



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Troubles de la familiarité et schizophrénie : impact sur les
comportements violents**

Présentée et soutenue publiquement le 2 Décembre 2016 à 18h
au Pôle Formation

Par Laura GANGLOFF

JURY

Président :

Monsieur le Professeur THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur VAIVA

Monsieur le Professeur COTTENCIN

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur HORN

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Table des matières

Résumé.....	1
Introduction.....	3
Cas cliniques	5
A. Cas clinique 1 : Monsieur D.....	5
B. Cas clinique 2 : Monsieur P.....	8
C. Cas clinique 3 : Monsieur B.....	11
D. Cas clinique 4 : Madame N.....	14
E. Cas cliniques : Discussion.....	17
Troubles de la familiarité.....	19
A. L'hypofamiliarité : Le syndrome de Capgras.....	20
1. Joseph Capgras (1873-1950).....	20
2. Définition.....	20
3. Cas princeps.....	20
B. L'hyperfamiliarité	21
1. Le syndrome de Fregoli.....	21
a) Définition.....	21
b) Cas clinique.....	21
2. L'illusion d'intermétamorphose	22
a) Définition.....	22
b) Cas clinique.....	22
3. Le syndrome des doubles subjectifs.....	22
C. Diagnostics différentiels des troubles de la familiarité	23
1. Fausses reconnaissances	23
2. Prosopagnosie.....	23
3. Paramnésie de réduplication	23
4. Hallucination.....	24
5. Dysperception.....	24
6. Trouble mnésique.....	24
D. Epidémiologie.....	24
E. Approches psychodynamiques.....	25
F. La reconnaissance des visages : différents modèles neuropsychologiques	26
1. Modèle de Bruce et Young.....	26
2. Le modèle de Bauer	28
3. Modèle d'Ellis et Lewis	31
4. Modèle de Haxby.....	32
G. Traitement.....	34
Comportements violents et schizophrénie	35
A. Comportements violents : définitions.....	35
1. Agression.....	35
2. Violence.....	35
3. Agitation	35
4. Hostilité.....	36

B.	Le concept de dangerosité	36
1.	Généralités	36
2.	Les outils d'évaluation	37
a)	Les méthodes actuarielles	37
b)	Les méthodes de jugements cliniques	38
C.	Epidémiologie	39
D.	Facteurs de risque de violence et schizophrénie	40
1.	Statiques.....	40
a)	Individuels.....	40
b)	Historiques.....	40
2.	Dynamiques.....	41
a)	Cliniques.....	41
b)	Contextuels.....	43
E.	Sous-groupes de patients.....	44
1.	Un modèle de classification selon Joyal	45
2.	Un modèle de classification selon Hodgins	45
3.	Incidences de la classification en sous-groupes de patients	46
F.	De l'évaluation de la dangerosité à la prise en charge du patient : préconisations générales	47
Incidence des troubles de la familiarité associés à une schizophrénie sur les comportements violents		49
A.	Etat des lieux sur les études réalisées.....	49
1.	Dangerosité, troubles de la familiarité et schizophrénie	49
2.	Homicide, troubles de la familiarité et schizophrénie.....	51
B.	Facteurs de risque de violence dans les troubles de la familiarité.....	52
C.	Troubles de la familiarité : un marqueur potentiel de sévérité dans la schizophrénie	53
D.	Implications médico-légales.....	54
E.	Perspectives scientifiques	55
Discussion		56
A.	Troubles de la familiarité : le syndrome de Capgras.....	56
B.	Troubles de la familiarité et comportements violents	59
C.	Troubles de la familiarité et traitements antipsychotiques	60
D.	Schizophrénie et facteurs de risque de violence	61
E.	Prise en charge des patients à risque de comportements violents.....	62
F.	Aspects médico-légaux.....	63
Conclusion		65
Références bibliographiques		67

RESUME

Les troubles de la familiarité constituent des phénomènes physiopathologiques dans lesquels un patient identifie de façon erronée des personnes familières, des objets ou lui-même. Les mécanismes de ces troubles sont délirants, car ils ne sont pas corrigés par l'expérience de raison. Pathologies complexes et rares, les troubles de la familiarité ne sont que très peu étudiés scientifiquement à l'heure actuelle. Le trouble mental le plus fréquemment associée à cette symptomatologie est la schizophrénie. L'interprétation des troubles de la familiarité a été fondée dans un premier temps sur un modèle psychodynamique, puis dans un deuxième temps à partir de travaux de neuropsychologie. Les troubles de la familiarité toucheraient 4% des patients souffrant de troubles mentaux, et plus particulièrement les patients atteints de schizophrénie.

Les comportements violents des patients schizophrènes et en particulier l'homicide, suscitent un bon nombre de réactions de la part des psychiatres, des experts mais également de l'opinion publique.

La difficulté de l'évaluation du risque de violence réside dans le fait que les passages à l'acte agressifs des patients schizophrènes sont la résultante d'événements multifactoriels. La conception d'instruments d'évaluation du risque de violence et l'identification de facteurs de risque constituent quelques éléments de réponses apportés par la communauté scientifique concernant l'évaluation de la dangerosité des patients schizophrènes.

Dans le but d'identifier plus précisément les situations à risque de passage à l'acte violent, différents auteurs ont établi des classifications en sous-groupes de patients schizophrènes violents, sur la base de données cliniques et épidémiologiques. La distinction fondamentale est la présence ou l'absence d'un trouble de la personnalité antisociale associé à la schizophrénie. La présence de cette comorbidité augmenterait significativement le risque de passage à l'acte violent.

Les patients présentant un trouble de la familiarité pourraient constituer un sous-groupe spécifique de patients atteints de troubles mentaux.

Néanmoins, aucune étude n'a examiné l'éventuel lien entre les troubles de la familiarité et la sévérité de la maladie mentale. Or, la majorité des patients atteints de troubles de la familiarité semblent résistants aux traitements neuroleptiques habituellement proposés dans la schizophrénie.

Probablement sous diagnostiqués, les troubles de la familiarité pourraient cependant constituer une variable de risque indépendante et pourraient être intégrés dans l'évaluation de la dangerosité d'un patient.

A ce jour, le lien entre les troubles de la familiarité, la schizophrénie et les comportements violents n'a que très peu été examiné. L'absence d'outils standardisés pour le diagnostic de trouble de la familiarité y contribue fortement. Les perspectives de recherches sont nombreuses et les études actuelles sont à poursuivre, afin d'améliorer la compréhension du lien entre les comportements violents et les troubles de la familiarité associés à la schizophrénie.

INTRODUCTION

Les troubles de la familiarité constituent des phénomènes physiopathologiques dans lesquels un patient identifie de façon erronée des personnes familières, des objets ou lui-même. Les mécanismes de ces troubles sont délirants, car ils ne sont pas corrigés par l'expérience de raison. Les troubles de la familiarité toucheraient 4% des patients souffrant de troubles mentaux (1).

Pathologies complexes et rares, les troubles de la familiarité ne sont que très peu étudiés scientifiquement à l'heure actuelle (2). Ces troubles peuvent apparaître dans différentes pathologies, principalement neurologiques et psychiatriques. Le trouble mental le plus fréquemment associée aux troubles de la familiarité est la schizophrénie (3). Par conséquent, nous allons dans notre travail, particulièrement focaliser notre attention sur cette pathologie.

Les comportements violents ont fréquemment des répercussions médicales, sociales, politiques et judiciaires (4). Les passages à l'acte hétéro-agressifs et en particulier l'homicide, suscitent un bon nombre de réactions de la part des psychiatres, des experts mais également de l'opinion publique. L'image de l'auteur d'un crime véhiculée par les médias et présente dans la conscience collective reste à l'heure actuelle celle du «fou dangereux» (5). Ce postulat partagé majoritairement par l'opinion publique, et associant schizophrénie et homicide a pour conséquence une stigmatisation des patients atteints de troubles mentaux. Or, 95% des homicides sont commis par des individus indemnes de schizophrénie (6).

Les psychiatres ont toujours dû composer avec la violence de leurs patients. Ils sont, à l'heure actuelle, de plus en plus interrogés par les instances juridiques et politiques sur les mesures de prévention des comportements violents des patients atteints de troubles mentaux. La difficulté de l'évaluation du risque de violence réside dans le fait que les comportements violents des patients schizophrènes n'ont pas une origine unique, mais sont bien la résultante de facteurs hétérogènes (7).

A l'heure où la sécurité est au cœur des débats publics et des préoccupations politiques, plusieurs questions sont posées aux psychiatres : quelle catégorie de sujet commet des actes de violence ? Comment évaluer et prévenir les comportements violents ? L'auteur d'un crime est-il un malade mental ? Le malade mental est-il dangereux ? Le psychiatre peut-il prévenir le risque de passage à l'acte violent ?

Des éléments de réponses ont été apportés par la communauté scientifique concernant l'évaluation de la dangerosité des patients souffrant de schizophrénie. On retrouve notamment la conception d'instruments d'évaluation du risque de violence et l'identification de facteurs de risque. Parmi ces éléments, certaines spécificités cliniques sont encore relativement peu étudiées, et il reste encore de nombreuses interrogations. Nous avons choisi de nous concentrer sur celle-ci : quel est l'impact des troubles de la familiarité sur les comportements violents chez les patients schizophrènes ?

CAS CLINIQUES

A. Cas clinique 1 : Monsieur D

Monsieur D a été admis en Avril 2016 à l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) en soins à la demande du représentant de l'état, suite à une décompensation psychotique aigüe, associée à un passage à l'acte violent grave et à une tentative d'autolyse.

Il s'agit d'un patient de 32 ans vivant avec sa femme et ses 2 enfants âgés respectivement de 6 ans et de 2 mois. Monsieur D travaille en tant que chef d'équipe dans une entreprise ferroviaire. Ses parents sont séparés. Il a un frère, une sœur, un demi-frère et une demi-sœur.

Le patient est actuellement écroué en maison d'arrêt pour sa première incarcération.

Monsieur D ne présentait pas d'antécédent psychiatrique personnel. Les antécédents addictologiques du patient étaient marqués par un tabagisme actif et une consommation d'alcool quotidienne de 3 à 4 verres de vin. Au niveau familial, son père consommait quotidiennement de l'alcool.

Les antécédents non psychiatriques du patient se caractérisaient par une fracture de la clavicule, du coude et du nez.

Monsieur D ne bénéficiait pas de traitement à domicile avant son hospitalisation.

L'histoire de la maladie de ce patient mettait en évidence des éléments dépressifs présents depuis plusieurs mois. Les facteurs déclenchants possiblement en lien avec la symptomatologie dépressive de monsieur D avaient perturbé son rythme de vie habituel. En effet, son père a été hospitalisé en Janvier 2016 pour une fracture de l'épaule, suite à une chute secondaire à une consommation d'alcool. A la même période, son frère a été pris en charge en psychiatrie pour une recrudescence anxieuse. De plus, monsieur D avait bénéficié d'une promotion dans le cadre de son travail et avait récemment changé de poste. La naissance de son fils en Février 2016 avait également modifié la dynamique familiale du patient. Des éléments délirants seraient apparus à la suite de ces événements.

En Avril 2016, monsieur D aurait commis un passage à l'acte hétéro-agressif grave envers son fils. Au moment des faits, le patient était à son domicile en présence de sa femme et de ses enfants. Le comportement violent du patient se serait manifesté par une tentative d'homicide de son fils. Lors des entretiens menés au cours de sa prise en charge, monsieur D verbalisera le fait qu'il était alors convaincu que son fils était remplacé par un sosie au moment du passage à l'acte. Sa mission était alors de le tuer pour le libérer de l'emprise du sosie.

Suite à ce comportement violent, monsieur D aurait immédiatement réalisé un passage à l'acte auto-agressif par de multiples moyens létaux. Dans un premier temps le patient se serait ébouillanté et électrocuté, puis aurait utilisé une arme blanche pour s'infliger une cervicotomie avant de se défenestrer.

Monsieur D a été transféré directement au CHRU de LILLE et hospitalisé d'Avril à Mai 2016 à l'Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI) pour la prise en charge de

sa plaie cervicale par arme blanche et de ses brûlures au deuxième degré au niveau des mains.

Après stabilisation de son état sur le plan physique, la santé mentale du patient a été évaluée par l'équipe de psychiatrie de liaison du CHRU de LILLE. Monsieur D présentait une symptomatologie délirante sur des thématiques surnaturelles et de damnations. Les mécanismes de son délire étaient principalement intuitifs et interprétatifs. Il présentait également des hallucinations acoustico-verbales. Suite à cette évaluation, le patient a été transféré à l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée en soins à la demande d'un représentant de l'état pour poursuivre sa prise en charge sur le plan psychiatrique.

Lors de son entrée en hospitalisation, monsieur D présentait une thymie basse, sans symptomatologie anxieuse franche. Le patient ne verbalisait pas d'idée suicidaire et les conduites instinctuelles étaient préservées. Il présentait des difficultés à élaborer autour de son passage à l'acte violent. Sa symptomatologie était marquée par des éléments délirants, une bizarrerie de contact et un émoussement des affects. Le temps de latence aux réponses était long. Le patient ne critiquait que très partiellement ses passages à l'acte auto et hétéro-agressifs.

Pendant cette hospitalisation, un traitement psychotrope par OLANZAPINE a été introduit à une dose de 7.5mg puis augmenté progressivement à 15mg.

Après avoir eu des nouvelles de son fils, monsieur D a présenté une recrudescence de ses idées suicidaires. Néanmoins, la prise de conscience de ses actes et la notion de culpabilité n'apparaissaient pas au premier plan chez ce patient.

Progressivement, la prise en charge a permis une critique partielle des éléments délirants, mais il persistait une conviction délirante d'épreuves divines imposées au patient. L'adhésion aux soins s'était améliorée et le patient a pu être transféré en soins libres à l'UHSA, pour poursuivre sa prise en charge.

Au total, monsieur D a présenté un premier épisode délirant aigu associé à un passage à l'acte hétéro-agressif grave suivi d'une tentative d'autolyse. Un trouble de la familiarité de type syndrome de Capgras a été retrouvé rétrospectivement chez ce patient lors de son passage à l'acte violent.

B. Cas clinique 2 : Monsieur P

Monsieur P a été admis en Mai 2015 à l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée en soins à la demande d'un représentant de l'état pour une décompensation psychotique aiguë associée à un passage à l'acte violent grave.

Ce patient âgé de 28 ans est célibataire, sans enfant et sans emploi. Monsieur P a vécu en couple pendant plusieurs années et s'est séparé en 2009. Sur le plan professionnel, il est titulaire d'un CAP en boulangerie. Le patient bénéficie de l'allocation adulte handicapé et d'une curatelle depuis 2015. Les parents de monsieur P ont divorcé lorsqu'il avait 13 ans. Il a une sœur âgée de 29 ans.

Actuellement, le patient est écroué en maison d'arrêt pour sa première incarcération. Ses antécédents psychiatriques sont marqués par de multiples hospitalisations pour des décompensations délirantes dans le cadre d'une schizophrénie diagnostiquée lorsqu'il avait 20 ans. Le patient avait également été hospitalisé pour des sevrages aux opiacés et pour une tentative d'autolyse par intoxication médicamenteuse volontaire en 2009. Sa dernière hospitalisation datait de 2014.

Sur le plan addictologique, monsieur P présente un tabagisme actif et consomme occasionnellement du cannabis. L'utilisation de cocaïne et d'héroïne a été arrêtée par le patient avant son incarcération.

Les antécédents non psychiatriques de monsieur P sont caractérisés par un kyste pilonidal.

Au niveau de ses antécédents psychiatriques familiaux, sa mère souffrirait d'un trouble bipolaire.

Monsieur P bénéficiait dernièrement d'un traitement par METHADONE, QUETIAPINE, BROMAZEPAM et LORMETAZEPAM, qu'il aurait arrêté environ 2 mois avant son passage à l'acte violent.

Lors de ses précédentes hospitalisations, des traitements par ARIPIPRAZOL, OLANZAPINE, RISPERIDONE et QUETIAPINE avaient été introduits, puis interrompus sur décision médicale du fait de leur inefficacité pour ce patient.

L'histoire récente de la maladie de ce patient est marquée par un passage à l'acte hétéro-agressif grave. Monsieur P aurait agressé mortellement son voisin avec une haltère, après l'avoir croisé préalablement dans les escaliers communs de son immeuble. Le patient présentait la conviction délirante que son voisin était remplacé

par un clone. Après évaluation psychiatrique au Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) de la maison d'arrêt, monsieur P a été transféré à l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée en soins à la demande d'un représentant de l'état pour une décompensation délirante de sa schizophrénie.

Lors de son entrée en hospitalisation, le patient présentait une bizarrerie de contact et une méfiance. Monsieur P verbalisait des propos délirants d'allure paranoïde, de thématique mystique, mégalomaniacale et de contamination. Les mécanismes étaient principalement hallucinatoires (hallucinations acoustico-verbales et visuelles objectivables par des attitudes d'écoute) et imaginatifs. Il présentait une désorganisation de la pensée avec un discours diffluent et une désorganisation comportementale avec des rires immotivés. L'émoussement des affects était marqué chez ce patient. Monsieur P était totalement anosognosique et adhérait totalement à son délire. La thymie du patient était neutre et il ne verbalisait pas d'idée suicidaire. Monsieur P présentait des troubles du sommeil à type d'insomnie d'endormissement.

Un traitement antipsychotique par AMISULPRIDE a été introduit en début d'hospitalisation devant la symptomatologie délirante présentée par le patient. Monsieur P a manifesté à plusieurs reprises des états d'agitations psychomotrices pour lesquels un traitement par DIVALPROATE DE SODIUM a été débuté.

Devant la persistance des éléments délirants, le traitement antipsychotique a été modifié à plusieurs reprises. Un traitement par QUETIAPINE a été introduit mais celui-ci n'a pas permis une amélioration de l'état clinique du patient et a été remplacé par de l'HALOPERIDOL. Un traitement par CLOZAPINE n'a malheureusement pas pu être introduit du fait de la symptomatologie délirante de Monsieur P. En effet, les bilans

sanguins hebdomadaires étaient impossibles à effectuer car le patient y était totalement opposé : « Vous allez faire des clones avec mon sang ».

Progressivement, le tableau clinique du patient a évolué vers une symptomatologie négative importante, avec un émoussement affectif et une clinophilie. L'évolution était marquée par une diminution des hallucinations acoustico-verbales après l'introduction des traitements médicamenteux. Néanmoins, les éléments hallucinatoires persistaient à bas bruit et le délire mystique et mégalomane s'enkystait. Une imagerie par résonance magnétique a été réalisée et ne retrouvait aucune anomalie.

Le patient a ensuite été transféré au SMPR pour poursuivre sa prise en charge.

Au total, monsieur P a présenté une décompensation psychotique aiguë secondaire à une rupture thérapeutique dans le cadre d'une schizophrénie paranoïde connue. Un trouble de la familiarité de type syndrome de Capgras a été retrouvé rétrospectivement chez ce patient lors de son passage à l'acte hétéro-agressif grave.

C. Cas clinique 3 : Monsieur B

Monsieur B a été admis en Mars 2015 à l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée en soins libres, pour prise en charge d'une décompensation psychotique aiguë, associée à un passage à l'acte violent grave.

Il s'agit d'un patient de 31 ans, vivant avec sa femme et son fils âgé d'un an et demi. Le patient est issu d'une fratrie de 3 garçons. Sur le plan professionnel, monsieur B a exercé en tant que mécanicien automobile. Il est sans emploi depuis 2013.

Le patient est actuellement écroué en maison d'arrêt pour sa première incarcération.

Monsieur B ne présentait pas d'antécédent psychiatrique personnel. Les antécédents addictologiques du patient étaient marqués par un tabagisme actif, une consommation d'alcool occasionnelle et une prise quotidienne de cannabis depuis l'âge de 14 ans.

Les antécédents non psychiatriques du patient étaient caractérisés par l'ablation d'un kyste nasal.

Monsieur B ne bénéficiait pas de traitement à domicile avant son hospitalisation.

L'histoire de la maladie de ce patient mettait en évidence des éléments délirants, évoluant depuis plusieurs mois. Monsieur B présentait alors un délire mystique de mécanisme hallucinatoire et interprétatif.

En Février 2016, Monsieur B aurait commis un passage à l'acte hétéro-agressif grave. En effet, le comportement violent du patient se serait manifesté par l'homicide volontaire de son fils. Monsieur B présentait la conviction délirante que son fils avait été remplacé par un sosie au moment du passage à l'acte. Il décrivait des modifications sur le plan physique de son fils, comme la présence de lames de rasoir dans ses yeux. Monsieur B était alors convaincu que le diable avait pris possession de son fils et que sa mission était de l'assassiner.

Suite à cet événement, monsieur B a été pris en charge sur le plan psychiatrique au SMPR. Un traitement par ARIPIPRAZOL a été instauré. Cependant, le patient présentait une activité délirante importante ainsi qu'un déni partiel de ses troubles. Au

vu de cette symptomatologie, le patient a été transféré à l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée en soins libres pour poursuivre sa prise en charge sur le plan psychiatrique.

Lors de son entrée en hospitalisation, monsieur B était calme et coopérant. Il présentait une hypomimie avec une froideur affective importante. Le patient ne décrivait pas d'idée délirante au premier plan mais présentait une réticence pathologique.

Pendant cette hospitalisation, un délire mystique avec hallucinations acoustico-verbales et cénesthésiques a été mis en évidence. Néanmoins, monsieur B ne présentait pas de désorganisation intellectuelle majeure. La symptomatologie négative était au premier plan. En effet, monsieur B présentait une froideur, une hypomimie et un apragmatisme important.

Durant l'hospitalisation, le traitement du patient a été modifié. Un traitement par AMISULPRIDE a été introduit et le traitement par ARIPIPRAZOL a été arrêté. Un traitement antidépresseur par FLUOXETINE a été mis en place du fait de la présence d'éléments dépressifs réactionnels à la perte de son fils. Progressivement, le tableau clinique du patient s'est amélioré avec une abrasion des éléments délirants. Monsieur B a ensuite été transféré au SMPR pour poursuivre sa prise en charge sur le plan psychiatrique.

Au total, monsieur B a présenté un premier épisode délirant aigu associé à un passage à l'acte violent grave. Une hypofamiliarité de type syndrome de Capgras a été retrouvée rétrospectivement chez ce patient lors de son passage à l'acte hétéro-agressif.

D. Cas clinique 4 : Madame N

Madame N a été admise en Juillet 2014 à l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée en soins à la demande du représentant de l'état, pour une décompensation psychotique aigüe secondaire à une rupture thérapeutique, associée à un passage à l'acte violent grave.

Il s'agit d'une patiente de 30 ans d'origine marocaine, célibataire, divorcée depuis 2011. Madame N vit en France depuis son mariage en 2006. Elle a 4 frères et 4 sœurs avec lesquels elle n'a plus de contact. Ses parents vivent au Maroc, elle entretient des contacts téléphoniques avec ceux-ci. La patiente a un fils âgé de 9 ans. Sur le plan professionnel, madame N est titulaire d'un CAP coiffure. Sur le plan social, la patiente bénéficie de l'allocation adulte handicapé depuis 2014 et une demande de mesure de protection pour majeur vulnérable a été sollicitée.

La patiente est écrouée à la maison d'arrêt depuis 2011 pour sa première incarcération.

Les antécédents psychiatriques de cette patiente sont marqués par une symptomatologie dépressive en post-partum et par une hospitalisation en soins à la demande d'un représentant de l'état en août 2013 pour une décompensation psychotique. En effet, depuis la naissance de son fils, la patiente décrit une auto dévalorisation, un vécu d'abandon et une sensibilité vis-à-vis de sa belle-famille.

Sur le plan addictologique, madame N présente un tabagisme actif. Aucune autre consommation de substance psychoactive a été retrouvée.

Madame N ne présentait pas d'antécédents non psychiatriques particulier.

La patiente suivait régulièrement un traitement par OLANZAPINE.

L'histoire de la maladie de cette patiente mettait en évidence des éléments dépressifs présents depuis la naissance de son fils. Cet événement aurait modifié la dynamique familiale dans laquelle la patiente évoluait. Des éléments délirants de thématique mystique et de grandeur seraient apparus quelques années plus tard. Les mécanismes de son délire étaient principalement interprétatifs, imaginatifs et hallucinatoires.

En Septembre 2011, Madame N aurait commis un passage à l'acte hétéro-agressif grave envers son fils alors âgé de cinq ans. Le comportement violent de la patiente se serait manifesté par une tentative d'homicide par noyade de son fils. Madame N verbalise le fait qu'elle était convaincue que celui-ci était remplacé par un sosie au moment du passage à l'acte. Selon la patiente, le diable aurait pris possession du corps de son fils et aurait ainsi pris l'apparence de celui-ci. Madame N aurait ressenti un sentiment intense de persécution lors de ce passage à l'acte.

Dès le début de son incarcération, madame N a été suivie au SMPR dans le cadre de sa symptomatologie délirante. La patiente avait volontairement arrêté son traitement antipsychotique à plusieurs reprises pendant son incarcération. Malgré la réintroduction de ce traitement, l'état clinique de la patiente restait fluctuant.

Madame N a été transférée à plusieurs reprises à l'unité hospitalière spécialement aménagée en soins à la demande d'un représentant de l'état dans le cadre de décompensations de sa pathologie schizophrénique.

La symptomatologie de la patiente était marquée par une désorganisation intellectuelle et comportementale majeure et des idées délirantes de thématique mystique.

L'évolution de la symptomatologie de la patiente a été peu favorable malgré la prise en charge hospitalière. En effet, différents traitements médicamenteux ont été mis en place : OLANZAPINE, RISPERIDONE, HALOPERIDOL, CLOZAPINE. Malgré cette prise en charge, le délire de madame N restait très productif et la patiente restait anosognosique.

Afin d'optimiser la prise en charge, des hospitalisations séquentielles à l'unité hospitalière spécialement aménagée ont été proposées à cette patiente, du fait de sa problématique de schizophrénie chimiorésistante.

Au total, madame N a présenté une décompensation psychotique aiguë secondaire à une rupture thérapeutique dans le cadre d'une schizophrénie connue. Une chimiorésistance a été mise en évidence pendant son hospitalisation. Un trouble de la familiarité de type syndrome de Capgras a été retrouvé rétrospectivement chez cette patiente lors de son passage à l'acte violent.

E. Cas cliniques : Discussion

La description des 4 cas cliniques dans ce travail de thèse avait pour objectif de mettre en évidence la réalisation de comportements violents en lien avec l'expression d'un trouble de la familiarité dans un contexte délirant aigu. Le trouble mis en évidence lors des comportements violents était un syndrome de Capgras pour tous ces patients. Le diagnostic de cette hypofamiliarité a été posé à posteriori par les professionnels de santé, après les passages à l'acte hétéro-agressifs de ces patients. Les sujets ont tous commis un acte de violence grave à type d'homicide ou tentative d'homicide et ont tous été écroués.

Les cas cliniques 1 et 3 ne présentaient pas d'antécédent psychiatrique personnel. Le diagnostic de schizophrénie a donc été posé après l'acte de violence grave. Le trouble de la familiarité s'est exprimé au début de la pathologie schizophrénique pour ces deux individus.

Les patients 2 et 4 présentaient une psychose chronique connue. La pathologie schizophrénique évoluait depuis 8 ans pour le patient 2 et depuis environ 9 ans pour la patiente 4. Le syndrome de Capgras s'est exprimé au cours de la maladie schizophrénique pour ces cas.

Les patients 1 et 3 ne bénéficiaient pas de traitement antipsychotique avant le passage à l'acte violent. Les patients 2 et 4 avaient déjà bénéficié de traitements mais présentaient une rupture thérapeutique lors du passage à l'acte hétéro-agressif. Ces patients n'avaient aucun antécédent judiciaire connu. Tous les individus (hormis le patient du cas 4) avaient des antécédents de consommation d'alcool ou de cannabis.

Les patients étaient tous à leur domicile au moment du passage à l'acte. Les victimes étaient des membres de la famille sauf dans le cas clinique 2 où l'agression concernait un voisin. Un sentiment d'hostilité et de persécution était ressenti par les patients envers leurs proches.

Les patients étaient majoritairement des sujets de sexe masculin (sauf cas 4), originaires du Nord et avaient tous une trentaine d'années. Les patients 1 et 3 vivaient en couple, tandis que les 2 et 4 étaient célibataires. Tous avaient des enfants sauf le patient 2. Les patients avaient bénéficié d'une formation professionnelle au cours de leur vie mais seul le patient 1 travaillait au moment du passage à l'acte. Les parents des cas cliniques 1 et 2 étaient séparés. Aucune pathologie non psychiatrique identifiable ne pouvait expliquer la symptomatologie de ces patients.

Ces cas cliniques suscitent plusieurs interrogations et principalement la question de l'impact des troubles de la familiarité sur les comportements violents chez les patients schizophrènes.

Afin d'améliorer nos connaissances sur les troubles de la familiarité et d'affiner notre pratique clinique quotidienne, il semble important de constituer un état des lieux des données de la littérature à ce sujet.

Ainsi, nous étudierons dans un premier temps les troubles de la familiarité dans leur ensemble, puis nous nous centrerons sur les comportements violents et la schizophrénie. Enfin, nous porterons notre attention sur l'incidence de l'association des troubles de la familiarité et de la schizophrénie sur les comportements violents.

TROUBLES DE LA FAMILIARITE

Les troubles de la familiarité, également dénommés troubles de l'identification des personnes ou délires de faux-semblants, sont des phénomènes complexes pouvant se rencontrer dans différentes pathologies, principalement neurologiques et psychiatriques (2). Ces manifestations ont suscité un intérêt de longue date, notamment par de nombreux mythes et histoires impliquant des sosies, des clones et des imposteurs. Depuis la première description de cette catégorie de troubles par Capgras en 1923, différentes entités ont été identifiées.

On distingue deux types de troubles de la familiarité : l'hypofamiliarité et l'hyperfamiliarité. L'hypofamiliarité inclue le syndrome de Capgras, (dans lequel un proche est remplacé par un sosie ou un imposteur), l'hyperfamiliarité englobe le syndrome de Fregoli (caractérisé par la reconnaissance d'une personne familière alors qu'elle n'est pas connue physiquement par le patient), l'illusion d'intermétamorphose (dans lequel plusieurs individus prennent l'apparence d'un être unique) et le syndrome des doubles subjectifs (caractérisé par la conviction délirante que des personnes constituent des clones du patient lui-même).

L'interprétation des troubles de la familiarité a été fondée dans un premier temps sur un modèle psychodynamique, puis dans un deuxième temps à partir de travaux de neuropsychologie.

A. L'hypofamiliarité : Le syndrome de Capgras

1. Joseph Capgras (1873-1950)

Joseph Capgras effectua ses études de médecine à la faculté de Toulouse où il fut externe puis interne. Puis, sous l'influence de son cousin, il se dirigea vers la psychiatrie. En 1909, il publia l'ouvrage « *les folies raisonnantes* », en collaboration avec son maître, Paul Sérieux. Ses travaux, essentiellement cliniques, s'intéressaient particulièrement au délire d'interprétation. Mais ce qui le rendit célèbre est la description du syndrome portant son nom (8).

2. Définition

Le syndrome de Capgras, décrit en 1923, est également dénommé « illusion des sosies » par Joseph Capgras. Il correspond à un trouble de l'identification des personnes où le sujet a la conviction délirante que lui-même ou ses proches ont été remplacés par des sosies. Dans la majorité des cas, le patient se sent persécuté par ces derniers. Généralement, le patient perçoit une différence physique mineure par rapport à l'original (rides, couleur des yeux), qui l'amène à penser que celui-ci est un imposteur. Il peut également retrouver des changements dans le caractère ou la psychologie de la personne.

3. Cas princeps

Joseph Capgras (1873–1950) et son interne Reboul-Lachaux (9) ont décrit le cas d'une patiente de 53 ans, hospitalisée à Saint Anne dans le cadre d'une psychose hallucinatoire chronique, dont un des thèmes délirants était la substitution de ses

proches et d'elle-même par des «sosies». Ils isolèrent le syndrome « d'illusion des sosies » du riche délire interprétatif, intuitif et hallucinatoire que présentait cette patiente. Capgras et Reboul-Lachaux mettaient en avant le fait que contrairement aux fausses reconnaissances habituelles, l'intégrité intellectuelle de leur malade était conservée. Ils notaient « l'absence de tout trouble sensoriel et amnésique ». Ce syndrome constituait alors une pathogénie originale avec pour résultat un jugement affectif (8). Capgras soulignait le fait que la présence d'un objet réel était indispensable et insistait sur la nature interprétative de cette manifestation.

B. L'hyperfamiliarité

1. Le syndrome de Fregoli

a) Définition

Le syndrome de Fregoli se caractérise par la conviction qu'un individu mal intentionné, prend l'apparence d'inconnus physiquement différenciés. Il a été décrit par Courbon et Fail, en 1927 (10).

b) Cas clinique

Le cas exposé par Courbon et Fail était celui d'une patiente de 27 ans, férue de théâtre, qui avait la conviction délirante que deux actrices se déguisaient afin de la persécuter. La dénomination de ce syndrome était inspirée d'un comédien italien, Léopold Frégoli, célèbre pour ses talents d'incarnation de personnages multiples.

2. L'illusion d'intermétamorphose

a) Définition

Le patient présente la conviction délirante que plusieurs personnes prennent l'apparence d'un individu unique, généralement inconnu. Il a été décrit par Courbon et Tusques en 1932 (11).

b) Cas clinique

Ce trouble a été exposé en 1932 par ces auteurs à partir du cas clinique d'une patiente de 49 ans, Sylvie G. Elle affirmait que les personnes, les objets et les animaux se modifiaient sous ses yeux. Un grand nombre d'individus pouvaient changer de sexe ou prendre l'apparence de son fils et de sa tante. Son mari pouvait également prendre l'apparence de son voisin, à quelques éléments près, notamment la couleur de ses yeux. Ce n'est que 46 ans plus tard que d'autres auteurs, notamment Young et al en 1990, ont décrit des cas similaires de patients atteints de ce trouble (12).

3. Le syndrome des doubles subjectifs

Le sujet est persuadé que des personnes lui sont physiquement semblables et représentent des clones, doubles ou sosies de lui-même (13). Ce syndrome a été décrit par Christodoulou en 1978.

C. Diagnostics différentiels des troubles de la familiarité

1. Fausses reconnaissances

La mémoire fait appel à différents types de processus cognitifs. On peut en distinguer 3 : l'encodage, la consolidation et la récupération des informations (14). Ces mécanismes peuvent comporter des erreurs spécifiques et amener le sujet à élaborer de faux souvenirs. Ainsi, lorsque ses processus sont défaillants, le sujet peut, à tort, effectuer une fausse reconnaissance. Néanmoins, lorsque cet individu est aidé pour la récupération des informations, il réalise son erreur. On ne retrouve pas cette possibilité dans les troubles de la familiarité.

2. Prosopagnosie

Ce trouble de la reconnaissance des visages est une agnosie visuelle. Le sujet souffrant de ce trouble neurologique est dans l'incapacité de reconnaître une personne par la vue mais peut l'identifier par d'autres moyens comme par exemple par sa voix, sa démarche. La prosopagnosie se différencie notamment des troubles de la familiarité par l'absence d'élément délirant de persécution.

3. Paramnésie de réduplication

Décrite par le neurologue Arnold Pick en 1903, elle est définie par la conviction qu'une personne ou un lieu ont été dupliqués. La paramnésie de réduplication correspond à une simple transcription, sans notion de substitution ou d'imposture, sans vécu persécutif associé, ce qui la distingue des troubles de la familiarité.

4. Hallucination

Les hallucinations, décrites par Esquirol en 1838, se caractérisent par une « perception sans objet à percevoir ». A contrario, dans les troubles d'identification des personnes, un objet réel est retrouvé.

5. Dysperception

L'illusion se caractérise par une faute, une erreur de perception. Elle n'inclue pas de construction délirante, présente dans les troubles de la familiarité.

6. Trouble mnésique

Les troubles de la familiarité sont à distinguer des troubles mnésiques car le patient est en capacité de se souvenir de l'image de l'individu dont il méjuge l'identité.

D. Epidémiologie

Les troubles de la familiarité peuvent s'associer à différents types de pathologies (voir tableau 1). Le chef de file des affections neurologiques est la maladie d'Alzheimer (15) et celui des troubles psychiatriques est la schizophrénie.

Tableau 1 : Pathologies associées aux troubles de la familiarité, issu des tableaux de Edelstyn et Oyeboode 1999 (3).

Troubles de la familiarité	Pathologies associées
Troubles psychiatriques	Schizophrénie paranoïde Troubles schizo-affectifs Troubles de l'humeur Etat de stress post-traumatique (16) Troubles obsessionnels compulsifs
Troubles neurologiques	Maladie d'Alzheimer Démence à corps de Lewy Traumatisme crânien Epilepsie Maladie cérébrovasculaire Maladie de Parkinson Tumeur pituitaire Myélome Sclérose multiple Encéphalite VIH Syndrome frontal
Pathologies multiples	Pseudo-hypopituitarisme Diabète Encéphalopathie hépatique Syndrome de Klinefelter Déficit en vitamine B12 Embolie pulmonaire Facteurs génétiques Pré-éclampsie Pneumonie Hypoglycémie Toxicité du Lithium Migraine et alcoolisme

E. Approches psychodynamiques

Dans les suites de la première description du syndrome de Capgras, différentes hypothèses psychodynamiques ont été proposées afin de tenter d'expliquer les mécanismes de ce trouble.

Joseph Capgras, a décrit tout d'abord le sentiment d'étrangeté ressenti par les patients souffrant de ce syndrome (17). Ce sentiment constituerait un mécanisme de

défense, qui permettrait au sujet de lutter contre une menace de déréalisation et de dépersonnalisation. Il serait, à l'origine de l'apparition des idées délirantes.

Puis, cet auteur a émis l'hypothèse d'un trouble affectif primaire, à l'origine de sentiments contradictoires, comme l'étrangeté et la familiarité vis-à-vis d'un individu.

Joseph Capgras soulève également l'hypothèse de désirs incestueux. Ainsi, les individus souffrant du syndrome de Capgras, à l'aide du mécanisme de sosification, pourraient projeter un désir d'inceste sur un membre de leur famille. Le syndrome de Capgras constituerait alors une tentative de résolution du complexe d'Œdipe (18).

L'hypothèse de l'ambivalence et du clivage a été mis en avant par différents auteurs (19) (20). Pour les patients souffrant d'un trouble de la familiarité, le sosie constituerait un moyen d'exprimer une agressivité qui serait habituellement impossible à accepter. Le sosie permettrait la résolution d'une situation intolérable pour le patient, comme l'ambivalence entre des sentiments de respect et d'hostilité envers un proche.

F. La reconnaissance des visages : différents modèles neuropsychologiques

La neuropsychologie propose différents modèles, en s'appuyant sur des observations cliniques, dans le but d'étudier le traitement d'informations par les fonctions cérébrales supérieures. En suivant cette démarche scientifique, différents modèles de reconnaissance des visages ont été établis.

1. Modèle de Bruce et Young

Un modèle de reconnaissance des visages en neuropsychologie positive a été proposé par Bruce et Young en 1986 (21). L'identification des visages se déroule en

sept étapes selon ces auteurs (voir figure 1) : l'encodage pictural (couleur, lumière, contraste), l'encodage structural (invariants faciaux), l'encodage de l'expression faciale (humeur de la personne), l'encodage de la parole (mouvements de la bouche et position des lèvres), l'encodage sémantique déduit directement de l'analyse du visage (âge, sexe, ethnie), le traitement des informations sémantiques concernant l'identité de la personne (profession), et une étape de traitement permettant d'accéder au nom (association d'un nom au visage familier).

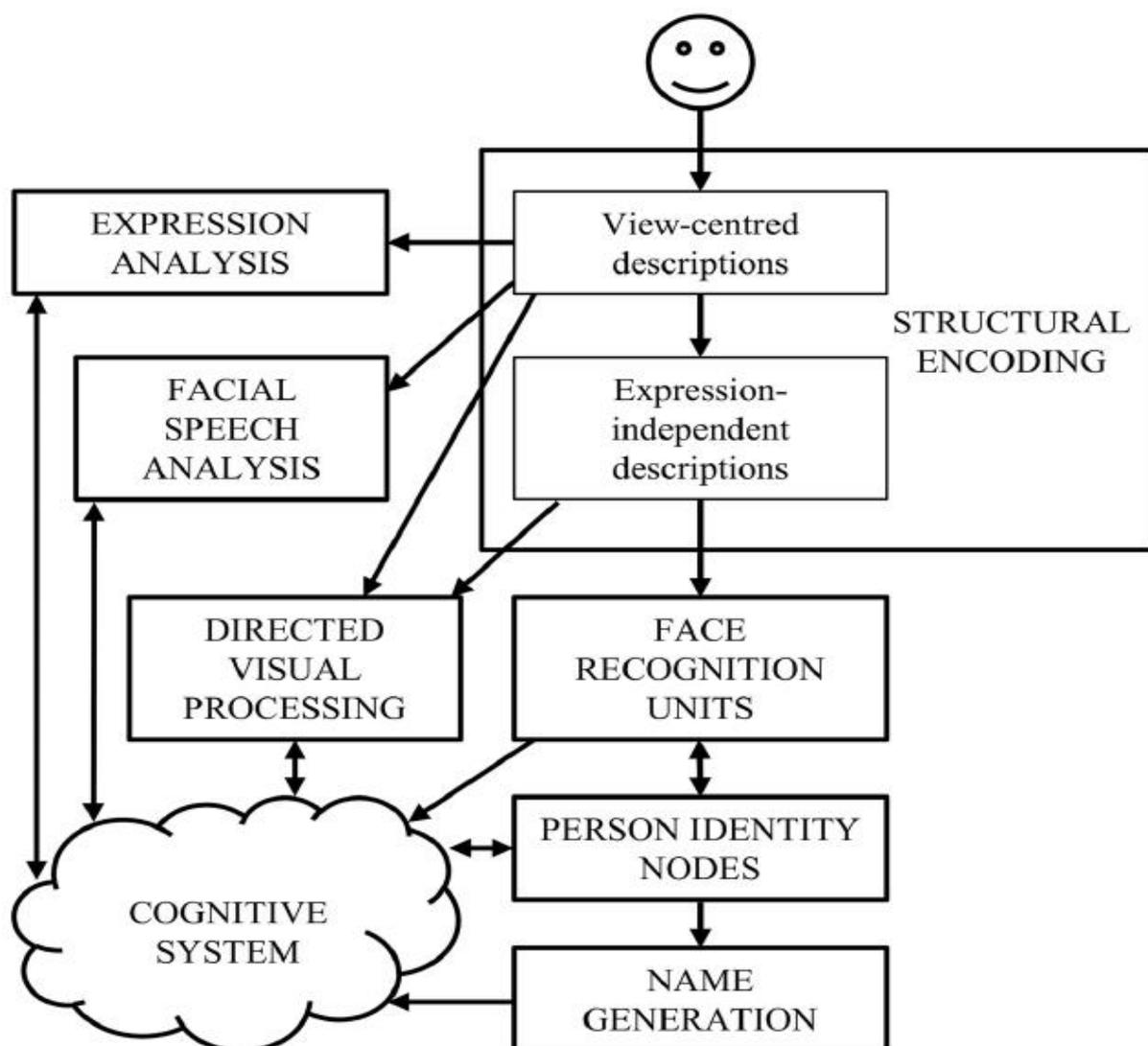
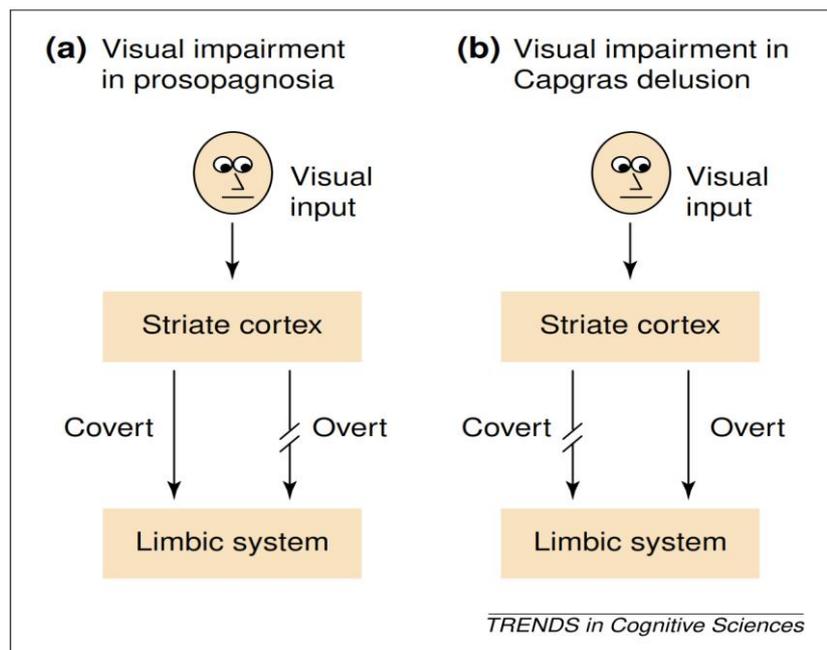


Figure 1 : Modèle de reconnaissance des visages selon Bruce et Young 1986 (21) issu de Ellis et Lewis 2001 (22)

2. Le modèle de Bauer

Bauer proposa en 1984 un modèle neuroanatomique de reconnaissance des visages à partir de travaux sur la prosopagnosie (23). Cette pathologie se caractérise par l'incapacité à reconnaître des visages initialement familiers. Cet auteur met en évidence deux voies anatomiques distinctes et indépendantes de reconnaissance des visages. La première dite ventrale, passant entre le cortex visuel et le système limbique par le faisceau longitudinal, qui serait consciente. La deuxième dite dorsale, empruntant quant à elle le sillon temporal supérieur, qui serait inconsciente. Le traitement de l'identité du visage se distinguerait du traitement de la signification émotionnelle de celui-ci, et par conséquent du sentiment de familiarité, par ces deux voies spécifiques. En effet, Bauer a pu mettre en évidence une reconnaissance affective, dite inconsciente, chez des patients atteints de prosopagnosie à l'aide d'une analyse de la réponse électrodermale de la peau.

Ellis et Young (24) ont complété ce modèle en émettant l'hypothèse d'un lien entre le syndrome de Capgras et la prosopagnosie. En effet, ces deux phénomènes seraient comparables à des images en miroirs (voir figure 2).

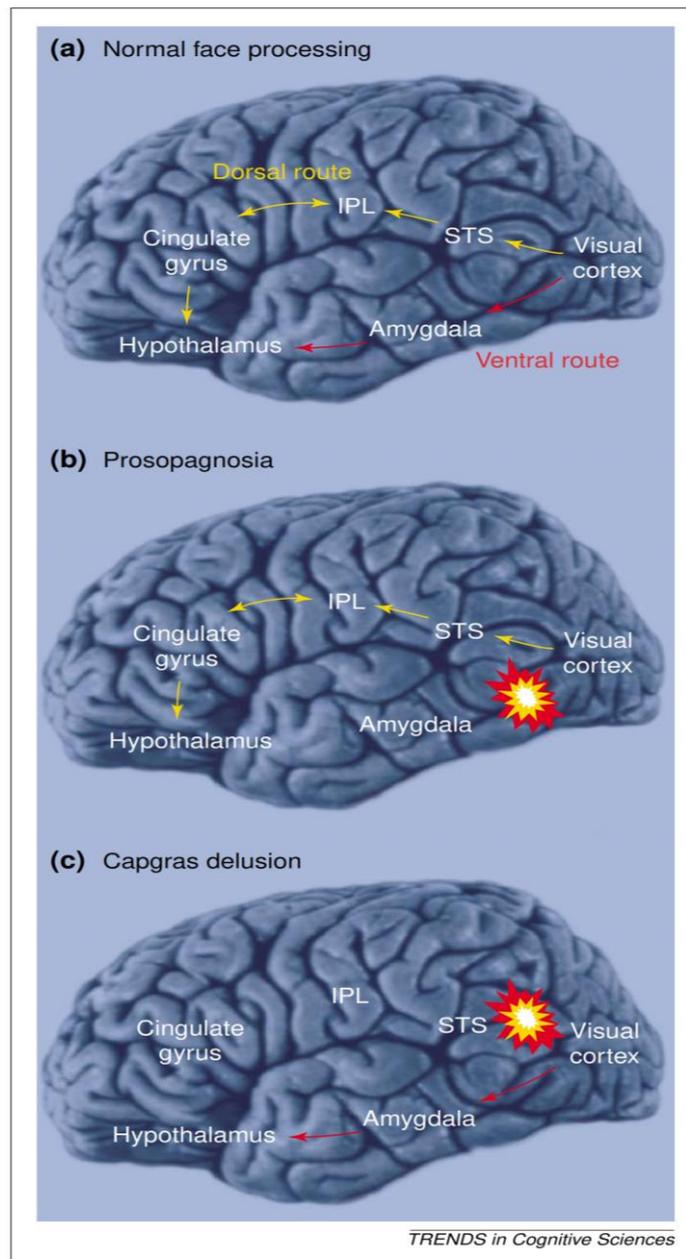


(a) La voie ventrale (overt) est atteinte dans la prosopagnosie.

(b) La voie dorsale (covert) est endommagée dans le syndrome de Capgras.

Figure 2. Images en miroir de la Prosopagnosie et du syndrome de Capgras selon Ellis et Young 1990 (24) issu Ellis et Lewis 2001 (22)

Ainsi, la prosopagnosie serait la résultante d'un dysfonctionnement du système de reconnaissance conscient des visages, tandis que le système inconscient serait préservé. A l'inverse, le syndrome de Capgras serait la conséquence d'une atteinte de la voie dorsale inconsciente nécessaire à la confirmation émotionnelle d'un visage, tandis que le système conscient serait conservé (voir figure 3). Cette anomalie amènerait les patients atteints de ce trouble de la familiarité à adopter une rationalisation qui les conduirait à identifier un proche comme un imposteur.



- (a) Processus normal de reconnaissance des visages. Les flèches jaunes indiquent la voie dorsale. Les flèches rouges représentent la voie ventrale.
- (b) Processus de reconnaissance des visages dans la prosopagnosie. La voie ventrale est endommagée.
- (c) Processus de reconnaissance des visages dans le syndrome de Capgras. La voie dorsale est altérée.

Figure 3. Processus de reconnaissance des visages issu de Ellis et Lewis 2001 (22).

3. Modèle d'Ellis et Lewis

Breen et Al. (25) ont modifié les précédents modèles en ne distinguant qu'une voie neuro-anatomique de reconnaissance des visages : la voie visuelle ventrale. Selon ces auteurs, la voie visuelle dorsale ne serait pas capable de reconnaissance visuelle ou de réponse affective à des stimuli familiers. Dans les suites de cette unique voie de reconnaissance, le modèle cognitif de traitement des visages se diviserait en deux voies communicantes : une voie d'identification des personnes et une voie de réponse émotionnelle à des stimuli familiers. Les troubles de la familiarité résulteraient d'une dissociation entre ses deux voies.

Ellis et Lewis ont adapté le modèle de Breen et al (voir figure 4). En effet, selon ces auteurs le processus d'identification des personnes ne serait pas directement connecté à la réponse émotionnelle d'un stimulus familier, mais passerait par un système d'intégration. Les informations seraient ensuite traitées par un système d'attribution (22).

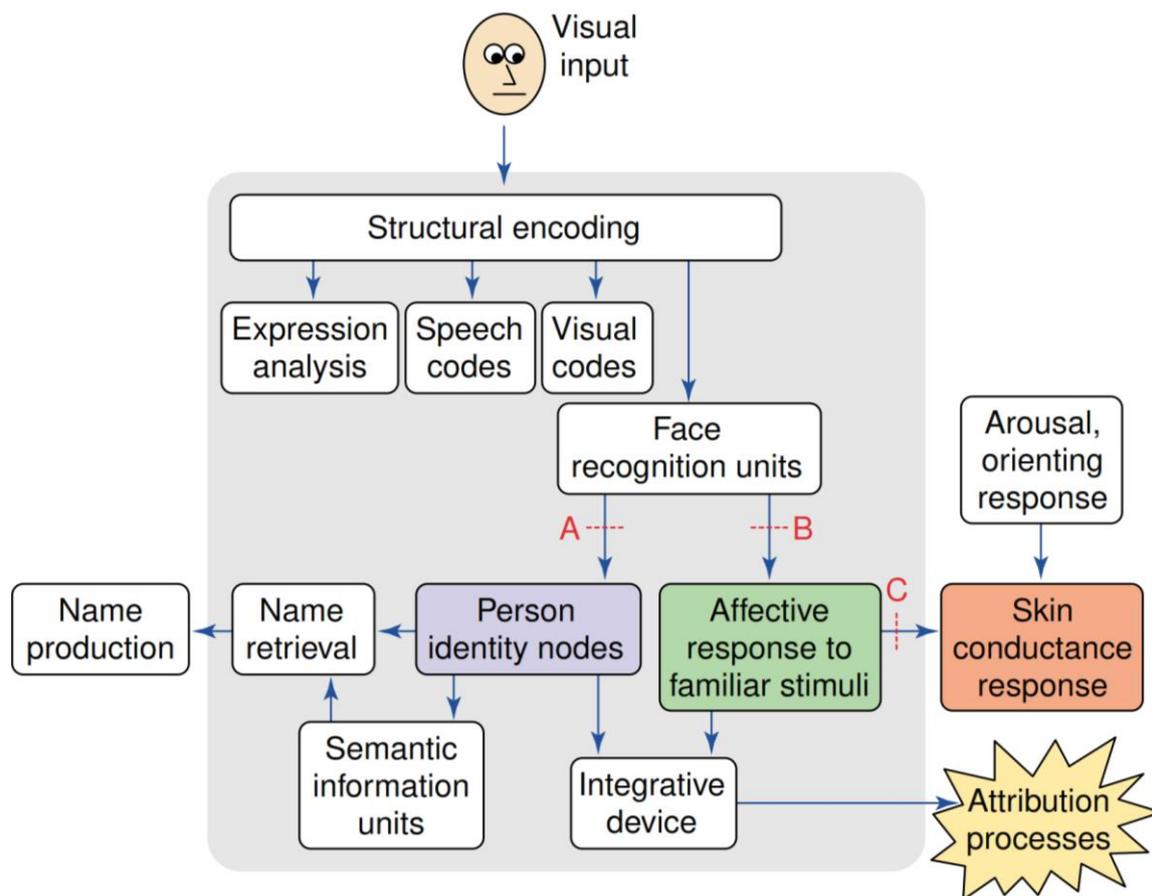


Figure 4. Adaptation du modèle de reconnaissance des visages de Breen et AI 2000 (25) par Ellis et Lewis 2001 (22).

4. Modèle de Haxby

Plus récemment, Haxby et Gobbini ont étendu le modèle de Bruce et Young à l'aide de la neuro-imagerie fonctionnelle et ont pu proposer un modèle neuro-anatomique de reconnaissance des visages et des émotions (26). Selon ces auteurs, la reconnaissance des visages familiers serait la composante d'un processus spatial impliquant des zones de perception visuelle et d'un processus cognitif et social plus complexe, impliquant le cortex paracingulaire antérieur, le précuneus et l'amygdale. Ces deux processus parallèles agiraient en coopération (27).

Le modèle de Haxby se compose donc de trois systèmes (voir figure 5) : le premier dit central permettrait de percevoir les aspects invariants et variants du visage comme l'expression faciale, les deux autres systèmes permettraient d'attribuer une connotation affective et émotionnelle aux visages familiers. Ainsi, à l'aide de l'IRM fonctionnelle, ils ont pu mettre en évidence le rôle du précuneus dans la reconnaissance d'un visage familier. En revanche, ils ont constaté une moindre réponse du gyrus fusiforme et de l'amygdale lors du traitement des stimuli familiers. Ceci suggère que le traitement des visages familiers requière moins d'attention que celui des visages inconnus. En effet, l'amygdale serait plutôt sensible à des événements inattendus ou peu familiers (27).

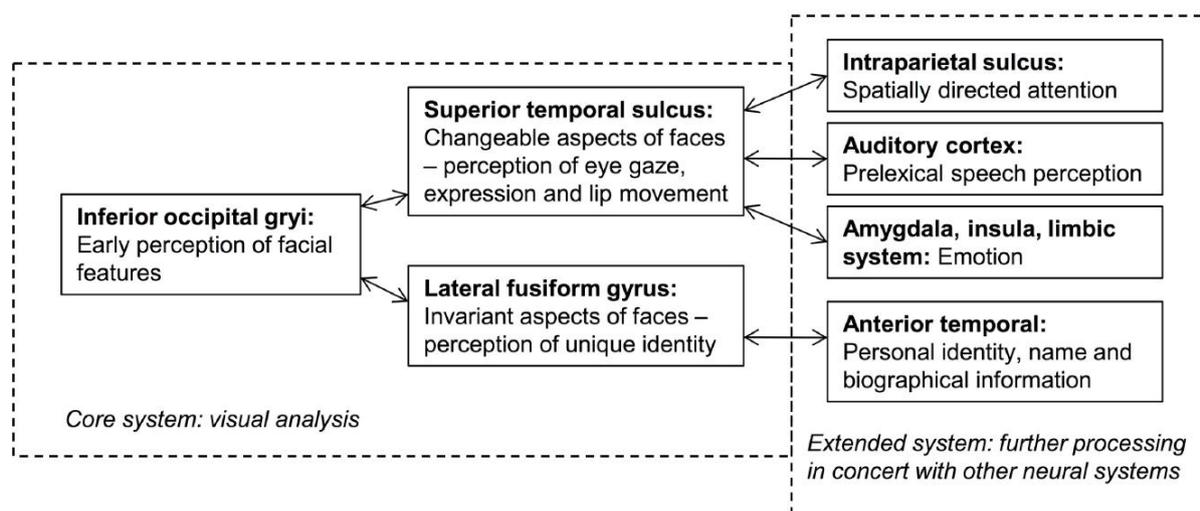


Figure 5 : Adaptation du modèle de traitement des visages de Haxby et AI 2000 (27) par Bate et Bennetts 2015 (28).

G. Traitement

Différents axes thérapeutiques ont été décrits dans la prise en charge des troubles de la familiarité. Le traitement des troubles psychiatriques, des comorbidités notamment toxiques et d'une pathologie organique est primordial. Dans le cas de troubles psychotiques associés, les antipsychotiques ont été fréquemment utilisés. Dans les cas de troubles de l'humeur associés, l'utilisation d'antidépresseurs et du lithium a été conseillée. Des thérapies de groupes ont également été proposées (2). Une variabilité de réponses aux traitements a été constatée d'un individu à un autre. Du fait de l'absence de recommandation de prise en charge des troubles de la familiarité, le traitement étiologique reste primordial lorsque la cause de ces troubles est identifiable.

COMPORTEMENTS VIOLENTS ET SCHIZOPHRENIE

A. Comportements violents : définitions

1. Agression

Une agression se définit par une action souvent brutale et soudaine, avec intentionnalité de nuire. Elle peut être dirigée contre soi, autrui ou des objets. Ce comportement peut être physique ou verbal (29). L'échelle OAS (Overt Aggression Scale), utilisée en milieu hospitalier par le personnel soignant, permet de documenter les comportements agressifs et violents d'un patient.

2. Violence

La violence désigne le plus fréquemment une agression envers les êtres humains. Ce terme est souvent employé en criminologie et en sociologie. La violence peut se définir comme une « contrainte, physique ou morale, exercée sur une personne en vue de l'inciter à réaliser un acte déterminé ». Les termes de violence et agression sont interchangeables (29).

3. Agitation

L'agitation se manifeste par un état d'excitation motrice et/ou psychique (29).

4. Hostilité

L'hostilité englobe différents types de manifestations : la colère, l'irritabilité, l'agression verbale, le ressentiment etc... Des échelles de cotation permettent notamment d'évaluer l'hostilité : la Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) (30) et la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (31).

B. Le concept de dangerosité

1. Généralités

Le concept de dangerosité a été intégré à la criminologie à la fin du XIXe siècle. Cette notion s'inscrit dans un contexte politique visant à contrôler une population générant des troubles à l'ordre public, dans un but de protection de la société.

Selon Bénézech, il n'y a pas, à proprement parler, de définition médico-légale de la dangerosité. Debuyst l'a néanmoins caractérisée comme la « probabilité pour un individu de commettre une infraction dirigée contre des biens ou des personnes ». Certains auteurs, parlent plutôt d'état dangereux, et notamment Bénézech qui le définit comme un «État, situation ou action dans lesquels une personne ou un groupe de personnes font courir à autrui ou aux biens un risque important de violence, de dommage ou de destruction» (32). La dangerosité implique une identification des facteurs de risque de violence, du type de dommage causé, et de la probabilité de récidive.

La dangerosité psychiatrique représente la symptomatologie liée à l'expression des troubles mentaux, alors que la dangerosité criminologique est une manifestation psycho-sociale.

Actuellement le terme «risque de violence» tend à remplacer celui de dangerosité (33). « L'individu dangereux » deviendrait un « individu à risque ».

2. Les outils d'évaluation

Afin d'objectiver l'évolution d'un patient, différents outils d'évaluation de la dangerosité peuvent être utilisés. On distingue les méthodes dites actuarielles et celles basées sur les jugements cliniques. Mais il convient de rappeler qu'à eux seuls, ils ne peuvent prédire de façon absolue le risque de comportement violent d'un individu. Par conséquent, ces outils doivent toujours être complétés par des données cliniques.

a) Les méthodes actuarielles

L'échelle VRAG (Violence Risk Appraisal Guide, voir tableau 2) est l'outil d'évaluation du risque de récurrence de comportement violent le plus employé (34). Celle-ci se base sur douze items incluant entre autres les antécédents criminels et les caractéristiques démographiques de l'individu.

Tableau 2 : items de l'échelle VRAG issu de Voyer et al. 2009 (35)

1	Psychopathie
2	Inadaptation scolaire à l'élémentaire
3	Troubles de la personnalité
4	Âge au moment du délit
5	Séparation de l'un ou l'autre de ses parents avant 16 ans
6	Manquement antérieur à une libération sur parole
7	Histoire de délits non violents
8	N'a jamais été marié
9	Schizophrénie
10	Blessure la plus sérieuse infligée à une victime
11	Histoire d'abus d'alcool
12	Victime du délit actuel est une femme

Cet outil d'évaluation présente plusieurs avantages. La validation de cette échelle a été réalisée sur des délinquants souffrant de troubles mentaux, mais elle peut être utilisée sur différents types de populations pénales. De plus, cet outil existe dans différentes langues et peut donc être appliqué à des zones géographiques et milieux culturels hétérogènes. Cet instrument est composé d'items précis ayant la plus grande valeur prédictive et se base sur des facteurs de risques objectifs évalués de façon empirique. Cette méthode actuarielle présente également un intérêt de qualité en termes de reproductivité entre les différents examinateurs.

Malgré le fait que l'efficacité de cette échelle a été largement validée par la communauté scientifique, celle-ci présente des inconvénients. Le premier réside dans le fait que cet outil utilise exclusivement des facteurs de risque statiques tels que l'âge, le célibat, la dislocation du couple parental, en excluant les facteurs de risque dynamiques comme l'insight, la consommation actuelle d'alcool, la symptomatologie positive et négative de la schizophrénie, l'observance au traitement. Une autre limite à souligner est l'absence de précision sur la nature, la gravité, l'imminence et la fréquence du comportement violent futur.

b) Les méthodes de jugements cliniques

La HCR-20 (Historical Clinical risk assessment, voir tableau 3) a été matérialisée par Webster en 1997 (36), dans le but d'évaluer le risque de violence d'un individu. Elle contient vingt items classés en trois catégories : historiques, cliniques et gestion du risque. Cette échelle est essentiellement utilisée pour la prédiction du risque de comportement violent à court et moyen terme. Contrairement aux méthodes actuarielles, elle nécessite un jugement clinique pour l'évaluation globale du patient.

Tableau 3 : Historical Clinical Risk-20 issu de Voyer et al. 2009 (35).

Facteurs historiques	Facteurs cliniques	Facteurs de gestion du risque
H1 Violence antérieure	C1 Introspection difficile	R1 Projet manquant de faisabilité
H2 1er acte de violence commis durant la jeunesse	C2 Attitudes négatives	R2 Exposition à des facteurs déstabilisants
H3 Instabilité des relations intimes	C3 Symptômes actifs de la maladie	R3 Manque de soutien personnel
H4 Problèmes d'emploi	C4 Impulsivité	R4 Inobservation des mesures curatives
H5 Problèmes de toxicomanie	C5 Résistance au traitement	R5 Stress
H6 Maladie mentale grave		
H7 Psychopathie		
H8 Inadaptation durant la jeunesse		
H9 Trouble de la personnalité		
H10 Échecs antérieurs de surveillance		

Les outils disponibles représentent une aide à ne pas négliger dans l'évaluation de la dangerosité potentielle d'un patient. Néanmoins, l'évaluation du risque de comportement violent futur pour un individu reste une démarche pluridisciplinaire, du fait de sa complexité.

C. Epidémiologie

Pour l'opinion publique, la schizophrénie est très souvent directement associée à l'hostilité, l'agressivité et la violence (37). Ainsi, les patients atteints de cette pathologie sont très fréquemment sujets à une forte stigmatisation (38). Mais, contrairement aux idées reçues, les personnes atteintes de schizophrénie sont d'ordinaire plus victimes qu'auteurs de violence (39) (40). Ceci peut s'expliquer du fait d'une forte vulnérabilité, d'une précarité et d'un isolement social fréquent de cette population. De plus, l'agressivité des patients atteints de schizophrénie est plus

souvent dirigée envers eux-mêmes qu'envers autrui. Le lien entre schizophrénie et comportement violent reste complexe. Or, dans la conscience collective, le meurtre et la pathologie mentale sont communément associés. Néanmoins, le risque de comportement violent pour les patients atteints de troubles mentaux est multifactoriel et ne peut se réduire à un lien de causalité direct et unique. Il convient également de différencier un acte violent mineur, d'un acte grave comme l'homicide qui peut toucher une population indemne de troubles mentaux (38).

D. Facteurs de risque de violence et schizophrénie

1. Statiques

Les facteurs de risque statiques comportent des éléments non ou difficilement modifiables.

a) Individuels

Les facteurs de risque individuels de violence chez les patients schizophrènes sont identiques à ceux de la population générale. On retrouve l'âge inférieur à 30-40 ans, le sexe, le faible niveau socio-économique (41), le célibat.

b) Historiques

Les antécédents de violences commises et subies jouent un rôle important sur les comportements violents futurs d'un patient schizophrène. En effet, dans les antécédents de violences commises, sont retrouvées : les incarcérations dans l'enfance ou l'adolescence, l'âge de la première infraction ou acte violent. Les

antécédents de violence sont les indicateurs les plus performants pour l'évaluation du risque de violence à venir.

Dans les antécédents de violences subies, il est important de rechercher une victimisation dans l'enfance et l'adolescence (42), notamment une perturbation de l'environnement familial, ainsi que des violences sexuelles.

2. Dynamiques

Les facteurs de risque dynamiques sont potentiellement modulables dans le temps.

a) Cliniques

La symptomatologie psychotique se caractérise par deux composantes : les symptômes positifs comme les idées délirantes, les hallucinations, la désorganisation, et les symptômes négatifs tels que le repli social, l'appauvrissement des affects.

Cinquante à 65% des schizophrènes auteurs d'homicide présenteraient une forme paranoïde, avec une symptomatologie positive marquée par des idées délirantes et des hallucinations auditives lors du passage à l'acte violent (43) (44). La symptomatologie psychotique négative serait, quant à elle, responsable de violences mineures.

Un faible insight, des troubles neurologiques associés à la schizophrénie ainsi que l'impulsivité et la colère sont également des facteurs de risque à ne pas négliger. L'insight peut être évalué grâce à la Scale to assess Unawareness in Mental Disorder (SUMD).

Un des facteurs clef à rechercher est l'abus ou la dépendance à l'alcool et aux toxiques. En effet, la consommation de ces substances psychoactives majore le risque

de violence dans la population générale et dans les cas de troubles mentaux (45). Fazel et al. ont mis en évidence un risque quasiment identique pour ces deux groupes d'individus (voir figure 6).

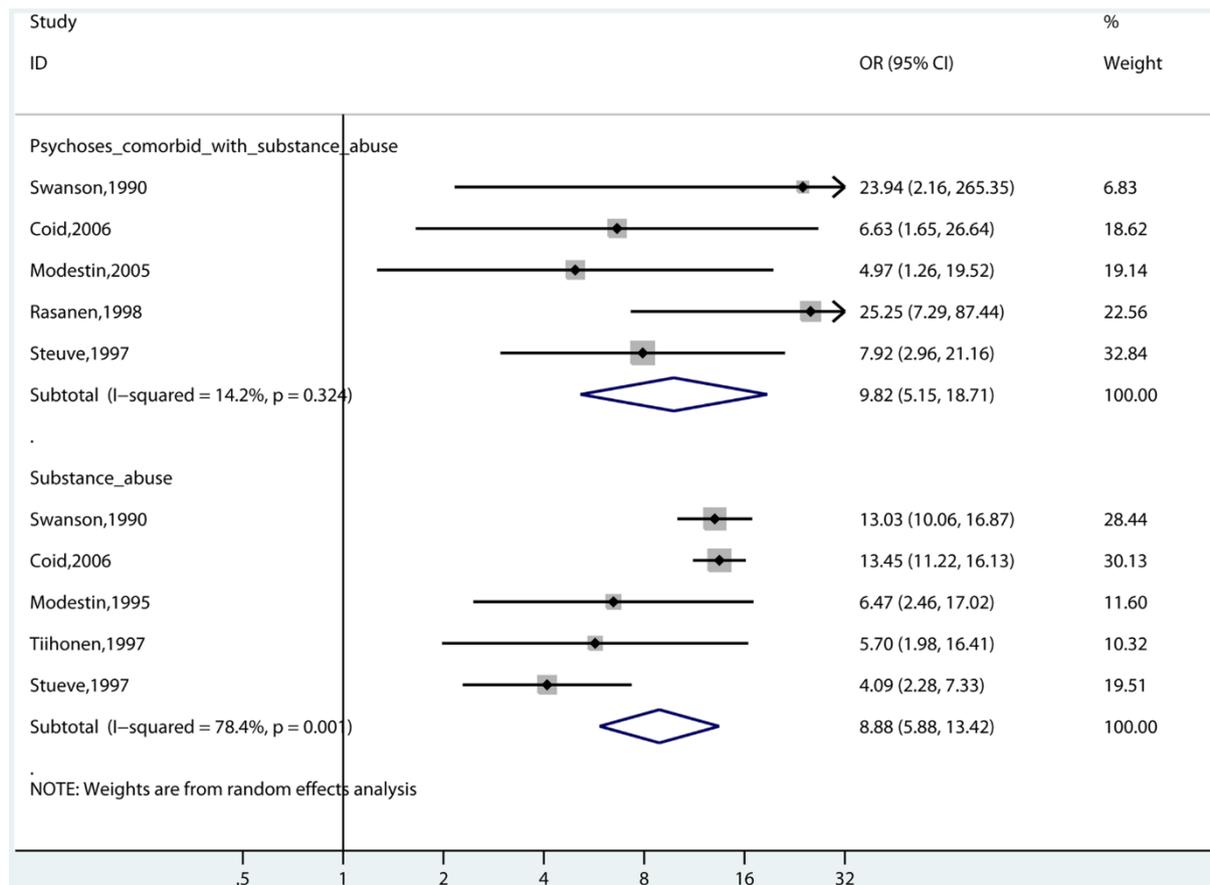


Figure 6. Estimation du risque de violence chez les individus atteints de schizophrénie avec abus de substances, par rapport au risque chez les individus indemnes de schizophrénie avec abus de substances, issu de Fazel et al. 2009 (46).

Le trouble de la personnalité antisociale augmente significativement le risque de passage à l'acte hétéro-agressif (47) (48).

L'observance au traitement ainsi que l'adhésion aux soins sont également importants à évaluer (49). En effet, un suivi psychiatrique régulier ainsi que les soins sous contraintes diminuent le risque de comportement violent alors que l'absence d'observance au traitement augmente ce risque. Certains auteurs décrivent une période à risque de comportement violent dans les vingt semaines suivant une hospitalisation en psychiatrie, dépendant de la capacité de resocialisation du patient (50).

b) Contextuels

L'environnement joue également un rôle dans le parcours criminel du patient. Effectivement, un contexte de vie stressant (51) associé à des ruptures sentimentales ou divorces, une absence d'emploi, un licenciement peuvent précéder un passage à l'acte criminel. Les études dirigées par Fazel et al. ont mis en évidence l'importance des facteurs socio-démographiques sur le risque de passage à l'acte violent d'un patient. Les facteurs prépondérants seraient les suivants : le faible niveau d'études, le statut d'immigrant, avoir des enfants, le statut de célibataire (46).

L'association d'une schizophrénie avec une consommation de substances psychoactives et des antécédents de violence est indispensable à repérer. En effet, cette triade multiplierait par dix le risque de comportements violents par rapport à des patients présentant une schizophrénie indemne de ces facteurs associés (51).

Bo et al. ont résumé, dans leur méta-analyse, l'ensemble des facteurs de risque associés aux comportements violents chez les patients présentant des troubles schizophréniques (voir tableau 4).

Tableau 4 : Facteurs associés à la violence hétéro-agressive chez les patients schizophrènes selon Bo et al. 2011 (52) complétés par Richard-Devantoy et al. 2013 (37).

Facteurs généraux	Facteurs spécifiques
Factures socio-démographiques : Age jeune < 40 ans Genre masculin Statut économique précaire Bas niveau d'éducation Célibat	Diagnostic actuel : Schizophrénie paranoïde Comorbidité : abus ou dépendance aux substances psycho-actives Comorbidité : personnalité antisociale (hétéroïdophrénie)
Antécédents : Antécédents personnels et familiaux judiciaires de violence envers autrui ou d'incarcération Antécédents d'abus ou de dépendance à l'alcool Antécédents de victimisation	Symptômes : Symptomatologie psychotique positive Idées délirantes de persécution, de mégalomanie, de mysticisme, syndrome d'influence Menaces écrites ou verbales évoquant un scénario de passage à l'acte en cours de constitution Idées de violence, fantasmes et propos à caractère violent
Facteurs contextuels : Être victime de violence dans l'année Divorce ou séparation dans l'année Sans emploi dans l'année	Facteurs de risque liés aux soins : Défaut d'accès aux soins Longue durée de psychose non traitée Rupture de suivi psychiatrique Non-observance médicamenteuse Insuffisance de suivi au décours immédiat d'une hospitalisation (arrêt du suivi à vingt semaines)

E. Sous-groupes de patients

Dans le but d'identifier plus précisément les situations à risque de passage à l'acte violent, différents auteurs ont établi des classifications en sous-groupes de patients schizophrènes violents, sur la base de données cliniques et épidémiologiques.

1. Un modèle de classification selon Joyal

Selon certains auteurs comme Joyal, différentes catégories de patients psychotiques auteurs d'actes violents peuvent être identifiées (48).

Ainsi, il distingue un premier sous-groupe de patients présentant une schizophrénie associée à un trouble de la personnalité de type antisociale et un abus d'alcool. Ces patients présenteraient, pour la majorité d'entre eux, des comportements violents non planifiés, ciblant habituellement un proche. Le risque de récurrence serait particulièrement élevé pour cette population.

Le deuxième sous-groupe, est caractérisé par des patients atteints depuis plusieurs années de schizophrénie et souffrant de troubles neurologiques ou neuropsychologiques. Les passages à l'acte d'ordre physique occasionneraient plutôt des blessures mineures et la violence serait le plus souvent d'ordre verbal. Les comportements violents seraient majoritairement dirigés vers des objets et non planifiés. Ces conduites se manifesteraient en réponse à des frustrations du quotidien.

Le troisième sous-groupe comporte des patients schizophrènes de type paranoïde. Un lien de causalité entre les comportements violents et le délire serait directement établi. L'acte violent planifié aurait pour cible un membre de la famille. Le taux de récurrence serait quant à lui faible et dépendant de l'adhésion aux soins psychiatriques.

2. Un modèle de classification selon Hodgins

Une autre catégorisation peut également être employée en fonction de la chronologie d'apparition des troubles (53) (54).

Le sous-groupe des « early-starters » est caractérisé par une manifestation des actes délinquants précédant l'apparition de la schizophrénie. Ces patients présenteraient plusieurs comorbidités : un trouble de la personnalité antisociale et des consommations précoces de toxiques. Les ruptures de soins et les récives de comportements violents graves seraient fréquentes. Pour cette catégorie de patients, la violence ne serait pas impérativement associée à la symptomatologie schizophrénique.

Le sous-groupe des « late-starters » identifie les individus présentant des passages à l'acte hétéro-agressifs après l'expression d'une schizophrénie. La violence serait fréquemment dirigée vers les proches, la comorbidité principale serait la consommation d'alcool et ces patients seraient plus sensibles aux traitements.

3. Incidences de la classification en sous-groupes de patients

La distinction fondamentale découlant directement des modèles de classification précédemment décrits, est la présence ou l'absence d'un trouble de la personnalité antisociale associé à la schizophrénie. En effet, la présence de cette comorbidité augmenterait significativement le risque de passage à l'acte violent (55) (48) (47). Chez les patients schizophrènes présentant des comportements violents, le trouble de la personnalité antisociale serait le trouble de la personnalité le plus fréquemment retrouvé (56). Les incarcérations et les actes violents graves, comme l'homicide, seraient plus fréquents et l'âge de la première condamnation serait plus précoce (48). Pour les patients présentant un trouble de la personnalité antisociale associée à une schizophrénie (sous-groupe des «early-starters»), les traitements neuroleptiques auraient peu d'impact sur le risque de violence (35). Le suivi psychiatrique ambulatoire

doit être particulièrement contrôlé, les périodes d'hospitalisation sont généralement de courte durée et répétées (57).

Concernant les patients présentant une schizophrénie paranoïde sans trouble de la personnalité antisociale associé, les comportements violents seraient, le plus souvent, directement en lien avec les éléments délirants. Les traitements médicamenteux auraient plus d'impact sur le risque de violence, du fait de leurs actions sur les manifestations psychotiques (58).

Pour les patients souffrant de schizophrénie associée à des troubles neurologiques (comme les démences, les tumeurs cérébrales, le syndrome de Korsakoff, la maladie de Huntington), les capacités de contrôle pulsionnel et de gestion de la colère seraient diminuées du fait des atteintes des lobes frontaux (59).

F. De l'évaluation de la dangerosité à la prise en charge du patient : préconisations générales

Comme nous l'avons vu précédemment, l'utilisation d'outils pour l'évaluation de la dangerosité d'un patient est primordiale dans l'exercice de la psychiatrie. Cependant, la prise en charge d'un patient reste avant tout individualisée et pluridisciplinaire, particulièrement pour les sujets à risque de comportements violents.

Afin de mieux prévenir la violence, des recommandations ont été émises par la Haute Autorité de Santé concernant la prise en charge des patients. Ainsi, dans l'audition publique de 2010, des principes généraux à respecter ont été clairement explicités. En effet, les études actuelles tendent à démontrer que les antécédents de violence pour un patient constituent un facteur de risque majeur pour la prédiction de violences futures. Cependant, une absence de ces antécédents ne témoigne pas

d'une abolition totale de risque. L'évaluation du risque de violence pour un patient doit être répétée. En effet, ce risque se modifie dans le temps, en fonction de l'évolution clinique du patient, de son environnement et des événements de vie.

La sécurité des proches, et particulièrement de la famille, doit être prise en compte. Ainsi, un des rôles du psychiatre est également de les alerter afin de les protéger d'un danger. De plus, le repérage des situations de difficultés institutionnelles, secondaires à la prise en charge du patient en milieu hospitalier, est primordial. La supervision, la formation du personnel concernant la gestion de la violence, ainsi que la sécurisation des lieux, constituent des points clés à ne pas négliger.

Un plan de soins doit être aménagé avec le patient et réévalué tous les six mois. Le suivi ambulatoire du patient doit être plus rapproché dans les mois qui suivent la sortie d'hospitalisation et réajusté en fonction des signes d'alerte.

Ainsi, la mise en œuvre des moyens disponibles pour réduire le risque de passage à l'acte violent reste essentielle dans la prise en charge des patients souffrant de schizophrénie (60).

INCIDENCE DES TROUBLES DE LA FAMILIARITE ASSOCIES A UNE SCHIZOPHRENIE SUR LES COMPORTEMENTS VIOLENTS

A. Etat des lieux sur les études réalisées

La question du lien entre les comportements violents et les troubles de la familiarité associés à la pathologie schizophrénique reste malheureusement peu explorée à l'heure actuelle. En effet, aucune étude n'a examiné à ce jour, l'éventuel lien de causalité entre les antécédents judiciaires et la présence de troubles de la familiarité chez les patients schizophrènes. La difficulté réside dans le fait que les informations judiciaires sont généralement inaccessibles. De plus, un lien de causalité direct ne peut être établi, car les comportements violents sont la conséquence d'événements multifactoriels. Les troubles de la familiarité sont rarement recherchés en pratique clinique et par conséquent très peu étudiés. Ceci résulte notamment du fait qu'ils ne correspondent pas à une entité syndromique clairement définie. Néanmoins, différents auteurs ont tenté d'explorer l'association entre les troubles de la familiarité et la violence.

1. Dangerosité, troubles de la familiarité et schizophrénie

Silva et al. (61), ont réalisé une étude sur le lien entre la dangerosité et les troubles de l'identification des personnes. Selon ces auteurs, les personnes atteintes

de ces troubles, construiraient, autour de la personne mal identifiée, une biographie radicalement différente de celle de la personne réelle. La conviction délirante serait telle, qu'elle serait fréquemment à l'origine d'une agressivité envers la personne non reconnue, qui serait alors perçue comme malveillante pour le patient. Six cas de patients souffrant de troubles de la familiarité ont été examinés. L'agressivité verbale était présente chez tous les sujets, et cinq d'entre eux ont développé une agressivité physique envers les personnes mal identifiées.

Une autre étude de ces auteurs, incluant vingt-neuf patients atteints de troubles de l'identification des personnes, a examiné le potentiel de dangerosité de ces patients, à l'aide de différents paramètres. Un des objectifs de cette étude était d'améliorer les connaissances sur les troubles de la familiarité, afin d'en évaluer les risques de passage à l'acte violent. Le syndrome de Capgras était le trouble le plus représenté chez les sujets inclus. Les résultats de ce travail montrent que dans 22% des cas, l'individu non reconnu était un membre de la famille. Seize patients verbalisaient des menaces mais n'étaient pas passés à l'acte, tandis que treize d'entre eux avaient été violents physiquement (62).

Silva et al. ont également pu mettre en évidence le fait que les personnes atteintes de troubles de la familiarité avaient moins tendance à utiliser des armes que les personnes indemnes de ces troubles (63). Ceci pourrait s'expliquer par une meilleure capacité de planification des comportements violents et une habilité à se procurer des armes par les individus indemnes de troubles de la familiarité par rapport aux individus souffrant de ces troubles.

2. Homicide, troubles de la familiarité et schizophrénie

Les troubles de la familiarité peuvent également être responsables d'agressions physiques graves comme les homicides. Parmi les troubles de la familiarité responsables d'actes violents graves, le syndrome de Capgras apparaît comme le plus fréquent selon Nestor et al. (64).

Benezech et al. ont révélé dans leur étude, que le pourcentage d'homicide était plus élevé chez les patients souffrant de schizophrénie paranoïde. Chez ces sujets, des antécédents de troubles de l'identification des personnes avaient été fréquemment retrouvés. Ces troubles étaient présents pendant une longue période précédant le passage à l'acte violent (65).

Dans une revue de littérature concernant neuf cas d'auteurs d'homicides en lien avec des troubles de la familiarité, quatre sujets avaient préalablement commis des actes violents dirigés contre des individus mal identifiés (66).

Silva et al. ont étudié le cas particulier des infanticides secondaires à des troubles de la familiarité (67). Dans cette situation, le but de l'homicide serait d'extraire l'imposteur du corps de l'enfant pour en retrouver l'original. Les cas décrits étaient ceux de patients atteints de psychose puerpérale, de syndrome de Capgras et de Frégoli. La violence apparaissait, dans ce cas, la seule solution pour un parent de libérer l'enfant de l'imposteur.

Par ailleurs, des cas de matricides dans des contextes de troubles de la familiarité ont également été rapportés (1).

B. Facteurs de risque de violence dans les troubles de la familiarité

Le lien de causalité entre les comportements violents et les troubles de la familiarité n'est pas unique mais bien multifactoriel. L'identification des situations à risque de violence, passe par l'évaluation de la dangerosité d'un patient et par la considération de l'ensemble des facteurs de risque. Les patients présentant un trouble de la familiarité associé à des comportements violents, présentent généralement des antécédents d'actes violents, qui ne sont pas toujours en lien avec le trouble de l'identification des personnes (63).

L'adhésion totale aux idées délirantes, les affects négatifs et les déficits de reconnaissance des figures d'attachements est une triade clinique importante à repérer. De plus, le sentiment de colère représente un facteur clé dans le risque de passage à l'acte hétéro-agressif (68).

De Pauw et Szulecka ont, à partir d'études de cas, identifié des facteurs de risques de violence comme les lésions anatomiques ou métaboliques cérébrales, des événements de vie négatifs, des capacités intellectuelles réduites, de faibles compétences sociales et professionnelles, une pathologie psychiatrique, un trouble de la personnalité (69).

Concernant le syndrome de Capgras, des facteurs de risque spécifiques ont été retrouvés tels que le sexe masculin, une ancienneté du délire, des antécédents de passages à l'acte hétéro-agressifs, une schizophrénie et une consommation de substances psychoactives. Avant un passage à l'acte violent, les patients qui souffraient d'un syndrome de Capgras présentaient une symptomatologie associant des idées délirantes avec une participation affective majeure (notamment un sentiment

de colère), des hallucinations avec pour certains cas un automatisme mental associé. Une symptomatologie négative pouvait également être présente chez certains patients, avec un émoussement des affects et un repli social. Généralement, la violence était dirigée vers un membre de la famille et le passage à l'acte était planifié (70).

Le sexe masculin serait un facteur de risque de violence pour les patients atteints de trouble de la familiarité associé à une schizophrénie (62). D'autres facteurs comme le délire de jalousie, l'érotomanie augmenterait le risque de violence (71). De plus, le degré de menace perçue par le patient vis-à-vis de la personne mal identifiée jouerait également un rôle clé dans le risque de passage à l'acte pour certains auteurs (72) (1). La consommation d'alcool, l'impulsivité, la désorganisation induiraient également une majoration de ce risque (1). Pour certains auteurs, les troubles de la familiarité chez les patients schizophrènes seraient associés au sentiment de dépersonnalisation et de déréalisation (54).

C. Troubles de la familiarité : un marqueur potentiel de sévérité dans la schizophrénie

Les patients présentant un trouble de la familiarité pourraient constituer un sous-groupe spécifique de patients atteints de troubles mentaux. Néanmoins, aucune étude n'a examiné l'éventuel lien entre les troubles de la familiarité et la sévérité de la maladie mentale comme la durée de la pathologie, l'âge de début, le nombre et la durée des hospitalisations. La majorité des patients atteints de troubles de la familiarité semblent résistants aux traitements neuroleptiques habituellement proposés dans la schizophrénie (73).

Certains auteurs mettent en avant le fait qu'il existerait des mécanismes neuropsychiatriques similaires dans les différents troubles de la familiarité. Ainsi, un ensemble de tests neuropsychologiques a été défini dans le but de diagnostiquer un syndrome de Capgras de façon plus précise et systématisée (74). Des études plus récentes en potentiels évoqués, ont montré une réduction de l'amplitude de la P300, considéré comme un marqueur d'actualisation de la mémoire de travail, dans les zones préfrontales chez les patients atteints de schizophrénie associée à des troubles de la familiarité, par rapport aux patients schizophrènes indemnes de ces troubles (75).

D. Implications médico-légales

La question de la responsabilité pénale des patients souffrant de troubles de la familiarité reste à l'heure actuelle peu documentée. En effet, pour ces patients, cette pathologie pourrait être considérée comme un facteur d'atténuation de la peine ou pris en compte dans sa détermination.

Les troubles de l'identification de parents envers leur enfant pourraient jouer un rôle sur les droits parentaux, et notamment concernant la garde de l'enfant. Un cas de garde refusée par les autorités judiciaires a été décrit dans la littérature, la mère pensant que sa fille avait été remplacée par un imposteur (76). Les troubles de la familiarité peuvent également toucher un surveillant pénitencier ou un soignant, ce qui peut affecter dans le deuxième cas directement la relation thérapeutique. Des cas d'irresponsabilités pénales dans les suites d'homicides pour des patients atteints de trouble de la familiarité ont été décrits. Par exemple, un patient qui, du fait de troubles de l'identification des personnes, a commis un assassinat sur trois personnes de son immeuble. Celui-ci avait la conviction délirante que ces individus étaient remplacés par

des clones. Les expertises psychiatriques ont révélé qu'il était atteint au moment des faits d'une schizophrénie paranoïde associée à un syndrome de Capgras. L'abolition du discernement a été conclue pour ce cas (77). Un autre cas d'irresponsabilité pénale a été décrit, celui d'un homme, ayant assassiné sa mère et son beau-frère. Il souffrait lui aussi de schizophrénie paranoïde associée au syndrome de Capgras (78).

E. Perspectives scientifiques

Probablement sous diagnostiqués, les troubles de la familiarité pourraient cependant constituer une variable de risque indépendante et pourraient être intégrés dans l'évaluation de la dangerosité d'un patient. Néanmoins, il convient de rester prudent car le lien entre les troubles de la familiarité et les comportements violents reste très complexe. Premièrement, les troubles de l'identification des personnes sont des phénomènes rares. Deuxièmement, il n'existe pas à l'heure actuelle d'outil standardisé pour les diagnostiquer. La prévalence dans la population générale n'est pas connue à ce jour. Ceci ne permet pas d'établir de façon scientifique un lien de causalité du fait de nombreux biais dans les études. En effet, l'absence d'outil diagnostique standardisé concernant les troubles de la familiarité, conduit à une définition variable de ces affections, et par conséquent à un manque de reproductibilité d'une étude à l'autre. De plus, celles-ci se limitent à des études de cas, incluant un faible nombre de sujets. Les troubles de la familiarité ne correspondent pas à un trouble psychiatrique spécifiquement défini. Cependant, certains auteurs mettent en avant le fait que, au vu des connaissances actuelles, il ne faudrait pas conclure hâtivement que les troubles de la familiarité sont des facteurs de risque de violence (79).

DISCUSSION

A. Troubles de la familiarité : le syndrome de Capgras

Les patients souffrant d'un trouble de la familiarité rencontrés lors de mon stage à l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée et décrits dans ce travail de thèse étaient majoritairement des sujets atteints d'un syndrome de Capgras. Cette constatation clinique s'harmonise avec les données de la littérature. En effet, le syndrome de Capgras est le trouble de la familiarité le plus communément représenté dans les études et les descriptions de cas. De plus, parmi les différents troubles de la familiarité, le syndrome de Capgras serait également le trouble de la familiarité le plus fréquemment associé aux passages à l'acte violent graves (64). Dans un article publié en 1992, Silva et al ont décrit des cas cliniques de patients atteints de troubles de la familiarité (62).

Le premier cas clinique décrit est celui de monsieur A, âgé de 44 ans, ayant commis un double homicide envers ses parents. Monsieur A ne présentait pas d'antécédent judiciaire. Un diagnostic de schizophrénie avait été posé pour ce patient à l'âge de 19 ans. Quelque temps avant son passage à l'acte, monsieur A avait développé la conviction délirante que ses parents étaient remplacés par des imposteurs. Un sentiment de colère et d'hostilité à leur égard avait été ressenti par le patient. De plus, des hallucinations acoustico-verbales ordonnant au patient de tuer

ses parents s'inscrivaient dans la symptomatologie positive de ce patient. Après l'homicide de sa mère, monsieur A avait la conviction que le corps de celle-ci se remplissait de bulles et commençait à disparaître. Cette constatation lui aurait confirmé le fait que sa mère avait été remplacée par un imposteur. Malgré 9 ans d'hospitalisation en psychiatrie et de traitement antipsychotique bien conduit, le patient a continué à présenter une symptomatologie psychotique très envahissante. Dans son service d'hospitalisation, monsieur A présentait toujours une méfiance envers le personnel et les autres patients. En ce qui concerne l'homicide de ses parents, monsieur A était toujours intimement convaincu que ceux-ci avaient été remplacés par des imposteurs malveillants. Un diagnostic de schizophrénie paranoïde a été posé pour ce patient.

Le deuxième cas de patient décrit est celui de monsieur B, âgé de 43 ans, ayant commis un homicide envers un étranger. Ce patient avait été diagnostiqué schizophrène à l'âge de 39 ans. Monsieur B avait été hospitalisé à l'âge de 41 ans pour violence physique envers sa femme et d'autres membres de sa famille. L'année précédant son homicide, ce patient avait la conviction délirante que sa femme se produisait dans des films X, que son vagin se transformait et que la couleur de sa peau se modifiait. Il pensait que sa femme changeait d'apparence physique externe afin de se produire dans des films X et ainsi ne pas être reconnue par monsieur B. Le patient avait la conviction que les actrices des films pornographiques étaient en réalité sa femme. Selon lui, elles ne possédaient pas l'apparence physique de son épouse mais avaient la même identité psychologique que celle-ci. La victime était un homme de 65 ans. Le patient le voyait régulièrement au café de son quartier qu'ils fréquentaient tous les 2. Monsieur B n'avait jamais eu de contact verbal avec cet individu. La veille de

l'homicide, monsieur B était convaincu d'avoir été témoin de rapports sexuels entre sa femme et cet inconnu. Le patient avait indiqué que sa femme et son amant présumé ne ressemblaient pas aux 2 réels protagonistes mais prenaient l'apparence d'individus physiquement différenciés. Monsieur B les aurait reconnus grâce à leur façon de se comporter lors des rapports sexuels. Le patient aurait verbalisé le fait que sa femme et l'inconnu changeaient d'apparence physique afin de passer inaperçus lors de l'acte sexuel. Monsieur B présentait une symptomatologie délirante malgré les traitements antipsychotiques dont il bénéficiait. Un diagnostic de schizophrénie paranoïde a été posé dans le cas de ce patient.

Ces 2 cas cliniques de patients décrits par Silva et al illustrent dans un premier temps une symptomatologie compatible avec le syndrome de Capgras (monsieur A) et dans un deuxième temps une symptomatologie compatible avec le syndrome de Fregoli (monsieur B). Dans les 2 cas, les patients avaient présenté une hostilité envers les individus mal reconnus. Monsieur A et monsieur B présentaient une relation étroite avec les victimes, tant sur le plan émotionnel que géographique.

Certains auteurs comme Silva, Carrabellese (1), et Bourget (70) considèrent les troubles de la familiarité comme un facteur de risque spécifique de violence. Dans la littérature, les cas cliniques de violences associées aux troubles de la familiarité rapportés restent majoritairement des cas de syndrome de Capgras. Néanmoins, comme nous avons pu le constater avec la description du cas de monsieur B, d'autres catégories de troubles de la familiarité comme le syndrome de Frégoli peuvent être associées à des passages à l'acte hétéro-agressifs graves.

B. Troubles de la familiarité et comportements violents

Les cas cliniques exposés dans ce travail ont pour point commun la réalisation par les patients d'un passage à l'acte violent grave dans un contexte de trouble de la familiarité. Ces passages à l'acte violents ont révélé un trouble psychotique pour 2 cas de patients décrits tandis que pour les 2 autres patients le diagnostic de schizophrénie avait été posé préalablement.

Dans ces cas cliniques d'hypofamiliarité, les sujets avaient tous la conviction délirante qu'un de leur proche avait été remplacé par un sosie ou un imposteur. La personne mal identifiée était alors perçue comme malveillante pour ces patients. L'individu non reconnu était un membre de la famille proche sauf pour le patient 2 où il s'agissait de son voisin. Comme pour les cas de violence associés à une schizophrénie, les victimes sont majoritairement des individus de la famille ou des connaissances proches du patient.

Dans ces cas cliniques, aucun trouble de la familiarité n'a été constaté dans l'anamnèse des patients hormis les troubles précédents directement les passages à l'acte violents. Une absence de recherche systématique de ces troubles par les praticiens dans l'interrogatoire du patient, une absence d'outil diagnostique standardisé, une réticence des sujets à verbaliser ce trouble ainsi qu'une rupture de suivi dans les semaines précédant le passage à l'acte pourraient expliquer partiellement l'absence d'antécédent de trouble de la familiarité retrouvé chez ces sujets.

Pour tous les cas de patients exposés ici, les gestes de violence grave ont été inauguraux. Du point de vue de la chronologie d'apparition des troubles, les patients

décrits dans ces cas cliniques pourraient être assimilés aux patients dits « late starters » selon la classification de Hodgins (54), c'est-à-dire les patients effectuant des passages à l'acte hétéro-agressifs bien après l'expression d'une schizophrénie. Pour les 2 cas de patients ayant commis un acte violent ayant révélé un diagnostic de schizophrénie, nous pouvons émettre l'hypothèse que leur pathologie psychotique n'avait pas été diagnostiquée au préalable. Le diagnostic a probablement été posé au décours du passage à l'acte et ignoré auparavant.

C. Troubles de la familiarité et traitements antipsychotiques

Comme nous l'avons abordé précédemment, l'hypothèse d'une résistance plus importante aux traitements chez les patients présentant un trouble de la familiarité a été posée par certains auteurs (73).

Les patients 2 et 4 ont très peu répondu aux traitements sur le plan de la symptomatologie délirante, malgré les différentes modifications thérapeutiques réalisées pendant leur hospitalisation. Par conséquent, un diagnostic de chimiorésistance aux traitements a été évoqué pour ces individus.

Les patients 1 et 3 ont, quant à eux, exprimé une réponse partielle aux traitements. Néanmoins, quelques éléments délirants enkystés persistaient toujours malgré un traitement antipsychotique bien conduit. Tous les patients ont conservé la conviction délirante que leurs proches étaient remplacés par des imposteurs. Ils n'ont cependant pas présenté de nouveaux épisodes de trouble de la familiarité pendant

leur hospitalisation hormis le patient 2. En effet, ce patient a continué à présenter une hypofamiliarité envers les soignants.

Comme nous l'avons exposé précédemment, les ruptures thérapeutiques constituent un facteur de risque majeur de passage à l'acte violent dans les populations de patients schizophrènes. Une rupture thérapeutique a été mise en évidence dans l'anamnèse récente des cas cliniques 2 et 4. Cette rupture thérapeutique a certainement été à l'origine d'une recrudescence de la symptomatologie délirante des patients et par conséquent favorisée un passage à l'acte violent. Les patients 1 et 3 ne bénéficiaient pas, quant à eux, de traitement à domicile avant leur passage à l'acte violent.

D. Schizophrénie et facteurs de risque de violence

Les facteurs de risque statiques individuels de violence retrouvés chez ces patients étaient : l'âge inférieur à 30-40 ans, le sexe masculin (sauf pour le cas 4), le célibat pour les cas 2 et 4.

Les facteurs de risques statiques historiques comme les antécédents de violences commises étaient absents dans ces cas cliniques. Comme nous l'avons abordé au préalable dans ce travail, ces antécédents de violence constituent les indicateurs les plus performants pour l'évaluation du risque de violence future. Les antécédents de violence subis par les patients n'ont pas pu être documentés pendant ces hospitalisations. Une perturbation de l'environnement familial se manifestant par un divorce des parents dans l'enfance a été mise en évidence dans le cas 1 et 2.

Les facteurs de risque dynamiques cliniques représentés par les symptômes positifs et négatifs ont été recherchés pour ces patients. La symptomatologie positive était marquée par des idées délirantes et des hallucinations lors du passage à l'acte violent. Un faible insight avait également été constaté chez ces individus et constitue un facteur de risque à ne pas négliger. La consommation de substances psychoactives majeure le risque de violence et représente un facteur de comorbidité clef retrouvé dans la majorité de ces cas cliniques. Hormis le cas 4, les patients avaient des antécédents de consommation de substances à type alcool ou cannabis.

Les facteurs de risque dynamiques contextuels ont été marqués par des bouleversements environnementaux chez ces patients : modification de la dynamique familiale, changement de poste de travail, rupture sentimentale. Des facteurs sociodémographiques comme le chômage, le célibat, et l'immigration (cas 4) ont été retrouvés dans ces cas cliniques.

Conformément aux données de la littérature, plusieurs facteurs de risque de violence ont pu être mis en évidence chez ces patients schizophrènes.

E. Prise en charge des patients à risque de comportements violents

Pour ces patients, la prise en charge a été individualisée et pluridisciplinaire selon les préconisations générales de la haute autorité de santé. Etant donné que les antécédents de violence sont des facteurs prédictifs majeurs des violences à venir, le risque de récurrence de passage à l'acte violent chez ces patients a été pris en considération pour la suite des soins en milieu hospitalier. Les patients ont été pris en

charge par des équipes de l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée, formées pour la gestion de la violence et accueillis dans des lieux spécifiquement sécurisés. Un plan de soins a été progressivement aménagé avec le patient et réévalué régulièrement. La prise en charge des comorbidités notamment toxiques est restée essentielle dans la prise en charge de ces individus.

La prise en charge du risque de violence ne comportant aucun traitement spécifique, elle réside essentiellement en une prise en charge des facteurs de risque. La seule action possible pour les professionnels de santé est celle centrée sur les facteurs de risques dynamiques. Les facteurs de risque statiques étant quant à eux non modifiables. La prise en charge reste donc principalement ciblée sur les symptômes psychotiques, l'éducation thérapeutique et le relai des soins. Les comorbidités addictives sont également essentielles à prendre en compte car elles augmentent considérablement le risque de violence. De plus, il n'existe pas de traitement spécifique connu des troubles de la familiarité. Ces troubles, intégrés à la pathologie schizophrénique, sont par conséquent pris en charge dans le traitement des symptômes psychotiques.

F. Aspects médico-légaux

Les conséquences judiciaires de ces comportements violents ont conduit tous ces sujets à une incarcération. Très rapidement après leur passage à l'acte, ces patients ont été pris en charge en milieu hospitalier en soins à la demande d'un représentant de l'état.

La question de la responsabilité pénale se pose pour ces patients ayant commis des actes de violence lors de décompensation délirante. Actuellement, le rôle des troubles de la familiarité dans l'évaluation de la responsabilité pénale a été peu étudié.

Les comportements violents décrits dans ces cas cliniques sont la conséquence d'évènements multifactoriels. Il convient de rester prudent quant au lien entre trouble de la familiarité et violence car celui-ci demeure complexe. Aucun lien de causalité direct entre les troubles de la familiarité et les passages à l'acte violents des patients ne peut être établi à l'heure actuelle et plus spécifiquement dans les cas cliniques exposés pour ce travail. Néanmoins, il convient de les rechercher plus systématiquement en pratique clinique compte tenu des risques qui y sont potentiellement associés.

CONCLUSION

L'évaluation du risque de violence d'un patient reste une intervention complexe pour les psychiatres. La société devenant de plus en plus sécuritaire, les médecins sont de plus en plus sollicités pour l'évaluation de ce risque (75).

Des outils d'évaluation ont été développés, afin d'améliorer la prévention des comportements violents chez les patients schizophrènes. Ainsi, des échelles actuarielles et semi-structurées ont été conçues pour répondre à cet objectif (34)(36). Néanmoins, penser vouloir abolir la violence reste illusoire, car celle-ci est la résultante de facteurs très hétérogènes. L'identification des facteurs de risque constitue une aide précieuse pour le psychiatre dans la prise en charge de ses patients. Des facteurs de risque de violence statiques et dynamiques ont été identifiés pour les patients schizophrènes (52). Néanmoins, il reste encore aujourd'hui à poursuivre les études sur les facteurs de risque spécifiques des patients schizophrènes, comme les troubles de la familiarité (2). Les études scientifiques ont permis d'élaborer une classification des patients schizophrènes auteurs de violence en sous-groupes (48)(53)(54). Cependant, ces sous-groupes ne tiennent pas compte des patients présentant des troubles de la familiarité. Une question essentielle se pose : pourraient-ils également constituer une catégorie spécifique de patients à risque de comportements violents ?

De plus, les troubles de la familiarité pourraient également constituer un marqueur de sévérité de la pathologie mentale selon certains auteurs (73)(75). Par conséquent, il conviendrait de poursuivre les études sur le lien entre les troubles de la

familiarité et la durée de la pathologie schizophrénique, l'âge d'apparition de la psychose, le déroulement des hospitalisations (2). Probablement sous diagnostiqués, les troubles de la familiarité sont par conséquent peu étudiés, du fait du faible dépistage systématique de ces troubles. A ce jour, le lien entre les troubles de la familiarité, la schizophrénie et les comportements violents n'a que très peu été examiné. L'absence d'outils standardisés pour le diagnostic de trouble de la familiarité y contribue fortement. Le développement de ces outils reste donc à explorer scientifiquement.

D'autres questions restent encore à clarifier : les troubles de la familiarité peuvent-ils s'intégrer dans les instruments d'évaluation du risque de violence d'un patient ? Quelles sont les conséquences médico-légales pour un patient souffrant de trouble de la familiarité et ayant commis des actes violents ?

Les individus atteints de troubles de la familiarité associés à une schizophrénie semblent être plus résistants aux traitements que les patients présentant une schizophrénie seule (73). Des travaux complémentaires pourraient être réalisés dans le but d'optimiser la prise en charge de ces patients.

Les troubles de la familiarité ont été étudiés selon des approches psychodynamiques et neuropsychologiques. D'autres explorations ont été réalisées comme les études en imagerie fonctionnelle portant sur la familiarité (81). Ces travaux restent peu nombreux et pourraient être enrichis, afin d'améliorer la compréhension des mécanismes de ces troubles et par conséquent la prise en charge des patients.

Les perspectives de recherches sont nombreuses et les études actuelles sont à poursuivre, afin d'améliorer la compréhension du lien entre les comportements violents et les troubles de la familiarité associés à la schizophrénie.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Carabellese F, Rocca G, Candelli C, Catanesi R. Mental illness, violence and delusional misidentifications: The role of Capgras' syndrome in matricide. *J Forensic Leg Med*. 2014 Jan;21:9–13.
2. Klein CA, Hirachan S. The masks of identities: who's who? Delusional misidentification syndromes. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2014;42(3):369–78.
3. Edelstyn NMJ, Oyebode F. A review of the phenomenology and cognitive neuropsychological origins of the Capgras syndrome. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999 Jan 1;14(1):48–59.
4. Palijan TZ, Radeljak S, Kovac M, Kovacević D. Relationship between comorbidity and violence risk assessment in forensic psychiatry - the implication of neuroimaging studies. *Psychiatr Danub*. 2010 Jun;22(2):253–6.
5. Senon J-L, Voyer M, Paillard C, Jaafari N. Dangersité criminologique : données contextuelles, enjeux cliniques et experts. *Inf Psychiatr*. 2009 Oct 1;Volume 85(8):719–25.
6. Richard-Devantoy S, Duflot J-P, Chocard A-S, Lhuillier J-P, Garré J-B, Senon J-L. Homicide et schizophrénie : à propos de 14 cas de schizophrénie issus d'une série de 210 dossiers d'expertises psychiatriques pénales pour homicide. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2009 Oct;167(8):616–24.
7. Dumais A, Potvin S, Joyal C, Allaire J-F, Stip E, Lesage A, et al. Schizophrenia and serious violence: A clinical-profile analysis incorporating impulsivity and substance-use disorders. *Schizophr Res*. 2011 Aug;130(1–3):234–7.
8. Luauté J-P. Joseph Capgras (1873–1950). Sa vie, son œuvre. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2012 Dec;170(10):748–56.
9. Capgras J, Reboul-Lachaux J. L'illusion des sosies dans un délire systématisé chronique. *Bull Société Clin Médecine Ment*. 1923;11:6–16.
10. Courbon P, Fail G. Syndrome d'illusion de fregoli et schizophrénie. *Bull Société Clin Médecine Ment*. 1927;15:121–5.
11. Courbon P, Tusques J. Illusions d'intermétamorphose et de charme. *Ann Méd-Psychol*. 1932;14:401–6.
12. Young AW, Ellis HD, Szulecka TK, De Pauw KW. Face processing impairments and delusional misidentification. *Behav Neurol*. 1990;3(3):153–68.

13. Christodoulou G. Syndrome of subjective doubles. *Am J Psychiatry*. 1978 Feb 1;135(2):249–51.
14. Straube B. An overview of the neuro-cognitive processes involved in the encoding, consolidation, and retrieval of true and false memories. *Behav Brain Funct* BBF. 2012;8:35.
15. Ja S, Gb L, R W, M R-S. Delusional misidentification and aggression in Alzheimer's disease. *J Forensic Sci*. 2001 May;46(3):581–5.
16. Silva JA, Leong GB, Harry BE, Ronan J, Weinstock R. Dangerous misidentification of people due to flashback phenomena in posttraumatic stress disorder. *J Forensic Sci*. 1998 Nov;43(6):1107–11.
17. Capgras J, Lucchini P, Schiff P. Du sentiment d'étrangeté à l'illusion des sosies. *Bull Soc Clin Med Ment*. 1924;121:210–17.
18. Capgras J, Carrette P. Illusion des sosies et complexe d'Oedipe. In: *Annales médico-psychologiques*. 1924. p. 48–68.
19. Berson RJ. Capgras' syndrome. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1983 [cited 2015 Aug 29]; Available from: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1983-32773-001>
20. Enoch MD. The Capgras syndrome. *Acta Psychiatr Scand*. 1963;39(3):437–462.
21. Bruce V, Young A. Understanding face recognition. *Br J Psychol Lond Engl* 1953. 1986 Aug;77 (Pt 3):305–27.
22. Ellis HD, Lewis MB. Capgras delusion: a window on face recognition. *Trends Cogn Sci*. 2001 Apr 1;5(4):149–56.
23. Bauer RM. Autonomic recognition of names and faces in prosopagnosia: A neuropsychological application of the guilty knowledge test. *Neuropsychologia*. 1984;22(4):457–69.
24. Ellis HD, Young AW. Accounting for delusional misidentifications. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 1990 Aug;157:239–48.
25. Breen N, Caine D, Coltheart M. Models of face recognition and delusional misidentification: a critical review. *Cogn Neuropsychol*. 2000 Feb 1;17(1):55–71.
26. Gobbini MI, Haxby JV. Neural response to the visual familiarity of faces. *Brain Res Bull*. 2006 Dec 11;71(1–3):76–82.
27. Haxby JV, Hoffman EA, Gobbini MI. The distributed human neural system for face perception. *Trends Cogn Sci*. 2000 Jun 1;4(6):223–33.
28. Bate S, Bennetts R. The independence of expression and identity in face-processing: evidence from neuropsychological case studies. *Emot Sci*. 2015;770.

29. Volavka J. Violence in schizophrenia and bipolar disorder. *Psychiatr Danub.* 2013 Mar;25(1):24–33.
30. Kay SR, Opler LA, Lindenmayer JP. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS): rationale and standardisation. *Br J Psychiatry Suppl.* 1989 Nov;(7):59–67.
31. Overall JE. The Brief Psychiatric Rating Scale in psychopharmacology research. 1974 [cited 2015 Aug 29]; Available from: <http://doi.apa.org/psycinfo/1975-05882-015>
32. Bourgeois ML, Bénézech M. Dangérosité criminologique, psychopathologie et co-morbidité psychiatrique. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2001 Sep;159(7):475–86.
33. Pratt J. Dangérosité, risque et technologies du pouvoir. *Criminologie.* 2001;34(1):101.
34. Quinsey VL, Harris GT, Rice ME, Cormier CA. Violent offenders: Appraising and managing risk. Wash DC [Internet]. 1998 [cited 2015 Aug 16]; Available from: http://www.researchgate.net/profile/Grant_Harris/publication/256496769_Violent_offenders_Appraising_and_managing_risk/links/02e7e523367036069e000000.pdf
35. Voyer M, Senon J-L, Paillard C, Jaafari N. Dangérosité psychiatrique et prédictivité. *Inf Psychiatr.* 2009 Oct 1;85(8):745–52.
36. Webster C, Simon Fraser University. Mental Health L and PI, Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia. HCR-20 : assessing risk for violence [Internet]. Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University, in cooperation with the British Columbia Forensic Psychiatric Services Commission; 1997 [cited 2015 Aug 16]. Available from: <http://www.worldcat.org/isbn/0864911572>
37. Richard-Devantoy S, Bouyer-Richard AI, Jollant F, Mondoloni A, Voyer M, Senon J-L. Homicide, schizophrénie et abus de substances : des liaisons dangereuses ? *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* 2013 Aug;61(4):339–50.
38. Voyer M, Jaafari N, Senon J-L. Insight et comportements violents chez les patients souffrant d'une schizophrénie. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2011 Aug;169(7):441–3.
39. Senon J-L, Manzanera C, Humeau M, Gotzamanis L. Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires ? *Inf Psychiatr.* 2006;82(8):645.
40. Hiday VA, Swartz MS, Swanson JW, Borum R, Wagner HR. Criminal Victimization of Persons With Severe Mental Illness. *Psychiatr Serv.* 1999 Jan 1;50(1):62–8.

41. Swanson JW, Holzer CE, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hosp Community Psychiatry*. 1990 Jul;41(7):761–70.
42. Dean K, Walsh E, Moran P, Tyrer P, Creed F, Byford S, et al. Violence in women with psychosis in the community: prospective study. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2006 Mar;188:264–70.
43. Nolan KA, Czobor P, Roy BB, Platt MM, Shope CB, Citrome LL, et al. Characteristics of Assaultive Behavior Among Psychiatric Inpatients. *Psychiatr Serv*. 2003 Jul;54(7):1012–6.
44. Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, et al. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2006 May 1;63(5):490–9.
45. Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Borum R, Wagner HR, Burns BJ. Violence and Severe Mental Illness: The Effects of Substance Abuse and Nonadherence to Medication. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1998 Feb 1 [cited 2015 Aug 16]; Available from: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/ajp.155.2.226>
46. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2009 Aug;6(8):e1000120.
47. Hodgins S, Lapalme M, Toupin J. Criminal activities and substance use of patients with major affective disorders and schizophrenia: a 2-year follow-up. *J Affect Disord*. 1999 Oct;55(2–3):187–202.
48. Joyal CC, Putkonen A, Paavola P, Tiihonen J. Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychol Med*. 2004 Apr;34(3):433–42.
49. Elbogen EB, Dorn R a. V, Swanson JW, Swartz MS, Monahan J. Treatment engagement and violence risk in mental disorders. *Br J Psychiatry*. 2006 Oct 1;189(4):354–60.
50. Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, et al. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry*. 1998 May 1;55(5):393–401.
51. Elbogen EB, Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2009 Feb;66(2):152–61.
52. Bo S, Abu-Akel A, Kongerslev M, Haahr UH, Simonsen E. Risk factors for violence among patients with schizophrenia. *Clin Psychol Rev*. 2011 Jul;31(5):711–26.
53. Hodgins S, Hiscoke UL, Freese R. The antecedents of aggressive behavior among men with schizophrenia: a prospective investigation of patients in community treatment. *Behav Sci Law*. 2003;21(4):523–46.

54. Tengström A, Hodgins S, Kullgren G. Men with schizophrenia who behave violently: the usefulness of an early- versus late-start offender typology. *Schizophr Bull.* 2001;27(2):205–18.
55. Tardiff K, Marzuk PM, Leon AC, Portera L. A Prospective Study of Violence by Psychiatric Patients After ospital Discharge. *Violent Behav Ment Illn Compend Artic Psychiatr Serv Hosp Community Psychiatry.* 1997;60.
56. Vandamme MJ, Nandrino J-L. Temperament and character inventory in homicidal, nonaddicted paranoid schizophrenic patients: a preliminary study. *Psychol Rep.* 2004 Oct;95(2):393–406.
57. Hodgins S, Müller-Isberner R. Preventing crime by people with schizophrenic disorders: the role of psychiatric services. *Br J Psychiatry.* 2004 Sep 1;185(3):245–50.
58. Hodgins S, Tiihonen J, Ross D. The consequences of Conduct Disorder for males who develop schizophrenia: Associations with criminality, aggressive behavior, substance use, and psychiatric services. *Schizophr Res.* 2005 Oct 15;78(2–3):323–35.
59. Hoptman MJ, Volavka J, Johnson G, Weiss E, Bilder RM, Lim KO. Frontal white matter microstructure, aggression, and impulsivity in men with schizophrenia: a preliminary study. *Biol Psychiatry.* 2002 Jul 1;52(1):9–14.
60. DUBREUCQ PJ-L, MILLAUD PF. Quelles préconisations cliniques proposer dans l'organisation des soins pour mieux prévenir la violence de personnes présentant une schizophrénie ou un trouble de l'humeur? *Dangerosité Psychiatr Étude Éval Facteurs Risque Violence Hétéro-Agressive Chez Pers Ayant Une Schizophrénie Ou Troubl L'humeur.* 2010;169.
61. Silva JA, Leong GB, Weinstock R. Misidentification syndromes, aggression and forensic issues. *Explor Crim Psychopathol Clin Syndr Forensic Implic* Springf Thomas. 1996;
62. Silva JA, Leong GB, Weinstock R. The Dangerousness of Persons with Misidentification Syndromes. *J Am Acad Psychiatry Law Online.* 1992 Mar 1;20(1):77–86.
63. Silva JA, Leong GB, Weinstock R, Klein RL. Psychiatric Factors Associated with Dangerous Misidentification Delusions. *J Am Acad Psychiatry Law Online.* 1995 Mar 1;23(1):53–61.
64. Nestor PG, Haycock J, Doiron S, Kelly J, Kelly D. Lethal Violence and Psychosis: A Clinical Profile. *J Am Acad Psychiatry Law Online.* 1995 Sep 1;23(3):331–41.
65. Benezech M, Bourgeois M, Yesavage J. Violence in the mentally Ill.. A study of 547 patients at a French hospital for the criminally Insane. *J Nerv Ment Dis.* 1980 Nov;168(11):698–700.

66. Silva JA, Harry BE, Leong GB, Weinstock R. Dangerous delusional misidentification and homicide. *J Forensic Sci.* 1996 Jul;41(4):641–4.
67. Silva JA, Sharma KK, Leong GB, Weinstock R. Dangerousness of the delusional misidentification of children. *J Forensic Sci.* 1992 May;37(3):830–8.
68. Coid JW, Ullrich S, Kallis C, et al. The relationship between delusions and violence: Findings from the east london first episode psychosis study. *JAMA Psychiatry.* 2013 May 1;70(5):465–71.
69. Pauw KWD, Szulecka TK. Dangerous delusions. Violence and the misidentification syndromes. *Br J Psychiatry.* 1988 Jan 1;152(1):91–6.
70. Bourget D, Whitehurst L. Capgras syndrome: a review of the neurophysiological correlates and presenting clinical features in cases involving physical violence. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* 2004 Nov;49(11):719–25.
71. Hintzen AK, Wilhelm-Göls C, Garlipp P. Combined delusional syndromes in a patient with schizophrenia: erotomania, delusional misidentification syndrome, folie à deux and nihilistic delusion. *Ger J Psychiatry.* 2010;13(2):96–99.
72. Aziz MA, Razik GN, Donn JE. Dangerousness and management of delusional misidentification syndrome. *Psychopathology.* 2005 Apr;38(2):97–102.
73. Zänker S. [Chronic and therapy refractory Fregoli syndrome]. *Psychiatr Prax.* 2000 Jan;27(1):40–1.
74. Hillers Rodríguez R, Madoz-Gúrpide A, Tirapu Ustárróz J. [Capgras syndrome: a proposal of neuropsychological battery for assessment]. *Rev Esp Geriátria Gerontol.* 2011 Oct;46(5):275–80.
75. Papageorgiou C, Lykouras L, Alevizos B, Ventouras E, Mourtzouchou P, Uzunoglu N, et al. Psychophysiological differences in schizophrenics with and without delusional misidentification syndromes: A P300 study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2005 May;29(4):593–601.
76. That's Not My Child: A Case of Capgras Syndrome | Pediatrics ConsultantLive [Internet]. 2011 [cited 2015 Aug 23]. Available from: <http://www.pediatricsconsultantlive.com/articles/that%E2%80%99s-not-my-child-case-capgras-syndrome-0>
77. People v. Singer, 628 N.E.2d 592, 256 Ill. App. 3d 258, 195 Ill. Dec. 128 - CourtListener.com [Internet]. CourtListener. [cited 2015 Aug 29]. Available from: <https://www.courtlistener.com/opinion/2016688/people-v-singer/>
78. Piel J, Leong GB. The Slayer Statute and Insanity. *J Am Acad Psychiatry Law Online.* 2010 Jun 1;38(2):258–62.
79. Dinwiddie SH, Yutzy S. Dangerous delusions? Misidentification syndromes and professional negligence. *Bull Am Acad Psychiatry Law.* 1993;21(4):513–21.

80. Carabellese F, Rocca G, Candelli C, Catanesi R. Mental illness, violence and delusional misidentifications: the role of Capgras' syndrome in matricide. *J Forensic Leg Med.* 2014 Jan;21:9–13.
81. Ragland JD, Valdez JN, Loughhead J, Gur RC, Gur RE. Functional magnetic resonance imaging of internal source monitoring in schizophrenia: Recognition with and without recollection. *Schizophr Res.* 2006 Oct;87(1–3):160–71.

AUTEUR : Nom : GANGLOFF

Prénom : Laura

Date de Soutenance : 2 Décembre 2016

Titre de la thèse : Troubles de la familiarité et schizophrénie : impact sur les comportements violents

Thèse - Médecine - Lille 2016

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + spécialité : Psychiatrie

Mots-clés : troubles de la familiarité-schizophrénie-comportements violents

Les troubles de la familiarité constituent des phénomènes physiopathologiques dans lesquels un patient identifie de façon erronée des personnes familières, des objets ou lui-même. Les mécanismes de ces troubles sont délirants, car ils ne sont pas corrigés par l'expérience de raison. Pathologies complexes et rares, les troubles de la familiarité ne sont que très peu étudiés scientifiquement à l'heure actuelle. Le trouble mental le plus fréquemment associée à cette symptomatologie est la schizophrénie. L'interprétation des troubles de la familiarité a été fondée dans un premier temps sur un modèle psychodynamique, puis dans un deuxième temps à partir de travaux de neuropsychologie. Les troubles de la familiarité toucheraient 4% des patients souffrant de troubles mentaux, et plus particulièrement les patients atteints de schizophrénie.

Les comportements violents des patients schizophrènes et en particulier l'homicide, suscitent un bon nombre de réactions de la part des psychiatres, des experts mais également de l'opinion publique.

La difficulté de l'évaluation du risque de violence réside dans le fait que les passages à l'acte agressifs des patients schizophrènes sont la résultante d'événements multifactoriels. La conception d'instruments d'évaluation du risque de violence et l'identification de facteurs de risque constituent quelques éléments de réponses apportés par la communauté scientifique concernant l'évaluation de la dangerosité des patients schizophrènes.

Dans le but d'identifier plus précisément les situations à risque de passage à l'acte violent, différents auteurs ont établi des classifications en sous-groupes de patients schizophrènes violents, sur la base de données cliniques et épidémiologiques. La distinction fondamentale est la présence ou l'absence d'un trouble de la personnalité antisociale associé à la schizophrénie. La présence de cette comorbidité augmenterait significativement le risque de passage à l'acte violent.

Les patients présentant un trouble de la familiarité pourraient constituer un sous-groupe spécifique de patients atteints de troubles mentaux.

Néanmoins, aucune étude n'a examiné l'éventuel lien entre les troubles de la familiarité et la sévérité de la maladie mentale. Or, la majorité des patients atteints de troubles de la familiarité semblent résistants aux traitements neuroleptiques habituellement proposés dans la schizophrénie. Probablement sous diagnostiqués, les troubles de la familiarité pourraient cependant constituer une variable de risque indépendante et pourraient être intégrés dans l'évaluation de la dangerosité d'un patient.

A ce jour, le lien entre les troubles de la familiarité, la schizophrénie et les comportements violents n'a que très peu été examiné. L'absence d'outils standardisés pour le diagnostic de trouble de la familiarité y contribue fortement. Les perspectives de recherches sont nombreuses et les études actuelles sont à poursuivre, afin d'améliorer la compréhension du lien entre les comportements violents et les troubles de la familiarité associés à la schizophrénie.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur P.THOMAS

Asseseurs : Monsieur le Professeur G.VAIVA

Monsieur le Professeur O.COTTENCIN

Directeur de thèse : Madame le Docteur M. HORN