDINE 2003), pour confirmer la présence de discordance chez un patient.

Le seuil déterminant la présence de discordance chez les patients souffrant de schizophrénie dans l'échelle ordinaire de discordance (EOD), qui est une échelle mesurant l'intensité des symptômes présents, sera donc un seuil relatif au score total de discordance. Ce seuil est calculé ainsi : présence d'au moins 10 items (comme pour l'échelle de F. DANET M. MARIE-CARDINE) avec un niveau 2 d'intensité, c'est à dire au moins un niveau léger. Ce qui signifie que le score total, seuil de diagnostique de la présence de discordance, est de 20 points.

La sensibilité de l'échelle sera donc évaluée comme suit : chaque patient de l'étude décrite ci-après ayant un score de 20 points au moins sera considéré comme souffrant de discordance selon l'EOD et selon le DSM-IV-TR, et ceux qui ont moins de 20 points seront uniquement considérés comme

discordants selon le DSM-IV-TR. Ainsi nous pourrions évaluer la valeur de la sensibilité de l'EOD en comparant le taux de patients discordants selon l'EOD avec celui des patients qui ne le sont pas.

B : étude pour l'évaluation de la validité de construit.

1 : introduction et méthode.

La définition de la schizophrénie reste encore de nos jours un sujet de discussion intense et les critères sémiologiques permettant de diagnostiquer cette pathologie restent encore aujourd'hui inspirés des travaux de Bleuler et Kraepelin. Cependant ces auteurs introduisaient dans leur description des éléments psychopathologiques, qui ont été repris par leurs successeurs en France comme H. Ey, ou même Julien-Daniel Guelfy plus récemment, dans leur Manuel de psychiatrie respectif. Néanmoins chacun reconnaît l'importance des éléments cliniques, si prônés par Chaslin dans le domaine de la discordance. Et cette tendance est renforcée de nos jours par l'American Psychiatric Association avec le DSM dont la cinquième édition devrait voir le jour d'ici peu et qui se veut athéorique. La schizophrénie est de nos jours conceptualisée le plus souvent par les dimensions qui la composent, comme les symptômes positifs, négatifs et aussi la désorganisation qui reflètent les signes cliniques de la discordance (ANDREASEN 1985, GUELFY et ROUILLON 2007). La discordance est définie comme le manque d'harmonie entre deux éléments de la vie psychique, qu'ils soient « normaux » ou pathologiques, et qui devraient s'accorder l'un à l'autre (LANTERI-LAURA 1992). Cliniquement elle va s'exprimer dans différents aspects de la vie psychique du patient, que l'on peut regrouper sous trois grands sous-types : cognitif, affectif et comportemental. Une précédente étude avait expliqué la construction d'une échelle nominale de la discordance en y proposant d'autres sous-types (DANET et MARIE-CARDINE 2003) et avait montré tout l'intérêt d'une échelle de la discordance pour le diagnostic de la schizophrénie (la sensibilité étant alors de 100%, malgré les biais évoqués en discussion). Dans cette étude il est proposé d'évaluer la validité de construit d'une échelle ordinale de discordance, dont la construction a pour but de pouvoir évaluer l'efficacité des traitements sur les symptômes de la discordance en mesurant l'intensité des signes cliniques de désorganisation.

Deux échelles seront passées par un même examinateur afin de déterminer les corrélations qui existent entre elles. La BPRS est une échelle ancienne et validée, et bien sûr l'autre échelle est l'échelle ordinale de discordance qui est à valider. Les échelles seront passées entre J0 et J8 au cours d'un même entretien. Les diverses études sur l'efficacité des traitements médicamenteux, notamment antipsychotiques, montrent que ces derniers sont en effet parfois déjà actifs dès la première semaine de traitement (AGID, KAPUR, ARENOVICH, et ZIPURSKY 2003). Or pour évaluer l'intensité

initiale des symptômes il est nécessaire que l'entretien psychiatrique se fasse au moment où celle-ci est la plus parlante. Néanmoins en cas de sédation initiale, du fait d'agitation ou d'agressivité, l'évaluation peut se révéler difficile et il est alors envisageable d'exclure de l'étude les patients ayant reçu un tel traitement et qui présentent encore des symptômes de sédation.

L'objectif de cette étude est de comparer dans un premier temps les scores totaux de la BPRS et de l'échelle ordinale de discordance. La corrélation mesurée permettra d'établir l'intensité du lien entre la BPRS et l'échelle évaluée.

Dans un deuxième temps ce sont le score total de l'échelle ordinale de discordance et le score des items de la BPRS relatifs aux signes cliniques de la désorganisation qui seront analysés. Ces items renvoient en effet aux mêmes symptômes et devraient évoluer de la même façon. En examinant la corrélation entre ces résultats, on pourra établir la validité convergente. En ce qui concerne la BPRS, la structure factorielle est stable et plusieurs sous-catégories ont été proposées. L'une d'entre elle est tout particulièrement intéressante concernant les signes cliniques de discordance à savoir celle dénommée « facteur hébéphrénique » et qui est constituée des items 3 (retrait affectif), 4 (désorganisation conceptuelle), 7 (maniérisme et attitude), 13 (ralentissement moteur), 14 (non-coopération) et 16 (émoussement affectif). Chacun de ces items a été évoqué au cours de la deuxième partie lors de l'analyse des échelles existantes, même si l'item n°16 renvoie plus à une dimension négative qu'à la discordance. Cette sous-échelle de la BPRS, appelée ici BPRS discordance, ayant été étudiée et validée, sera utilisée pour être la référence aux signes cliniques de discordance (PICHOT, OVERALL, SAMUEL-LAJEUNESSE et DREFUS 1969).

Enfin dans un troisième et dernier temps nous comparerons le score total de l'échelle ordinale de discordance avec le score total de la BPRS amputé des scores des items relatifs à la discordance, à savoir les items cités ci-dessus (3,4,7,13,14 et 16). Cette sous-échelle de la BPRS, appelée sous-échelle « BPRS non discordance », devrait être faiblement corrélée avec l'EOD et l'absence de corrélation forte entre ces deux échelles devrait refléter la validité discriminante.

L'ensemble de ces trois aspects permettra de conclure sur la validité de construit de l'échelle ordinale de discordance.

Les critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude sont les suivants :

- les critères d'inclusion sont : l'âge supérieur à 18 ans, le diagnostic de schizophrénie ou trouble schizo-affectif validé par les critères du DSM-IV-TR, les patients doivent être en rupture de traitement, depuis au moins huit jours inclus pour un traitement per os et quatre semaines pour un traitement dit retard (injectable en IM), les patients n'ayant jamais bénéficié de prise en charge médicale pour leur trouble psychiatrique peuvent aussi être

inclus. C'est en effet dans ce contexte que la symptomatologie est la plus parlante. Les patients doivent parler le français couramment.

- Les critères d'exclusion sont le diagnostic de bouffée délirante aiguë, de mélancolie délirante, d'accès maniaque délirant ou tout autre diagnostic que schizophrénie ou trouble schizo-affectif confirmé par les critères du DSM-IV-TR. La passation de l'échelle doit se faire entre J0 et J8. Les patients ayant bénéficié d'un traitement sédatif et dont l'évaluation clinique montre encore une sédation sont exclus de l'étude.

Les analyses statistiques permettent de déterminer plusieurs éléments.

- La sensibilité de l'échelle est évaluée par le taux de patients ayant un score d'au moins 20 points au total comparé à celui des patients ayant moins de 20 points, et qui pourtant répondent aux critères d'inclusion et notamment au diagnostic de schizophrénie.
- L'homogénéité de l'EOD est estimée par l'étude des corrélations entre chaque sous-échelle et leurs items respectifs, ainsi que les corrélations entre les sous-échelles entre-elles. Les corrélations sont calculées à partir de la formule du r de Pearson.
- La consistance interne de l'échelle est évaluée par le coefficient α de Cronbach qui établit la corrélation entre chaque sous-échelle de l'EOD et l'EOD globale.
- La corrélation entre l'EOD et la BPRS est évaluée par le coefficient α de Cronbach, ainsi que les corrélations entre l'EOD et BPRS non discordance et entre l'EOD et BPRS discordance. Ceci permettra d'évaluer les validités convergente et discriminante de l'EOD.

2 : résultats et discussion.

A : résultats.

1. La sensibilité de l'échelle ordinale de discordance est de 100% car chacun des patients recrutés lors de l'étude obtient un score total d'au moins 20 points, ce qui est le seuil diagnostique pour conclure à la présence de discordance chez les patients examinés (cf tableau 1).
2. L'homogénéité de l'EOD est assez moyenne de façon générale. Les tableaux 2 et 3 nous montrent en effet les corrélations des items des sous-échelles cognitive, affective et comportementale avec le total des différentes sous-échelles respectives. Ainsi on constate grâce au premier schéma (schéma 1) une bonne corrélation entre les items de la sous-échelle cognitive avec le score global de cette dernière, ainsi qu'avec celui de la sous-échelle comportementale. La corrélation entre les items de la sous-échelles cognitive et la sous-échelle affective est par contre plus mauvaise. Le schéma 2 évoque par contre une corrélation très moyenne entre les items de la sous-échelle affective et l'ensemble des autres sous-échelles, y compris la sous-échelle affective elle-même. Enfin le troisième schéma (schéma 3) évoque une assez bonne corrélation entre les items de la sous-échelle comportementale et la sous-échelle cognitive alors qu'avec la sous-échelle comportementale, la corrélation est assez moyenne et celle avec la sous-échelle affective est mauvaise.
3. Les corrélations entre l'EOD globale et chacune de ses sous-échelles respectives permettent d'évaluer la cohérence interne de l'échelle ordinale de discordance. On retrouve une bonne corrélation entre l'EOD globale et les sous-échelles cognitive et comportementale avec une corrélation, selon le coefficient α de Cronbach, de 0,81 et de 0,71 respectivement. Un chiffre supérieur à 0,70 signe une très bonne corrélation. Par contre celle entre l'EOD globale et la sous-échelle affective est de 0,49 ce qui est assez faible.
4. Enfin les corrélations entre l'EOD globale et la BPRS, la BPRS discordance et la BPRS non discordance se retrouvent dans le tableau 4.

Tableau 1.

Nombre total de patients	n=17
Moyenne d'âge des patients	32,53 ans
Répartition par sexe	3 femmes (17,65%)/14 hommes (82,35%)
Minimum du score total de l'EOD	28
Maximum du score total de l'EOD	122
Moyenne du score total de l'EOD	77,53

Tableau 2.

Données chiffrées :

Item	Scale I	Scale 2	Scale 3
EOD.Item.1	0.58751593	0.41527502	0.54190352
EOD.Item.2	0.57692686	-0.09602101	0.66802620
EOD.Item.3	0.35527320	0.29649269	0.22153992
EOD.Item.4	0.52419350	0.29755230	0.63333749
EOD.Item.5	0.49415751	0.50697213	0.61011665
EOD.Item.6	0.51199620	0.28816728	0.50585787
EOD.Item.7	0.54726854	0.38751824	0.25073798
EOD.Item.8	0.52319471	0.26106445	0.24677641
EOD.Item.9	0.28639470	0.45671559	0.34494923
EOD.Item.10	0.46450453	0.04940061	0.54273664
EOD.Item.11	0.39052222	-0.18738576	0.33414312
EOD.Item.12	0.40378636	0.33167650	0.65612405
EOD.Item.13	0.58804439	0.23069440	0.64072612
EOD.Item.14	0.30203036	0.12851514	0.09864042
EOD.Item.15	-0.33700176	-0.19055151	-0.35688347
EOD.Item.16	0.47626529	0.59448000	0.24008898
EOD.Item.17	0.57778541	0.58174226	0.37342020
EOD.Item.18	-0.05161342	0.41837901	-0.10597868
EOD.Item.19	0.18153398	0.26930415	0.45819994
EOD.Item.20	0.23396301	-0.10412840	-0.04975529
EOD.Item.21	0.16653310	-0.37624505	0.06987321

EOD.Item.22	0.41629806	0.50023919	0.15663286
EOD.Item.23	0.62926346	-0.15342891	0.69870654
EOD.Item.24	0.53768213	0.33690227	0.63703252
EOD.Item.25	0.27770354	0.48254553	0.25084073
EOD.Item.26	0.66500934	0.50473345	0.62367677
EOD.Item.27	0.51821982	0.30775980	0.74247078
EOD.Item.28	0.42928235	0.05302037	0.43605455

Légende pour les tableaux 2 et 3 :

Scale 1 et (1) : sous-échelle cognitive de l'EOD.

Scale 2 et (2) : sous-échelle affective de l'EOD.

Scale 3 et (3) : sous-échelle comportementale de l'EOD.

Scale i : renvoie aux sous-échelles (1), (2) et (3) respectivement.

Tableau 3.

Schéma 1

Schéma 2

Schéma 3

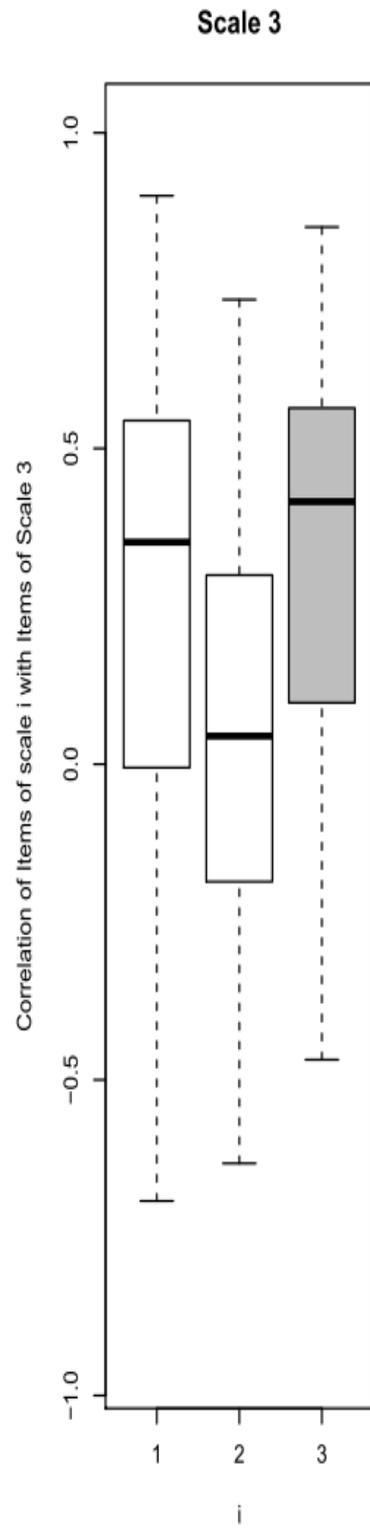
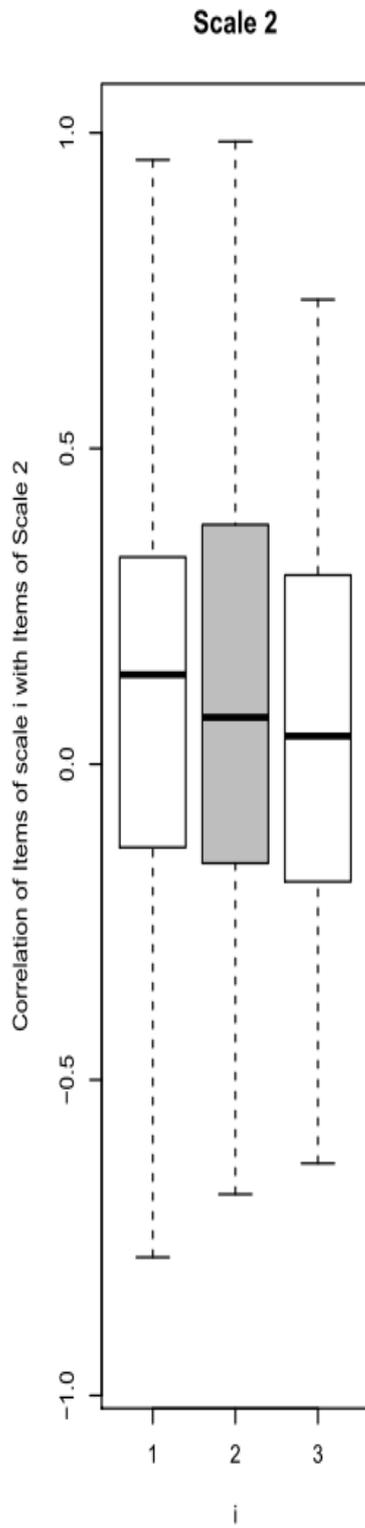
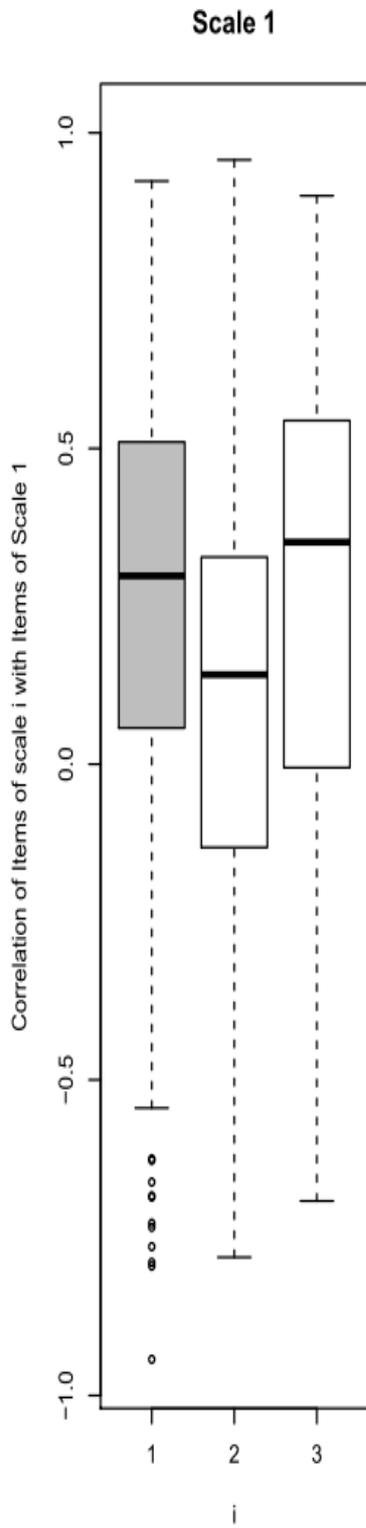
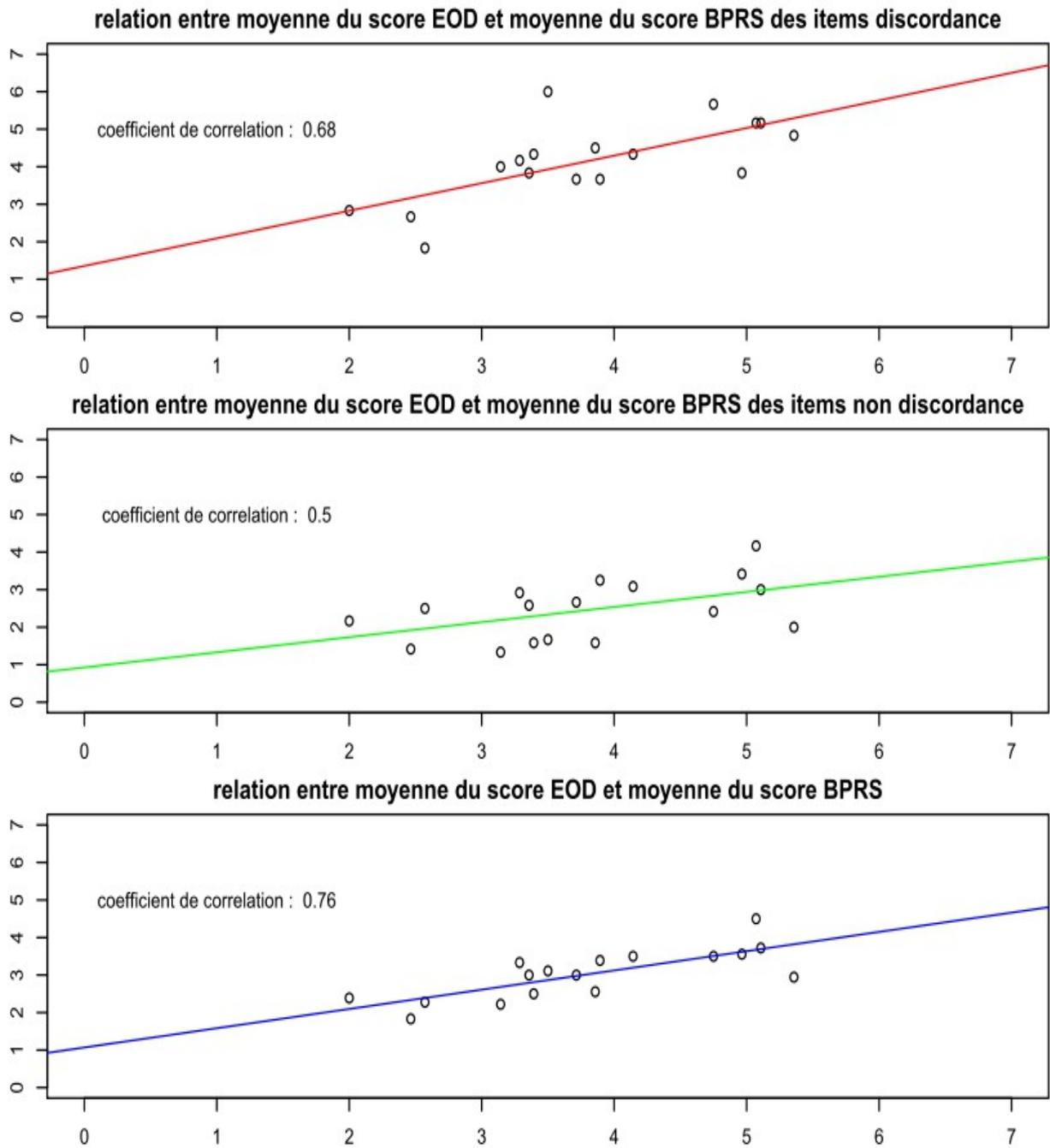


Tableau 4.



B : discussion.

Tout d'abord nous devons signaler la faible puissance de cette étude avec seulement 17 patients. Cependant le but ici était d'évoquer l'intérêt de l'échelle ordinale de discordance sans faire de test comparatif entre les différents résultats de corrélations obtenus. Il faut alors également préciser que la valeur de la sensibilité est toute relative au fait qu'elle est calculée dans un groupe de patients schizophrènes, et qu'il y a donc un biais de recrutement important si l'on considère cette valeur comme un reflet direct de la sensibilité de l'EOD. Cette « sensibilité » est plutôt le reflet que l'échelle évalue bien un groupe de symptômes présents chez les patients schizophrènes, mais rien ne permet de le comparer à la population générale dans cette étude. Un test comparatif avec un groupe de patients souffrant de schizophrénie et un autre sans trouble psychiatrique (méthode des groupes extrêmes) permettrait de bien mieux évaluer la sensibilité de cette échelle.

Ensuite on constate une homogénéité moyenne au sein de l'EOD. La sous-échelle cognitive est la plus homogène, c'est-à-dire qu'elle propose des items qui mesurent tous la même qualité, à savoir les aspects cognitifs de la discordance. La sous-échelle comportementale est assez bonne également et plus fortement corrélée aux aspects cognitifs que comportementaux cependant. Certains items affaiblissent l'homogénéité de la sous-échelle comportementale notamment les items 20 : mimique inappropriée, 21 : maniérismes et attitude et 22 : aprosodie-écholalie qui sont plus corrélés à la sous-échelle cognitive. D'ailleurs les items 20 et 21 pourraient tout-à-fait être regroupés sous un seul et même item : maniérismes, attitudes et mimiques inappropriées. Quant à la sous-échelle affective, elle est la moins homogène notamment du fait de l'item 15 : préoccupations anxieuses exagérées qui présente des corrélations négatives avec toutes les sous-échelles. Cet item devrait donc être supprimé de l'échelle ordinale de discordance.

La cohérence interne de l'EOD est bonne avec de très bonnes corrélations entre l'EOD et les sous-échelles cognitive et comportementale et une corrélation assez faible avec la sous-échelle affective. L'item n° 15 évolue dans le sens inverse des autres items et du score total de l'échelle ordinale de discordance, on peut donc supposer qu'il ne mesure pas correctement le phénomène clinique qu'il est sensé évaluer ou que celui-ci n'est pas en lien avec la discordance. Le fait que cet item se retrouve dans la sous-échelle affective et que ce soit précisément cette dernière qui soit le moins bien corrélée à l'EOD globale, mais aussi aux autres sous-échelles, renforce l'argument de supprimer cet item de l'EOD.

Enfin le lien entre EOD et BPRS est bon étant donné la corrélation élevée de ces deux échelles (0,76). La BPRS est une échelle connue depuis plusieurs dizaines d'années, évaluant les caractéristiques générales des troubles psychiatriques et notamment de la schizophrénie. Elle est en

effet reconnue comme un gold standard pour en mesurer les symptômes étant donné la kyrielle d'études l'utilisant pour évaluer les traitements dans cette pathologie. Un lien si élevé entre BPRS et EOD permet de supposer que cette dernière mesure un phénomène clinique assez proche, ou qui s'intègre parmi ceux évalués par la BPRS.

L'EOD semble offrir une bonne évaluation du syndrome de discordance avec une validité convergente assez élevée, la corrélation entre l'EOD et la BPRS discordance étant proche de 0,70 (0,68). Mais la validité discriminante est peut-être moins évidente car la corrélation entre EOD et BPRS non discordance reste assez moyenne (0,50), même si elle est insuffisante pour rapprocher ces deux échelles.

Deux aspects peuvent expliquer ces résultats : d'abord la cohérence interne de la BPRS globale est plus importante que celle de la BPRS discordance, ce qui pourrait en partie expliquer la corrélation plus élevée entre EOD et BPRS globale qu'avec la BPRS discordance, alors qu'on s'attend plutôt à l'inverse. Ensuite la sous-échelle BPRS non discordance n'a jamais été évaluée et a été proposée ici pour tenter d'évaluer la validité divergente. Nous n'avons donc aucune donnée sur sa cohérence interne mais ces résultats peuvent permettre de supposer qu'elle est moins bonne que celle de la BPRS globale et celle de la BPRS discordance. On peut donc penser que la validité convergente est bonne mais on ne peut conclure à propos de la validité discriminante.

Ces études sur les validités faciales et de contenu d'abord, puis sur les validités convergente et discriminante ensuite, permettent de mettre en évidence que l'échelle ordinale de discordance répond à la première demande qui lui est faite, à savoir évaluer le syndrome de discordance. Cependant quelques remaniements de l'EOD semblent nécessaires avant d'envisager des études plus approfondies, et a fortiori à plus grande échelle, pour en évaluer les critères métrologiques. Ces remaniements permettront probablement d'en augmenter la sensibilité et surtout la spécificité mais aussi de renforcer la cohérence interne de cette échelle. Les résultats obtenus permettent en effet de proposer le retrait de l'item n°15 : préoccupations anxieuses exagérées et aussi de réunir sous un seul et même item les items n° 20 et 21 en créant celui de : maniérisme, attitudes et mimiques inappropriées.

Voici donc l'échelle ordinale de discordance dans sa version finale, proposée après étude des validités convergente et discriminante.

ECHELLE ORDINALE D'EVALUATION DE LA DISCORDANCE.

Mode de passation de l'échelle:

Les symptômes cliniques évalués peuvent soit être constatés au cours d'un entretien semi-structuré (avec temps libre d'expression par le patient suivi d'un questionnement plus précis si nécessaire), soit être retrouvé dans les antécédents récents datant de moins d'un mois. Le but étant d'évaluer l'état clinique actuel du patient. Ne tenir compte que des éléments cliniques et non des interprétations psychopathologiques éventuelles.

Mesure de l'intensité des symptômes:

L'examineur indique le degré d'intensité des symptômes présents au cours de l'entretien ou recueillis dans les antécédents (par exemple auprès de l'entourage) et datant de moins d'un mois. Pour cela une échelle d'intensité des symptômes est proposée où l'on coche d'une croix la case correspondante.

0: absent

1: doute, discutable

2: léger, peu présent

3: moyen (note médiane en terme d'intensité)

4: assez important, modérément important

5: important

6: sévère, extrême

Discordance cognitive. Indiquer la moyenne des notes des items correspondants.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td></td> </tr> </table>									0	1	2	3	4	5	6	
0	1	2	3	4	5	6											
1. Altération des processus associatifs. Passage d'un sujet à l'autre sans rapport ou rapport lointain, flou, incongru; le locuteur n'a pas conscience de l'absence de lien entre les deux idées et ne peut expliquer le lien qui existe entre les deux idées si on le lui demande. Les idées évoquées peuvent ou non être délirantes.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td></td> </tr> </table>									0	1	2	3	4	5	6	
0	1	2	3	4	5	6											
2. Association par assonances. Discours dans lequel le choix des mots employés est gouverné par les sons et non les relations sémantiques.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td></td> </tr> </table>									0	1	2	3	4	5	6	
0	1	2	3	4	5	6											
3. Trouble du cours de la pensée. Présence de barrages : brusque interruption du fil du discours de quelques secondes à plusieurs minutes et reprenant ensuite où le discours avait été interrompu. Présence de fadings : diminution rapide du débit de paroles et de son	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td></td> </tr> </table>									0	1	2	3	4	5	6	
0	1	2	3	4	5	6											

<p>intensité, devenant inaudible et s'interrompant pour reprendre de façon progressive. Possibilité aussi d'augmentation du temps de latence des réponses alors que la question est comprise.</p>																	
<p>4.Rationalisme morbide. Discours incohérent en dehors de toute excitation psychomotrice ou altération des fonctions supérieures du patient. Les propos sont incompréhensibles avec une logique propre au patient, rendant le discours hermétique à toute personne extérieure. Le patient tente dans ce discours d'expliquer ce qui lui arrive ou des phénomènes plus généraux (dans des domaines variés comme la science et l'ésotérisme). Le patient ne peut ni résumer son discours sans de grandes difficultés, ni l'interrompre ou alors il le reprend au début.</p>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td></td> </tr> </table>									0	1	2	3	4	5	6	
0	1	2	3	4	5	6											
<p>5.Pensée illogique. Discours dont les articulations n'ont pas d'organisation logique. Le patient part de prémisses mais arrive à une conclusion erronée car le lien logique qui les lie est injustifié. Présence parfois de phrases contradictoires successives sans que le patient en soit conscient, ou alors il utilise une logique qui lui est propre pour s'en expliquer.</p>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td></td> </tr> </table>									0	1	2	3	4	5	6	
0	1	2	3	4	5	6											
<p>6.Discours circonlocutoire et diffluence. Discours parcheminé de digressions avec égarement de la pensée et tardant à atteindre son objectif. Le discours peut être interrompu par la distractibilité du patient (stimuli de l'environnement par exemple). Le patient ouvre des parenthèses sans fin ou tient des propos divergents. Il ne répond pas aux questions posées.</p>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td></td> </tr> </table>									0	1	2	3	4	5	6	
0	1	2	3	4	5	6											
<p>7.Tangentialité des réponses. Les réponses aux questions sont indirectes ou inappropriées. Le patient donne l'impression de répondre à côté ou de façon éloignée.</p>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td></td> </tr> </table>									0	1	2	3	4	5	6	
0	1	2	3	4	5	6											
<p>8.Néologisme. Paralogisme et approximation de mots. Introduction dans le discours de mots nouveaux dont le sens et l'étymologie sont incompréhensibles ou de mots connus dont le sens est modifié et propre au patient.</p>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td></td> </tr> </table>									0	1	2	3	4	5	6	
0	1	2	3	4	5	6											
<p>9.Pauvreté du discours. Réduction quantitative des propos spontanés, les réponses sont brèves, concrètes et non élaborées, non fluides.</p>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td></td> </tr> </table>									0	1	2	3	4	5	6	
0	1	2	3	4	5	6											
<p>10. Pauvreté du contenu du discours. Les réponses sont suffisamment longues mais comportent peu d'informations. Le langage est vague, stéréotypé, trop abstrait ou trop concret. On ne note aucune réticence ni opposition.</p>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td></td> </tr> </table>									0	1	2	3	4	5	6	
0	1	2	3	4	5	6											
<p>11.Changement de rythme ou de ton. Apparition d'un débit verbal augmenté et souvent plus rapide (tachyphémie) faisant suite à un mutisme ou à une réticence. Cette logorrhée est brutale et impulsive. Elle n'est pas congruente à l'humeur. Possibilité aussi du changement d'intonation du discours, brutale et inadéquate, sans lien avec le contenu du discours.</p>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td></td> </tr> </table>									0	1	2	3	4	5	6	
0	1	2	3	4	5	6											
<p>12.Pensées inhabituelles. Idées insolites, singulières ou bizarres. Le patient soliloque parfois.</p>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>																

Le trouble du cours de la pensée n'est pas à prendre en compte (cf item n°3).	0 1 2 3 4 5 6
Discordance affective. Indiquer la moyenne des notes des items correspondants.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 1 2 3 4 5 6
13.Ambivalence affective. Association d'un affect inapproprié voire contradictoire au discours tenu (par exemple le patient rit en évoquant le décès d'un proche). Les affects ne doivent pas être liés à la nervosité ou l'anxiété du vécu.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 1 2 3 4 5 6
14.Négativisme. Signes manifestes de non coopération, de résistance ou de ressentiment à coopérer avec l'interlocuteur pendant l'entretien. Les signes apparaissant après l'entretien ne doivent pas être pris en compte.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 1 2 3 4 5 6
15.Retrait affectif. Le patient donne l'impression de ne pas pouvoir établir de contact affectif ou de s'isoler de façon inappropriée. L'évitement du regard peut aussi être un signe de retrait affectif ou comportemental, sans tenir compte néanmoins de l'isolement « choisi » ou volontaire, qui relève des signes cliniques négatifs. Ne pas tenir compte également de la réduction du tonus émotionnel ou de l'impression d'un manque de participation affective, qui relèvent toutes deux de l'éroussement affectif.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 1 2 3 4 5 6
16.Manque d'assiduité au travail ou à l'école. Difficultés à trouver et/ou à garder un emploi ou une insertion scolaire en rapport avec son âge. Difficultés à effectuer les travaux ménagers ou à s'investir dans les activités du service si le patient est hospitalisé.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 1 2 3 4 5 6
17.Manque de prise d'initiative. Absence d'initiative à mener ou organiser une activité, même si celle-ci est appréciée du patient; en dehors de toute perte d'intérêt ou anhédonie. La volonté de faire l'activité est présente, sans repli affectif, mais aucune action n'est initiée.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 1 2 3 4 5 6
18.Manifestation excessive ou au contraire inexistante d'affect. Le patient manifeste de façon excessive ou au contraire n'exprime pas d'affect en rapport à une situation de vie. Ce n'est pas l'ambivalence mais l'excès ou l'absence d'affect qu'il faut repérer.	
Discordance comportementale. Indiquer la moyenne des notes des items correspondants.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 1 2 3 4 5 6
19.Maniérismes, attitudes et mimiques inappropriées. Expression figée du visage, rigide, mécanique Absence de changement d'expression quel que soit le contenu du discours. Exagération de certaines attitudes parfois en contradiction avec une diminution des mouvements spontanés donnant l'impression d'une stature rigide avec peu ou pas de changement de position pendant l'entretien.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 1 2 3 4 5 6
20.Aprosodie. Echolalies. Ton monocorde quel que soit le contenu idéique du discours. Répétition de mots ou de phrases, sans but et de façon inadaptée	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 1 2 3 4 5 6

(notamment absence de but de communication).															
21.Comportement répétitif ou stéréotypé. Série d'actions ou de rituels répétés sans but apparent. Le patient n'évoque pas d'idées obsessionnelles associées.	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td> </tr> </table>								0	1	2	3	4	5	6
0	1	2	3	4	5	6									
22.Comportement agressif ou agité inapproprié. Apparition brutale et imprévisible d'une agitation psychomotrice ou d'une agressivité contrastant souvent avec le calme préalable. Ce comportement n'a pas de but et ne peut être expliqué par le patient.	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td> </tr> </table>								0	1	2	3	4	5	6
0	1	2	3	4	5	6									
23.Ambivalence comportementale. Acte dont la finalité paraît contradictoire avec l'objet ou le déroulement de l'acte lui-même. Par exemple le patient semble se diriger avec hésitation vers la porte pour l'ouvrir et la ferme brutalement.	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td> </tr> </table>								0	1	2	3	4	5	6
0	1	2	3	4	5	6									
24.Présentation et tenues. Tenue inhabituelle et inappropriée, excentricité, ou maquillage débordant; en absence de trouble des fonctions supérieures ou de raison culturelle ou sociale. Ne pas tenir compte de l'incurie ou du fait que le patient ne prend pas soin de lui car ces signes cliniques relèvent de la dimension négative et non de la discordance.	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td> </tr> </table>								0	1	2	3	4	5	6
0	1	2	3	4	5	6									
25.Comportements et mouvements bizarres. Le patient peut soliloquer, amasser des objets sans le but de les collectionner (comme des ordures ménagères) ou encore avoir des mouvements étranges et sans but ni explication.	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td> </tr> </table>								0	1	2	3	4	5	6
0	1	2	3	4	5	6									
26.Conduite sociale et sexuelle inadaptée. Non respect des normes sociales sans explication.	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td> </tr> </table>								0	1	2	3	4	5	6
0	1	2	3	4	5	6									

Identité du patient:

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Sexe:

Date de passation:

Examineur:

Nom:

Prénom:

Fonction:

Conclusion.

2012 : le concept de discordance dans la schizophrénie fête ses cent ans et reste présent dans la sémiologie française alors qu'il n'en n'a jamais dépassé les frontières. Cependant les descriptions cliniques de Chaslin, puis de Bleuler, vont s'étoffer pour constituer un syndrome, pilier de la schizophrénie, au point d'en être une des dimensions majeures aujourd'hui. De plus ce syndrome va s'enrichir d'une psychopathologie, décrivant un manque d'harmonie entre les divers domaines de la vie mentale et leur lien avec la réalité, un trouble des associations entre les activités cognitives, affectives et comportementales. L'aire sémantique du mot discordance regroupe donc désormais tant les éléments cliniques, que nous pourrions réunir sous le vocable de « désorganisation » et qui a l'avantage d'être reconnu outre-Atlantique grâce notamment au DSM-IV-TR, que les explications psychopathologiques tentant d'en éclairer notre compréhension. La « Spaltung » de Bleuler, traduite initialement par le mot dissociation, trouve en réalité avec le terme de discordance une interprétation plus proche de son concept; alors que le mot dissociation décrit de plus en plus souvent désormais certaines manifestations névrotiques proches du concept d'hystérie de Freud.

Et alors que les avancées en neurosciences nous permettent d'évoquer des liens entre les dimensions de la schizophrénie et les troubles neurocognitifs, il apparaît essentiel de pouvoir repérer avec plus de facilité les différents signes cliniques de la discordance. Cela permettrait en effet non seulement de pouvoir poser plus aisément le diagnostic de schizophrénie, mais aussi de pouvoir évaluer l'évolution de cette maladie et l'efficacité des traitements. Dans ce but, une première version d'une échelle ordinale de discordance, offrant la possibilité d'évaluer l'intensité des symptômes relatifs à ce concept, est ici proposée. La validité de cette échelle a pu être en partie évaluée par une étude sur des patients souffrant de schizophrénie selon le DSM-IV-TR. Elle montre que les validités faciales et de contenu de l'échelle sont de bonne qualité et qu'elle possède une forte sensibilité ainsi qu'une assez bonne cohérence interne. La validité convergente est aussi assez élevée mais on ne peut conclure quant à la validité discriminante. De plus son manque d'homogénéité nous impose d'envisager quelques modifications afin de renforcer non seulement la cohérence interne de l'échelle mais aussi son homogénéité. Une version finale de l'échelle est donc proposée, constituée de 26 items subdivisés en 3 sous-échelles, et qui devrait répondre de façon plus spécifique à la recherche des signes cliniques de discordance.

Notons aussi que le nombre peu élevé de patients ayant participé à l'étude indique que des travaux complémentaires seront nécessaires afin, d'une part de corroborer ces résultats préliminaires et notamment ceux concernant la sensibilité, d'autre part d'évaluer la reproductibilité et la structure factorielle.

L'échelle proposée répond donc aux critères cliniques de discordance, concept psychiatrique pilier dans le domaine de la schizophrénie. Elle permettrait aussi d'envisager des travaux de recherche sur le lien entre psychopathologie et neurosciences, notamment concernant les relations entre les éléments neurocognitifs et la discordance, et peut-être même d'améliorer la prise en charge de ses troubles. Celle-ci a déjà progressé avec le développement des remédiations cognitives, qui touchent ces deux « dimensions » de la schizophrénie, pourtant différentes du point de vue épistémologique.

Bibliographie.

- AGID O., KAPUR S., ARENOVICH T. et ZIPURSKY R.B. : *Delayed-onset hypothesis of antipsychotic action: a hypothesis tested and rejected*. Arch. Gen. Psychiatry, 2003, 60, p 1228–1235.
- ALLEN D.F. : *Pour François Klein R.I.P.*. Evol. Psychiatr., Paris, 2003, 68, p 133-135.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. APA, 3 éd. Text Revision, (DSM-III-R), Washington D.C., 1987. Traduction française par GUELFY J-D. et coll., Masson, Paris, 1989.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. APA, 4 éd. Text Revision, (DSM-IV), Washington D.C., 1994. Traduction française par GUELFY J-D. et coll., Masson, Paris, 1996.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. APA, 4 éd. Text Revision, (DSM-IV-TR), Washington D.C., 2000. Traduction française par GUELFY J-D. et coll., Masson, Paris, 2003.
- ANDREASEN N.C. : *Scale for the Assessment of Negative Symptoms*. University of Iowa, Iowa city, 1984a.
- ANDREASEN N.C. : *Scale for the Assessment of Positive Symptoms*. University of Iowa, Iowa city, 1984b.
- ANDREASEN N.C. : *Positive versus negative schizophrenia : a critical evaluation*. Schizophrenia Bull., 1985, 11, 3, p 380-389.
- ANDREASEN N.C. et BLACK D.W. : *Introduction textbook of psychiatry*. 1 éd. American Psychiatry Press, 1991, p 157-174.
- ARIETI S. et coll. : *American Handbook of Psychiatry*. 10 éd. Basic Books, 1969, 1, p 455-484.
- BEASLEY C.M., TOLLESON G.D., TRAN P., SATTERLEE W., SANGER T.M., HAMILTON S. et THE OLANZAPINE HGAD STUDY GROUP : *Olanzapine versus Placebo and Haloperidol. Acute Phase Result of The North American Double-Blind Olanzapine Trial*. Neuropsychopharmacology, 1996, 14, p 111-123.
- BERGERET J. et coll. : *Psychologie pathologique*. 8 éd. Masson, Paris, 2000.
- BLEULER E. : *Dementia praecox ou groupe des schizophrénies*. Traité d'Aschaffenburg, 1911. Traduction française résumée par EY H., Analectes, 1964.
- BOBES J., GILBERT J., CIUDAD A., ALVAREZ E., CANAS F., CARRASCO J.L., GASCON J., GOMEZ J.C. et GUTIERREZ M. : *Safety and effectiveness of olanzapine versus conventional antipsychotics in the acute treatment of first-episode schizophrenic inpatients*. Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry, 2003, 27, p 473-481.
- BOUVARD M. et COTTRAUX J. : *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie*. 5 éd. Masson, Paris, 2010.
- CHASLIN P. : *La confusion mentale primitive*. L'Harmattan, Paris, 1999.
- CHASLIN P. : *Éléments de sémiologie et clinique mentales*. Asselin et Houzeau, Paris, 1912.
- CRESPO-FACORRO B., PEREZ-IGLESIAS R., RAMIREZ-BONILLA M., MARTINEZ-GARCIA O., LLORCA J. et LUIS VASQUEZ-BARQUERO J. : *A practical clinical trial comparing haloperidol, risperidone, and olanzapine for the acute treatment of first-episode nonaffective psychosis*. J. Clin. Psychiatry, 67, p 1511-1521.
- DANET F. et MARIE-CARDINE M. : *Construction d'une échelle nominale de discordance*. Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, 2003, 68, p57-63.
- EY H. : *Naissance de la notion de « structure » en psychopathologie*. Evol. Psychiatr., Paris, 1999, 64, p 585-588.
- EY H., BERNARD P. et BRISSET CH. : *Manuel de psychiatrie*. 4 éd. Masson, Paris, 1974, p 528-603.

- GINESTET D., KAPSAMBELIS V. et coll. : *Thérapeutique médicamenteuse des troubles psychiatriques de l'adulte*. Flammarion Médecine-sciences, Paris, 1996, p 44-69.
- GUELFY J-D., GAILLAC V., DARDENNES R. et coll. : *Psychopathologie quantitative*. Masson, Paris, 1995.
- GUELFY J-D., ROUILLON F., et coll. : *Manuel de psychiatrie*. Masson, 2007.
- GUREJE O. et coll. : *Olanzapine vs risperidone in the management of schizophrenia: a randomized double-blind trial in Australia and New Zealand*. Schizophrenia Research, 2003, 61, p 303-314.
- HAOUZIR S. et BERNOUSSI A. : *Les schizophrénies*. 2 éd. Armand Colin, 2010.
- LANTERI-LAURA G. : *Culture et sémiologie psychiatrique*. Evol. Psychiatr., Paris, 2004, 69, p 3-21.
- LANTERI-LAURA G. : *Évolution du champ de la psychiatrie moderne : frontières et contenu*. Evol. Psychiatr., Paris, 2003, 68, p 27-38.
- LANTERI-LAURA G. : *La connaissance clinique : histoire et structure en médecine et en psychiatrie*. Evol. Psychiatr., 1982, 2, p 423-469.
- LANTERI-LAURA G. et GROS M. : *Essai sur la discordance dans la psychiatrie contemporaine*. E.P.E.L., Paris, 1992.
- LEMPERIERE T., FELINE A., ADES J., HARDY P. et ROUILLON F. : *Abrégé de psychiatrie de l'adulte*. 2 éd. Masson, Paris, 2006.
- LEUCHT S., KANE J.M., KISSLING W., HAMANN J., ETSCHER E. et ENGEL R. : *Clinical implications of Brief Psychiatric Rating Scale scores*. Br. J. Psychiatry, 2005, 187, p 366-371.
- LEUCHT S., PITSCHER-WALZ G., ENGEL R.R. et KISSLING W. : *Amisulpride, an Unusual "Atypical" Antipsychotic: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trial*. Am. J. Psychiatry, 2002, 159, p 180-190.
- LEUCHT S., SHAMSI S.A.R., BUSCH R., KISSLING W. et KANE J.M. : *Predicting antipsychotic drug response – Replication and extension to six weeks in an international olanzapine study*. Psychiatry Research, 2008, 101, p 312-319.
- LIEBERMAN J. A., TOLLEFSON G., TOHEN M., GREEN A.I., GUR R.E., KAHN R., McEVOY J., PERKINS D., SHARMA T., ZIPURSKY R., WEI H., HAMER R.M. et coll. : *Comparative Efficacy and Safety of Atypical and Conventional Antipsychotic Drugs in First-Episode Psychosis: A Randomized, Double-Blind Trial of Olanzapine Versus Haloperidol*. Am. J. Psychiatry, 2003, 160, p 1396-1404.
- NICHOLSON I.R., CHAPMAN J.E. et NEUFELD R.W.J. : *Variability in BPRS definitions of positive and negative symptoms*. Schizophrenia research, 1995, 17, p 177-185.
- OLLAT H. : *Schizophrénie et mémoire épisodique*. Neuropsychiatrie : tendance et débats, 1999, 6, p 16-22.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE : *Classification internationale des maladies*. O.M.S., 10 éd., (CIM-10), 1992.
Traduction française par PULL C.R. et coll., Masson, Paris, 1993.
- PERALTA V., CUESTA M.J., MARTINEZ-LARREA A. et SERRANO J.F. : *Patterns of symptoms in neuroleptic-naive patients with schizophrenia and related psychotic disorders before and after treatment*. Psychiatry Research, 2001, 105, p 97-105.
- PICHOT P., OVERALL J.E., SAMUEL-LAJEUNESSE B. et DREFUS J.F. : *Structure factorielle de l'échelle abrégée d'appréciation psychiatrique*. Revue de Psychologie Appliquée, 1969, 19, p 218-232.
- POMMEPUY N. : *Le rationalisme morbide : une étude clinique*. Evol. Psychiatr., Paris, 2003, 68, p 150-158.
- POSTEL J., QUETEL C. et coll. : *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. 2 éd. Dunod, Paris, 2004.
- RIZZO L., DANION J.M., VAN DER LINDEN M., GRANGE D. et ROHMER G. : *Impairment of memory for spatial context in schizophrenia*. Neuropsychol., 1996a, 10, p 376-384, cité par H. Ollat.

- RIZZO L., DANION J.M., VAN DER LINDEN M. et GRANGE D. : Patients with schizophrenia remember that an event has occurred, but not when. *Br. J. Psychiatry*, 1996b, 168, p 427-431.
- SANGER T.M., LIEBERMAN J.A., TOHEN M., GRUNDY S., B.SC.PHARM., BEASLEY C.M. JR et TOLLEFSON G.D. : *Olanzapine Versus Haloperidol Treatment in First-Episode Psychosis*. *Am. J. Psychiatry*, 1999, 156, p 79-87.
- SECHTER D., PEUSKENS J., FLEUROT O., REIN W., LECRUBIER Y. et coll. : *Amisulpride vs. Risperidone in Chronic Schizophrenia: Results of a 6-month Double-blind Study*. *Neuropsychopharmacology*, 2002, 7.
- TANDON R., BELMAKER R.H., GATTAZ W.F., LOPEZ-IBOR Jr J.J., OKASHA A., SINGH B., STEIN D.J., OLIE J-P., FLEISCHHACKER W.W. et MOELLER H-J. : *World Psychiatric Association Pharmacopsychiatry Section statement on comparative effectiveness of antipsychotics in the treatment of schizophrenia*. *Schizophrenia research*, 2008, 100, p 20-38.
- THORET Y., GIRAUD A.C. et DUCERF B. : *La dissociation hystérique dans les textes de Janet et Freud avant 1911*. *Evol Psychiatr*, 1999, 64, p 749-764.
- WATERS F.A.V., MAYBERY M.T., BADCOCK J.C. et MICHIE P.T. : *Context memory and binding in schizophrenia*. *Schizophrenia research*, 2004, 68, p 119-125.
- WEINER D. : *La Psychiatrie arrive en Amérique : Une perspective globale*. Actes du 6ème Congrès de la EAHP, Paris, Septembre, 2005, sous presse.

Annexes

Annexe 1.



Pinel délivrant les aliénés à Bicêtre en 1793.

Tableau de Charles-Louis Mullet exposé dans le hall de réception de l'Académie Nationale de Médecine à Paris.



Pinel délivrant les aliénés à la Salpêtrière en 1795. Tableau de Tony Robert-Fleury

Ce deuxième tableau fut réalisé en 1876 à la demande de certains membres de la famille de Pinel, afin de légitimer le fondement historique de cette nouvelle discipline qu'était la psychiatrie à ce moment. Doublement ironiques, ces tableaux construisent le mythe et la légende de Philippe Pinel autour des asiles, alors que le médecin français a travaillé ardemment pour précisément démythifier la folie et rendre aux aliénés leur subjectivité, leur statut de sujet, et cette capacité de communication inter-humaine que la plupart des médecins des siècles précédents ne leur attribuaient pas. Double ironie disais-je car c'est justement à cause de ce désir de communiquer l'importance de la psychiatrie et de ses avancées que l'on oublia presque l'enseignement original de Pinel, au profit de ce mythe philanthropique de la « libération des aliénés » totalement inventé.

Annexe 2.

A : DSM-IV-TR et critères diagnostiques de schizophrénie.

FIGURE 8.1 – Critères diagnostiques de schizophrénie

1. **Symptômes caractéristiques** : 2 ou plus des manifestations sont présentes, chacune pendant une partie significative du temps pendant une période d'un mois :

- (a) Idées délirantes
- (b) Hallucinations
- (c) Discours désorganisé
- (d) Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
- (e) Symptômes négatifs

2. **Dysfonctionnement social** : dans le domaine du travail, des relations interpersonnelles, ou des soins personnels

3. **Durée** : des signes permanents de la perturbation persistent au moins 6 mois dont au moins un mois de symptômes répondant au critère A

4. **Exclusion d'un trouble schizo-affectif et d'un trouble de l'humeur** : aucun épisode dépressif majeur, maniaque ou mixte n'a été présent simultanément aux symptômes de la phase active et si des épisodes thymiques ont été présents, leur durée totale a été brève par rapport à celle des périodes actives ou résiduelles

5. **Exclusion d'une affection médicale générale ou due à une substance**

6. **Relation avec un trouble envahissant du développement** : le diagnostic additionnel de schizophrénie n'est fait que si des idées délirantes ou des hallucinations prononcées sont également présentes pendant au moins un mois.

FIGURE 8.2 – Critères diagnostiques de trouble schizo-affectif

1. **Symptômes caractéristiques** : 2 ou plus des manifestations sont présentes, chacune pendant une partie significative du temps pendant une période d'un mois :

- (a) Idées délirantes
- (b) Hallucinations
- (c) Discours désorganisé
- (d) Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
- (e) Symptômes négatifs

2. Période ininterrompue de maladie caractérisée par la présence simultanée, à un moment donné, soit d'un épisode dépressif majeur, soit d'un épisode maniaque, soit d'un épisode mixte, et de symptômes répondant au critère A de schizophrénie

3. Au cours de la même période de la maladie, des idées délirantes ou des hallucinations ont été présentes pendant au moins 2 semaines, en l'absence de symptômes thymiques marqués.

4. Les symptômes qui répondent aux critères d'un épisode thymique sont présents pendant une partie conséquente de la durée.

5. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p.ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.

B : DSM-V et critères diagnostiques de schizophrénie.

Schizophrenia

A. Characteristic symptoms: Two (or more) of the following, each present for a significant portion of time during a 1-month period (or less if successfully treated). At least one of these should include 1-3

- 1. Delusions
- 2. Hallucinations

3. Disorganized speech

4. Grossly abnormal psychomotor behavior, such as catatonia

5. Negative symptoms, i.e., restricted affect or avolition/asociality

B. Social/occupational dysfunction: For a significant portion of the time since the onset of the disturbance, one or more major areas of functioning such as work, interpersonal relations, or self-care are markedly below the level achieved prior to the onset (or when the onset is in childhood or adolescence, failure to achieve expected level of interpersonal, academic, or occupational achievement).

C. Duration: Continuous signs of the disturbance persist for at least 6 months. This 6-month period must include at least 1 month of symptoms (or less if successfully treated) that meet Criterion A (i.e., active-phase symptoms) and may include periods of prodromal or residual symptoms. During these prodromal or residual periods, the signs of the disturbance may be manifested by only negative symptoms or two or more symptoms listed in Criterion A present in an attenuated form (e.g., odd beliefs, unusual perceptual experiences).

D. Schizoaffective and Mood Disorder exclusion: Schizoaffective Disorder and Mood Disorder With Psychotic Features have been ruled out because either (1) no Major Depressive or Manic Episodes have occurred concurrently with the active-phase symptoms; or (2) if mood episodes have occurred during active-phase symptoms, their total duration has been brief relative to the duration of the active and residual periods.

E. Substance/general medical condition exclusion: The disturbance is not due to the direct physiological effects of a substance (e.g., a drug of abuse, a medication) or a general medical condition.

F. Relationship to a Pervasive Developmental Disorder: If there is a history of Autistic Disorder or another Pervasive Developmental Disorder or other communication disorder of childhood onset, the additional diagnosis of Schizophrenia is made only if prominent delusions or hallucinations are also present for at least a month (or less if successfully treated).

Schizophrenia Subtypes

The work group is recommending that these subtypes not be included in DSM-5.

Classification of Longitudinal Course for Schizophrenia

The course specifiers are to be worked on and potential change is not reflected in the current

C : DSM-V et critères diagnostiques de bouffées délirantes aiguës.

Brief Psychotic Disorder

A. Presence of one (or more) of the following symptoms:

- (1) delusions
- (2) hallucinations
- (3) disorganized speech (e.g., frequent derailment or incoherence)
- (4) grossly abnormal psychomotor behavior, such as catatonia

Note: Do not include a symptom if it is a culturally sanctioned response pattern.

B. Duration of an episode of the disturbance is at least 1 day but less than 1 month, with eventual full return to premorbid level of functioning.

C. The disturbance is not better accounted for by a Mood Disorder With Psychotic Features, Schizoaffective Disorder, or Schizophrenia and is not due to the direct physiological effects of a substance (e.g., a drug of abuse, a medication) or a general medical condition.

Specify if:

With Marked Stressor(s) (brief reactive psychosis): if symptoms occur shortly after and apparently in response to events that, singly or together, would be markedly stressful to almost anyone in similar circumstances in the person's culture

Without Marked Stressor(s): if psychotic symptoms do *not* occur shortly after, or are not apparently in response to events that, singly or together, would be markedly stressful to almost anyone in similar circumstances in the person's culture

With Postpartum Onset: if onset within 4 weeks postpartum

Annexe 3.

ECHELLE ABREGEE D'APPRECIATION PSYCHIATRIQUE : BPRS (BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE)

Traduite par P. PICHOT, J.E. OVERALL et D. R.GORHAM

NOM :PRÉNOM : SEXE : AGE : DATE : EXAMINATEUR :

CODE : Pour chaque symptôme, indiquer le degré qui correspond le mieux à l'état actuel du malade.

1 = Absent 2 = Très peu 3 = Peu 4 = Moyen 5 = Assez important 6 = Important 7 = Extrêmement important.

1. Préoccupations somatiques :

Intensité des préoccupations actuelles sur la santé physique. Estimer combien sa santé physique préoccupe le patient, quel que soit le bien-fondé des plaintes.

2. Anxiété :

Inquiétude, crainte ou préoccupations exagérées concernant le présent ou l'avenir. Ne considérer que ce que le malade rapporte lui-même de ses expériences subjectives. Ne pas déduire l'anxiété de signes physiques ou de système de défenses névrotiques.

3. Retrait affectif :

Manque de contact avec l'interlocuteur, inadaptation à la situation d'entretien. A quel degré le patient donne-t-il l'impression de ne pouvoir établir un contact affectif au cours de l'entretien ?

4. Désorganisation conceptuelle :

Degré de confusion, d'incohérence, de désorganisation des processus idéiques. Estimer les troubles au niveau de la production verbale. Ne pas se baser sur l'impression que le malade peut avoir du niveau de son fonctionnement mental.

5. Sentiments de culpabilité :

Préoccupations exagérées ou remords à propos d'une conduite passée. Faire l'estimation d'après les expériences subjectives de culpabilité, celles que le malade décrit et dans un contexte affectif approprié. Ne pas déduire l'existence de sentiments de culpabilité d'une symptomatologie dépressive, anxieuse ou de défenses névrotiques.

6. Tension :

Manifestations physiques et motrices de la tension, "nervosité" et fébrilité. Faire l'estimation seulement d'après les signes somatiques et le comportement moteur. Ne pas se baser sur les sentiments de tension que le malade dit ressentir.

7. Maniérisme et attitude :

Comportement moteur inhabituel, du type de ceux qui font remarquer un malade mental dans un groupe de gens normaux. Estimer seulement la bizarrerie des mouvements. Ne pas tenir compte ici d'une simple hyperactivité motrice.

8. Mégalomanie :

Surestimation de soi-même, conviction d'être extraordinairement doué et puissant. Faire l'estimation seulement d'après ce que le malade déclare, soit de son propre statut, soit de sa position par rapport aux autres. Ne pas le déduire de son comportement au cours de l'entretien.

9. Tendances dépressives :

Découragement, tristesse. Estimer seulement l'importance du découragement. Ne pas le déduire d'un ralentissement global ou de plaintes hypocondriaques.

10. Hostilité :

Animosité, mépris, agressivité, dédain pour les autres en dehors de la situation d'examen. Faire l'estimation seulement d'après ce que dit le malade de ses sentiments et de son comportement envers les autres. Ne pas déduire l'hostilité des défenses névrotiques, de l'anxiété ou de plaintes somatiques. (L'attitude envers l'interlocuteur sera notée sous la rubrique "non coopération").

11. Méfiance :

Croyance (délirante ou autre) que des gens ont, ou ont eu dans le passé, des intentions, ou mauvaises, ou de rejet envers le malade. Ne faire porter l'estimation que sur les soupçons que le malade, d'après ses dires, entretient actuellement, que ces soupçons concernent des circonstances présentes ou passées.

12. Comportement hallucinatoire :

Perceptions sans objet. Ne faire porter l'estimation que sur les expériences survenues au cours de la semaine écoulée, signalées comme telles par le malade, et décrites comme étant nettement différentes de la pensée et de l'imagination normales.

13. Ralentissement moteur :

Baisse de la sthénie apparaissant dans la lenteur du mouvement et du débit du discours, dans une réduction du tonus, dans la rareté du geste. Faire l'estimation seulement d'après l'observation du comportement du malade. Ne pas tenir compte de l'idée que le sujet a de sa propre sthénie.

14. Non coopération :

Signes manifestes de résistance, d'inimitié, de ressentiment et de manque d'empressement à coopérer avec l'interlocuteur. Faire l'estimation seulement d'après l'attitude et les réponses du malade par rapport à l'interlocuteur et pendant l'entretien. Ne pas tenir compte du mécontentement ou du refus de coopérer se manifestant en dehors de l'entretien.

15. Pensées inhabituelles :

Idées insolites, singulières, étranges ou bizarres. Estimer l'étrangeté. Ne pas tenir compte de la désorganisation du cours de la pensée.

16. Eoussement affectif :

Réduction du tonus émotionnel, impression d'un manque de sensibilité ou de participation affective.

17. Excitation :

Elévation de la tonalité émotionnelle, agitation, réactions plus vives. Tenir compte d'une précipitation excessive dans le débit des paroles et de l'élévation du ton.

18. Désorientation :

Confusion entre personnes, lieux et successions d'événements. Tenir compte des impressions d'irréalité, de peur diffuse, et des difficultés de compréhension d'une situation banale.

Annexe 4.

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROME SCALE (PANSS)

KAY S.R., OPLER L.A. et FISZBEIN A.

Traduction française : J.P. Lépine

NOM: PRENOM: SEXE: AGE: DATE: EXAMINATEUR:

Consignes

Entourer la cotation appropriée à chaque dimension, à la suite de l'entretien clinique spécifique. Se reporter au Manuel de Cotation pour la définition des items, la description des différents degrés et la procédure de cotation.

Echelle positive

- P 1** Idées délirantes. 1 2 3 4 5 6 7
- P 2** Désorganisation conceptuelle. 1 2 3 4 5 6 7
- P 3** Activité hallucinatoire. 1 2 3 4 5 6 7
- P 4** Excitation. 1 2 3 4 5 6 7
- P 5** Idées de grandeur. 1 2 3 4 5 6 7
- P 6** Méfiance/Persécution. 1 2 3 4 5 6 7
- P 7** Hostilité. 1 2 3 4 5 6 7

Echelle négative

- N 1** Emoussement de l'expression des émotions 1 2 3 4 5 6 7
- N 2** Retrait affectif. 1 2 3 4 5 6 7
- N 3** Mauvais contact. 1 2 3 4 5 6 7
- N 4** Repli social passif/apathique. 1 2 3 4 5 6 7
- N 5** Difficultés d'abstraction. 1 2 3 4 5 6 7
- N 6** Absence de spontanéité et de fluidité dans la conversation 1 2 3 4 5 6 7
- N 7** Pensée stéréotypée. 1 2 3 4 5 6 7

Echelle psychopathologique générale

G 1 Préoccupations somatiques. 1 2 3 4 5 6 7

G 2 Anxiété 1 2 3 4 5 6 7

G 3 Sentiments de culpabilité. 1 2 3 4 5 6 7

G 4 Tension 1 2 3 4 5 6 7

G 5 Maniérisme et troubles de la posture. 1 2 3 4 5 6 7

G 6 Dépression. 1 2 3 4 5 6 7

G 7 Ralentissement psychomoteur. 1 2 3 4 5 6 7

G 8 Manque de coopération. 1 2 3 4 5 6 7

G 9 Contenu inhabituel de la pensée. 1 2 3 4 5 6 7

G 10 Désorientation. 1 2 3 4 5 6 7

G 11 Manque d'attention. 1 2 3 4 5 6 7

G 12 Manque de jugement et de prise de conscience de la maladie 1 2 3 4 5 6 7

G 13 Trouble de la volition. 1 2 3 4 5 6 7

G 14 Mauvais contrôle pulsionnel. 1 2 3 4 5 6 7

G 15 Préoccupation excessive de soi (tendances autistiques) 1 2 3 4 5 6 7

G 16 Evitement social actif. 1 2 3 4 5 6 7

Annexe 5.

Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)

Andreasen

Traduction française : Lecrubier et Boyer

Nom Prénom Date |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|_|_|_|

Intensité :

0 – Absent(e), aucun(e), inexistant(e) 3 – Moyen(ne)

1 – Doute, discutable 4 – Important(e)

2 – Léger(e) 5 – Sévère, grave

Retrait ou pauvreté affective

1. Expression figée du visage. L'expression faciale paraît rigide, figée, mécanique. On note une absence ou une diminution des changements d'expression en rapport avec le contenu du discours.
2. Diminution des mouvements spontanés. Le patient est assis immobile durant l'entretien et présente peu ou pas de mouvements spontanés. Il ne change pas de position, ne bouge pas ses membres...
3. Pauvreté de l'expression gestuelle. La malade n'utilise pas les mouvements de son corps pour aider à l'expression de ses idées tels que gestes des mains, posture penchée en avant.
4. Pauvreté du contact visuel. Le malade évite de regarder l'autre, ou d'utiliser ses yeux pour s'exprimer. Son regard semble perdu dans le vide même lorsqu'il parle.
5. Absence de réponses affectives. Ne rit ou ne sourit pas lorsqu'il y est incité.
6. Affect inapproprié. L'affect exprimé est inapproprié ou incongru et non simplement pauvre et émoussé.
7. Monotonie de la voix. Lorsqu'il parle, le malade ne présente pas les modulations vocales normales. Le discours est monotone.
8. Évaluation globale de la pauvreté affective. L'évaluation globale prend en compte la gravité de l'ensemble de l'émoussement affectif. Une importance particulière doit être donnée au noyau représenté par l'absence de réactivité, une diminution globale du vécu émotionnel et son caractère inapproprié.

Alogie

9. Pauvreté du discours. C'est la réduction de la quantité de propos spontanés, aboutissant à des réponses brèves, concrètes et non élaborées aux questions.
10. Pauvreté du contenu du discours (idéique). Bien que les réponses soient suffisamment longues pour que le discours soit normal en quantité, il comporte peu d'informations. Le langage tend à être vague, souvent trop abstrait ou concret, répétitif ou stéréotypé.
11. Barrages. Le malade décrit spontanément, ou à partir d'une question, une interruption du cours de sa pensée (pas nécessairement observée).
12. Augmentation des latences des réponses. La durée qui s'écoule avant que le malade ne réponde aux questions est plus longue que normalement. Il peut sembler "ailleurs". Il a cependant compris la question.
13. Évaluation globale de l'alogie. Les signes nucléaires de l'alogie étant la pauvreté du discours et celle de son contenu, l'évaluation globale doit particulièrement en tenir compte.

Avolition, apathie

14. Toilette, hygiène. Vêtements négligés ou sales cheveux gras, odeur corporelle...
15. Manque d'assiduité au travail ou à l'école. Le malade a des difficultés à trouver et à garder un emploi ou une insertion scolaire en rapport avec son âge, à effectuer les travaux ménagers. S'il est hospitalisé, il ne participe pas de façon durable aux activités du service.
16. Anergie physique. L'inertie est physique : le sujet peut rester des heures assis sur une chaise sans entreprendre spontanément une activité.
17. Évaluation globale de l'avolition et de l'apathie. Un poids important peut être accordé à un ou deux symptômes prédominants dans l'évaluation globale s'ils sont particulièrement frappants.

Anhédonie, retrait social

18. Intérêts et activités de loisirs. Le malade présente peu de centres d'intérêts, peu d'activités ou de "hobbies". L'évaluation doit prendre en compte les aspects qualitatifs de ces intérêts.
19. Intérêts et activités sexuels. Le malade peut présenter une diminution des intérêts sexuels ou du plaisir correspondant.
20. Incapacité à vivre des relations étroites ou intimes. Le malade peut présenter une incapacité à développer des relations étroites ou intimes en particulier avec sa famille ou des sujets du sexe opposé.
21. Relation avec les amis et collègues. Le malade peut avoir peu ou pas d'amis et faire peu d'effort pour y remédier, choisissant d'être pratiquement tout le temps seul.

22. Évaluation globale de l'anhédonie et du retrait social. L'évaluation globale doit prendre en compte la sévérité de l'ensemble de la symptomatologie anhédonie et retrait social en tenant compte des normes attendues selon l'âge, le sexe et le statut social.

Attention

23. Inattention dans les activités sociales. Au cours de ses activités ou relation sociales, le malade paraît inattentif, semble perdu.

24. Inattention durant la cotation. Pour l'évaluer on demande au sujet d'épeler le mot monde à l'envers ou proposer des épreuves arithmétiques simples du niveau scolaire (5 niveaux de décomptage de 7 en 7 à partir de 100).

Score 0 = 0 erreur Score 1 = 0 erreur, hésite Score 2 = 1 erreur

Score 3 = 2 erreurs Score 4 = 3 erreurs Score 5 => 3 erreurs

25. Évaluation globale de l'inattention. L'évaluation globale des possibilité attentionnelle ou de concentration doit tenir compte des éléments cliniques et des performances aux tests.

Total des 25 items

Annexe 6.

Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS)

Andreasen

Traduction française : Lecrubier et Boyer

Nom Prénom Date |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Intensité :

0 – Absent(e), aucun(e), inexistant(e)

1 – Doute, discutable

2 – Léger(e)

3 – Moyen(ne)

4 – Important(e)

5 – Sévère, grave

Hallucinations

1. Hallucinations auditives. Le malade rapporte qu'il a entendu des voix, des bruits ou d'autres sons que personne d'autre n'a entendu.
2. Commentaires des actes et de la pensée. Le malade fait mention d'une voix qui commente son comportement et ses pensées.
3. Hallucinations de conversation. Le malade rapporte qu'il a entendu deux ou plusieurs voix parler entre elles.
4. Hallucinations somatiques ou tactiles. Le malade fait mention de sensations physiques bizarres au niveau de son corps.
5. Hallucinations olfactives. Le malade sent des odeurs inhabituelles que personne d'autre n'a remarquées.
6. Hallucinations visuelles. Le malade voit des formes ou des personnes qui ne sont pas réellement présentes.
7. Évaluation globale des hallucinations. Cette évaluation doit prendre en compte la durée et la sévérité des hallucinations et leur retentissement sur la vie du patient.

Idées délirantes

8. Idées délirantes de persécution. Le malade pense qu'il est, d'une façon ou d'une autre, persécuté

ou victime d'un complot.

9. Idées délirantes de jalousie. Le malade pense que son conjoint a une relation amoureuse avec quelqu'un d'autre.

10. Idées délirantes de culpabilité ou de péché. Le malade croit qu'il a commis un terrible péché ou fait quelque chose d'impardonnable.

11. Idées délirantes de grandeur. Le malade pense qu'il est détenteur de pouvoirs spéciaux ou doué de capacités exceptionnelles.

12. Idées délirantes religieuses. Le malade est préoccupé par des croyances erronées de nature religieuse.

13. Idées délirantes somatiques. Le patient est convaincu que d'une façon ou d'une autre son corps est malade, anormal ou modifié.

14. Idées délirantes de référence. Le malade a le sentiment que des remarques ou des événements sans importance le concernent ou possèdent une signification spéciale.

15. Idées délirantes d'influence. Le malade a le sentiment que ses impressions ou ses actions sont contrôlées par une force extérieure.

16. Idées délirantes de lecture de la pensée. Le malade croit que les autres sont capables de lire ou de connaître ses pensées.

17. Divulgarion de la pensée. Le malade croit que ses pensées sont divulguées de telle sorte que lui-même ou les autres peut ou peuvent l'entendre.

18. Idées délirantes de pensée imposée. Le malade croit que des pensées qui ne sont pas les siennes ont été introduites dans son cerveau.

19. Idées délirantes de vol de la pensée. Le malade pense que des pensées lui ont été dérobées.

20. Évaluation globale des idées délirantes. L'évaluation globale doit prendre en compte la durée et la persistance des idées délirantes et leur retentissement sur la vie du malade.

Comportement bizarre

21. Habillement et présentation. Le malade s'habille de façon inhabituelle ou fait des choses étranges pour modifier son apparence.

22. Conduite sociale et sexuelle. Le malade se comporte d'une façon inappropriée par rapport aux normes sociales en cours (par exemple se masturbe en public).

23. Comportement agressif ou agité. Le malade peut être agressif, agité de façon souvent imprévisible.

24. Comportement répétitif ou stéréotypé. Le malade met en place des séries d'action ou de rituels répétitifs qu'il est obligé de faire et refaire.

25. Évaluation globale de la sévérité du comportement bizarre. Cette évaluation doit prendre en

compte le type de comportement et sa déviance par rapport aux normes sociales.

Trouble de la pensée formelle non-déficitaire

26. Relâchement des associations. Modalité de discours où les idées dévient vers d'autres sujets n'ayant avec elles que des rapports lointains (voire inexistant).
27. Tangentialité. Façon de répondre à une question de manière indirecte ou inappropriée.
28. Incohérence (salade de mots, schizophasie). Type de discours qui, à certains moments, est fondamentalement incompréhensible.
29. Pensée illogique. Type de discours où les articulations n'ont pas d'organisation logique.
30. Discours circonlocutoire (digressive). Type de discours (ou de pensées) prenant des voies très indirectes et tardant à atteindre son objectif.
31. Logorrhée. Le discours du patient est rapide et difficile à interrompre ; la quantité de discours produite spontanément est plus importante que de coutume.
32. Distractibilité du discours. Le patient est distrait par des stimuli de l'environnement qui interrompent son discours.
33. Associations par assonances. Type de discours dans lequel ce sont les sons plutôt que les relations sémantiques qui gouvernent le choix des mots.
34. Évaluation globale du trouble positif de la pensée formelle. Cette évaluation doit prendre en compte la fréquence de l'anomalie et son retentissement sur la capacité du patient à communiquer.

Total des 34 items

Echelle Nominale de Discordance.

Danet F. et Marie-Cardine M.

La recherche des symptômes discordants comporte :

- un entretien formel semi-structuré de 30 à 40 minutes avec le patient, au cours duquel il est tout d'abord invité de façon non directive à commenter son passé, les circonstances de son hospitalisation, sa vie et ses symptômes, pour explorer ensuite de façon systématique les différents domaines pathologiques de sa symptomatologie ;
- l'observation des fonctions affectives, de la perception et de l'attention, du comportement, de l'apparence et de l'hygiène personnelle, de l'attitude et de la tenue vestimentaire du patient, et de ce que l'équipe soignante en expose avec précision ;
- la lecture de documents écrits de la main du patient (hors contexte de création artistique ou thérapeutique) ;
- la lecture du dossier, dès lors que les symptômes ont été décrits précisément, sans ambiguïté, et dans leur dimension sémiologique et non exclusivement psychopathologique ou phénoménologique (par exemple "M. X. nous a dit en souriant avoir été coupé en morceaux" et non "M. X. présentait ce jour des propos évocateurs d'un morcellement psychique et d'une souffrance teintée de dissociation") ;
- un entretien avec l'équipe soignante visant à vérifier la symptomatologie constatée préalablement.

Le diagnostic de discordance repose sur la présence au cours de l'histoire clinique d'au moins 10 symptômes sur les 29 cités ci-dessous, à partir de l'âge de 17 ans.

Discordance psychomotrice

1. Apparition inopinée d'un accès de tachyphémie faisant suite à un mutisme ou à une réticence.
2. Apparition, sans aucun prodrome, d'un état d'agitation catatonique en contraste avec un stupeur préexistante.
3. Interruption d'un état de négativisme par la survenue d'une suggestibilité.
4. Interruption d'une flexibilité cirreuse par une rigidité entravant la mobilisation du membre.
5. Prise volontaire et maintien de postures inadéquates ou bizarres, sans but intelligible, en l'absence de retard mental ou de

trouble neurologique (par exemple accroupissement, station sur la pointe des pieds, tête renversée).

6. Ambivalence dans la finalité des actes dont l'objet est lui-même contradictoire (par exemple se diriger avec hésitation vers une porte pour l'ouvrir et la fermer brutalement immédiatement après).

7. Mouvements intentionnels, répétitifs et sans finalité, en l'absence de retard mental ou de trouble neurologique (par exemple balancer le corps ou la tête, se cogner ou se mordre la main). Sont donc exclus les tics (mouvements involontaires), les dyskinésies secondaires au traitement par neuroleptiques (troubles neurologiques), sucer son pouce ou se mettre les doigts dans le nez (notion de finalité).

8. Mimique inappropriée au contenu idéique (par exemple dire en souriant qu'on vient d'être coupé en morceaux).

9. Posture ou gestuelle inappropriée au contenu idéique (par exemple tenir des propos euphoriques en restant complètement immobile).

10. Inflexions, rythme ou intonation de la voix inappropriée au contenu idéique (par exemple dire avec un ton monocorde qu'il est urgent qu'on puisse sauver la Terre de l'invasion des extra-terrestres).

Discordance verbale

11. Incohérence des propos malgré la conservation des capacités intellectuelles du patient, en dehors de toute excitation psychomotrice (maniaque ou autre)

12. Néologismes ou phrases néologisantes, calembours, sur une forme morphologique et syntaxique correcte (par exemple définir un "azène" comme "là où se loge l'argile quand on le fait courir" ou un "aide de camp vétérán" comme une "mare en Simée").

13. Altérations des processus associatifs : les idées passent d'un sujet à l'autre sans aucun rapport ou avec un rapport lointain de l'un à l'autre, sans que le locuteur ne manifeste la moindre conscience de cette absence de relation (par exemple dire "je ne m'occupe pas des élections et de la politique. Ca me fait de la

peine, mais ça m'a tellement embrouillé cette histoire de cuisine à repeindre ; et puis pourquoi le réprimander quand ça a coulé.

L'Elysée, l'Elysée, l'Elysée, toujours des réunions, mais moi je leur ai appris à glisser dans la cuisine avec un saut périlleux")

14. Difffluence : propos se développant en divergeant et en ouvrant une suite de parenthèse qui ne se ferment pas.

15. Distractibilité des propos, digressions, égarements de la pensée ou réponses à côté.

16. Barrages : brusque suspension du fil du discours.

17. Fadings : diminution rapide du débit de la phrase et de l'intensité de la parole, qui s'interrompent totalement pour reprendre d'une façon progressive.

18. Répétition de mots ou de phrases sans finalité, en l'absence de trouble mental organique (par exemple dire "je pense que je vais mettre mon chapeau, mon chapeau, mon chapeau, mon chapeau").

Discordance du délire

19. Dépersonnalisation : altération de la perception et de la conscience de soi en l'absence d'obnubilation de la conscience, d'état confusionnel d'origine toxique, ou d'épilepsie (par exemple dire "mon corps est sans vie, il me regarde").

20. Déréalisation : altération de la perception et de la conscience du monde extérieur en l'absence d'obnubilation de la conscience, d'état confusionnel d'origine toxique, ou d'épilepsie (par exemple dire "mes parents, j'ai l'impression qu'ils ont changé, ils sont comme des robots").

21. Idées délirantes non apparentées entre elles, du fait de l'absence de thème délirant central, rendant l'histoire délirante désordonnée.

22. Mécanisme délirant interprétatif sans explication précise.

23. Présence d'hallucinations dont l'origine n'est pas désignée clairement (par exemple ne pas savoir si des hallucinations auditives proviennent d'une partie du corps ou d'un persécuteur nommé).

24. Degré d'adhésion au délire inconsistant ou variable selon les

moments de l'évolution.

25. Evolution du délire vers des propos répétitifs et sans finalité (par exemple finir de raconter une histoire délirante en répétant sans cesse "cheval mort").

Discordance comportementale

26. Maquillage ou tenue vestimentaire bizarre, excentrique ou singulier, sans raison culturelle ou dyssociale apparente, en l'absence d'altération des fonctions supérieures et de trouble de l'identité sexuelle (par exemple s'habiller avec un pantalon de pyjama et un manteau de fourrure en été, mettre des chaussures dépareillées, se maquiller des parties entières du visage).

27. Attitude inappropriée, froide, distante ou familière, en l'absence de troubles de l'humeur (par exemple se retourner brusquement au cours d'un entretien en se mettant à tutoyer l'interlocuteur vouvoyé au préalable).

28. Accès de violence ou de comportement menaçant, en l'absence de critique préalable par autrui, sans aucune raison apparente et de manière imprévisible (par exemple donner un coup de pied à un tiers de façon soudaine).

29. Bizarreries dans les habitudes alimentaires, en dehors de tout contexte d'angoisse ou de préoccupation persistante concernant l'alimentation (par exemple manger de la viande sans l'avoir coupée).

CRAPET MICKAEL

Le concept de discordance dans la schizophrénie : est-il toujours d'intérêt en 2012?

Résumé.

2012 : le concept de discordance dans la schizophrénie fête ses cent ans et reste présent dans la sémiologie française alors qu'il n'en n'a jamais dépassé les frontières. Les descriptions cliniques de Chaslin et de Bleuler, vont s'étoffer pour constituer un syndrome, pilier de la schizophrénie, au point d'en être une des dimensions majeures aujourd'hui. De plus ce syndrome va s'enrichir d'une psychopathologie, un trouble des associations entre les activités cognitives, affectives et comportementales. Et alors que les avancées en neuroscience nous permettent d'évoquer des liens entre les dimensions de la schizophrénie et les troubles neurocognitifs, il apparaît essentiel de pouvoir repérer avec plus de facilité les différents signes cliniques de la discordance afin non seulement de pouvoir poser plus aisément le diagnostic de schizophrénie, mais aussi de pouvoir évaluer l'évolution de cette maladie et l'efficacité des traitements. Dans ce but une échelle ordinaire de discordance est ici proposée. La validité de cette échelle a pu être en partie évaluée par une étude sur des patients souffrant de schizophrénie selon le DSM-IV-TR. Elle montre que l'échelle possède une forte sensibilité ainsi qu'une bonne cohérence interne. Les validités faciale, de contenu et de construction sont de bonne qualité. Le nombre peu élevé de patients ayant participé à l'étude indique néanmoins que des travaux complémentaires seraient nécessaires afin de corroborer ces résultats.

Mots-clés.

Désorganisation, discordance, dissociation, échelle d'évaluation, schizophrénie.