

### Schizophrénie et criminalité (A. Bottéro)

La schizophrénie est-elle une affection criminogène ? Ses représentations sociales sont telles que le public en est intimement convaincu. Mais les épidémiologistes peinent à le montrer, la question a été déjà évoquée dans ces pages (1). Une récente étude, qui a le mérite d'être d'envergure nationale, ce qui lui confère plus de poids qu'aux autres, permet d'apprécier un peu mieux la dimension réelle du problème (2). Ses auteurs ont analysé tous les homicides qui ont été commis en Angleterre et au pays de Galles entre 1996 et 1999. Soit un total de 1594 homicides, en rangeant sous cette dénomination générale "d'homicide" les meurtres, les assassinats et les infanticides. Toutes les expertises psychiatriques demandées (elles sont en fait systématiques en cas d'homicide), que soit pendant l'instruction ou pour le procès, ont été soigneusement revues, afin de déterminer s'il existait chez l'auteur un éventuel trouble mental, en s'appuyant sur l'histoire clinique, l'existence de symptômes évocateurs pendant le crime, les antécédents psychopathologiques, un verdict de responsabilité atténuée en raison d'une altération du discernement au moment des faits, une injonction de soins psychiatriques prononcée par les juges.

Quels sont les principaux résultats de cet important travail ? Tout d'abord, un constat qui n'est pas nouveau, ce sont les hommes qui tuent. 9 crimes sur 10 sont perpétrés par un individu du sexe fort. L'égalité des sexes a manifestement encore quelques progrès à accomplir... L'âge moyen du criminel est de 27 ans (de 10 à 77 ans). Dans 36 % des cas, sa victime est un proche : parent ou partenaire. Dans 39 %, une connaissance ; dans 25 % un étranger. La méthode la plus fréquemment employée est l'arme blanche : 37 % des cas (on n'est pas aux Etats-Unis, mais au Royaume-Uni, pays qui interdit le port d'armes).

Quelle est la part de la psychiatrie dans cette violence macabre ? En gros, un tiers des homicides (34 % exactement) sont le fait d'individus souffrant d'un trouble mental, à un moment ou un autre de leur vie. La pathologie la plus fréquente ? Ce sont les troubles de la personnalité, lesquels culminent à 9 %. Ils sont suivis par l'alcoolisme (7 %), les troubles de l'humeur (7 %), les toxicomanies (6 %).

Et la participation de la schizophrénie dans tout cela ? Elle n'arrive qu'en dernière position. 5 % des homicides seulement lui sont associés. Pour la moitié d'entre eux, aucun contact avec un service de soins psychiatriques n'avait eu lieu avant que le crime ne soit perpétré. Ce qui devrait alléger d'autant la responsabilité des psychiatres dans la prévention de tels drames. Chez un tiers des criminels souffrant de schizophrénie, le crime a été commis dans un état psychique perturbé. D'une manière générale, lorsqu'on étudie l'état mental du meurtrier au moment des faits, seuls 10 % des criminels se trouvent manifestement dans un état anormal. 6 % d'entre eux étaient dans un état

dépressif, 5 % dans un état psychotique, toutes causes confondues. Presque tous ceux qui traversent un moment psychotique – délire, hallucinations, etc. – ont, à un moment ou un autre de leur vie, eu un contact avec la psychiatrie. En revanche, les crimes commis au cours d'une dépression sont le fait d'individus qui n'ont, pour la plupart, jamais rencontré de psychiatre.

Quel est le verdict en cas de schizophrénie avérée ? Le plus souvent, ces sujets se voient reconnus une responsabilité atténuée et/ou la nécessité de soins en milieu spécialisé. Point intéressant, ceux dont la responsabilité a été reconnue diminuée par les juges sont le plus souvent des femmes, des sujets dépourvus d'antécédent violent, ou encore des criminels qui manifestement étaient la proie d'un état hallucinatoire au moment des faits.

En bref, on peut retenir que la schizophrénie est moins criminogène que la dépression ou que l'alcoolisme. Curieusement ce n'est du tout l'image qui circule. La dépression en particulier passe pour beaucoup moins dangereuse que la schizophrénie. Il est vrai que nous nous identifions plus aisément à la dépression, ou à l'ivresse alcoolique, qu'à la schizophrénie. Celles-là paraissent tôt ou tard pouvoir être notre lot, tandis que celle-ci reste l'affaire du "tout autre", de "l'étrange" dont foncièrement nous pensons différer. Comme la violence, en quelque sorte. Et pourtant la violence est plus souvent le fait de la dépression, et de l'alcool, que de la schizophrénie. Il serait temps que nous nous en convainquions et que nous en convainquions les autres.

1. Neuropsychiatrie : Tendances & Débats 2006 ; 28 : 41.
2. Shaw J. et coll. Br J Psychiatry 2006 ; 188 : 143-147.

### Neuro-imagerie des troubles du spectre autistique (A. Bottéro)

Il est devenu usuel de réunir sous l'étiquette générale de "troubles du spectre autistique" l'autisme typique, dit "de Kanner", les autismes "de haut niveau" et le syndrome d'Asperger. La prévalence globale de cet ensemble pathologique est aujourd'hui estimée à 0,6 %, soit à peu près la moitié de celle des schizophrénies. Sa causalité demeure largement inconnue : on s'accorde à penser qu'elle ne peut être que le produit, aussi varié qu'hétérogène, d'interactions complexes entre des facteurs génétiques et des facteurs environnementaux. Ce qui revient à énoncer, en une phrase de généralités, à peu près tout ce que l'on sait pour le moment. Dans quelques cas bien déterminés toutefois, une étiologie précise peut être mise en évidence, telle qu'une rubéole foeto-maternelle par exemple.

Lors de sa description princeps de la maladie, à partir d'une série de 11 cas (1), Kanner avait insisté sur l'absence de

dysmorphies associées au tableau, mis à part la présence d'une macrocéphalie chez 5 enfants. Par la suite, l'existence d'une augmentation du volume cérébral a été régulièrement signalée au cours de l'autisme, sur le constat d'un périmètre crânien anormalement élevé pour l'âge. L'imagerie cérébrale a confirmé depuis l'observation originale de Kanner (2,3). Bien que les mesures se montrent inconstantes, ce qui tient manifestement beaucoup à l'hétérogénéité des troubles, l'un des résultats les plus vérifiés dans le spectre autistique reste une tendance à la mégalencéphalie. Celle-ci semble liée à l'âge : les enfants atteints présentent très tôt une phase d'accélération de la croissance cérébrale, suivie d'un ralentissement de leur développement psychomoteur. De même à l'âge adulte, le vieillissement cérébral des patients diffère de façon significative de ce qui est normalement observé. Tout ceci conduit à penser que la pathogénie en cause ne se limiterait pas à une perturbation cérébrale précoce qui serait responsable d'une forme d'encéphalopathie essentiellement statique, mais qu'elle exercerait des effets sur la maturation cérébrale tout au long de la vie.

A côté de l'augmentation du volume cérébral global, certaines régions du cerveau paraissent plus impliquées que d'autres. C'est le cas en particulier des aires frontales, limbiques, des noyaux gris centraux et du cervelet. On a par exemple observé que le syndrome d'Asperger s'accompagne d'une diminution plus marquée du volume de la substance grise dans les régions fronto-striatales et cérébelleuses (4). Une traduction fonctionnelle directe de cette fragilité des circuits fronto-striato-cérébelleux se retrouverait dans le défaut d'inhibition du clignement des paupières au bruit qui caractérise ces patients, par rapport à des sujets témoins (*ibid.*). Autrement dit, il existerait dans le syndrome d'Asperger des anomalies dans l'anatomie et les connexions des systèmes striato- limbiques, à l'origine d'un déficit du "filtrage sensoriel". Sans que l'on puisse en dire beaucoup plus aujourd'hui. Des anomalies du même type, touchant les mêmes régions, sont retrouvées dans l'autisme (5).

L'IRM fonctionnelle devrait permettre d'avancer, en autorisant l'exploration des circuits neuronaux qui se trouvent impliqués dans les déficits cognitifs. Il a pu être montré, par exemple, chez l'adulte atteint d'autisme, une hypo-activation significative du gyrus fusiforme droit, l'aire qui sous-tend notre reconnaissance des visages. Mais dans la mesure où l'activation enregistrée semble varier en fonction du degré de familiarité du visage présenté, une telle découverte perd beaucoup de sa valeur. D'une façon générale, l'imagerie des troubles autistiques progresse, mais elle butte régulièrement sur deux obstacles : la très grande hétérogénéité des troubles étudiés, les difficultés d'interprétation inhérentes aux images obtenues.

1. Kanner L. *Nerv Child* 1943 ; 2 : 217-250.
2. Toal F. et coll. *Br J Psychiatry* 2005 ; 187 : 395-397.

3. Fallet-Bianco C. and Lechevallier B. *Neuropsych News* 2007 ; 6 : 25-32.
4. McAlonan G.M. et coll. *Brain* 2002 ; 127 : 1594-1606.
5. McAlonan G.M. et coll. *Brain* 2005 ; 128 : 268-276.

### Etat-limite : les représentations évoluent (A. Bottéro)

L'état-limite n'a pas bonne presse. Les patients auxquels est attribué un tel diagnostic passent pour plus difficiles à soigner que les autres. Leur prise en charge psychothérapique donne lieu à des complications, ils commettent des passages à l'acte imprévisibles, des tentatives de suicide inquiétantes, etc. L'évolution est chronique, le pronostic réputé sévère.

Le tableau est plutôt sombre, mais il pourrait changer, comme s'emploie à le montrer un éditorial stimulant du *British Journal of Psychiatry* (1). Deux études de suivi prospectif – c'est ce qui en fait tout leur intérêt – constatent que la majorité des patients "limites" présentent en fait une atténuation significative de leurs symptômes plus tôt qu'il n'est coutumier de le décrire (2,3). Au bout de 6 ans d'évolution, 3 patients sur 4 ayant reçu un diagnostic d'état-limite suffisamment grave pour avoir imposé une hospitalisation, remplissent des critères standardisés de rémission. Pour beaucoup, une évolution favorable se dessine plus rapidement, puisque la moitié se trouve en rémission dès la 4ème année du suivi. Par la suite, le taux de rémission continue de progresser, à un rythme régulier de 10 à 15 % par an. Quant aux récurrences, elles sont rares, totalisant moins de 10 % sur les 6 années d'observation.

Vu sous l'angle évolutif, ce sont les symptômes d'impulsivité qui sont les plus rapides à rentrer dans l'ordre, tandis que les symptômes thymiques demandent plus de temps. L'évolution tend ainsi à confirmer qu'il existerait deux sous-ensembles symptomatiques distincts à l'origine du tableau clinique d'état-limite.

- 1) Les auto-mutilations, les tentatives de suicide, la pensée quasi-psychotique, la régression thérapeutique et les complications contre-transférentielles appartiennent manifestement à un état psycho-pathologique aigu. Ces symptômes, qui sont parmi les plus représentatifs du concept d' "état-limite", donnent lieu à autant de crises et d'hospitalisations. Ils rentrent dans l'ordre relativement vite, pour avoir disparu chez la plupart des patients passés 6 ans d'évolution.
- 2) L'autre sous-ensemble symptomatique en revanche se révèle plus stable et plus durable. Il contribue à donner une dimension de permanence, plus "structurelle", à l'état-limite. En font partie les sentiments chroniques de colère et de vide, l'hypersensibilité relationnelle, la difficulté à rester